

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	BKK Dachverband e.V., Abteilung Gesundheitsförderung
Förderkennzeichen:	01NVF16027
Akronym:	BGM-innovativ
Projekttitlel:	Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen
Autoren:	Dr. Kyung-Eun (Anna) Choi, Lara Lindert, Lara Schlomann, Dr. Christina Samel, Prof. Martin Hellmich, Prof. Holger Pfaff
Förderzeitraum:	1. April 2017 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Ziele der Evaluation	4
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	9
3.	Ergebnisse der Evaluation.....	17
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	50
5.	Literaturverzeichnis	52
6.	Anhang	54
7.	Anlagen	54

I. Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Interviews mit Betriebsärzt:innen
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGM-i	Betriebliches Gesundheitsmanagement innovativ
BGM-iF	„Koordinierendes Fallmanagement“ (Interventionsgruppe des BGM-innovativ- Programms)
BGM-iS	„Unterstütztes Selbstmanagement“ (Vergleichsgruppe des BGM-innovativ- Programms)
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
FG	Fokusgruppen mit Fallmanager:innen
FM	Fallmanager(:innen)
ICD	International Classification of Diseases
ID	Identifikationsnummer
IG	Interventionsgruppe
IMSB	Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik der Universität zu Köln
IMVR	Institut für Medizinsoziologie, Versorgung- forschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln
KG	Kontroll-/Vergleichsgruppe
MBOR	medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankung(en)
NRS	numerische Ratingskala
SGB	Sozialgesetzbuch
TuT	Interviews mit Mitarbeiter:innen aus den Test- und Trainingszentren
UzK	Universität zu Köln
WAI	Work Ability Index

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildungsnummer	Titel	Seite
Abbildung 1	Evaluationsdesign	10
Abbildung 2	AU-Datenerhebung	14
Abbildung 3	Flow Chart	17
Abbildung 4	Zeitstrahl zur formativen Evaluation	26
Abbildung 5	Themenaspekte der für die Implementierung förderlichen und hemmenden Faktoren	30

III. Tabellenverzeichnis

Tabellennummer	Titel	Seite
Tabelle 1	Primäre und sekundäre Outcomes der summativen Evaluation	12
Tabelle 2	Nach Gruppen getrennte Ergebnisse des Abbrecherfragebogens	18
Tabelle 3	Soziodemographische Daten der Stichprobe nach Modulen	19
Tabelle 4	Kumulierte MSE-spezifische AU-Tage	20
Tabelle 5	Modulunabhängige Gruppenvergleiche (BGM-iF vs. BGM-iS) zur Baseline t0 und zum Follow-Up t1	20
Tabelle 6	Modulunabhängige Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS	21
Tabelle 7	Modulspezifische Gruppenvergleiche (BGM-iF vs. BGM-iS) zur Baseline t0 und zum Follow-Up t1	22
Tabelle 8	Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul A	23
Tabelle 9	Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul B	23
Tabelle 10	Allgemeine Zufriedenheit der Studienteilnehmer:innen mit dem Programm und Akzeptanz der Maßnahmen im Gruppenvergleich (BGM-iF vs. BGM-iS)	25
Tabelle 11	Modulspezifische Intragruppenzeitvergleiche zur Motivationslage der Studienteilnehmer:innen und Zuversicht in Wirksamkeit der Maßnahmen	25
Tabelle 12	Übersicht zu Funktionen und zur Qualifikation/Ausbildung der Fallmanager:innen	27
Tabelle 13	Ergebnisse der Kurzfragebögen an die Interviewpartner:innen	27-28
Tabelle 14	Übersicht der hemmenden und förderlichen Faktoren	44-19

1. Ziele der Evaluation

Rund 80% der deutschen Bevölkerung sind mindestens einmal im Leben von einer Muskel-Skelett-Erkrankung (MSE) betroffen (Knieps und Pfaff, 2015). Unter MSE werden Erkrankungen des Bewegungsapparats, d.h. der Muskeln und Sehnen, des Skeletts, des Knorpels, des Gefäßsystems, der Bänder und Nerven zusammengefasst. Mehr als 150 Krankheitsbilder und Syndrome fallen unter die Gruppe der MSE, die für ca. ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) verantwortlich ist. Mit steigendem Alter steigt die Häufigkeit von MSE-bedingten Arbeitsausfällen, auch verglichen mit psychischen Störungen, den Verursachern der zweithöchsten Anzahl an AU-Tagen von Beschäftigten. Somit tragen MSE eine hohe gesundheitsökonomische Relevanz: Die Produktionsausfallkosten durch MSE (ICD-10 Codes M00-M99) werden auf 13,2 Milliarden Euro sowie der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 20,8 Milliarden Euro jährlich geschätzt (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Die MSE-bedingten Kosten sind auch im Sozialversicherungssystem enorm: Knapp ein Drittel der Krankengeldtage bei Betriebskrankenkassen (BKK) versicherten Beschäftigten sind auf MSE zurückzuführen (Knieps und Pfaff, 2015). Laut dem Robert-Koch-Institut rangieren die MSE bezogen auf die Höhe der direkten Behandlungskosten an dritter Stelle und sind zudem bei Männern der häufigste, bei Frauen der zweithäufigste Grund für eine Frühberentung (Robert-Koch-Institut, 2006). Somit ist die Diagnosegruppe der MSE höchst relevant, wenn es um Lösungsstrategien für die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung geht.

Die Bedeutung von MSE nimmt in der Gesundheitsversorgung zu. Seit einigen Jahren verzeichnet die Bundesagentur für Arbeit eine steigende Anzahl von erwerbslosen, chronisch Kranken im Alter zwischen 50 und 65 Jahren, bei denen sich eine Reintegration in die Arbeitswelt als sehr schwierig erweist (Knieps und Pfaff, 2015). Bedingt durch die demografische Entwicklung wird der Anteil der Erwerbstätigkeiten im mittleren und höheren Alter weiter ansteigen. Prognosen zufolge wird das gesamte Erwerbspotential ab 2025 um ca. 15 % abnehmen (Huber et al, 2002). MSE sind bei älteren Arbeitnehmer:innen bereits häufig vertreten und haben das Potential zur Verschlimmerung. Durch eine arbeitsplatznahe und individuelle Behandlung gilt es im Versorgungssystem die Auswirkungen der Erkrankungen abzumildern sowie eine Verschlimmerung im Verlauf möglichst zu verhindern.

Im einem Gutachten des Instituts für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) wird auf gravierende Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Versorgungssektoren bei der Behandlung von MSE hingewiesen (Jahn et al., 2015). Die verschiedenen Sozialversicherungsträger stehen zwar vor einem ähnlichen Handlungsbedarf bei präventiven, kurativen und rehabilitativen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen, aktuell finden deren Maßnahmen jedoch in aller Regel unverbunden und unkoordiniert nebeneinander statt (Jahn et al., 2015). So sorgen mangelnde Transparenz der Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche in der Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren für lange Wartezeiten z.B. bei der Einsteuerung in Rehabilitationsmaßnahmen oder für Schwierigkeiten in der Nachsorge, die eine nachhaltige Symptomverbesserung verhindern. Konkrete Ansprechpartner:innen bei Krankenkassen und Rentenversicherungen fehlen. Gleichzeitig mangelt es an betriebsnahen Best-Practice-Angeboten mit bedarfsgerechten Leistungen, die sich z.B. modular um eine betriebsnahe, sozialversicherungs- und rehabilitationsübergreifende Versorgung bemühen und diese koordinieren. Inzwischen finden Fallmanagerkonzepte Verbreitung, in denen speziell geschultes Personal die Rolle des Koordinators übernehmen soll und die Abläufe somit optimiert werden.

Selbst wenn Arbeitnehmer:innen in bestehende Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen finden, sorgt ein fehlender Arbeitsplatzbezug häufig für eine unspezifische Therapie (z.B. allgemeines Muskelaufbautraining), die den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht wird. Arbeitsmediziner:innen, die eine detaillierte

Arbeitsplatzbeschreibung der Arbeitnehmer:innen bieten können, sind bisher kaum in den Versorgungsprozess im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten integriert. Vielmehr werden die medizinischen Behandlungen durch Vertragsärzt:innen eingeleitet, die in der Regel wenig Kenntnisse über die konkreten Anforderungen eines Arbeitsplatzes haben. Dies spielt auch bei der Reintegration nach Beendigung einer Rehabilitation eine entscheidende Rolle: Die meisten Arbeitgeber erhalten in der Regel nur unzureichende, teilweise allgemeingültige Informationen über die Einsatzfähigkeit der Angestellten seitens der Rehaklinik (Hesse et al, 2008). Gleichzeitig erhalten die zuständigen Rehabilitationseinrichtungen selten genaue Arbeitsplatzbeschreibungen, um die konkreten Arbeitsabläufe einschließlich der körperlichen und psychischen Anforderungen sowie der weiteren Beschaffenheit des Arbeitsplatzes (z.B. technische Ausstattung, Schichtdienst) einschätzen zu können und so passende Unterstützungsleistungen auszurichten.

Darstellung der neuen Versorgungsform¹

BGM-innovativ ist ein Versorgungskonzept für Versicherte mit MSE. Das Konzept wurde ursprünglich in der Salzgitter AG entwickelt und wird dort bereits seit einigen Jahren in einem lokal begrenzten Pilotprojekt „Betriebliches Rehabilitationsprojekt“ (BeReKo) (Koch et al., 2012) praktiziert. Patient:innen werden je nach Schweregrad der MSE sowie dem damit verbundenen Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit einem von drei Modulen zugeordnet. Das Programm sieht keine einheitlichen, sondern individuelle, arbeitsplatzbezogene Lösungen vor. Die Versorgungsmaßnahmen sind indikationsbezogen und deren Durchführung setzt klare Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer voraus. Während die Maßnahmen stark individualisiert sind, ist der Versorgungsprozess hoch standardisiert. Die Innovation dieses Konzeptes liegt neben der sektorenübergreifenden Kooperation vor allem in der zentralen Rolle der Fallmanager:innen der Krankenkassen: Die Fallmanager:innen organisieren die spezifische, situationsgerechte Versorgung und koordinieren an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren: Versicherte:r, Krankenkasse, Betriebsärzt:in, medizinisches Versorgungssystem und Rentenversicherung.

Allgemeine Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

- Personen mit Beschwerden aus dem Formenkreis der MSE (M-Diagnose nach ICD-10) mit oder ohne Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit,
- prinzipielle Erwerbsfähigkeit,
- aktueller Versichertenstatus in einer der am Projekt teilnehmenden BKK am Unternehmensstandort,
- Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie nach erfolgter standardisierter Aufklärung.

¹ Zur Darstellung der neuen Versorgungsform siehe auch den Förderantrag sowie das Projektkonzept.

Ausschlusskriterien

- M-Diagnosen M00.0-00.9, M01.0-01.08, M02.0-02.9, M03.0-03.6, M08.0-08.9, M09.0-09.8, M20.0-20.6, M30-36, M46.0-46.9, M60.0-60.9, M61.0-61.9, M62.0-62.9, M63.0-63.8, M80.0-80.9, M84.0-84.9, M87.0-87.9, M88.0-M88.9, M90.0-90.8
- schwerwiegende andere Erkrankungen, die die Person an einer Teilnahme des Programms hindern
- weiteres Kriterium ausschließlich für die Module B und C: fehlende Rehabilitationsfähigkeit.

BGM-innovativ ist in die drei Leistungsmodule unterteilt. Die Zuordnung zu den Modulen erfolgte auf Empfehlung der/der Betriebsärzt:in sowie der Einschätzung durch die Fallmanager:innen nach Prüfung aller relevanten Faktoren. Standardisierte Schulungen und Manuale wurden entwickelt, um alle beteiligten Akteure bei der Zuteilung über die Kriterien zu informieren. Bei unklaren Fällen konnte Frau Dr. Birgit Leineweber als Supervisorin kontaktiert werden, um eine ordnungsgemäße Zuteilung zu gewährleisten. Die Leistungsmodule umfassen:

Modul A

Zielgruppe und Einschlusskriterien: Zielgruppe sind Patient:innen mit (sub-/chronischen) MSE. Einschlusskriterien sind Erkrankungen aus diesem Formenkreis, jedoch ohne Vorliegen auffälliger AU-Zeiten². Bei nicht angemessenem bzw. nicht entsprechend geschultem Gesundheitsverhalten droht ein Fortschreiten der Erkrankung. Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt primär durch die Betriebskrankenkasse und unterstützend durch den Betriebsarzt. Auch eine direkte Kontaktaufnahme des/der Arbeitnehmers/-in zur Einsteuerung in das Projekt ist möglich.

Ziel: Durch ein arbeitsplatzbezogenes, defizitorientiertes Training über drei Monate soll ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden und eine Verbesserung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsbewusstseins und in der Folge des Gesundheitsverhaltens der Versicherten erreicht werden.

Maßnahme: Zunächst wird eine arbeitsplatzbezogene Eingangstestung bestehend aus der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL-Test (5 individuelle Tests)), PACT-Test (Performance Assessment and Capacity Training) (Matheson und Matheson), Herz-Kreislauf-Test (IPN-Test® (Trunz, 2001)), funktioneller Test der Rumpfmuskulatur (David-Test) und der Ermittlung des BMI durchgeführt. Die EFL-Testung nach Isernhagen (Isernhagen, 2012) basiert auf 29 standardisierten funktionellen Leistungstests und ermöglicht eine valide Aussage über weitere berufliche Prognosen, wodurch die Therapie besser auf die beruflichen Anforderungen ausgerichtet werden kann (Kaiser et al., 2000). Im Anschluss an die Eingangstestung folgt ein dreimonatiges Training nach einem individuellen Trainingsplan basierend auf den Testergebnissen. Diese Trainingsphase beinhaltet eine Geräteeinweisung, zwei Trainingseinheiten pro Woche und zwei individuelle Kontrolltermine. Die Anwesenheit wird mit einem Laufzettel nachgehalten. Zur Erfolgskontrolle sowie zur Bestimmung der ggf. erforderlichen weitergehenden Maßnahmen wird nach dieser Trainingsphase eine Abschlusstestung (identisch mit der Eingangstestung) durchgeführt.

² Die AU-Zeiten beziehen sich auf MSE.

Kostenträger: Betriebskrankenkasse und Versicherte:r (Eigenanteil von 15% an den Trainingskosten, die nach vollständiger Projekt- und Studienteilnahme von der Betriebskrankenkasse zurückerstattet werden)

Modul B

Zielgruppe und Einschlusskriterien: In dieser Gruppe werden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren MSE versorgt. Bei den Versicherten finden sich Arbeitsunfähigkeiten von bis zu sechs Wochen bzw. häufige kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Grund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI). Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt durch die Betriebskrankenkasse und den/die Betriebsärzt:in. Auch eine direkte Kontaktaufnahme des/der Arbeitnehmers/-in zur Einsteuerung in das Projekt ist möglich.

Ziel: Durch die Maßnahme soll eine Stabilisierung des Gesundheitszustands der Versicherten erreicht werden mit dem Ziel, wieder gesund und leistungsfähig an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

Maßnahme: Die arbeitsplatzbezogene Rehabilitation/Therapie besteht aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die zuweisende Arbeitsmedizin stellt den medizinischen Befundbericht und die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung. Der/Die Fallmanager:in der Betriebskrankenkasse erstellt dann in einem persönlichen Termin mit der/-m Versicherten die übrigen Reha-Antrags-Unterlagen und leitet den Komplettantrag an den/die zuständige/n DRV-Ansprechpartner:in weiter.

Die regulären Elemente der Rehabilitation werden durch folgende spezifische Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation ergänzt: EFL-Testung, zweimaligem EFL-Training, zusätzliche Trainingseinheiten nach Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes (zehn Einheiten pro dreiwöchigem Aufenthalt), auf die arbeitsplatzbezogene Belastung bezogene medizinische Trainingstherapie sowie eine arbeitsplatzbezogene psychosoziale Intervention, bestehend aus einem bis drei psychologischen Einzelgesprächen à 45 Min., zwei arbeitsplatzbezogenen Modulen à 60 Min. und einer einmaligen Entspannungstherapie. Die Leistungen finden ganztägig ambulant bzw. stationär in einer von der DRV ermächtigten Rehabilitationseinrichtung mit der Genehmigung zur medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) statt. Es wird ein standardisierter Entlassungsbericht nach den Qualitätskriterien der DRV sowie ein Kurzentlassungsbericht für den/die Betriebsärzt:in mit individuellen, arbeitsplatzspezifischen Zusatzinformationen unter Einbezug der Arbeitsplatzbeschreibung des Betriebes erstellt. Die Reha-Einrichtung terminiert vor der Entlassung der/-s Versicherten einen Vorstellungstermin bei dem/der Betriebsärzt:in und der BKK und teilt diese Termine dem/-r Versicherten schriftlich mit. Der/Die Fallmanager:in der Betriebskrankenkasse stimmt mit dem/-r Versicherten die notwendigen weiteren Maßnahmen (Reha-Sport, Wiedereingliederungsmaßnahmen etc.) ab und unterstützt bei deren Durchführung.

Kostenträger: DRV

Modul C

Zielgruppe und Einschlusskriterien: Zielgruppe sind Versicherte mit schweren MSE. Die Versicherten weisen AU-Zeiten von über sechs Wochen und ggf. eine Komorbidität auf. Der Verlust des Arbeitsplatzes droht unmittelbar. Die Ermittlung der Kandidat:innen erfolgt i.d.R. durch die Betriebskrankenkasse und den/die Betriebsärzt:in.

Ziel: Durch die Maßnahme soll geklärt werden, ob und in welchem Umfang der/die Versicherte betrieblich eingesetzt werden kann. Hierbei wird nicht nur das Defizit des/der Versicherten betrachtet, sondern v.a. die alternativen Einsatzmöglichkeiten sondiert.

Maßnahme: Zunächst stellt der/die zuständige Arbeitsmediziner:in eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung des/der Beschäftigten zur Verfügung. Der/Die Fallmanager:in der Betriebskrankenkasse stimmt mit dem/der Versicherten das weitere Vorgehen ab, holt ggf. medizinische Befunde von Vertragsärzt:innen ein und terminiert nach Rücksprache mit dem/der Versicherten die Maßnahme in der Testeinrichtung. In einer zweitägigen ambulanten Maßnahme werden eine vollständige EFL-Testung (29 Einzeltests) und eine psychologische Begutachtung durchgeführt. Basierend auf diesen Testergebnissen sowie dem orthopädischen Fachgutachten wird eine ausführliche Stellungnahme mit präziser Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit erstellt und ggf. weitere erforderliche medizinische Maßnahmen eingeleitet. Das Beurteilungsergebnis wird nach Vorliegen der entsprechenden Datenschuttfreigabe-Erklärung an den/die Betriebsärzt:in und die Betriebskrankenkasse zur Veranlassung von weiteren notwendigen Maßnahmen gegeben (z.B. Einleitung Rehabilitation Modul B, stufenweise Wiedereingliederung (§74 SGB V), Training, berufliche Rehabilitation/Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)).

Kostenträger: Betriebskrankenkasse

Die Rechtsgrundlage, auf welcher die neue Versorgungsform erbracht werden soll ist §43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation), §1 Satz 4 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung).

BGM-innovativ ist multimodal aufgebaut und sieht systematische, arbeitsplatzbezogene, defizit- bzw. symptomorientierte und individualisierte, sektorenübergreifende Versorgungsmaßnahmen vor. Je nach Krankheitsstadium sind dies Maßnahmen der Frühintervention, der Rehabilitation oder des Jobmatchs. Alle Prozesse sollen zwischen Betrieb, Betriebskrankenkasse und Rentenversicherung abgestimmt und koordiniert werden.

Das Ziel des Projektes ist es, eine gezielte und auf die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen ausgerichtete Antwort auf den spezifischen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung in Betrieben zu bieten. Betriebe und deren Mitarbeitende im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sollen unterstützt werden, indem ein auf die individuelle Arbeitsplatzsituation ausgerichtetes Versorgungsmanagement etabliert wird. Dieses soll in enger Abstimmung mit den Fallmanager:innen der Betriebskrankenkassen und mit der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt werden. Durch eine träger- und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung gefährdeter und erkrankter Beschäftigter mit MSE in unterschiedlicher Ausprägungsart und -stärke sollen Krankheit bzw. Chronifizierung vermieden, Krankheitsdauer und Fehlzeiten verkürzt und die Beschäftigungsfähigkeit gestärkt werden. Eine besondere Berücksichtigung sollen hierbei die Herausforderungen an den Schnittstellen der verschiedenen Akteure finden. Als spezifische Indikatoren des Programmerfolgs werden Arbeitsfähigkeit, Schmerz, Selbstwirksamkeit und AU-Tage im

Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie gemessen. Die begleitende Prozessevaluation in Form von leitfadengestützten Fokusgruppen und Experteninterviews soll Hindernisse und begünstigende Faktoren bei der Implementierung ermitteln

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Um eine erfolgreiche Umsetzung des Modellansatzes an allen Standorten zu ermöglichen, wurden folgende Arbeitspakete für die Implementierung geplant:

Projektkoordination

Der BKK Dachverband war für die Administration verantwortlich und koordinierte als übergeordnete Organisation der teilnehmenden Betriebskrankenkassen die Durchführung des Projektes und stellte eine zielführende Abstimmung zwischen dem Projektträger und den Projektpartnern sicher.

Implementierung

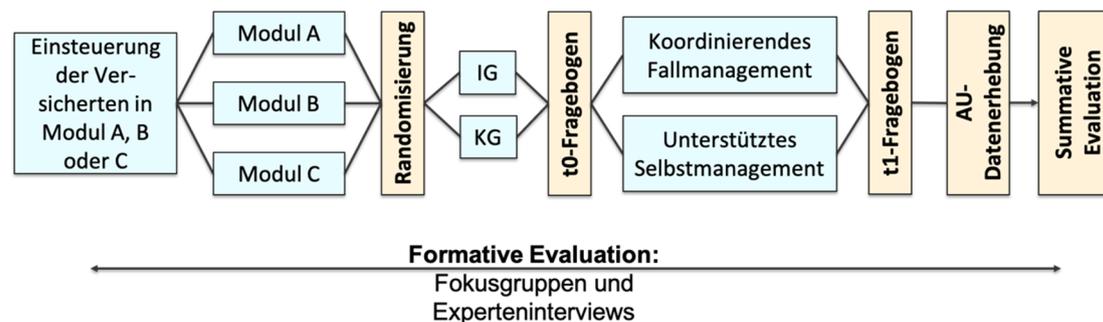
Um eine erfolgreiche Implementierung sowie einen einheitlichen und qualitativ hochwertigen Programmablauf an allen teilnehmenden Standorten gewährleisten zu können, wurde zunächst ein umfassendes, standardisiertes Schulungsprogramm konzipiert und durchgeführt. Zur Sicherung eines standardisierten Vorgehens der Fallmanager:innen, der Betriebsärzte/-ärztinnen, der Mitarbeitenden der Test- und Trainingseinrichtungen und der Mitarbeitenden der Rentenversicherung wurden ein Projekthandbuch sowie Gesprächsleitfäden erstellt. Die Erstellung übernahm Frau Dr. med. Birgit Leineweber, die das Betriebliche Gesundheitsmanagement der BKK Salzgitter AG leitete und den Prototyp in Salzgitter entscheidend mitentwickelt und durchgeführt hatte. Für das Projekt stand sie als selbstständige Projektberaterin für die Implementierung und Projektbegleitung ab Projektstart zur Verfügung. Das Schulungsprogramm beinhaltete Basis- und vertiefende Schulungen für die Fallmanager:innen, die Betriebsärzte/-innen der Unternehmensstandorte, die Rentenversicherung und die Trainingszentren. Zusätzlich wurde während der Implementierungsphase eine wöchentliche Telefonsprechstunde angeboten: In dieser konnten sich alle am Prozess beteiligten Akteure (Fallmanager:innen, Betriebsärzte/-innen, Mitarbeitende der Rentenversicherung, Mitarbeitende der Test- und Trainingseinrichtungen), die ggf. weitere Hilfestellungen benötigten, mit ihren Fragen direkt an Frau Dr. Leineweber wenden. Die Vorbereitung und Moderation der Basisschulung und die Vermittlung der Grundlagen des Fallmanagements in der Betriebskrankenkasse hat Frau Dr. Leineweber übernommen. Für die Vermittlung der betrieblichen Aspekte und Rahmenbedingungen, die Identifikation der Teilnehmer:innen und die Zusammenarbeit mit den Projektpartner:innen wurde Dr. med. Guido Engelhardt (u.a. Facharzt für Arbeitsmedizin und Innere Medizin, Leiter Gesundheitsmanagement im Werk Leipzig und Eisenach der BMW AG) vorgesehen. Die betrieblichen Aspekte und Abläufe ergänzte Herr Bernd Marquardt (Senior Referent Personal- und Sozialpolitik der Salzgitter AG). Herr Gerhard Schnalke (Qualitätsmanager im Gesundheitswesen, Referent der EFL-Akademie und Geschäftsführer des ARC Braunschweig) betreute die drei Leistungsmodule, die Testverfahren und die Aufzeichnung und Übermittlung der Testergebnisse und bot ebenfalls eine Projektbegleitung und -betreuung während der Beobachtungszeit an. Für die Durchführung der Vertiefungsschulungen war Frau Dr. Leineweber verantwortlich.

Im Anschluss an die Schulungen der Akteure sollten die Fallmanager:innen in die Lage versetzt worden sein, mit der Einsteuerung zu beginnen. Alle Akteure sollten ihre Aufgaben kennen, sodass die neuen, standardisierten Versorgungsprozesse stattfinden können.

Evaluation

Das Evaluationskonzept bedient sich quantitativer und qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Für die Durchführung der Evaluation war federführend das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln (UzK) unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Holger Pfaff zuständig. Das Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB) der UzK unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Martin Hellmich war für die Biometrie verantwortlich.

Abbildung 1: Evaluationsdesign (IG=Interventionsgruppe, KG=Kontroll-/Vergleichsgruppe)



Zur angemessenen Berücksichtigung der Heterogenität und Komplexität der neuen Versorgungsform BGM-innovativ erfolgte a) eine summative (Bortz und Döring, 2009) und b) eine formative/begleitende Evaluation (Stetler et al., 2006), d.h. das Projekt wurde mit einem Mixed-Methods-Design untersucht (s. Abbildung 1). Im Rahmen der summativen Evaluation (Effektevaluation) wurde mit Hilfe einer randomisiert-kontrollierten Studie die interne Validität von BGM-innovativ überprüft (Studie III (Kontrollierte Studien) nach dem Evidenzmodell nach Campbell (Campbell et al., 2000)): Im Rahmen des Projektes wurde ein koordinierendes Fallmanagement (Interventionsgruppe) gegen ein unterstütztes Selbstmanagement (Kontrollgruppe) sowohl im Vorher-Nachher-Vergleich als auch im Gruppenvergleich untersucht. Die Stufe II in dem Modell nach Campbell war im Rahmen des Pilotprojektes bei der Salzgitter AG bereits erfüllt. Die Durchführung randomisiert-kontrollierter Studien ist eine notwendige Voraussetzung für die langfristige Implementierung der Versorgungsform in die Fläche (Stufe IV) (Campbell et al., 2000). Eine randomisiert-kontrollierte Studie ist nach dem Medical Research Council's Evaluation Framework (Medical Research Council, 2000) der Goldstandard für den Nachweis der Wirksamkeit einer komplexen Intervention und sollte zum besseren Verständnis der Wirkweise durch eine formative Prozessevaluation ergänzt werden (Craig et al., 2008). Daher wurde die quantitative Erhebung durch eine qualitative Prozessevaluation in Form von leitfadengestützten Fokusgruppen mit den Fallmanager:innen der beteiligten

Betriebskrankenkassen sowie leitfadengestützten Experteninterviews mit Betriebsärzt:innen und Mitarbeitenden der Test- und Trainingseinrichtungen³ ergänzt.

Effektevaluation (Summative Evaluation)

Im Rahmen des BGM-innovativ-Programms wurden mittels einer auf Individuumsebene randomisiert-kontrollierten Studie die Ergebnisse der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF) mit den Ergebnissen der Kontrollgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS) verglichen. Folgende Hauptfragestellungen wurden mit der summativen Evaluation untersucht:

Hat das Programm BGM-innovativ einen positiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die MSE-bedingten AU-Tage der Versicherten? Reduziert BGM-innovativ Schmerz und erhöht das Programm die Selbstwirksamkeit der Versicherten? Ist das BGM-innovativ-Programm bezogen auf diese Outcomes effektiver als die Regelversorgung?

Dazu wurden folgende Arbeitshypothesen überprüft⁴:

H1: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF) haben nach dem Interventionszeitraum eine bessere Arbeitsfähigkeit als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS).

H2: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF), haben nach dem Interventionszeitraum geringere MSE-bedingte AU-Zeiten als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS).

H3: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF), haben nach dem Interventionszeitraum weniger Schmerzen im Bewegungsapparat als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS).

H4: Die Versicherten der Interventionsgruppe „koordinierendes Fallmanagement“ (BGM-iF) haben nach dem Interventionszeitraum eine höhere Selbstwirksamkeit als die Versicherten der Vergleichsgruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ (BGM-iS).

Versicherte, die die Einschlusskriterien erfüllen, wurden von den Fallmanager:innen und Betriebsärzt:innen identifiziert und in einem Beratungsgespräch mit dem/der Fallmanager:in über BGM-innovativ und die begleitende Studie aufgeklärt. Sofern die/der Versicherte der Teilnahme am Programm und der Studie zugestimmt hatte, wurde sie/er zufällig entweder der Interventions- oder der Vergleichsgruppe zugeteilt. Zur Gruppenzuteilung (im Verhältnis 1:1) wurde der zentrale 24/7 Internet-Randomisierungsservice ALEA genutzt (<https://nl.Tenalea.Net/amc/ALEA/Login.aspx>)

Als primäre Outcomes (Zielparameter) wurden subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index (WAI), (Tuomi et al., 2001) und MSE-bedingte AU-Tage sowie als sekundäre Outcomes schmerzbedingte Beeinträchtigung (Ausschnitt aus dem Deutschen Schmerzfragebogen: Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2012)) und Selbstwirksamkeit (Schwarzer und Jerusalem, 1999)

³ Ursprünglich waren Experteninterviews mit Schlüsselpersonen der DRV vorgesehen. Auf Grund der Verteilung der Studienteilnehmer zu den Modulen wurde die Auskunftsfähigkeit der Mitarbeitenden der Test- und Trainingseinrichtungen als höher eingestuft. Ein entsprechender Änderungsantrag beim Projektträger wurde gestellt und genehmigt.

⁴ Auf Grund der Randomisierung wurde von fehlenden Baseline-Unterschiede bzgl. der Zielgrößen ausgegangen. Diese wurden im Rahmen der Auswertung zunächst überprüft.

festgelegt (s. Tabelle 1). Für die Erhebung der Haupt-und Nebenoutcomes wurden folgende Indikatoren verwendet:

		Datenquelle	Validierung
Primäre Outcomes	Arbeitsfähigkeit	Work Ability Index (WAI)	Tuomi et al., 2001
	AU-Tage auf Grund einer MSE	Routinedaten der teilnehmenden BKK	-
Sekundäre Outcomes	schmerzbedingte Beeinträchtigung	Ausschnitt aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität)	In Anlehnung an von Korff et al., 1992; Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2012
	Selbstwirksamkeit	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	Schwarzer und Jerusalem, 1999

Tabelle 1: Primäre und sekundäre Outcomes der summativen Evaluation

Arbeitsfähigkeit ist das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur tatsächlich (z.B. durch den Arbeitgeber bzw. das Unternehmen) gestellten Arbeitsanforderung. Die Arbeitsfähigkeit wurde in der vorliegenden Studie mit dem Work Ability Index (WAI) erhoben. Dieser ist ein Instrument, das die aktuelle sowie die zukünftige subjektive Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mittels einer Selbstauskunft erfasst und bewertet. Die Aussagekraft des WAI wurde in zahlreichen Studien erforscht und gilt international als valide (vgl. Ilmarinen und Tuomi, 2004). Der Fragebogen beinhaltet 7 Dimensionen mit 10 Fragestellungen sowie einer Krankheitsliste. In der vorliegenden Studie wird die Kurzversion mit 14 Erkrankungen in deutscher Version (Hasselhorn und Freude, 2007) verwendet, die auf der 1998 veröffentlichten zweiten überarbeiteten Auflage des englischen Originals von Tuomi basiert (Tuomi et al., 2001). Je niedriger die erreichte Punktzahl ist, desto größer ist beim Befragten die Diskrepanz zwischen den gestellten Arbeitsanforderungen und der individuellen Bewältigungsfähigkeit. Vier Ergebniskategorien geben eine grobe Orientierung zur Bewertung der Arbeitsfähigkeit sowie der anzustrebenden Maßnahmen an:

- **7-27 Punkte:** kritische Arbeitsfähigkeit
Ziel der Maßnahmen: Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
- **28-36 Punkte:** mäßige Arbeitsfähigkeit
Ziel der Maßnahmen: Arbeitsfähigkeit verbessern
- **37-43 Punkte:** gute Arbeitsfähigkeit
Ziel der Maßnahmen: Arbeitsfähigkeit unterstützen
- **44-49 Punkte:** sehr gute Arbeitsfähigkeit
Ziel der Maßnahmen: Arbeitsfähigkeit erhalten

Als relevante sekundäre Outcomes für die Beurteilung des Erfolgs des BGM-innovativ-Programms wurden schmerzbedingte Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeit der Studienteilnehmer:innen festgelegt. Die Einschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit auf Grund von Schmerzen kann ein zentraler Punkt der Schmerzchronifizierung darstellen. Der Schweregrad der schmerzbedingten Beeinträchtigung wurde in Anlehnung an v. Korff (von Korff et al., 1992) bewertet. Hierfür wurden Informationen über die Schmerzintensität, die Beeinträchtigung (Disability Score) und die Tage (Disability-Tage), an denen die Studienteilnehmer:innen unfähig waren, ihre üblichen Aktivitäten zu

verrichten, zu Grunde gelegt. Die Schmerzintensität wird aus dem Mittelwert der momentanen, der durchschnittlichen und der maximalen Schmerzintensität (NRS 0-10), multipliziert mit 10, berechnet. Werte bis 49 stellen eine geringe Schmerzintensität, Werte ab 50 eine hohe Schmerzintensität dar. Die Beeinträchtigung wurde als Mittelwert aus Beeinträchtigung im Alltag, Freizeitaktivität und Arbeitsfähigkeit (NRS 0-10), multipliziert mit 10, berechnet. Die Bewertung des resultierenden Disability Scores kann vier Stufen zugeordnet werden (0-29 = 0 Disability-Punkte, 30-49 = 1 Disability-Punkt, 50-69 = 2 Disability-Punkte, ab 70 = 3 Disability-Punkte). Die Anzahl der Tage, an denen sich die Studienteilnehmer:innen in den letzten 3 Monaten unfähig fühlten, ihren üblichen Aktivitäten nachzugehen werden als Disability-Tage zusammengefasst. Diese können ebenfalls vier Kategorien zugeordnet werden (0-3 = 0 Disability-Punkte, 4-7 = 1 Disability-Punkt, 8-15 = 2 Disability-Punkte, ab 16 = 3 Disability-Punkte). Für die Bewertung der schmerzbedingten Beeinträchtigung nach von Korff wurde eine Validierungsstudie durchgeführt, die im Handbuch des Deutschen Schmerzfragebogens folgendermaßen bewertet wird: „Der Schweregrad nach von Korff hat in der Validierungsstichprobe eine ausgeprägt rechts-schiefe Verteilung – fast 90% der Patienten befanden sich in Grad 3 und 4. Durch die Berücksichtigung von Schmerzintensität und schmerzbedingter Beeinträchtigung ist er aber änderungssensitiv, und sollte sich im Laufe der Behandlung verbessern.“ (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2012).

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Schwarzer und Jerusalem (1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Es handelt sich um eine eindimensionale Skala, deren alle gleich gepolten Items mit Hilfe von vier Stufen (1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum, 3= stimmt eher, 4=stimmt genau) beantwortet werden. Sie wird seit über 20 Jahren bei Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt. Positive Korrelationen z.B. mit Arbeitszufriedenheit sowie negative Korrelationen z.B. mit Ängstlichkeit und Depressivität bewertet Schwarzer positiv in Hinblick auf die kriterienbezogene Validität der Skala.

Die Arbeitsfähigkeit, die schmerzbedingte Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeit wurden jeweils vor der Intervention bzw. der Vergleichsphase mit dem t0-Fragebogen sowie nach der Intervention bzw. der Vergleichsphase mit dem t1-Fragebogen erhoben (s. Abbildung 1). Die t1-Fragebögen enthielten außerdem eigens generierte Fragen zur Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten mit dem Versorgungsprozess. Die hier abgefragten Themenaspekte beinhalteten die Einschätzung vom Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Teilnahme am BGM-innovativ-Programm, die persönliche Meinung vom BGM-innovativ-Programm, die Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahmen, die eigene Motivation und Zielerreichung. Die t0-Befragung fand direkt nach der Gruppenzuteilung statt. Die t1-Fragebögen wurden den Studienteilnehmer:innen einheitlich nach 6 Monaten durch den/die Fallmanager:in zugeschickt. Beide Fragebögen wurden mit vorfrankierten und bereits adressierten Rückumschlägen an das IMVR in pseudonymisierter Form geschickt und dort anhand des Pseudonyms mit den anderen Daten verknüpft.

Die Qualitätssicherung bei der Studiendurchführung wurde durch die Beachtung der Standards der Fragebogenentwicklung (Bradburn et al., 2004, Schaeffer und Dykema, 2011, Schaeffer und Preser, 2003), Pretesting (Prüfer und Rexroth, 2000), Dillman's Design Methode zur Erhöhung der Responseraten (Dillman, 1978) und Datenaufbereitung mit der Teleform® Software (Teil der IMVR Infrastruktur) gewährleistet.

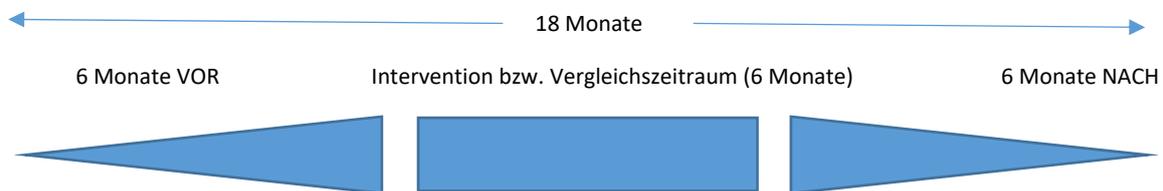
Für die weitere Beurteilung eines Effekts des BGM-innovativ-Programms auf die Arbeitsfähigkeit der Studienteilnehmer:innen wurden die AU-Daten vor sowie nach der Teilnahme am BGM-innovativ-Programm erhoben. Da die einzelnen BKK teilweise unterschiedliche Softwarelösungen für die Erfassung der AU-Daten haben, musste eine pragmatische, gemeinsame Lösung unter Berücksichtigung des Datenschutzes entwickelt

werden. Zur einheitlichen Abfrage der AU-Daten wurde mit Hilfe der Wieland BKK eine Vorlage entwickelt, die auf dem Datawarehouse DIAS (bitAnalytics) beruht. Die Vorlage wurde mit den weiteren BKK abgesprochen, sodass sichergestellt war, dass alle teilnehmenden BKK die Daten in angeforderter Form liefern können. Weiterhin wurde den BKK eine Access-Vorlage zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe die Versichertennummer mit der Projekt-Identifikationsnummer (Projekt-ID) verknüpft werden konnten. Die Lieferung ans IMVR folgte pseudonymisiert in Form von Excel. Die gelieferten Daten wurden in eine Gesamt-Excel-Datei überführt und aufbereitet, sodass sie anschließend in SPSS anhand der Pseudonymsierungs-ID mit den weiteren Daten verknüpft werden konnten. Zur Auswertung wurden zwei Variablen gebildet:

1. AU_vor Intervention bzw. Vergleichszeitraum: AU-Daten mit einer M-Hauptdiagnose (ICD-10) in den 6 Monaten vor der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum,
2. AU_nach Intervention bzw. Vergleichszeitraum: AU-Daten mit einer M-Hauptdiagnose (ICD-10) in den 6 Monaten nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum.

Hinsichtlich der AU-Datenauswertung wurde bewusst ein Zeitraum von sechs Monaten eingeplant, sowie die sechs Monate vor und die sechs Monate nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum zur Auswertung herangezogen (siehe Abbildung 2): jahreszeitlich bedingte Verschiebungen in den Beschwerden wurden auf diese Weise als systematischer Bias beim Vergleich von den Prä- und Post-Daten gleich verteilt. Mögliche zeitliche Verzögerungen im Interventionsablauf fallen darüber hinaus nicht in den Zeitraum der AU nach Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum.

Abbildung 2: AU-Datenerhebung



Für die Fallzahlberechnung wurden die langjährigen Erfahrungswerte der BKK Salzgitter/Salzgitter AG im Rahmen des BeReKo-Projekts sowie etablierte Standards der Fallzahlkalkulation (Bortz und Döring, 2009) zugrunde gelegt: Um einen Effekt von $d=0,3$ statistisch nachweisen zu können, wurden 175 Personen pro Gruppe (Interventions- und Vergleichsgruppe), insgesamt also 350 Personen, als ausreichend bewertet (Machin, 2009).

Aus den Kennzahlen der Salzgitter AG war bekannt, dass bei einer Mitarbeiteranzahl von 6.000 und einer BKK-Versichertenrate von 80 % jährlich insgesamt 127 Versicherte in das Programm eingeschlossen werden (Modul A: 80-100 Versicherte, Modul B: ca. 35 Versicherte, Modul C: 12-15 Versicherte). Insgesamt wurden also 2,65% der BKK-Versicherten der Salzgitter AG in das Programm eingeschlossen. Eine Reduktion der Fallzahl um 50% bei der Durchführung einer Studie durch Studienverweigerer und Abbrecher:innen wurde antizipiert. Die vorhergesagte Teilnehmerquote reduzierte sich demnach von 2,65% auf 1,29%. Um 350 Studienteilnehmer zu erhalten, wurde also eine Grundgesamtheit von 27.131 Versicherten über alle teilnehmenden Betriebskrankenkassen hinweg benötigt ($350/0,0129=27.131$).

Um eine möglichst heterogene und große Gruppe von Versicherten zu erreichen, wurden zunächst alle Betriebskrankenkassen des Dachverbands angeschrieben, ob eine

Bereitschaft zur Teilnahme am Projekt bestehe. Von den Betriebskrankenkasse, die sich nicht auf die initiale Einladung zurückgemeldet haben, wurden im nächsten Schritt anhand qualitativer Merkmale diejenigen Betriebskrankenkassen erneut kontaktiert, bei denen entweder das größte Umsetzungspotential auf Grund einer engen Verzahnung zum Unternehmen bzw. ein substantieller Beitrag zur Heterogenität der Stichprobe angenommen wurden. Zu den Merkmalen zählten die Unternehmensgröße, die Unternehmensgröße sowie der Unternehmensstandort. Insgesamt sollte eine Repräsentativität der Gesamtversichertenpopulation erreicht werden. Dieses Verfahren wurde gewählt, um bei einer Übernahme des Programms in die Regelversorgung eine möglichst gute Übertragbarkeit der Aussagen des Projekts auf weitere Standorte sicherstellen zu können.

Alle teilnehmenden Betriebskrankenkassen (n=15) bildeten zusammen eine Versichertenpopulation von 44.699 Versicherten. Bei der Projektlaufzeit von vier Jahren wurde vermutet, dass die Betriebskrankenkassen, je nach Dauer der Implementierung, zwischen 29 und 34 Monaten Versicherte in die BGM-innovativ-Studie einsteuern können werden. Die kalkulierte Fallzahl bezog sich auf einen Einschlusszeitraum von einem Jahr, so dass bei Verzögerungen im Ablauf und einer dadurch geringeren Anzahl an rekrutierten Versicherten der Einsteuerszeitraum hätte verlängert und der Effekt somit hätte ausgeglichen werden können. Dies wurde so geplant, um das Erreichen der benötigten Fallzahl während der vierjährigen Projektlaufzeit gewährleisten zu können.

Auswertungsstrategie

Die primären und sekundären Outcomes der summativen Evaluation wurden sowohl für die Gesamtpopulation sowie die Subgruppen bzgl. Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe BGM-iF bzw. BGM-iS), Modul (Modul A, B und C) und Zeitpunkt (Baseline t0 bzw. Follow-Up t1) zunächst deskriptiv ausgewertet. Entlang der Hypothesen wurde dann in der Gesamtpopulation auf Gruppenunterschiede getestet ($\alpha=0.05$). Auf Grund von nicht vorliegenden Normalverteilungen wurden ausschließlich nicht-parametrische Verfahren angewandt. Die Untersuchung von Interaktionseffekten zwischen (Gruppenzugehörigkeit, Modul, Zeitpunkt) war auf Grund der antizipierten (und eingetretenen) ungleichen Subgruppenverteilung nicht geplant und deshalb nicht durchgeführt. Die Fallzahlplanung beruht auf den Gruppenunterschied in der Gesamtpopulation über alle Module hinweg. Subgruppenanalysen bzgl. des Moduls wurden explorativ in den Modulen A und B durchgeführt. Auf Grund der Stichprobengröße in Modul C wurde auf spezifische Tests innerhalb dieser Subgruppe verzichtet. Alle Analysen basieren auf der Intention-to-treat-Population, d.h. alle vorhandenen Werte wurden ausgewertet, auch diejenigen von Studienteilnehmer:innen, die im Verlauf der Studie aus dem Programm ausgeschieden sind und/oder die Nachbefragungen nicht eingeschickt haben.

Prozessevaluation (Formative Evaluation)

Die Implementierung des Programms wurde durch eine Prozessevaluation begleitet, um fördernde und hemmende Faktoren bei der Implementierung zu identifizieren. Die formative begleitende ist als Ergänzung zur summativen Evaluation zu sehen. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden Ergebnisse festgehalten, mit deren Hilfe geprüft wurde, ob der tatsächliche Verlauf des Programms dem geplanten entsprach. Darüber hinaus lieferte sie Rückschlüsse darauf, ob die Intervention die Zielgruppe erreicht und von den Akteuren (Fallmanager:innen, Mitarbeitenden aus Test- und Trainingseinrichtungen sowie Betriebsärzt:innen) akzeptiert wurde. Als methodische Herangehensweise im Rahmen der Prozessevaluation wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der es ermöglicht, die Einstellung und Sichtweisen der befragten Personen mithilfe offener Fragen zu identifizieren und diese in der Auswertung auf die hemmenden und förderlichen Faktoren zu beziehen.

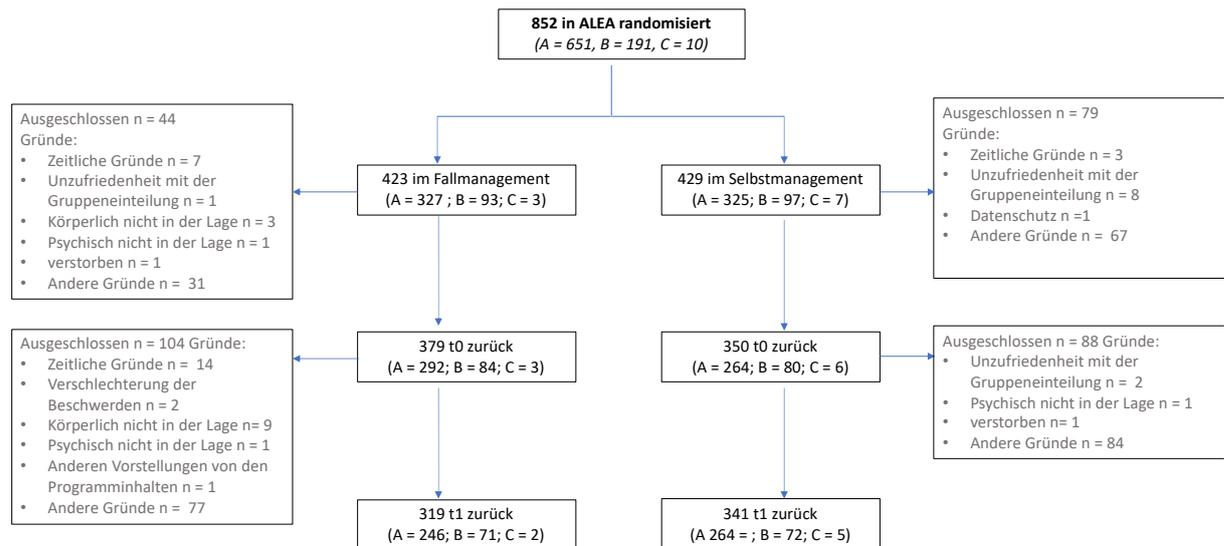
Um den Prozess der Implementierung von BGM-innovativ zu evaluieren, wurden im Projektverlauf leitfadengestützte Fokusgruppen (Merton, 1987) mit den Fallmanager:innen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen sowie leitfadengestützte (Flick, 2007) Experteninterviews (Meuser und Nagel, 2010) mit Betriebsärzten/-innen und Mitarbeitenden der Test- und Trainingszentren durchgeführt. Die zentrale Forschungsfrage war: Was sind aus Ihrer Sicht die fördernden und hemmenden Faktoren für die Implementierung von BGM-innovativ?

3. Ergebnisse der Evaluation

Die Ergebnisse der Evaluation werden gesondert nach der Effektevaluation (summative Evaluation) und der Prozessevaluation (formative Evaluation) dargestellt.

Ergebnisse der Effektevaluation (Summative Evaluation)

Abbildung 3: Flow-Chart



Die Abbildung 3 zeigt eine Übersicht zu den eingeschlossenen und im Projektverlauf aus dem Programm ausgeschiedenen Studienteilnehmer:innen: Es wurden insgesamt 852 Personen in ALEA randomisiert. Hiervon wurden 423 Personen per Zufall ins koordinierende Fallmanagement (BGM-iF) und 429 ins unterstützte Selbstmanagement (BGM-iS) gesteuert. Von diesen füllten 379 im koordinierenden Fallmanagement (BGM-iF) bzw. 350 Personen im unterstützten Selbstmanagement (BGM-iS) den t0-Fragebogen (erster Befragungszeitpunkt) aus und schickten ihn zur Auswertung ein. Den zweiten Fragebogen (t1-Fragebogen) schickten 319 Personen im koordinierenden Fallmanagement (BGM-iF) bzw. 341 Personen im unterstützten Selbstmanagement (BGM-iS) ein. Die Ausschluss- und Abbruchgründe umfassten mehrere Gründe (s. Abbildung 3). Als häufigste Ursache für einen Studienabbruch wurden zeitliche Gründe benannt.

Abbrecher:innen erhielten einen standardisierten Fragebogen, um mögliche Beweggründe für den Studienabbruch zu erfassen. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anzahl der Abbrecher:innen, die den einzelnen Aussagen zustimmten bzw. sie ablehnten.

		n BGM-iF	n BGM-iS	Gruppe fehlend
Ich fühle mich körperlich nicht mehr dazu in der Lage, an "BGM-innovativ" teilzunehmen.	nein	27	12	6
	ja	17	1	1
Ich fühle mich psychisch nicht mehr in der Lage, an "BGM-innovativ" teilzunehmen	nein	41	12	6
	ja	3	1	1
Ich habe keine Zeit mehr, um an "BGM-innovativ" teilzunehmen, da ich beruflich zu viel unterwegs bin	nein	34	10	6
	ja	9	3	1
Ich habe keine Zeit mehr, um an "BGM-innovativ" teilzunehmen, da ich familiäre Pflichten zu erfüllen habe (z.B. Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Haushalt, etc.).	nein	29	12	7
	ja	15	1	0
"BGM-innovativ" schränkt mich in meiner Freizeit zu sehr ein.	nein	35	12	6
	ja	9	1	1
Die Programminhalte entsprachen nicht meinen Vorstellungen.	nein	41	13	4
	ja	3	0	3
Durch die Teilnahme an "BGM-innovativ" haben sich meine Beschwerden verschlechtert.	nein	38	12	7
	ja	6	1	0
Ich habe Bedenken bezüglich des Datenschutzes.	nein	43	13	7
	ja	1	0	0
Ich befürchte, dass mein Arbeitgeber meine Daten einsehen könnte.	nein	43	12	7
	ja	1	1	0
Ich habe andere Vorbehalte gegenüber der Studie oder dem Fragebogen.	nein	44	13	7
	ja	0	0	0
Ich bin unzufrieden mit meiner Gruppenzuteilung.	nein	43	2	4
	ja	1	11	3
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung durch die/den Fallmanager/In.	nein	43	13	7
	ja	1	0	0
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung durch die/den Betriebsarzt/-ärztin.	nein	44	13	7
	ja	0	0	0
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung in der Testeinrichtung.	nein	41	13	7
	ja	3	0	0
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung in der Trainingseinrichtung.	nein	43	13	7
	ja	1	0	0
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung in der Reha-Einrichtung.	nein	43	13	7
	ja	1	0	0
Ich bin unzufrieden mit der Betreuung durch andere.	nein	43	13	7
	ja	1	0	0

Tabelle 2: Nach Gruppen getrennte Ergebnisse des Abbrecherfragebogens

Die nötige Fallzahl von 175 pro Gruppe wurde insgesamt erreicht. Für Modul A können auf Grund der hohen Fallzahl modulspezifische Analysen durchgeführt werden. Das Modul B wurde explorativ ebenfalls modulspezifisch analysiert. Auf eine separate Analyse des Moduls C wurde auf Grund der geringen Fallzahl verzichtet.

Soziodemographische Angaben

Der Tabelle 3 sind die soziodemographischen Angaben (Alter, Geschlecht, Branchenzugehörigkeit und höchster Bildungsabschluss) für die einzelnen Module und Gruppen zu entnehmen. Die Verteilung der Merkmale in der erreichten Stichprobe spiegelt im Wesentlichen die Verteilung unter den Betroffenen in der Versichertenpopulation wider. Für keines der Merkmale wurde ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen BGM-iF und BGM-iS festgestellt ($p > 0.05$), d.h. in den beiden Gruppen waren ungefähr gleich viele Männer und Frauen, ungefähr gleich viele Personen aus den einzelnen Altersstufen, ungefähr gleich viele Vertreter:innen aus den einzelnen Branchen sowie ungefähr gleich viele Personen mit den einzelnen Bildungsabschlüssen vertreten.

		Modul A		Modul B		Modul C	
		Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)	Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)	Anzahl (BGM-iF/BGM-iS)	in % (BGM-iF/BGM-iS)
Alter	bis 29 Jahre	15 / 17	5.12 / 6.44	2 / 3	2.41 / 3.66	0 / 0	0.00 / 0.00
	30-39 Jahre	35 / 37	11.95 / 14.02	7 / 6	8.43 / 7.32	0 / 0	0.00 / 0.00
	40-49 Jahre	82 / 79	27.99 / 29.92	18 / 19	21.69 / 23.17	0 / 1	0.00 / 20.00
	50-59 Jahre	138 / 115	47.10 / 43.56	46 / 51	55.42 / 62.20	3 / 4	100.00 / 80.00
	60-69 Jahre	23 / 16	7.85 / 6.06	10 / 3	12.05 / 3.66	0 / 0	0.00 / 0.00
	ab 70 Jahre	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
Geschlecht	männlich	220 / 199	75.60 / 75.38	67 / 69	80.72 / 85.19	2 / 5	66.67 / 100.00
	weiblich	70 / 65	24.05 / 24.62	15 / 12	18.07 / 14.81	1 / 0	33.33 / 0.00
	Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.	1 / 0	0.34 / 0.00	1 / 0	1.20 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
Branche	öffentlicher Dienst	8 / 9	2.77 / 3.41	2 / 1	2.44 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	Industrie	256 / 232	88.58 / 87.88	75 / 73	91.46 / 92.41	3 / 5	100.00 / 100.00
	Handwerk	5 / 2	1.73 / 0.76	1 / 1	1.22 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	Handel	1 / 0	0.35 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
	sonstige Dienstleistungen	9 / 15	3.11 / 5.68	2 / 1	2.44 / 1.27	0 / 0	0.00 / 0.00
	andere Branche und zwar:	10 / 6	3.46 / 2.27	2 / 3	2.44 / 3.80	0 / 0	0.00 / 0.00
Bildungsabschluss	Ich habe keinen beruflichen Abschluss.	12 / 7	4.21 / 2.67	6 / 8	7.32 / 9.76	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.	161 / 154	56.49 / 58.78	59 / 59	71.95 / 71.95	2 / 5	66.67 / 100.00
	Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.	71 / 64	24.91 / 24.43	11 / 9	13.41 / 10.98	1 / 0	33.33 / 0.00
	Ich habe einen Fachhochschulabschluss.	26 / 28	9.12 / 10.69	4 / 4	4.88 / 4.88	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe einen Universitätsabschluss.	10 / 8	3.51 / 3.05	2 / 0	2.44 / 0.00	0 / 0	0.00 / 0.00
	Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss.	5 / 1	1.75 / 0.38	0 / 2	0.00 / 2.44	0 / 0	0.00 / 0.00

Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Stichprobe nach Modulen

Der Tabelle 4 sind die kumulierten AU-Tage⁵ auf Grund von M-Diagnosen (Hauptdiagnose nach ICD-10) jeweils im 6-Monatszeitraum vor sowie nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum modulunabhängig sowie getrennt nach Modulen zu entnehmen. Die häufigsten AU-Tage sind in allen Gruppen den Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens zuzuordnen. Die Prozentzahlen stellen den Anteil der AU-Tage in der jeweils betrachteten Subgruppe dar. Bei der Beurteilung der Prozentangaben sind die Verteilungen in den Subgruppen zu berücksichtigen (vgl. Abbildung 3 Flow-Chart).

		Gesamt	in %	A	in %	B	in %	C	in %
AU-Tage vor Intervention bzw. Vergleichszeitraum	M00-M25: Arthropathien	3322	23,18	2517	32,27	797	13,61	8	1,19
	M40-M54: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	7873	54,94	4237	54,32	3430	58,57	206	30,56
	M60-M79: Krankheiten der Weichteilgewebe	2391	16,69	704	9,03	1227	20,95	460	68,25
	Weitere ICD-10-M-Diagnosen (z.B. M80-M94: Osteopathien und Chondropathien, M95-M99: Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes)	744	5,19	342	4,38	402	6,86	0	0,00
AU-Tage nach Intervention bzw. Vergleichszeitraum	M00-M25: Arthropathien	958	13,58	746	18,57	207	7,22	5	2,99
	M40-M54: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	4328	61,37	2224	55,35	1979	69,03	125	74,85
	M60-M79: Krankheiten der Weichteilgewebe	1394	19,77	684	17,02	673	23,47	37	22,16
	Weitere ICD-10-M-Diagnosen (z.B. M80-M94: Osteopathien und Chondropathien, M95-M99: Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes)	372	5,28	364	9,06	8	0,28	0	0,00

Tabelle 4: Kumulierte MSE-spezifische AU-Tage

⁵ Um Verzerrungen zu Gunsten der Interventionen zu vermeiden, werden jeweils die AU-Tage nur für vollständige Fälle vor und nach der Intervention darstellt. In der Gruppe BGM-iF sind dies für Modul A 105 Fälle, für Modul B 55 Fälle und für Modul C 3 Fälle. In der Gruppe BGM-iS sind dies für Modul A 138 Fälle, für Modul B 59 und für Modul C 5 Fälle.

Primäre und sekundäre Outcomes⁶

Um die Vergleichbarkeit der Interventionsgruppen gewährleisten zu können, erfolgte eine individuumsbezogene zufällige Zuteilung zu den Gruppen, um dort möglichst eine Gleichverteilung bzgl. der Ausprägungen der Zielkriterien zu Beginn der Intervention zu erzielen. Die Zuteilung war nach Modulen und Standorten stratifiziert.

Zunächst erfolgte eine modulunabhängige Auswertung für alle auswertbaren Fälle: In der Tabelle 5 sind in der Gesamtstichprobe über alle Module hinweg die statistischen Gruppenvergleiche zwischen der Interventionsgruppe BGM-iF und der Vergleichsgruppe BGM-iS für die primären und sekundären Outcomes zu den beiden Zeitpunkten t0 (Baseline) und t1 (Follow-Up) dargestellt. Der Tabelle 5 ist zu entnehmen, dass keine Baselineunterschiede bzgl. der primären und sekundären Outcomes gefunden wurden, d.h. dass keine auffälligen Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Intervention ausgemacht werden konnten. Die Randomisierung war demnach erfolgreich.

		Mittelwert BGM-iF/BGM-iS	Perzentile			n BGM-iF/BGM-iS	p-Wert	r-Wert
			25. BGM-iF / BGM-iS	50. (Median) BGM-iF / BGM-iS	75. BGM-iF / BGM-iS			
Primäre Outcomes								
Arbeitsfähigkeit (WAI)	Baseline t0	24.29 / 24.42	20.00 / 21.00	24.00 / 24.50	29.00 / 29.25	375 / 345	0.679	0.0154
	Follow-Up t1	26.73 / 25.75	22.00 / 22.00	27.50 / 26.50	32.00 / 31.00	266 / 254	0.088	0.0748
AU-Tage auf Grund einer MSE	Baseline t0	28.67 / 28.49	3.00 / 4.25	12.00 / 14.00	33.00 / 33.75	163 / 200	0.804	0.013
	Follow-Up t1	18.28 / 13.33	0.00 / 0.00	2.00 / 0.00	19.00 / 16.75	163 / 200	0.376	0.0465
Sekundäre Outcomes								
schmerzbedingte Beeinträchtigung								
Disability Tage	Baseline t0	1.67 / 1.66	0.00 / 0.00	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	363 / 335	0.955	0.0022
	Follow-Up t1	0.89 / 1.10	0.00 / 0.00	0.00 / 1.00	2.00 / 2.00	256 / 248	0.041*	0.091
Disability Score	Baseline t0	47.89 / 46.67	30.00 / 26.67	50.00 / 46.67	66.67 / 66.67	379 / 347	0.498	0.0252
	Follow-Up t1	31.17 / 36.15	10.00 / 10.00	20.00 / 33.33	50.00 / 56.67	268 / 262	0.030*	0.0942
Schmerzintensität	Baseline t0	54.56 / 54.13	43.33 / 40.00	56.67 / 56.67	70.00 / 70.00	378 / 350	0.931	0.0032
	Follow-Up t1	40.40 / 46.19	23.33 / 23.33	40.00 / 46.67	56.67 / 66.67	264 / 259	0.005**	0.1233
Selbstwirksamkeit	Baseline t0	29.92 / 30.06	28.00 / 28.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	375 / 339	0.923	0.0036
	Follow-Up t1	30.14 / 29.89	28.00 / 28.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	265 / 255	0.146	0.0637

Tabelle 5: Modulunabhängige Gruppenvergleiche (BGM-iF vs. BGM-iS) zur Baseline t0 und zum Follow-Up t1

Gemäß der Hypothese 1 sollte in der Gesamtpopulation die Gruppe BGM-iF nach der Intervention eine höhere Arbeitsfähigkeit (gemessen mit dem WAI) aufweisen als die Gruppe BGM-iS. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Zum Zeitpunkt t1 sind beide Gruppen in ihrer Arbeitsfähigkeit ohne signifikanten Unterschied als vergleichbar zu bewerten (s. Tabelle 5).

Gemäß der Hypothese 2 sollte in der Gesamtpopulation die Gruppe BGM-iF nach der Intervention geringere MSE-bedingte AU-Zeiten in dem Beobachtungszeitraum aufweisen als die Vergleichsgruppe BGM-iS. Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Zum Zeitpunkt t1 weisen beide Gruppen für den jeweiligen Beobachtungszeitraum gleich hohe MSE-bedingte AU-Zeiten ohne signifikanten Unterschied auf (s. Tabelle 5).

Gemäß der Hypothese 3 sollte in der Gesamtpopulation die Gruppe BGM-iF nach der Intervention eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung aufweisen als die Vergleichsgruppe BGM-iS. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Gemessen mit den

⁶ Die Auswertungen bezüglich des Moduls B bleiben auf Grund der geringen Fallzahlen explorativ. Das Signifikanzniveau wird mit *= $p < 0.05$, **= $p < 0.01$, und ***= $p < 0.001$ gekennzeichnet. Das alpha-Level wurde nicht adjustiert. Die dargestellten Tests sind alle nicht-parametrisch, da keine Normalverteilung für die Daten vorlag.

Auszügen aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (Disability Tage, Disability Score und Schmerzintensität) zeigte die BGM-iF-Gruppe insgesamt geringere Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund von Schmerzen, eine generell höhere Arbeitsfähigkeit auf Basis der Schmerzen sowie insgesamt weniger Schmerzen im Vergleich zur BGM-iS-Gruppe (s. Tabelle 5).

Gemäß der Hypothese 4 sollte in der Gesamtpopulation die Gruppe BGM-iF nach der Intervention eine höhere Selbstwirksamkeit aufweisen als die Vergleichsgruppe BGM-iS. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Zum Zeitpunkt t1 weisen beide Gruppen ohne signifikanten Unterschied vergleichbare Werte in der Selbstwirksamkeit auf (s. Tabelle 5).

Im nächsten Schritt wurden innerhalb der jeweiligen Gruppen BGM-iF und BGM-iS Zeitvergleiche zwischen der Baseline t0 und dem Follow-Up t1 durchgeführt. Die gruppenspezifischen Zeitvergleiche zeigen für alle primären und sekundären Zielgrößen bis auf Selbstwirksamkeit signifikante Unterschiede in die erwarteten Richtungen (s. Tabelle 6): Nach der Intervention hatten die Studienteilnehmer:innen eine höhere Arbeitsfähigkeit, weniger AU-Tage auf Grund einer MSE sowie eine geringere schmerzbedingte Beeinträchtigung (Disability Tage, Disability Score, Schmerzintensität).

über alle Module hinweg		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
			25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
BGM-iF	Arbeitsfähigkeit (WAI)	24.78 / 26.83	20.88 / 22.38	25.00 / 27.50	29.63 / 32.00	258	0.000***	0.3917
	AU-Tage auf Grund einer MSE	28.67 / 18.28	3.00 / 0.00	12.00 / 2.00	33.00 / 19.00	163	0.000***	0.2953
	Disability Tage	1.58 / 0.87	0.00 / 0.00	2.00 / 0.00	3.00 / 2.00	243	0.000***	0.4806
	Disability Score	45.20 / 30.75	26.67 / 10.00	46.67 / 30.00	63.33 / 47.50	262	0.000***	0.547
	Schmerzintensität	53.00 / 40.15	40.00 / 23.33	53.33 / 40.00	66.67 / 56.67	259	0.000***	0.5673
	Selbstwirksamkeit	29.88 / 30.17	28.00 / 29.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	256	0.191	0.0818
BGM-iS	Arbeitsfähigkeit (WAI)	24.69 / 25.79	21.00 / 22.00	25.00 / 26.50	29.50 / 31.00	240	0.000***	0.2299
	AU-Tage auf Grund einer MSE	28.49 / 13.33	4.25 / 0.00	14.00 / 0.00	33.75 / 16.75	200	0.000***	0.3971
	Disability Tage	1.69 / 1.11	0.00 / 0.00	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	230	0.000***	0.3809
	Disability Score	46.85 / 35.88	26.67 / 10.00	46.67 / 33.33	70.00 / 56.67	249	0.000***	0.4136
	Schmerzintensität	54.00 / 45.93	40.00 / 23.33	56.67 / 46.67	70.00 / 66.67	249	0.000***	0.3913
	Selbstwirksamkeit	30.29 / 29.95	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	241	0.148	0.0933

Tabelle 6: Modulunabhängige Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS

Im Folgenden werden die explorativen modulspezifischen Analysen für die Module A und B vorgestellt. Der Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass für keines der primären und sekundären Outcomes Gruppenunterschiede zwischen BGM-iF und BFM-iS zur Baseline t0 nachgewiesen werden konnten. Dies gilt sowohl in Modul A als auch in B.

Nach der Intervention zum Zeitpunkt t1 wurden Gruppenunterschiede zwischen BGM-iF und BGM-iS bzgl. der Arbeitsfähigkeit (WAI), der Ausprägung von schmerzbedingten Beeinträchtigungen, der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit sowie der MSE-spezifischen AU-Tage vermutet. In Modul A kann dies überwiegend bestätigt werden: Es bestehen Gruppenunterschiede bzgl. Disability Tage (Deutscher Schmerzfragebogen), des Disability Scores (Deutscher Schmerzfragebogen), der Schmerzintensität (Deutscher Schmerzfragebogen), der Selbstwirksamkeit sowie der Arbeitsfähigkeit (WAI). Ein Unterschied bzgl. der MSE-spezifischen AU-Tage wurde nicht signifikant. In Modul B blieben alle Gruppenvergleiche auch zu t1 nicht signifikant.

Gruppenvergleich	Zeitpunkt	Mittelwert BGM-iF/BGM-iS	Perzentile			n BGM- iF/BGM-iS	p-Wert	r-Wert
			25. BGM-iF / BGM-iS	50. (Median) BGM-iF / BGM-iS	75. BGM-iF / BGM-iS			
Primäre Outcomes								
Arbeitsfähigkeit (WAI)	Baseline t0	25.60 / 25.64	22.00 / 22.0	26.00 / 26.00	30.00 / 30.00	291 / 259	.888	0.006
	Follow-Up t1	27.93 / 26.57	24.00 / 22.50	28.50 / 27.50	32.00 / 32.00	208 / 197	.035*	0.105
AU-Tage auf Grund einer MSE	Baseline t0	23.61 / 21.89	3.00 / 1.75	9.00 / 12.00	22.50 / 22.25	105 / 138	.641	0.03
	Follow-Up t1	10.79 / 12.25	0.00 / 0.00	0.00 / 0.00	15.00 / 13.00	105 / 138	.786	0.0174
Sekundäre Outcomes								
schmerzbedingte Beeinträchtigung								
Disability Tage	Baseline t0	1.47 / 1.48	0.00 / 0.00	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	284 / 253	.898	0.0055
	Follow-Up t1	.65 / .98	0.00 / 0.00	0.00 / 0.00	1.00 / 2.00	200 / 191	.003**	0.1507
Disability Score	Baseline t0	43.38 / 42.50	26.67 / 20.83	43.33 / 40.00	60.00 / 63.33	293 / 260	.602	0.0222
	Follow-Up t1	26.36 / 32.99	8.33 / 10.00	20.00 / 30.00	43.33 / 53.33	209 / 203	.012*	0.1241
Schmerzintensität	Baseline t0	51.60 / 50.52	40.00 / 36.67	53.33 / 53.33	65.00 / 66.67	293 / 263	.759	0.013
	Follow-Up t1	36.72 / 43.50	20.00 / 23.33	36.67 / 43.33	50.00 / 63.33	206 / 201	.004**	0.1447
Selbstwirksamkeit	Baseline t0	30.16 / 30.09	28.00 / 28.00	30.00 / 30.00	33.00 / 32.00	291 / 256	.503	0.0286
	Follow-Up t1	30.52 / 30.06	29.00 / 28.00	31.00 / 30.00	33.00 / 32.75	208 / 200	.049*	0.0976
Primäre Outcomes								
Arbeitsfähigkeit (WAI)	Baseline t0	20.01 / 21.36	17.00 / 18.25	20.00 / 21.00	23.50 / 25.00	81 / 81	.052	0.1529
	Follow-Up t1	22.71 / 23.42	19.00 / 19.252	23.50 / 24.00	27.00 / 28.25	56 / 53	.621	0.0474
AU-Tage auf Grund einer MSE	Baseline t0	36.80 / 41.22	1.00 / 9.00	23.00 / 23.00	46.00 / 59.00	55 / 59	.320	0.0931
	Follow-Up t1	31.33 / 16.02	0.00 / 0.00	10.00 / 5.00	26.00 / 23.00	55 / 59	.387	0.081
Sekundäre Outcomes								
schmerzbedingte Beeinträchtigung								
Disability Tage	Baseline t0	2.39 / 2.16	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	3.00 / 3.00	77 / 77	.293	0.0847
	Follow-Up t1	1.72 / 1.47	0.00 / 0.00	2.00 / 2.00	3.00 / 3.00	54 / 53	.318	0.0965
Disability Score	Baseline t0	63.49 / 58.17	50.00 / 45.83	66.67 / 60.00	76.67 / 73.33	83 / 82	.142	0.1144
	Follow-Up t1	48.07 / 46.42	31.67 / 30.00	46.67 / 46.67	60.00 / 60.00	57 / 55	.843	0.0187
Schmerzintensität	Baseline t0	65.20 / 64.39	56.67 / 53.33	66.67 / 66.67	76.67 / 80.00	82 / 82	.926	0.0072
	Follow-Up t1	53.69 / 54.44	40.83 / 36.67	60.00 / 60.00	63.33 / 70.83	56 / 54	.737	0.032
Selbstwirksamkeit	Baseline t0	28.93 / 30.33	27.00 / 27.75	30.00 / 30.00	31.00 / 33.00	81 / 78	.057	0.1507
	Follow-Up t1	28.71 / 29.67	26.00 / 28.00	30.00 / 30.00	31.00 / 31.75	55 / 52	.279	0.1046

Tabelle 7: Modulspezifische Gruppenvergleiche (BGM-iF vs. BGM-iS) zur Baseline t0 und zum Follow-Up t1

Neben den direkten Gruppenvergleichen zwischen BGM-iF und BGM-iS zu den beiden Erhebungszeitpunkten vor und nach der Intervention bzw. dem Vergleichszeitraum wurden intragruppenspezifische Zeitvergleiche herangezogen. Hier weisen im Modul A alle dargestellten Zielgrößen bis auf die Selbstwirksamkeit im unterstützten Selbstmanagement (BGM-iS) signifikante Unterschiede auf (s. Tabelle 8).

Modul A	Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
		25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
BGM-iF	Arbeitsfähigkeit (WAI)	26.13 / 27.95	22.50 / 24.00	26.50 / 28.50	203	0.000***	0.3644
	AU-Tage auf Grund einer MSE	23.61 / 10.79	3.00 / 0.00	9.00 / 0.00	105	0.000***	0.385
	Disability Tage	1.35 / 0.64	0.00 / 0.00	1.00 / 0.00	192	0.000***	0.4858
	Disability Score	40.67 / 26.11	20.00 / 6.67	40.00 / 20.00	205	0.000***	0.6151
	Schmerzintensität	50.02 / 36.65	36.67 / 20.00	50.00 / 36.67	203	0.000***	0.5665
	Selbstwirksamkeit	30.05 / 30.55	28.00 / 29.00	30.00 / 31.00	203	0.033*	0.1499
BGM-iS	Arbeitsfähigkeit (WAI)	25.93 / 26.55	22.00 / 22.50	26.00 / 27.25	188	0.032*	0.1561
	AU-Tage auf Grund einer MSE	21.89 / 12.25	1.75 / 0.00	12.00 / 0.00	138	0.000***	0.3333
	Disability Tage	1.51 / 1.02	0.00 / 0.00	2.00 / 1.00	179	0.000***	0.3351
	Disability Score	42.65 / 32.97	20.00 / 10.00	40.00 / 30.00	195	0.000***	0.3593
	Schmerzintensität	50.39 / 43.47	36.67 / 23.33	53.33 / 43.33	196	0.000***	0.3418
	Selbstwirksamkeit	30.22 / 30.09	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	191	0.717	0.0262

Tabelle 8: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul A

Für Modul B werden trotz der geringeren Stichprobengröße einzelne Vergleiche (alle bis auf Selbstwirksamkeit in beiden Gruppen sowie AU-Tage im Fallmanagement) als signifikant ausgewiesen (s. Tabelle 9).

Modul B		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
			25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
BGM-iF	Arbeitsfähigkeit (WAI)	20.15 / 23.00	17.00 / 19.00	20.00 / 24.00	24.00 / 27.00	53	.001**	0.4536
	AU-Tage auf Grund einer MSE	36.80 / 31.33	1.00 / 0.00	23.00 / 10.00	46.00 / 26.00	55	.207	0.17
	Disability Tage	2.43 / 1.73	2.00 / 0.00	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	49	.001**	0.4687
	Disability Score	61.58 / 47.27	46.67 / 30.00	66.67 / 46.67	73.33 / 60.00	55	.000***	0.5004
	Schmerzintensität	64.20 / 53.02	56.67 / 40.00	66.67 / 56.67	73.33 / 63.33	54	.000***	0.5536
	Selbstwirksamkeit	29.88 / 30.17	28.00 / 29.00	30.00 / 30.00	32.00 / 32.00	256	0.191	0.0818
BGM-iS	Arbeitsfähigkeit (WAI)	20.83 / 23.61	17.00 / 19.75	21.00 / 24.00	25.00 / 28.75	49	.002**	0.4494
	AU-Tage auf Grund einer MSE	41.22 / 16.02	9.00 / 0.00	23.00 / 5.00	59.00 / 23.00	59	.000***	0.5041
	Disability Tage	2.27 / 1.44	2.00 / 0.00	3.00 / 1.50	3.00 / 3.00	48	.001**	0.4948
	Disability Score	60.85 / 45.42	46.67 / 30.00	63.33 / 46.67	76.67 / 60.00	51	.000***	0.5768
	Schmerzintensität	66.47 / 53.73	53.33 / 36.67	65.00 / 60.00	83.33 / 70.00	50	.000***	0.5859
	Selbstwirksamkeit	30.75 / 29.71	29.00 / 28.00	30.00 / 30.00	33.00 / 31.75	48	.060	0.2711

Tabelle 9: Intragruppenzeitvergleiche (Baseline t0 vs. Follow-Up t1) getrennt für die Gruppen BGM-iF und BGM-iS im Modul B

Auszüge aus EFL-Testerergebnissen⁷

Bezüglich der EFL-Testungen werden hier die Aspekte Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit und Kraft deskriptiv dargestellt:

Für die Ausdauer liegen insgesamt 123 auswertbare Fälle vor: Die Ausdauer wurde in 14/123 Personen als geringfügig verschlechtert, in 20/123 ohne Veränderung, in 51/123 als geringfügig verbessert und in 38/123 als deutlich verbessert eingestuft. Damit wurde die Ausdauer bei ca. 72,4% mit einer mindestens geringfügigen Verbesserung bewertet.

Für die Koordination liegen insgesamt 112 auswertbare Fälle vor: Die Koordination wurde für eine Person als geringfügig verschlechtert, für 24/112 ohne Veränderung, für 70/112 als geringfügig verbessert und für 17/112 als deutlich verbessert eingestuft. Damit wurde die Koordination bei ca. 77,7% mit einer mindestens geringfügigen Verbesserung bewertet.

Ähnliche Effekte lassen sich für die Beweglichkeit und Kraft darstellen. Für die Beweglichkeit liegen insgesamt 113 auswertbare Fälle vor: Die Beweglichkeit wurde in 3/113 Personen als geringfügig verschlechtert, in 13/113 ohne Veränderung, in 62/113 als geringfügig verbessert und in 35/113 als deutlich verbessert eingestuft. Dies sind ca. 85,9%, die eine mindestens geringfügige Verbesserung der Beweglichkeit attestiert bekommen haben.

Für die Kraft liegen insgesamt 127 auswertbare Fälle vor. Die Kraft wurde in 8/127 Personen als geringfügig verschlechtert, in 5/127 ohne Veränderung, in 46/127 als geringfügig verbessert und in 68/127 als deutlich verbessert eingestuft. Dies sind ca. 89,7%, die eine verbesserte Kraft nach dem Training attestiert bekommen haben.

⁷ Die Auswertungen der EFL-Testungen erfolgen ausschließlich für Modul A.

Zufriedenheit mit dem BGM-i-Programm und Akzeptanz der Maßnahmen

In der Nachbefragung (t1-Fragebogen) wurden die Studienteilnehmer:innen gefragt, wie sie ihre allgemeine Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm einschätzten (numerische Ratingskala von 1=„sehr schlecht“ bis 5=„sehr gut“). Ebenfalls wurden sie zur Abschätzung der Akzeptanz der Maßnahmen gefragt, wie sie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der BGM-i-Maßnahmen bewerteten (numerische Ratingskala von 1=„Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.“ bis 5=„Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.“). Darüber hinaus wurden die Studienteilnehmer:innen gefragt, inwieweit Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr persönliches Ziel erreicht hätten (numerische Ratingskala von 1=„viel weniger als erwartet“ bis 5=„viel mehr als erwartet“).

Die Tabelle 10 zeigt die Gruppenvergleiche zwischen BGM-iF und BGM-iS für die Module A und B⁸ sowie in der Gesamtstichprobe. Sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in Modul A waren Teilnehmer:innen in der Interventionsgruppe BGM-iF insgesamt zufriedener mit dem Programm und den Maßnahmen als in der Vergleichsgruppe BGM-iS. Teilnehmer:innen der Gruppe BGM-iF schätzen im Vergleich zu Teilnehmer:innen der Gruppe BGM-iS den Nutzen höher als den Aufwand der Maßnahmen ein und haben laut Selbstauskunft eher ihre Ziele mit dem Programm erreicht. Diese Unterschiede sind ebenfalls ausschließlich in Modul A und der Gesamtstichprobe statistisch signifikant.

GRUPPENVERGLEICH		Mittelwert BGM-iF/BGM-iS	Perzentile			n BGM-iF/BGM-iS	p-Wert	r-Wert
			25. BGM-iF/BGM-iS	50. (Median) BGM-iF/BGM-iS	75. BGM-iF/BGM-iS			
Modul A	t1 Zufriedenheit	4.24 / 3.36	4.00 / 3.00	4.00 / 3.00	5.00 / 4.00	208 / 186	<.001***	0.4996
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.58 / 2.83	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	5.00 / 3.00	203 / 181	<.001***	-0.3114
	t1 Zielerreichung	2.99 / 2.35	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	4.00 / 3.00	205 / 173	<.001***	-0.2923
	t0 Wirksamkeit	7.62 / 6.30	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	283 / 255	<.001***	-0.2721
	t1 Wirksamkeit	7.49 / 5.86	6.50 / 4.50	8.00 / 6.00	9.00 / 8.00	201 / 73	<.001***	-0.304
	t0 Motivation	7.95 / 6.79	7.00 / 6.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	288 / 258	<.001***	-0.2998
Modul B	t1 Motivation	7.07 / 6.07	6.00 / 4.00	7.50 / 7.00	8.00 / 8.00	204 / 96	<.001***	-0.2004
	t1 Zufriedenheit	3.91 / 3.65	4.00 / 3.00	4.00 / 4.00	4.25 / 4.00	54 / 52	.067	0.1776
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.07 / 3.00	2.00 / 2.25	3.00 / 3.00	4.00 / 3.75	54 / 48	.671	-0.0421
	t1 Zielerreichung	2.72 / 2.46	2.00 / 1.75	3.00 / 2.50	3.00 / 3.00	50 / 46	.273	-0.1119
	t0 Wirksamkeit	7.58 / 7.09	6.00 / 6.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	78 / 75	.169	-0.1112
	t1 Wirksamkeit	6.43 / 6.03	5.00 / 5.00	7.00 / 6.00	8.00 / 8.00	49 / 36	.426	-0.0863
Gesamt	t0 Motivation	7.27 / 6.96	6.00 / 5.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	78 / 80	.256	-0.0903
	t1 Motivation	6.46 / 6.64	5.75 / 5.00	6.50 / 7.00	8.00 / 8.00	50 / 39	.791	-0.0281
	t1 Zufriedenheit	4.17 / 3.43	4.00 / 3.00	4.00 / 3.00	5.00 / 4.00	264 / 241	<.001***	0.4308
	t1 Aufwand vs. Nutzen	3.47 / 2.86	3.00 / 2.00	3.00 / 3.00	4.00 / 3.00	259 / 232	<.001***	-0,2569
	t1 Zielerreichung	2.93 / 2.37	2.00 / 1.00	3.00 / 2.00	4.00 / 3.00	257 / 223	<.001***	-0.2528
	t0 Wirksamkeit	7.60 / 6.48	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	364 / 335	<.001***	-0,2327
Gesamt	t1 Wirksamkeit	7.23 / 5.86	6.00 / 5.00	8.00 / 6.00	9.00 / 8.00	252 / 112	<.001***	-0,2762
	t0 Motivation	7.80 / 6.82	7.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	396 / 343	<.001***	-0,2462
	t1 Motivation	6.93 / 6.19	6.00 / 5.00	7.00 / 7.00	8.00 / 8.00	256 / 139	0.001**	-0,1651

Tabelle 10: Allgemeine Zufriedenheit der Studienteilnehmer:innen mit dem Programm und Akzeptanz der Maßnahmen im Gruppenvergleich (BGM-iF vs. BGM-iS)

Insgesamt hat die Motivation der Studienteilnehmer:innen und der Glaube in die Wirksamkeit der Maßnahmen in beiden Gruppen über den Projektverlauf leicht abgenommen. Auf einer 11-stufigen NRS wurden sowohl in Modul A als auch in Modul B hohe durchschnittliche Baselinewerte zu t0 angeben, die zum Follow-Up t1 niedriger ausfielen (s. Tabelle 11). Hierbei waren die Studienteilnehmer:innen aus der Gruppe BGM-iF etwas motivierter und überzeugter von der Wirksamkeit der Maßnahmen als

⁸ Eine Analyse in Modul C konnte auf Grund der geringen Fallzahl in diesem Modul nicht durchgeführt werden. Die Subgruppenanalysen sind explorativ.

Teilnehmer:innen der Gruppe BGM-iS (s. Tabelle 11). Diese Unterschiede gelten für das Modul A und die Gesamtstichprobe, nicht für Modul B.

	ZEITVERGLEICH		Mittelwert t0 / t1	Perzentile			n	p-Wert	r-Wert
				25. t0 / t1	50. (Median) t0 / t1	75. t0 / t1			
Modul A	BGM-iF	Motivation	8.03 / 7.08	7.00 / 6.00	8.00 / 8.00	9.00 / 8.00	200	<.001***	-0,5339
		Wirksamkeit	7.75 / 7.46	7.00 / 6.50	8.00 / 8.00	9.00 / 9.00	193	.47	-0,052
	BGM-iS	Motivation	6.99 / 6.07	6.00 / 4.00	8.00 / 7.00	8.00 / 8.00	95	.001**	-0,3263
		Wirksamkeit	6.74 / 5.86	5.00 / 4.50	7.00 / 6.00	9.00 / 8.00	73	.019*	-0,2743
Modul B	BGM-iF	Motivation	7.23 / 6.42	6.00 / 5.25	7.00 / 6.50	8.75 / 8.00	48	.014*	-0,353
		Wirksamkeit	7.49 / 6.43	6.00 / 5.00	8.00 / 7.00	9.00 / 8.00	47	.008**	-0,386
	BGM-iS	Motivation	6.73 / 6.59	5.00 / 5.00	7.00 / 7.00	8.00 / 8.00	37	.847	-0,0317
		Wirksamkeit	7.18 / 5.94	5.75 / 5.00	8.00 / 5.50	8.00 / 8.00	34	.007**	-0,46

Tabelle 11: Modulspezifische Intragruppenzeitvergleiche zur Motivationslage der Studienteilnehmer:innen und Zuversicht in Wirksamkeit der Maßnahmen

In der BGM-iF-Gruppe wurde außerdem die Absicht auf eigenständige Fortführung einer oder mehrerer Maßnahmen abgefragt. Auf die Frage, ob die Studienteilnehmer:innen beabsichtigen, eine oder mehrere ihrer Maßnahmen in Zukunft eigenständig fortführen zu wollen, antworten in Modul A 129 Personen (64,5%) mit „ja“, 17 Personen (8,5 %) mit „nein“ und 54 Personen (27%) mit „weiß nicht“. In Modul B waren es 38 Personen (76%), die die Frage bejahen, 3 Personen (6%), die die Frage verneinen, und 9 Personen (18%), die angeben, die Antwort noch nicht zu wissen. In Modul C bejahten 2 Personen die Frage (100%).

Ergebnisse der Prozessevaluation (Formative Evaluation)

Die zentrale Forschungsfrage, im Rahmen der Prozessevaluation war: Was sind aus Sicht der Fallmanager:innen, der Betriebsärzt:innen und der Mitarbeitenden der Test- und Trainingscenter die hemmenden und fördernden Faktoren für die Implementierung des BGM-innovativ-Programms? Zur Identifizierung fördernder bzw. hemmender Faktoren für die Implementierung von BGM-innovativ wurden leitfadengestützte Fokusgruppen mit den Fallmanager:innen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen sowie leitfadengestützte Experteninterviews per Telefon mit Betriebsärzt:innen und Mitarbeiter:innen der Test- und Trainingscenter durchgeführt (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Zeitstrahl zur formativen Evaluation



Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmenden digital aufgenommen, regelgeleitet transkribiert (Fuß und Karbach, 2014) und pseudonymisiert, sowie inhaltsanalytisch im IMVR-Team ausgewertet (Mayring, 2015, Gläser und Laudel, 2004). Alle beteiligten Akteure der jeweiligen Gruppe wurden per E-Mail eingeladen. Schriftliche Informationen zum Forschungsprojekt sowie ein Kurzfragebogen wurden den Interviewpartner:innen vorab zur Verfügung gestellt. In diesen wurden sie über den Themenschwerpunkt der Fokusgruppe bzw. des Interviews, Ansprechpartner:innen im Projekt, über den Ablauf der Fokusgruppe bzw. des Interviews und über den Umgang mit den erhobenen Daten informiert. Unmittelbar vor der Fokusgruppe bzw. dem Interview fand zusätzlich eine mündliche Aufklärung durch die jeweilige Interviewerin statt. Von allen Teilnehmenden liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

Funktion in der Kasse	Qualifikation/Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> • Kundenberater:in = 9 • Fallmanager:in = 6 • (Betriebs-)Berater:in = 2 • Sonstiges (Referent:in, Teamleitung) = 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialversicherungsfachangestellte:r = 10 • Krankenkassenfachwirt:in = 3 • Arzthelfer:in = 2 • Sonstiges (med. Fachangestellte:r; Gesundheitstrainer:in; Ergotherapeut:in; Fachkrankenpfleger:in) = 4

Tabelle 12: Übersicht zu Funktionen und zur Qualifikation/Ausbildung der Fallmanager:innen

Die Fallmanager:innen wurden nach regionalen Gesichtspunkten einer von bis zu drei verschiedenen Fokusgruppen pro Jahr zugeordnet. Die regionale Unterteilung wurde als zusätzliche Erleichterung für eine kürzere Anfahrt beschlossen. Die Gespräche fanden in Räumlichkeiten statt, die von Projektleiter:innen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Die Fokusgruppen wurden von einer Projektmitarbeiterin geführt und eine weitere Projektmitarbeiterin hat zusätzliche Feldnotizen erhoben. Die erste Runde der Fokusgruppen wurde nach Abschluss der Implementierungsphase durchgeführt, die zweite und dritte Fokusgruppenrunde nach einem bzw. nach zwei Jahren (2018 n= 16, 2019 n= 13, 2020 n= 15, Dauer der Fokusgruppen ca. zwei bis drei Stunden). Auf Grund der Covid-19-Pandemie und der mit ihr verbundenen Reiseeinschränkungen fanden die Fokusgruppen im Jahr 2020 per Telefon statt. Die Tabelle 12 gibt eine Übersicht der Funktionen und Qualifikation/Ausbildung der Fallmanager:innen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die Einzelinterviews mit den Betriebsärzt:innen erfolgten im Juli 2018 und Juli 2019 (Dauer der Interviews ca. 20 bis 40 Minuten, n= 9 Interviews (2018), n= 13 Interviews (2019)) per Telefon. Die Interviews mit den Mitarbeitenden aus den Test- und Trainingszentren erfolgten im September 2020 (Dauer der Interviews ca. 20 bis 60 Minuten, n= 9 Interviews) per Telefon. Mit den Teilnehmer:innen der Experteninterviews wurden individuelle Termine in einem bestimmten Erhebungszeitraum vereinbart. Die Tabelle 13 (Min=Minimum, Max=Maximum, M=Mittelwert) gibt eine Übersicht zu den Ergebnissen der Kurzfragebögen, die an die Interviewteilnehmer:innen ausgehändigt wurde.

Interviews mit Betriebsärzt:innen in 2018	
1. Alter	Min 41; Max 62 (M: 52,8) Jahre
2. Geschlecht	weiblich: 7; männlich: 3
3. Art der Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit/Sonstiges)	Vollzeit: 7; Teilzeit 2; Sonstiges: 1
4.a Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon als Betriebsärzt:in?	Min: 4; Max: 40 (M: 16,5) Jahre
4.b Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon als Betriebsärzt:in in diesem Unternehmen?	Min: 4; Max: 30 (M: 10,9) Jahre
5. Waren Sie von Beginn an am BGM-i-Projekt beteiligt?	ja: 8; nein: 2
6. Wie viele Betriebe betreuen Sie insgesamt?	Min: 1; Max: 44 (M: 9,9) Betriebe
7. Haben Sie bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit Studien gemacht?	ja: 7; nein: 3
8. Wie viele Stunden verwenden Sie wöchentlich für das BGM-i-Projekt?	Min: 0; Max: 3 (M:1,3) Stunden
9. Kann Sie ein/e andere/r Betriebsärzt:in vertreten?	ja: 9; nein: 1

Interviews mit Betriebsärzt:innen in 2019	
1. Alter	Min 40; Max 62 (M:55,6) Jahre
2. Geschlecht	weiblich: 8; männlich: 5
3. Art der Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit/Sonstiges)	Vollzeit: 8; Teilzeit 2; Sonstiges: 1; fehlende Angaben: 2
4.a Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon als Betriebsärzt:in?	Min: 5; Max: 40 (M: 18,2)
4.b Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon als Betriebsärzt:in in diesem Unternehmen?	M:1,5; Max:31 (M:10,7)
5. Waren Sie von Beginn an am BGM-i-Projekt beteiligt?	ja: 10; nein: 1, fehlende Angaben: 2
6. Wie viele Betriebe betreuen Sie insgesamt?	Min: 1; Max: 60; (M:17,8)
7. Haben Sie bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit Studien gemacht?	ja: 7; nein: 4; fehlende Angaben: 2
8. Wie viele Stunden verwenden Sie wöchentlich für das BGM-i-Projekt?	Min: 0; Max: 2 (M: 0,72)
9. Kann Sie ein/e andere/r Betriebsärzt:in vertreten?	ja: 9; nein: 2; fehlende Angaben: 2

Interviews mit Mitarbeitenden der Test- und Trainingszentren in 2020	
1. Unser Zentrum ist im Rahmen von BGM-innovativ... - Test- und Trainingszentrum - ausschließlich Testzentrum - ausschließlich Trainingszentrum	Test- und Trainingszentrum: 2; Testzentrum: 3; Trainingszentrum: 4
1a. Falls beides (Test- und Trainingszentrum): In welchem Zentrum sind Sie tätig?	Testzentrum: 1 In beiden Zentren: 1
2. Wie viele Mitarbeiter:innen arbeiten insgesamt im Zentrum?	Min: 10; Max: 48 (M: 27,8)
3. Wie viele dafür sind konkret am BGM-i-Projekt beteiligt?	Min: 1; Max: 5 (M: 3,4)
4. Alter	Min: 25; Max: 53 (M: 40,9) Jahre
5. Geschlecht	weiblich: 2; männlich: 7
6. Wie ist Ihre genaue Jobbezeichnung im Zentrum? ⁹	u.a. Sportwissenschaftler:in, Praxismanager:in, Übungsleiter:in, Trainer:in, Physiotherapeut:in
7. Art der Beschäftigung	Vollzeit: 9
8. Haben Sie eine Führungsposition inne?	ja: 6; nein: 3
9. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon im Zentrum?	Min: 2,5; Max: 25 (M: 12,4) Jahre
10. Waren Sie von Beginn an am BGM-i-Projekt beteiligt?	ja: 9
11. Wie viele Betriebe betreuen Sie insgesamt im Rahmen von BGM-i?	Min: 1; Max: 3 (M:1,4)
12. Wie viele Stunden verwenden Sie wöchentlich (ungefähr) für Kund:innen aus dem BGM-i Projekt?	Min: 0,5; Max: 10 (M: 2,9) Stunden

Tabelle 13: Ergebnisse der Kurzfragebögen an die Interviewpartner:innen (Min=Minimum, Max=Maximum, M=Mittelwert)

Die verwendeten Interviewleitfäden wurde für die Befragung entwickelt und waren in verschiedene Themenbereiche untergliedert, die angesprochen werden sollten. Ein

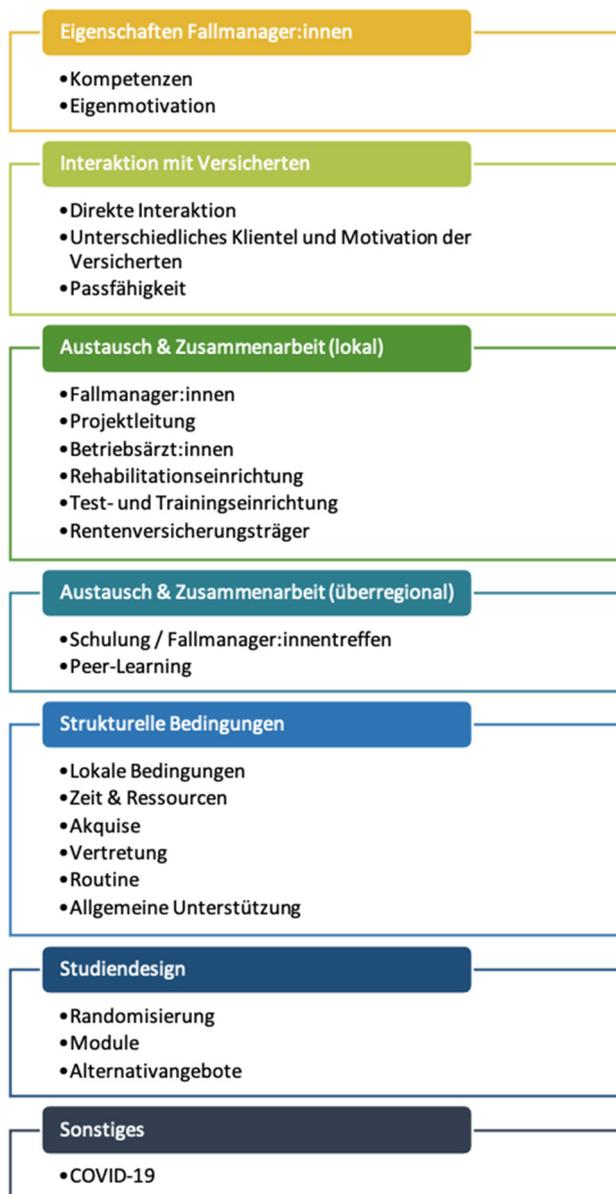
⁹ Mehrfachnennungen waren möglich. Um die Pseudonymisierung der Interviewteilnehmer:innen zu gewährleisten, werden die Jobbezeichnungen hier zusammengefasst.

Pretest des jeweiligen Interviewleitfadens wurde in interdisziplinären, IMVR-internen Workshops durchgeführt.

Die offenen Antworten der Fokusgruppen und Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch in einem deduktiv-induktiven Wechselspiel. Das verschriftlichte Interviewmaterial wurde systematisch in Kategorien eingeteilt. Die Kategorien unterteilen sich in Hauptkategorien und Unterkategorien, wenn die Themen näher spezifiziert werden sollten (s. Abbildung 5 Themenaspekte). Das Datenmaterial wurden von allen Projektmitarbeiterinnen kodiert, um die Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien abzusichern. Bei Uneinigkeit über die Zuordnung wurden die entsprechenden Textstellen diskutiert und eine Einigung gefunden. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA Version 11 und 12.

Die Interviews bezogen sich auf Kontextfaktoren (z.B. Zuständigkeiten, Rahmenbedingungen, Organisationskultur), Interaktion und Kommunikation zwischen den Netzwerkpartner:innen und den Teilnehmer:innen (Schnittstellen in der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure) und die Strategien in Bezug auf die Rekrutierung.

Abbildung 5: Themenaspekte der für die Implementierung förderlichen und hemmenden Faktoren



Die Abbildung 5 fasst die wesentlichen Themenaspekte, die als hemmende und förderliche Faktoren bei der Implementierung identifiziert wurden, zusammen. Bei der Prozessevaluation konnte eine besondere Vielfalt an Faktoren identifiziert werden, die für die Einführung und Weiterführung des Programms als besonders wichtig erachtet werden müssen. Dazu werden bestimmte Aspekte fokussiert, die im Rahmen der Prozessevaluation die wichtigsten hemmenden und fördernden Faktoren aus Sicht der Fallmanager:innen, Betriebsärzt:innen und Mitarbeitenden aus Test- und Trainingseinrichtungen für die Implementierung des BGM-innovativ-Programms abdecken. Für eine bessere Lesbarkeit wurden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Datenquellen synoptisch zusammengestellt¹⁰. Tabelle 14 am Ende des Kapitels zeigt die einzelnen Punkte aus den verschiedenen Datenquellen.

¹⁰ In Klammern wird die Datenquelle jeweils kenntlich gemacht: FG=Fokusgruppe mit Fallmanager:innen, BA=Interviews mit Betriebsärzten/-innen, TuT=Interviews mit Mitarbeitenden aus den Test- und Trainingszentren. Fördernde Faktoren werden mit einem vorangestelltem „+“, hemmende Faktoren mit einem „-“, neutrale Faktoren mit einem „o“ und Faktoren mit sowohl förderlichem als auch hemmenden Charakter für eine schnelle Zuordnung mit einem „+/-“ gekennzeichnet. In Einzelfällen wurden zur Gewährleistung der Pseudonymisierung Einzelaussagen zusammengefasst. Diese Stellen sind gekennzeichnet.

Eigenschaften Fallmanager:innen

Welche Eigenschaften kennzeichnen eine/n gute/n Fallmanager:in? In den Fokusgruppen wurden einige Aspekte benannt, die aus der Sicht der Fallmanager:innen in deren Aufgabenfeld als wichtig eingestuft wurden: Darunter fallen eine gute Kommunikationsfähigkeit, Empathievermögen sowie ein gutes Zeitmanagement. Die Beziehungsgestaltung und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum/r Versichert/en wurden als besonders wichtig erachtet. Eine Unterstützung durch die Projektleitung habe dabei geholfen, auch in schwierigen Situationen, mit Elan an die Arbeit zu gehen. Insbesondere wenn das Gefühl entstanden sei, sich Freiräume für das Projekt erarbeitet zu haben, sei ein mangelnder Rekrutierungserfolg schwer zu verkraften gewesen. In solchen Situationen sei eine verstärkte Eigenmotivation nötig geworden.

Kompetenzen Fallmanager:innen

+ Also man muss wirklich eine **gute Kommunikationsfähigkeit** haben, eine **Empathie** auch, sich auch hinein fühlen können in andere Menschen, **in deren Situation**, was nicht nur dann Krankheiten angeht, sondern manchmal auch das **soziale Umfeld**. Und man muss ein **gutes Zeitmanagement** haben, das ist auch wichtig. (FG)

+ Das finde ich auch ganz wichtig, **diese persönliche Ebene** oder ein Versuch einer persönlichen Ebene mit den Versicherten oder mit den Teilnehmern zu erreichen, dass man eben mit denen reden kann, dass auch die Person sagt „Mensch, zu meinem Fallmanager kann ich kommen, der hört mir zu. Der versteht, was ich von dem will. Der hilft mir oder der versucht mir zu helfen“, einfach dass die Versicherten wissen „Ah, mein Fallmanager **hat ein offenes Ohr für mich** und mit dem komme ich gut klar“ und, genau, einfach dass das vom Grund her schon funktioniert, dass die Versicherten nicht schon von Anfang an sagen „Oh, nee, jetzt muss ich wieder zu dem und oh, jetzt muss ich den anrufen. Der weiß doch eh nicht, was ich will und der hat keine Zeit für mich“. Genau, einfach das Persönliche mit den Versicherten. (FG)

+ Ich glaube auch, dass der **Beziehungsaufbau** mit das Allerwichtigste ist gerade direkt am Anfang, wenn sich vielleicht auch jemand dazu entschieden hat zu kommen und mit vielen Fragen vielleicht da steht oder auch ein bisschen vielleicht ängstlich oder aufgeregt ist: Was kommt da jetzt auf mich zu? Oder beziehungsweise auch mit einer großen Erwartungshaltung kommt. Ich glaube, das so herauszufinden, was der Einzelne eigentlich für eine Erwartungshaltung hat an mich oder halt eben auch besonders an sich selber, das ist, glaube ich, auch das Spannende, da in Kontakt zu treten. Die **individuelle Betrachtung** finde ich sehr, sehr wichtig, weil jeder ist einfach so unheimlich verschieden und bringt ganz verschiedene Dinge eben halt mit. **Ohne Bewertung** heranzugehen, also wirklich offen zu bleiben und auch so einen **ganzheitlichen Blick zu bekommen**, also den sich auch zu bewahren, dass man dementsprechend dann auch richtig lenken beziehungsweise begleiten kann und in dem unterstützen kann, wo es auch wirklich gefordert ist. Aber das erstmal herauszubekommen, da braucht es viele neugierige Fragen an den Menschen, also dass **Vertrauen entstehen** kann und dann auch im Endeffekt eine gute Zusammenarbeit auch erst möglich ist, also dass so eine Basis stimmt. Das ist ja auch das Schöne an dem Beruf, Fallmanager zu sein. (FG)

+ Man sollte natürlich auch ein **respektvolles**, aber trotzdem bestimmtes, also für manche Personen halt auch ein **bestimmtes Auftreten** haben und sich in irgendeiner Form auch bei manchen einfach durchsetzen können. Ein gewisses **Durchsetzungsvermögen**, ein **Einfühlungsvermögen** und das dann an gegebener Stelle richtig anbringen, das sollte man können. Dass ich mit einem Betriebsarzt respektvoll und freundlich, aber trotzdem offen und ehrlich umgehe, dass ich bei einem Rentenversicherungsträger auch mal etwas bestimmender nachfrage, trotzdem natürlich respektvoll und freundlich und mir persönlich ging es so bei Testeinrichtungen und Trainingseinrichtungen, das war per Du und das war auch sehr hilfreich für das Miteinander. (FG)

Eigenmotivation Fallmanager:innen

- Zum einen kann ich mir die **Leute ja nicht aus der Hüfte schnitzen** und zum anderen ist es dann natürlich auch immer noch ein **zeitlicher Faktor**, so ... in den zwei Monaten, war ich mehr oder weniger vier Wochen alleine und da ist **das Arbeitsaufkommen zu hoch**. Da ist mir dann **BGM mehr oder weniger dann auch egal**. Wenn jetzt ein **Versicherter aktiv auf mich zu kommt**, dann sag ich, okay, wir können ein Gespräch machen, aber ansonsten schau ich, dass ich da in der Zeit dann auch nichts mache. Also, **unabhängig von Fallzahlen, ob ich jetzt welche brauche oder nicht**. Wenn ich dann dafür im nächsten Monat, wenn es wieder ruhiger ist, vier, fünf Fälle dann hab, bin ich sehr zufrieden. (FG)

+ Ja, ich habe ... **das (Material, Anm.: Ergänzung) parat...** Was ich jetzt schon so die Erfahrung gemacht habe, also dieses Erzählen ist den Leuten sehr wichtig und die freuen sich dann auch, dass sie ein offenes Ohr haben. Ich glaube, das ist schon so mit... das gehört schon dazu wirklich und macht das auch wichtig, dass sie sagen, ich glaube, die wollen wirklich, dass es mir besser geht und war dann auch schon so, dass sie sagten, ich unterschreibe das jetzt einfach, ich werde schon keine Waschmaschine kriegen. So in dem Sinn: „Also ich vertraue dir, dass, wenn ich hier unterschreibe, das ist alles in Ordnung, oder?“ (FG)

+/- Also, bei mir hat der **Druck** ein bisschen nachgelassen. Weil eigentlich, muss ich auch gestehe ich auch ganz ehrlich, ging es mir auch im letzten Jahr damit auch irgendwie **echt schlecht**. Weil ich mich gefragt hab, woran kann das denn liegen? Weil wir wirklich auch **super motiviert** auch insgesamt so gestartet sind... **Selber total überzeugt** sind von dieser Studie und uns auch so darauf gefreut haben. ... Ich mich auch so darauf gefreut hab. Auch über das Vertrauen von dem Projektleiter. Haben wir **wirklich total kreativ** auch überlegt, wie können wir das machen... Wir haben sehr viel auch darein gegeben in unserer Firma, ... Also, da ist total viel, ja, auch **Lust** darauf darein geflossen und ich fand uns selber auch **innovativ** irgendwie. Das hat einfach auch **Spaß** gemacht und wir haben uns auch in ... weil wir ja sonst auch andere Bereiche noch haben, da auch ein bisschen freigestrampelt und, ja, da durchgesetzt, dass wir da auch einen Raum bekommen und dann kommt man so, ne, mit so einem Korb, ne, ,, und dann stößt man da auf so Mitarbeiter in den Standorten, wo so ... die totalen Spaßbremsen, ne, also, vom Gefühl her, ne... (FG)

Interaktion mit Versicherten

Die Interaktion mit den Versicherten wurde von den FM insgesamt als sehr positiv empfunden. Die FM konnten nach eigenen Angaben einen guten Versichertenkontakt herstellen und auch durch den persönlichen Kontakt die Beratungsgespräche individuell anpassen. Allerdings sei man durch das intensiviertere persönliche Verhältnis auch stärker als Ansprechpartner für andere Themen in Anspruch genommen worden.

Direkte Interaktion

+ Wir haben 1.000 Mitarbeiter und ich bin jetzt dieses Jahr schon (sehr lange, Anm.: Ersetzung wg. Pseudonymisierung) dort und habe wirklich schon fast manchmal **persönliches Verhältnis** zu unseren Mitarbeitern und **ich kenne viele mit dem Namen** und es ist für mich, glaube ich, eine **sehr vorteilhafte Stellung** in dem Betrieb. Die haben so **großes Vertrauen zu mir** und wenn ich da komme und sage, du, hallo Herr: XY, ich habe gesehen, du bist jetzt schon wieder krank wegen deiner Schulter und **wir hätten da was Tolles**, hättest da Interesse, dann ist da einfach gleich **Vertrauen** da, dass sie sagen, ja okay, die hat mir jetzt bestimmt was Gutes, ich mache da mit. Wir haben jetzt zwölf Fälle eingeschleust schon und mittlerweile sage ich, **der Laden läuft**. (FG)

+ [...] weil ich gemerkt habe, dass man als Fallmanager doch ein ganz anderes **Aufgabenfeld** hat als Kundenberater und auch mit den Versicherten einen ganz anderen **Gesprächsbedarf** herstellt und eine ganz andere **Beziehung** zueinander. (FG)

- Also die spiegeln schon, dass sie das toll finden, aber die haben mich auch so ein bisschen **vereinnahmt als persönlichen Ansprechpartner für alles** und nicht nur für das Projekt. Die sehen, ach, wir haben da einen, da haben wir jetzt die Visitenkarte und den nehmen wir **jetzt ordentlich in Beschlag**, egal ob es um **Pflege** geht, um **Zahnersatz** oder sonstiges. (FG)

Fand wenig Interaktion mit den Studienteilnehmer:innen statt, konnte das Verhältnis als sehr unpersönlich empfunden werden. Dies habe teilweise in den Test- und Trainingszentren zugetroffen, wenn zu wenig zeitliche Ressourcen zur Verfügung gehabt hätten. Einige Betriebsärzt:innen haben auch von der Verantwortung gesprochen, die eine Studienaufnahme bzw. Empfehlung mit sich gebracht habe.

- Also ich habe quasi dann in dem Tablet eine Nummer, da steht dann eben Massage und dann reite ich die schnell durch und dann gebe ich das Tablet und den Patienten wieder ab. Es wird sehr **unpersönlich** alles, finde ich.“ (TuT)

+ Wir haben die **Menschen live vor uns und können entscheiden**, ist da jetzt schon jemand, der eine Anamnese hat, die lang genug ist, die tief genug ist, die schwerwiegend genug ist, um den in ein entsprechendes Projekt, um ihn in die Studie mitaufzunehmen (BA)

Unterschiedliches Klientel und Motivation der Versicherten

Die Versicherten wiesen laut FM z.T. andere Vorstellungen von dem Programm auf und zeigten aus Sicht der FM oft keine Motivation, das Training nach 13 Wochen weiterzuführen. Eine gezielte Ansprache durch die FM habe allerdings z.T. auch die unterschiedliche Motivationslage der Versicherten abfangen können, insgesamt habe es aber auch unter den Studienteilnehmer:innen Härtefälle gegeben, die sich eher eine Art Personal Training/Coach erhofft hätten. Teilweise wurde diese Sicht ebenfalls von den Betriebsärzt:innen geteilt.

- FM_06: Aber denen kann man ja ein Fallmanagement hinbieten wie man will, die werden **nie zufrieden sein**.

FM_05: Na klar, die würden nach den 13 Wochen auch nicht weitermachen.

FM_03: Das ist es. Ich habe es geschafft, Gott sei Dank, jetzt **wieder auf meine Couch**.

FM_06: Oh Gott, wie lange muss ich noch ins Fitnessstudio, wann ist der Vertrag endlich ausgelaufen? Genauso wäre das auch, wann sind die 13 Wochen endlich rum, dass ich wieder meine Ruhe habe? Damit ist ja der **Effekt verpufft**, den man eigentlich erreichen will.

FM_01: Vielleicht müssten wir die dann persönlich abholen, hinfahren, hinstellen.

FM_06: Ich weiß ja nicht, was in deiner Stellenbeschreibung steht, aber in meiner steht das nicht, das weiß ich.

FM_05: Personal Training.

FM_01: Abholen, wieder heimfahren, Salätchen, Äpfelchen kleinschneiden.

FM_06: Das hat ja nichts mit Personal Trainer zu tun, das ist ja schon **Lebensberatung**. Also wenn die ja wirklich komplett lebensunfähig... (FG)

- Oder wenn wir zum Sport motivieren wollen und sie meinen eben, die Arbeit ist ja schon so schwer und man kann da nichts unternehmen, ne, genau. (lacht) Aber das sind, denk ich, Gespräche, das ist ja logisch, das ist im Leben überall so, ne? (BA)

Als Prädiktoren für diese Unterschiede wurden das Bildungsniveau der Versicherten, der Gesundheitsstatus sowie der Beruf benannt. Insgesamt habe sich die Tendenz gezeigt, dass diejenigen, die sich bereits aktiv mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen, motivierter seien. Die Interaktion müsse individuell angepasst sein, um solchen Unterschieden angemessen begegnen zu können.

+/- **Also es gibt solche und solche**. Das ist, glaube ich, sehr, sehr unterschiedlich. Das hängt natürlich auch ein bisschen vom **Bildungsniveau** ab und hängt natürlich auch von den gesundheitlichen Problemen ab, die man hat. **Also je größer das gesundheitliche Problem, umso motivierter ist man** ja möglicherweise, selbst was dagegen zu tun. Aber ich kann **Leute aus dem Büro** wahrscheinlich **schneller** dazu bringen, zwei Stunden oder **zweimal zwei Stunden in der Woche was für ihre Gesundheit zu tun als die Leute, die hier neun Stunden am Band stehen und abends wirklich kaputt sind** und dann auch sagen: Jetzt habe ich auf Sport keine Lust mehr. Das ist ganz inhomogen. Aber es gibt genauso gut die

*motivierten Leute vom Band, die sagen: Nee, das ist mir wichtig und deshalb investiere ich die Zeit auch. Also das **Spektrum ist da sehr, sehr uneinheitlich**. Es gibt alles, von **hochmotiviert zu wenig motiviert** und die Abstufungen dazwischen sind genauso häufig. (BA)*

*+ Die, [...] schon das **Thema Gesundheit** bei sich auf der **Agenda** haben. Die nutzen eben dann das **BGM-Programm noch zusätzlich** [...]. Während diejenigen, die jetzt zum Beispiel akut arbeitsunfähig sind, **selten reagieren**. (FG)*

*+ Ich hatte tatsächlich wundervolle Kundenkontakte und viele, die dankenswerterweise gesagt haben „Toll, ich freue mich, dass Ihr so was anbietet und mir geht es **viel, viel besser** und ich mache da jetzt weiter und **ich bin motiviert**“ [...]. (FG)*

*+/- Ich betreue ... ein Klientel, was sehr anspruchsvoll ist, **sehr, sehr anspruchsvoll**, also wirklich **ganz viel Fingerspitzengefühl** einfach abverlangt, weil da ganz klare Vorstellungen sind, was sie haben möchten, teilweise es darum geht halt Interessen durchzusetzen, Ersatzleistungen zu bekommen, was nicht in der Regelversorgung sind. (FG)*

Passfähigkeit

Es habe sich nicht nur für die Motivation, sondern insgesamt gezeigt, dass das BGM-i-Programm nicht alle Versicherten erreiche, z.B. aufgrund von Besonderheiten der Art der Beschäftigung wie Schichtarbeit oder regelmäßiger Geschäftsreisen. Test- und Trainingseinrichtungen, die Training auch zu individuellen Zeiten gewährleisten, seien hier vorzuziehen. Für Versicherte mit hoher Reisetätigkeit erwies sich das standortabhängige Training auf Grund des hohen Koordinierungsaufwands und der Unterbrechung von Trainingsregelmäßigkeit als nicht geeignet.

*- Das Projekt bei uns ist ein bisschen schleppend, [...] weil die meisten Kunden [...] diese zwei Wochen **Training nicht vollziehen** können aufgrund **Geschäftsreisen**. (FG)*

*- Fertigungsmitarbeiter, die arbeiten halt entweder **Dauernacht** oder **Dreischicht** oder **Vierschicht**, finden einfach die **Zeit** nicht dazu. (FG)*

Austausch & Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen (lokal, akteursübergreifend)

Im regionalen Netzwerk sollten die FM eine zentrale Rolle für die Abstimmung der einzelnen Akteure übernehmen. Die geschilderten Erfahrungen waren von Standort zu Standort, aber auch von Akteuren innerhalb eines regionalen Netzwerks sehr unterschiedlich. Da die FM viele verschiedene Aufgaben vor Ort übernommen haben, wurde es als besonders förderlich empfunden, wenn die Aufgabenteilung eindeutig kommuniziert worden war, Ansprechpartner:innen auf verschiedenen Kanälen (schriftlich, telefonisch, persönlich vor Ort) erreichbar waren und Entscheidungen transparent gemacht worden sind. In Einzelfällen wurde berichtet, dass der regionale Zusammenhalt zwischen den Akteuren nicht optimal gewesen sei und dies den gesamten Erfolg des Programms an dem Standort negativ beeinflusst habe. Flaschenhälse durch mangelnde Abstimmung an Schnittstellen wurden benannt.

*+ Das heißt also, **wir beraten** sowohl die Mitarbeiter als auch die Arbeitgeber. Zu praktisch allen Aspekten der arbeitsmedizinischen Betreuung, das heißt konkret, dass wir draußen sind zu Begehungen, dass wir beim **Kunden sind zu Gesprächen**, wann immer die uns einladen zu Projekten, Vorhaben. Gerne auch mal zu solchen Dingen wie den betrieblichen Gesundheitsmanagement, klassisch auch zum **Lösen schwieriger Personalprobleme**, überall da, wo es arbeitsmedizinische Aspekte drin gibt. Wir bedienen **das ganze Instrumentarium der Dinge**, die rund um **Leistungswandel von Mitarbeitern** eine Rolle*

*spielen, das heißt, betriebliches Eingliederungsmanagement, runde Tische, informelle Gespräche, Eignungsuntersuchungen, positive Leistungsprofile und ähnliche Dinge, die wir machen. Den ganzen Apparat, der sich aus den Vorgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorge ergibt, das heißt, [...] da steht ja **der Schutz des Mitarbeiters im Vordergrund** und so halt all die kleinen Dinge, die sich **um das Miteinander sagen wir mal von betrieblichen Akteuren drehen**. Also, man **spricht ganz viel miteinander, telefoniert, erklärt, erläutert, versucht, vorwärts zu bringen**, all diese Dinge. (BA)*

Betriebsärzt:innen

- und hatten immer so ein bisschen auch das Gefühl, die Betriebsärzte stehen überhaupt nicht richtig hinter uns. Die haben das fast eher immer so ein bisschen belächelt und das fand ich einfach so schade und das fand ich eben halt dem Projektleiter gegenüber auch nicht so dolle, weil er hat schon auch alles irgendwie versucht, was möglich war. Wie gesagt, die Betriebsärzte haben ja eigentlich den Draht überhaupt zu ihren Mitarbeitern, weil sie die ja auch am häufigsten sehen. Da wäre, glaube ich, mehr möglich gewesen. (FG)

+ Die Betriebsärzte sind auch nur wenige Minuten von uns entfernt [...]. Es startete auch letztes Jahr... starten ist relativ. Also Gespräche, die wir mit den Betriebsärzten hatten, mit meinem Projektleiter usw. waren alle sehr vielversprechend. Also ein Großteil der Betriebsärzte war total begeistert von dem Projekt, nicht alle, aber der für mich zuständige auf jeden Fall. Wir haben alles mit denen soweit geklärt, wie wir das eigentlich aufbauen wollten, dass die Kunden von den Betriebsärzten geschickt werden. (FG)

Projektleitung

*+ Also der (Projektleiter, Anm.: Ergänzung) steht da auch **voll und ganz hinter mir** und der wird sich auch dafür einsetzen, dass ich **mehr Zeit dafür** bekomme. Das ist auf jeden Fall gut. (FG)*

*- Unser Projektleiter ... hat von dem, was wir dann eigentlich praktisch gemacht haben vor O-t - jetzt werde ich, glaube ich, böse -, keine Ahnung gehabt. Ja, ich glaube, so kann man es ausdrücken. Das hat das Ganze etwas schwierig gemacht von der **Aufgabenverteilung** her. Also jeder hatte seine Aufgaben, aber man wurde mit den Aufgaben dann letztlich... also wir wurden damit doch **recht alleine gelassen** und wenn es Probleme gab, konnten die nicht so gut gelöst werden, weil das Wissen dahinter zu wenig war. Also leider waren die Aufgaben sehr getrennt und der eine wusste vom anderen nicht, was er macht. Ich glaube, das ist jetzt ganz gut zusammengefasst die Problematik bei uns gewesen. Wir haben quasi den Kunden vor Ort gehabt, wir haben mit Testeinrichtungen gesprochen, wir haben mit Trainingseinrichtungen gesprochen, mit Betriebsärzten und, und, und, so diese Koordination. Ich denke, dass das Ausüben weitaus viel teilweise war. (FG)*

Stationäre Reha

*- Das Problem ist ja, **wenn es schnell entschieden wird, aber die Aufnahme nicht schnell erfolgen** kann. Das ist halt auch manchmal doof, weil wir haben jetzt halt einen Krankengeldfall, der dann halt ins Modul B iF gekommen ist. Dann wurde es halt schnell genehmigt, aber der muss jetzt halt immer noch warten, dass er halt aufgenommen wird und das ist halt bei ihm eine besondere Situation. (FG)*

Rentenversicherungsträger

+ Also ich ... bekam selbst ... innerhalb von zwölf Tagen Bescheid, was man sonst ja überhaupt nicht gewöhnt ist. Ja, ich hatte drei Einstellungen und drei Zusagen. Die lief gut. (FG)

- Ich hatte vier, die einen Rehaantrag gestellt haben. Der eine ist noch nicht entschieden, die anderen drei wurden positiv entschieden. Allerdings habe ich jetzt nicht die Erfahrung gemacht, dass es innerhalb von zwölf Tagen der Fall war. Also das hat schon auch länger gedauert, aber es war jetzt nicht... der vom ersten waren es drei Wochen, beim zweiten Fall, da hat es länger gedauert. Das muss ich aber sagen, das war so die Weihnachtszeit rum, vielleicht lag es daran. Das kann ich nicht sagen, aber ich selbst habe von der Rentenversicherung auch nichts gehört, also ich habe das auch vom Versicherten dann erfahren mit der Bewilligung. (FG)

Test- und Trainingseinrichtung

+ Also ich muss sagen, mit Trainingszentrum und Testzentrum das läuft also sehr gut. Da war ich jetzt auch zweimal da und habe mir das angeguckt. Die sind wirklich alle sehr nett und sehr bemüht, hätten natürlich gerne ein bisschen mehr Leute, klar, aber ansonsten **klappt der Austausch wirklich gut**, also telefonisch, schriftlich kommt auch relativ schnell eine Antwort immer. (FG)

+ und Testeinrichtung/ Trainingseinrichtung war super. Wenn was gewesen ist: E-Mail-Verkehr, Faxverkehr und Telefonate hat **alles super Hand in Hand** gespielt. (FG)

- Also ich kriege keine Rückmeldung. Ich muss dem nachrennen, habe es aber den Teilnehmern eben schon gesagt, sie sollen mir bitte sagen, wenn es dann losgeht und wann dann das Ende... das kann ich mir ja dann ungefähr ausrechnen. Bis jetzt melden sich. Die, die bis jetzt waren, sind aber auch zuverlässige. Also wenn jetzt da mal was anderes ist, denke ich, dann habe ich mehr Mühe. Aber ich muss nachlaufen. (FG1)

Betriebsärzt:in mit Fallmanager:in

+ Und, genau, die Zusammenarbeit mit der Fallmanagerin, war das vorher, also, kannten Sie die vorher auch schon oder hat sich das über das Projekt erst entwickelt?

Ja. Nee, nee, **die kannte ich vorher schon**. Aber die hat, zum Beispiel, durch das Projekt noch mal eine ganz andere Perspektive auf ihre Versicherten bekommen und auch die Möglichkeiten einer Krankenkasse. Ja, also, die kommen ja eher aus dem, ich sag mal, die wollen immer Mitglieder rekrutieren und sie wollen möglichst die Kosten für ihre Kassen gering halten und jetzt mal eine andere Perspektive einzunehmen und zu sagen, jetzt kümmerge ich mich mal ganz aktiv und unterstütze wirklich bei Gesundwerdung. Das hat letztendlich dazu geführt, dass man die eigene Arbeit auch mit einer ganz anderen Wertigkeit betrachtet als vorher und von **daher macht die Zusammenarbeit mit dem/r Fallmanager:in jetzt riesengroßen Spaß**. (BA)

+ Es gibt die Module eben, zum Beispiel, eben diese Selbstmanagementmodule,. Ob es C, A oder B-Module, da hab ich wenig eigentlich damit zu tun. Eher der Fallmanager macht das. ... Wenn der selbstgemanagt werden soll, dann wickelt sie oder der Fallmanager das alles über die Bühne. **Ich bekomme ... Feedback**, ja, [...].Selbstmanager sozusagen für dieses Modul ... habe ich eigentlich mit demjenigen wenig Kontakt, aber mit den regulären, eben ob es A, B oder C in der Regularien, ohne Selbstmanagement, kommen die auch noch mal zu mir nach der Empfehlung von dem Fallmanager, ja, mhm, ich glaube, der ist für Modul A oder für Modul B, auf jeden Fall soweit geeignet und im Vorfeld hat er auch eine Rückmeldung gegeben, dass er das möchte. Und wir versuchen dann **nach Absprache** auch dementsprechend in die Weg leiten. Und wie gesagt, ich kontrolliere noch mal, ob der A, B oder C okay geeignet ist, weil ich auch die Karteikarte habe, wo ich hier sage, ja, aufgrund seiner Grunderkrankung oder Beschwerdekomplex oder jetzt sagen wir so in der letzten Zeit ein bisschen Mal Probleme gehabt, da könnte ich mir das gut vorstellen, dass er ins Modul A oder B oder C passt. (BA)

+ Und den Mitarbeiter, der bei unserer BKK versichert ist, spreche ich eben an, ob er Interesse haben könnte, an dem Projekt teilzunehmen. Das Projekt ist ja hier von der BKK auch mehrfach publiziert, ich

gebe dann auch noch mal einen kurzen Abriss, drücke dem Mitarbeiter die Verbindungsdaten des zuständigen Fallmanagers bei der BKK in die Hand. Teile, wenn der Mitarbeiter einverstanden ist, dem Fallmanager mit, der Herr XY hat hier Interesse gezeigt, damit der weiß, der kommt vielleicht oder auch mal guckt, der kommt nicht und er hakt vielleicht noch mal nach. So läuft das im Regelfall. (BA)

*- Wir haben ... das ist auch die Problematik. Die Fallmanagerin ist **nicht vor Ort**. Die sitzt in Stadt_J glaub ich und steuert Standort_F, per Mail, per Telefon, aber die sitzt nicht vor Ort. (BA)*

Rentenversicherungsträger

*+ I Okay. Das heißt, Sie haben aber bei der RV_1 einen festen Ansprechpartner für das Projekt auch?
B Das ist Bestandteil des Projektes, ja. (BA)*

TuT mit FM

*+ Wenn die Fallmanagerin [...] Hinweise hatte bezüglich irgendwelcher **Besonderheiten** bei dem einen oder anderen Trainierenden, dann hatte sie uns das mitgeteilt, dass man [...] hier oder da ein **besonderes Augenmerk** haben sollte, also der **Informationsaustausch war da schon wichtig** und der war auch gegeben und ich denke, dass man [...] auf den einen oder anderen **speziellen Fall ganz gut eingehen** konnte. (TuT)*

o I: Sie haben gerade schon die Zusammenarbeit mit der Fallmanagerin angedeutet in dem BGM-I-Projekt. Arbeiten Sie denn im Rahmen von BGM-I auch noch mit anderen Akteuren zusammen?

*B: Nein, eigentlich nicht. Also im Endeffekt **unser Ansprechpartner ist die Fallmanagerin** oder eben, wenn es Rückfragen bezüglich... da wir ja nur Trainingseinrichtung und keine Testeinrichtung sind, wenn es Rückfragen bezüglich des Trainingsplans gibt, der ja in der Testeinrichtung erstellt wird, dann haben wir noch **Kontakt zur Testeinrichtung**, aber es gab wirklich nur einige ganz, ganz wenige Fälle und meistens ging es einfach nur drum, weil es leider per Fax passiert ist aus Datenschutzgründen, dass man irgendwas nicht lesen konnte und nochmal eine Rückfrage hatte, was denn das Wort bedeuten sollte. Aber ansonsten waren das die einzigen Kontakte im Operativen im Täglichen. Natürlich hatten wir dann zu Beginn noch mehr Kontakt... Aber da geht es eben um diese ganze Organisation und das Vertragliche eben. (TuT)*

Austausch und Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen (überregional, „Best-Practice“)

Über Schulungen sollte zu Beginn der Implementierung ein gutes Basiswissen bei den FM und Betriebsärzt:innen etabliert werden. Über den Erfolg der Maßnahme gibt es geteilte Meinungen. Über regelmäßige FM-Treffen wurde der überregionale Austausch von Erfahrungen bei den FM erreicht. Dies wurde von den teilnehmenden FM als sehr positiv beschrieben. Betriebsärzt:innen konnten sich ebenfalls bei Bedarf austauschen, für sie war der regionale Austausch im lokalen Netzwerk jedoch entscheidender als der überregionale Austausch mit anderen Betriebsärzt:innen. Auch wenn weiterhin von Seiten des Projektmanagements Unterstützung angeboten wurde, so war es für Mitarbeitende, die nicht an den initialen Schulungen teilgenommen hatten, teilweise schwierig, das Wissen aufzuholen und intensive Kontakte im Netzwerk zu knüpfen, insbesondere wenn es sich um Teilzeitkräfte handelte.

Schulungen für Betriebsärzt:innen und Fallmanager:innen

+ Wir hatten ja die Schulung und ich bin da schon gut aufgeklärt worden. (FG)

+ I: Wie, würden Sie denn sagen, wurden Sie über das Projekt informiert? Haben Sie sich ausreichend über das Projekt informiert gefühlt schon zu Beginn der Studie? B: Ja. Das ist vielleicht auch dem geschuldet, dass der Kollege in A ... mit den **Erfahrungen mir schon mitgeteilt hatte**, was das war, wie das lief und dadurch bin ich sehr früh schon da gut abgeholt gewesen und danach **kamen ja die weiteren Schulungen**, die ja dann gemacht worden sind, sodass das für mich in Summe dann auch gut funktioniert hat (BA)

- Alleine schon mit den Terminen, die nicht wahrgenommen worden sind. Also was hatten wir? Diese **Regionalschulung wurde nicht teilgenommen vom Werksarzt**. Da habe ich schon so ein komisches Gefühl gehabt. Dann wollten wir uns ja mal vorstellen, weil wir kannten uns ja noch gar nicht, den Vorstand ja auch noch nicht und das hat ja dann auch wie gesagt schon ewig gedauert [...]. (FG)

- Also bei uns war es ehrlich gesagt ein bisschen schwierig, weil wir halt Betriebsarztwechsel hatten (FG)

- und dann hatten wir zwei Betriebsärztinnen, ... die halt eigentlich von dem Projekt sage ich **mal nicht wirklich was wussten**, weil sie halt bei **diesen Einführungsschulungen** oder -seminaren auch **nicht dabei waren** und da kam eben schon wenig, obwohl ich mich auch mit denen hingesetzt habe und habe denen das erklärt, aber das ist halt einfach auch was anderes, wie wenn man halt bei **diversen Schulungen** sich vielleicht auch mit anderen Betriebsärzten ausgetauscht hat etc. (FG)

- Ja, ... also, gehört ein bisschen zu dieser Projektorganisation, Abholen von Ärzten, ich fand die Auftaktveranstaltung ganz schlecht. Also, ich fand **die viel zu ausführlich, redundant** in großen Teilen. Das war natürlich sozusagen alles rührend, weil die mit direkten Ideengeber und Konzeptsteller mit dabei waren, aber die fand ich wirklich ... ich war glaub ich auch zwei Tage und in Stadt_H angelegt und die Unterbringung war nicht gut organisiert und man hatte noch irgendwie ganz lange Anfahrwege und, und, und. Also, das fand ich nicht so schön (FG)

- Das ist ja eigentlich genau das, was gewollt ist, dass die Akteure mehr miteinander kommunizieren und wenn man natürlich das jetzt als Resümee sieht mit der Rentenversicherung mäßig, mit den Testzentren mäßig, dann fragt man sich, was haben die in ihrer Vorbesprechung denn besprochen? Die haben ja auch die Schulungen mitgemacht und denen wurde ja sicherlich vereinheitlicht gesagt, wie man auch von deren Seite mit dem Projekt umgeht. (FG)

Peer-Learning

+Also, für mich ist einfach **der Blick immer nach jedem Treffen** noch mal ein bisschen **geschärft** worden. Auf bestimmte Dinge einfach, ne. Sei es jetzt noch mal, wenn Versicherte so im Fallmanagement aufgenommen worden sind, halt mit denen auch **regelmäßig im Kontakt zu bleiben**, mal nach zu fragen. Dass manche auch auf einmal ausschalten und man hört nichts davon, das ist ... so was ist mir dann noch mal sehr bewusst geworden. Und da hab ich dann noch mal verstärkt drauf geachtet einfach, ne. Also, da mit den Kunden, Versicherten auch im Kontakt zu bleiben. Und, ja, darauf zu achten, dass sie auch wirklich dranbleiben. (FG)

+ Und dann ist es auch Learning-by-Doing und wenn man eben diese Rückmeldungen **von anderen noch hat**, ist es immer hilfreich. Und wir hatten jetzt halt den Vorteil, dass **wir uns untereinander dann noch mal ein bisschen unterstützten konnten** [...]. (FG)

+ Also, ich finde es schon wichtig, gerade den **Austausch untereinander**. Eventuell, dass man auch die gleichen Probleme in irgendeiner Weise hat. Genau, um da eine Lösung zu finden. In diesen **Gruppendiskussionen und Gesprächen**, die wir hatten, **war doch sehr hilfreich**. (FG)

+ Ja, mit **den anderen Betriebsärzten außerhalb** von u3/e3 gibt es **keinen Kontakt**. Es gab im Rahmen der Schulung mal, wo man gemeinsam die Schulung hatte die zwei Tage, aber dann darüber hinaus gibt

*es keinen Kontakt und **keinen Austausch**. Zu den anderen Partnern, ich weiß nicht, wen Sie damit meinen. Was ich ja schon nannte, innerbetrieblich mit den Partnern das funktioniert gut. Mit den Kooperationspartnern für das Projekt, das Testzentrum, das funktioniert auch gut. Ja, das sind eigentlich die Schnittstellen für uns, die von Bedeutung sind. (BA)*

Strukturelle Bedingungen (in der Organisation) z.B. personelle Ressourcen

Insgesamt habe das Projekt einen hohen Organisationsaufwand bedeutet, vor allem wegen langer Anfahrtswege hätten zeitliche Ressourcen gefehlt. Das Eindenken in die neuen Abläufe sei auch dadurch erschwert worden, dass wegen der geringen Nachfrage teilweise nur unregelmäßig und selten neue Rekrutierungen stattgefunden hätten und deshalb keine Routine entstehen haben können. Zusätzlich habe man für die Aufklärung ein separates Zimmer benötigt, auf Grund von geringer Raumkapazität sei es zuweilen schwierig gewesen, geeignete Räume zu finden. Einige Betriebsärzt:innen gaben an, finanzielle Incentives für den entstehenden Mehraufwand wären hilfreich für sie gewesen, um eine stärkere Motivation zu erzeugen. Werbematerial und – an einigen Orten eingerichtete – Muskelskelettsprechstunde habe unterstützend gewirkt. Vertretungsregelungen seien erwünscht gewesen, aber in einigen Fällen nicht zu realisieren gewesen.

Lokale Bedingungen (z.B. Entfernung zum Betrieb)

*- Ja, ich muss viel... ich bin auch viel unterwegs dann. Ich fahre dann meistens raus an den Betriebsstandort: U oder an den Betriebsstandort: J und gehe dann entweder da in eine Geschäftsstelle. Muss ich auch immer gucken, dass ich irgendwo ein Büro kriege, **was gerade frei ist** und wo es ein **bisschen ruhig ist** und nicht gerade im Kundenservice oder ich muss halt ins Werk, aber das ist auch nicht wirklich schön da. Es ist auch nicht gerade datengeschützt, das ist nicht so einfach, **also muss man schon ordentlich planen**. Ich war jetzt öfter mal... habe ich mich in so einer Geschäftsstelle am Standort: U in so ein Eckchen verfrachtet. Dann bin ich auch meistens den ganzen Tag dageblieben, weil ansonsten dieses Hin- und Herfahren ist wirklich im Berufsverkehr nicht so angenehm. Man muss halt immer ordentlich planen, weil **die wohnen halt nicht um die Ecke**. (FG)*

*- Wir haben nur bei uns der **Geschäftsstelle nicht wirklich die Räume**, um so ein Gespräch zu führen, weil es ist bei uns **recht wuselig**. [...] Also ich muss gefühlt mit drei Leuten telefonieren, Rückrufe vereinbaren, dann natürlich gucken, wann kann der Versicherte, wann ist der Raum frei, passt das zusammen oder nicht. Also es ist schon ein bisschen nervig, muss ich sagen. Ich meine, das ist auch **unserer Geschäftsstelle geschuldet**, dass wir nicht einen extra Raum haben, wo ich das machen kann, keine Frage, aber das wusste **man ja alles vorher** und es war auch eigentlich anders abgesprochen, dass ich immer dahinfahren kann und das mache ich ja auch. Also ich fahre dann ja auch immer ein paar Minuten und laufe dann auch ein ganzes Stück mit meinem Kofferchen. Mache ich alles gerne, aber es ist **halt sehr kompliziert, da an einen Raum zu kommen**. Das ist ein bisschen anstrengend. (FG)*

Zeit & Ressourcen

*- Also das sind einfach Termine, wo wir uns auch für die Arbeit, die **Zeit blocken** und das interessiert keinen. [...] aber ich habe trotzdem mein **komplettes Arbeitspensum**. Das ist schon nicht ohne. Also ich finde es hochgradig wertvoll, was wir da machen und dann müsste eigentlich ein **bisschen mehr Zeit uns gegeben** werden, mehr Raum. (FG)*

*+/- Also, ich glaub, ärztliche Kollegen müssten Sie tatsächlich noch mal anders motivieren. Ich weiß nicht, wie. Also, mein ... von guter Information, **Motivation über Geld**, keine Ahnung, ich mein, wie viele*

*Kollegen springen ja auf Geld an, das aber wiederum muss dann auch noch mal wert sein gegenüber der Zeit, die man investiert und, und, und. Also, ich bin kein Mensch, der immer gleich nach Geld schaut, um Gottes Willen. ... Aber das ist schon glaub ich wichtig sozusagen, wenn man sich dafür entscheidet, dass Ärzte einsteuern sollen, dann muss das denen **inhaltlich schmackhaft machen** und möglicherweise halt auch tatsächlich **angemessen incentivieren**. (BA)*

Akquise (z.B. durch Anschreiben, sonstige Werbemittel)

*+ Vor einer Woche hatten wir nochmal so eine Anschreibeaktion und das ist auch **gut angelaufen**, also ich hatte diese Woche auch schon vier Rückmeldungen diesbezüglich, die jetzt auch dran teilnehmen wollen. Letzte Woche hatte ich alleine drei Teilnehmer. Jetzt geht es los, jetzt bin ich froh. (FG)*

*+/- Also bei uns ist es am Anfang **etwas zäh angelaufen**, weil wir es einfach **nicht so beworben** haben und jetzt im Januar haben wir an die Mitarbeiter eben Informationen nochmal rausgegeben und jetzt ist es bei uns eigentlich so richtig angelaufen. (FG)*

Vertretung

*- Dann heißt es, such dir eine Vertretung. **Vertretung findet sich nicht** und ich stehe mit meinem Problem **alleine** da. Also im schlimmsten Fall bin ich dann zwölf Stunden beschäftigt. Es interessiert niemanden und das ist ein bisschen sehr schade. (FG)*

Routine

*- Aber ich glaube auch, dadurch dass das ja viele so nebenbei machen, kann auch gar nicht, zum Beispiel bei mir auch, **bei uns läuft das jetzt noch nicht so an**, aber kann dadurch auch noch **nicht die Routine** reinkommen. Jemand, der vielleicht wirklich nur für dieses Projekt arbeitet, der hat natürlich einen **Volltreffer** gelandet. Aber ich muss auch sagen, für **so nebenbei**, dafür reicht eigentlich die Zeit überhaupt nicht und auch wenn ich dann Gespräche mache telefonisch, ich muss mich **immer wieder erneut da reinlesen**, gucken, okay, eventuell **welche Formulare** müsste ich dann verwenden und, und, und. **Das fängt immer wieder von vorne an**. Wir haben jetzt intern auch gesagt, wir müssen das nochmal irgendwie anders strukturieren, dass ich irgendwelche Aufgabenbereiche abgeben muss, damit ich dafür mehr Zeit kriege, weil anders ist das gar nicht machbar. (FG)*

Allgemeine Unterstützung (MSE-Sprechstunde, Hilfsmittel TuT)

- Da ist dann auch ... wir wollten ja diese muskuloskelettale Sprechstunde auch einführen. Da **hatten wir so die Hoffnung**, dass wir das vielleicht mit dazu holen können, hatten auch schon mit dem **ambulanten Reha-Zentrum** gesprochen und da war alles geregelt und letzten Endes dann der Betriebsarzt dann gesagt hat, **nee, möchte er nicht**. (FG)

+ [...] wir persönlich haben da ja die Muskelskelettsprechstunde mitgenommen und hatten da jetzt auch letzte Woche den ersten Termin. Und hatte da jetzt auch im Nachgang schon ein Gespräch dann mit einem Teilnehmer noch. Und, also, wird **sehr positiv angenommen**, die finden das **Angebot toll**. Natürlich sind da jetzt in der Sprechstunde auch Leute gewesen, die schon im Projekt sind. Da muss man dann halt gucken, okay, wie geht man mit denen um, was macht man mit dem, was bietet man denen noch an. Aber ansonsten könnte ich mir schon vorstellen, dass das jetzt auf jeden Fall noch mal Fälle bringt. (FG)

o Letztendlich kommen da Physiotherapeuten aus unserer Trainingseinrichtung, kommen bei uns in den Betrieb und bieten da sozusagen so eine Sprechstunde an, wo Mitarbeiter mit Beschwerden sich melden können und die kriegen dann eine halbstündige **Beratung** und Ziel ist es dann natürlich, die von dieser Sprechstunde ins Projekt einzusteuern. (FG)

Studiendesign

Das Studiendesign wurde als herausfordernd erlebt. Viele Versicherte hätten bereits konkrete Vorstellungen gehabt, welcher Gruppe sie gerne zugeordnet werden würden. Das Verständnis für die Notwendigkeit der Randomisierung habe dort laut Aussage der DM oft gefehlt. Auch seien einige Betriebsärzt:innen nicht von dem Studiendesign überzeugt gewesen. Ganz besonders herausfordernd empfanden die FM den Umgang mit dem unterstützten Selbstmanagement in Modul C. Gerade an Standorten, an denen bereits ein gutes Alternativangebot zum BGM-innovativ-Programm etabliert gewesen sei, sei die Rekrutierung für ein solches Projekt schwierig gewesen.

Randomisierung

Erwartungshaltung der Versicherten gegenüber dem BGM-iS und BGM-iF

- Ich habe gestern mit jemandem telefoniert, mit dem ich einen Termin ausmachen wollte und ich wusste, dass der schon mit meinem Projektleiter telefoniert hat und ich sage, die Basics sind Ihnen anscheinend bekannt, ob wir einen Termin ausmachen möchten. Dann sagt er, grundsätzlich sind mir die bekannt, aber ich habe schon gehört, ich meine, **wenn ich Pech habe, dann kriege ich ja gar nichts von Ihnen**. Dann habe ich ihm das nochmal erklärt, **was die Alternative ist und dass ich natürlich helfe, die Beschwerden mit den normalen Kassenleistungen halt zu lindern** usw. Sagt er, ich weiß nicht, ob das Gespräch mit Ihnen überhaupt was bringt und haben Sie denn da Einfluss drauf? Also es dauert, das ganze **Gespräch ist schwieriger, anstrengender und deutlich länger**, weil man ja total für dieses **Selbstmanagement kämpfen muss** und letzten Endes verlieren die Kunden ja nicht, wenn die sich einsteuern lassen. Im Gegenteil. Es ist auf jeden Fall sehr, sehr schwierig, dann da zu starten, wenn man da nicht einfach bei null anfängt, sondern schon ganz woanders, wo man einfach unbedingt dieses Fallmanagement haben möchte oder in die Gruppe kommen möchte. (FG)

- Das führt aber natürlich dazu, wenn der Arzt das im Hinterkopf hat, schon ... na gut, die haben sowieso nur eine **Fuffzig-fuffzig-Chance**, irgendwie richtig überzeugend find ich das **nicht als Mehrangebot gegenüber dem, was wir sonst machen**, dass das eben dementsprechend seltener angeboten wird. (BA)

Module (Modul C)

+/- Also ich fände **im Modul C** so eine **erweiterte Schulung** auch ganz sinnvoll, weil es sowieso sehr wenig Fälle waren, [...]. Aber es ist immer eben so schwierig, die dann auch anzusprechen, weil man immer nicht so weiß: Okay, was biete ich denn dann an, wenn sie ins Selbstmanagement kommen? (FG)

Alternativangebote

+/- Weil am Standort bei uns, wir haben halt **viele Präventionskurse** bieten wir halt an, Rückenfit und was weiß ich, Rückengymnastik und das Ganze und dann können sie sich halt **eben eins aussuchen**. Also Angebot, egal ob jetzt also das Selbstmanagement, haben wir ja genügend da. Das ist so. (FG)

+/- wir haben ein sehr breites Angebot an betriebssportlichen Dingen, wir haben **ein sehr breites Angebot an Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagement**, ne? Also, wir haben ... ja, also, das ist schon relativ so ein **kleiner Katalog**, aus dem die dann auswählen können. Der **ist halbjährlich aktualisiert** wird, darüber hinaus gibt es immer individuelle Angebote. Vor allen Dingen halt in den klassischen Bereichen der **Prävention**, also, Primärprävention. Sprich, Ernährung, Stress, Bewegung. Und Rauchen. Also, Suchtverhalten, da gibt's ein ziemlich breites Angebot hier. Also, dass das sowieso funktioniert. Wir hatten früher auch noch mal eine physiotherapeutische Praxis unten hier im Keller. Wir konnten da auch selber rezeptieren, wir haben im Rahmen ... das sind aber dann sozusagen tatsächlich schon Dinge, die bei ausgewählter Kundschaft, beim tatsächlich festgestellten Leistungswandel zur Verfügung gestellt werden, so was wie eine **beruflich orientierte Rehabilitation**, also, ein Zentrum, mit dem dann nachher die Kasse auch zusammenarbeitet, die haben wir vorher auch schon genutzt, ne (BA)

Sonstiges

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie-Einschränkungen seien für alle Netzwerkpartner:innen deutlich spürbar gewesen. Insbesondere die Hygieneauflagen in den Test- und Trainingseinrichtungen, aber auch Veränderungen in den Arbeitsabläufen der Betriebe sowie der BKK hätten sich auf den Rekrutierungserfolg, die Betreuung der Studienteilnehmer und ihre Motivation negativ ausgewirkt. In Einzelfällen konnte das Training jedoch ohne große Einschränkungen fortgeführt werden. Wegen der Home-Office-Regelung sei in vielen Fällen die Kontaktpflege schwieriger gewesen. Insgesamt hatten sich die Einschränkungen jedoch wenig auf die gesamte Studie auswirken können, da der Großteil der Studie bereits vor Beginn der Maßnahmen abgeschlossen war.

COVID-19

- Ich hatte natürlich schon die Unterstützung vom Betriebsarzt und Personalabteilung, aber das wurde dann halt **immer schwächer** und schwächer und seit der Pandemie ist dann gar nichts mehr, weil die meisten sind ja auch im Homeoffice. Wir haben Kurzarbeit. Also es ist wie eine **Geisterstadt** bei uns hier am Standort. (FG)

+/- Ich hatte gerade vor zwei Wochen einen BGMler, der war jetzt wirklich **seit Corona das erste Mal wieder da**, weil er sagte, erst durfte er nicht und dann hatte er noch sagen wir mal körperliche Probleme und den **arbeiten wir jetzt quasi so nach und nach ein**, also da machen wir bei ihm jetzt auch nochmal eine **neue Trainingsplanerstellung**, einfach um zu gucken, was passt, was nicht. (TuT)

- Ja, bei uns natürlich im Gesundheitszentrum war der Anfang natürlich **doch sehr schwer**. Wir hatten eben halt hier nur bestimmte Zeiten gehabt. Den Raum mussten wir natürlich einmal ändern wie in jedem Fitnessstudio, dass die Geräte eben halt weiter auseinandergestellt werden mussten. Der Kursraum durfte eben halt nicht mehr von so vielen Leuten betreten werden. Also da gab es schon im Trainingsbereich **sehr große Unterschiede**, gerade auch die Hygienemaßnahmen sind natürlich doch **sehr zeitraubend**. Wir müssen die Geräte eben halt ganz oft desinfizieren, hier muss eine Durchlüftung stattfinden. Wir haben bestimmte Öffnungszeiten für die Mitglieder. Also da hat sich schon **sehr viel geändert**, auch **die Arbeitsweise** und würden uns da natürlich wünschen, dass da eben halt man mehr nochmal in Richtung Normalität gehen würde, weil eben halt jetzt doch der Arbeitsablauf doch schon sage ich mal zu **20, 30 Prozent jetzt nur noch im hygienischen Bereich** stattfindet. (TuT)

o Also bei uns ist es halt glücklicherweise tatsächlich so, dass die Maskenpflicht auch nur in den Gängen, Umkleibereichen, Wartebereichen ist und die Patienten aber die Möglichkeit haben, im Trainingsbereich aufgrund dieser möglichen 1,5 Meter Abstand zueinander keine Maske brauchen, sodass das jetzt im reinen Trainingsbereich auch **keinen Einfluss mehr groß hat auf die Maskenpflicht** und da ist die **Motivation genauso hoch wie sie vorher auch war** (TuT)

Legende: + förderliche Faktoren, – hemmende Faktoren, o neutral, +/- sowohl förderlich als auch hemmend			
Themenaspekte	Fokusgruppen (1-3)	Experteninterviews (BA 1-2)	Experteninterviews (TuT 3)
Eigenschaften FM (Kompetenzen FM/ Eigenmotivation der FM)	+ Empathie + Fachkompetenz + nehmen sich Zeit für Beratungsgespräche + Individuelle Vorgehensweise, „Wissen, wann was verlangt wird“	+ FM wird als kompetent und engagiert wahrgenommen	n.a.
Interaktion mit Versicherten	+ guter Versichertenkontakt (Anerkennung der Versicherten durch intensiven Kontakt) + Beratungsgespräche können inhaltlich individuell angepasst werden + langjähriger und persönlicher Kontakt + Versicherte haben großes Vertrauen in die Fallmanager:innen (Bekanntheit der Fallmanager:innen im Betrieb) + Gespräche während der Arbeitszeit möglich - Gespräche nicht während der Arbeitszeit möglich - Sprachbarriere - Keine Reaktion auf Werbemaßnahmen - Andere Termine (Urlaub, Feiertage, Betriebsbedingt, Krankheit) - Räumliche Distanz FM und Versicherte (BKK außerhalb Betriebes)	+ kennen die Versicherten durch z.B. Gesundheitstage, Präventionsangeboten + Anamnese, Moduleinteilung und Beratung + kennen die Krankheitsgeschichte der Versicherten - Versicherten selbst Arbeitsplatzbeschreibung/ Rehabilitationsantrag ausfüllen lassen - keinen weiteren Kontakt nach Einschluss in Studie (Erfolg oder Misserfolg)	+ verbesserter Versicherten/ Patientenkontakt durch BGM-i + intensive Betreuung der Versicherten vor allem beim Erstgespräch und bei der Anamnese + „man kennt sich mich Namen“ - wenig Kontakt zu Versicherten aus BGM-i, nachdem Trainingsplan erstellt wurde (unpersönlich, durch enge zeitliche Taktung) - nicht klar, wer zu BGM-i gehört und wer nicht
Unterschiedliche Klientel und Motivation der Versicherten	- Überforderung mit Informationen und Formularen - keine Motivation das Training nach den 12 Wochen weiterzuführen - fehlende Motivation bei schwerer körperlicher Tätigkeit +/- Alter/ Geschlecht/ Sportler/ Beruf/ Disziplin	Genereller Eindruck: Unterschiede der Versicherten (Entscheidung ob eingeschlossen wird in Studie oder nicht) - fehlende Motivation bei schwerer körperlicher Tätigkeit	+ Patienten nehmen Verbesserung der Beschwerden durch Training wahr und sind motiviert weiterzumachen + Vertrag im Trainingszentrum nach BGM-i verlängert - Training abgebrochen

Passfähigkeit	+/- von der Art der Beschäftigung abhängig - Schichtarbeit - regelmäßige Geschäftsreisen, - standortabhängiges Training nicht geeignet - Erreichbarkeit der Versicherten (z.B. durch Schichtdienst/ Auslandsaufenthalte)	- Schichtarbeit - Erreichbarkeit der Versicherten (z.B. durch Schichtdienst)	+ Training kann zu individuellen Zeiten absolviert werden, keine Terminbuchung nötig (Personen im Schichtdienst können Trainings wahrnehmen) + Trainer:innen arbeiten im Schichtdienst + flexible Trainingszeiten werden gewährleistet - keine Öffnungszeiten am Wochenende
Austausch und Zusammenarbeit der Netzwerkpartner:innen (lokal, Akteur übergreifend)			
Fallmanager:innen	+ Austausch mit Kolleg:innen, mehre FM für einen Betrieb verantwortlich	+ Gegenseitiger Austausch	+ Gemeinsamer Austausch über „komplizierte“ (unterstützungsintensive) Fälle wird aus sehr förderlich empfunden + Kontakt zur Betriebskrankenkasse wurde verstärkt + gemeinsame Kooperationen durch BGM-i (Zusammenarbeit bleibt nach Projektende bestehen)
Projektleitung	+ Unterstützung/ „Rückendeckung“ (Freistellung/ Zeit für Projekt) + Initiative (Aufgaben übernehmen, z.B. Einsteuerung Versicherte) +/- Regelmäßiger Kontakt + Positive Einstellung zum Projekt - Fehlendes Interesse (Projekt/ (zusätzliche) Arbeit der Fallmanager) - Keine Vertretung (Fallmanager/ Projektleiter bei längerer Abwesenheit) - strikte Aufgabenverteilung, sodass Projektleitung wenig informiert über Projekt ist - Keine Unterstützung (Freistellung/ Zeit für Projekt), aber hohe Erwartung - Versicherten falsche Informationen geben - Negative Einstellung zum Projekt	o Projektpartner sind sich bekannt	n.a.
Betriebsärzt:innen	+ Unterstützung (Einsteuerung von Versicherten) + Positive Einstellung zum Projekt + Für Rückfragen zum Versicherten erreichbar (telefonisch/ persönlich)	+ innerhalb des Betriebsärzt:innen Teams regelmäßiger Austausch und Besprechungen + bis zu 14 Kolleg:innen	+ (aber auch unabhängig von BGM-i) Kooperation mit verschiedenen Ärzt:innen (Austausch über Therapieoptimierung bei Patient:innen) o (neutral) wenig Kontakt zum BA

	<ul style="list-style-type: none"> + Persönliches Verhältnis + Räumliche Nähe + Gute Organisation/ Planung + Initiative (Ideen für Akquise) - „Überweisung“ zum Fallmanager funktioniert nicht (zu viele Schritte) - Wenig Kontakt/ lange Funkstillen 		
Rehabilitationseinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Rückmeldung (ambulante Rehabilitation) - Keine zeitnahe Aufnahme (stationäre Rehabilitation) - Rehabilitationsklinik voll - Klinik nur halb besetzt (Rehabilitationsbeginn in Feiertagen) 	+ Kontakt zum Rehabilitationszentrum, MBOR bereits vor BGM-i (unklar, ob BGM-i spezifisch)	+ Kontakt zum Rehabilitationszentrum, (unklar, ob BGM-i spezifisch)
Test- und Trainingseinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> + Regelmäßiger Kontakt/ guter Austausch + Zeitnahe Rückmeldung (Einhaltung der Trainingseinheiten, telefonisch und schriftlich) + freundlich und bemüht + Schnelle Terminvereinbarungen + Räumliche Nähe (Angebunden an Betrieb/ BKK) - Unterstützung (kümmern sich um Eingangs- und Ausgangstestung) - Zuständigkeiten nicht klar zwischen dem Test- und Trainingseinrichtungen (Ausfüllen der Ein-/ Ausgangstestung, BKK Projektleitung muss eingreifen) - Unzuverlässigkeit (wiederholte Terminabsage, keine Vertretung, Abläufe vergessen, Kontrolltermine vergessen) 	+ Kooperation mit Trainingszentrum (unabhängig von BGM-i)	<ul style="list-style-type: none"> - Zuständigkeiten nicht klar zwischen dem Test- und Trainingseinrichtungen (Ausfüllen der Ein-/ Ausgangstestung, BKK Projektleitung muss eingreifen) + Zusammenarbeit zwischen Test- und Trainingseinrichtung läuft gut (Abstimmung, Überweisung etc.)

Rentenversicherungsträger	<ul style="list-style-type: none"> + feste Ansprechpartner:innen + Schnelle Bearbeitung BGM-i Anträge + Bewilligung BGM-i Anträge - schlechte Erreichbarkeit - wenige/ oder kein Mitarbeiter:innen wissen über die Studie bescheid - lange Bearbeitungszeiten/Antragszeit - Regionale Unterschiede Antragsbewilligung - Nachhaken müssen (Rehabilitationsantrag eingegangen/ bearbeitet) - Keine Rückmeldung (Bewilligung/ Ablehnung Antrag) 	<ul style="list-style-type: none"> + feste Ansprechpartner:innen + Schnelle Bearbeitung BGM-i Anträge 	+ Kontakt zur Rentenversicherung (unklar, ob BGM-i spezifisch)
Austausch und Zusammenarbeit der Fallmanager:innen (überregional, „Best-Practice“)			
Schulung / Fallmanager:innentreffen	<ul style="list-style-type: none"> + Austausch über „komplizierte“ Fälle + Unterstützung und erweiterte Schulung beim Aufklärungsgespräche Modul-C + FM wünschen sich weitere Schulungen + Auf die Wünsche und Bedürfnisse der FM reagieren (Bsp. Schulung Modul C) - fehlendes Erfahrungswissen bei FM-Wechsel 	<ul style="list-style-type: none"> + Schulung vor Beginn der Studie für alle Akteure - Schulung wurde als zu lang und ausführlich wahrgenommen -Schulungen wurden nicht wahrgenommen 	+ Schulung vor Beginn der Studie für alle Akteure
Peer-Learning	<ul style="list-style-type: none"> + Austausch über „komplizierte“ Fälle + Gegenseitiges voneinander lernen + Austausch von Erfahrungen 	+ Austausch von Erfahrungen zu Beginn des Projekts (innerhalb des Betriebs)	n.a.
Strukturelle Bedingungen (in der Organisation)			
Lokale Bedingungen (z.B. Entfernung zum Betrieb)	<ul style="list-style-type: none"> + Räumliche Nähe - Räumliche Distanz (außerhalb Betriebes/ BKK, keine passender Ort für Aufklärungsgespräche etc.) - Umstrukturierung im Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> + Räumliche Nähe - BA nicht im Betrieb (extern) 	<ul style="list-style-type: none"> + Räumliche Nähe (Angeboten an Betrieb/ BKK) - Räumliche Distanz (außerhalb Betriebes/ BKK)

Zeit & Ressourcen	+ Zeit wird für BGM-i zur Verfügung gestellt, keine zusätzlichen Aufgaben - Arbeitsaufwand zu hoch, BGM-i wird hintenangestellt	- Arbeitsaufwand zu hoch, keine Zeit für die Studie - Zeitdruck - Häufige Unterbrechung (durch Notfälle) - Aufwand des Rehabilitationsantrag besonders hoch - (monetäre) Entschädigung fordern	+ Digitale Patientenunterlagen vereinfachen den Prozess, Zeitersparnis - klare zeitliche Vorgaben für Behandlungen und Patienten, eng getaktet (unabhängig von BGM-i) - durch zeitliche Engpässe, weniger persönlichen Kontakt zum Versicherten
Akquise	+ verschiedene Maßnahmen und Werbemittel werden entwickelt, um Versicherte zu erreichen (Flyer und Plakate im Betrieb, Information in Gehaltsabrechnung, FM im Betrieb, um potenzielle Teilnehmer:innen persönlich anzusprechen) - Anlaufschwierigkeiten bei der Rekrutierung	+ Initiative (Ideen für Akquise) + Unterstützung (Einstellung von Versicherten) - vergessen Studie, keine Unterstützung in der Rekrutierung	+ Betriebsbegehung, Bekanntmachen im Betrieb + Aufmerksam machen auf Studie (vor Ort im Trainingszentrum), wenn bekannt ist, dass Versicherte in dem Betrieb arbeiten
Routine	- wenig Einschluss führt zum „immer wieder reinlesen“, fehlende Routine beim Einschluss/ Aufklärungsgespräch durch wenig Einsteuerung + Routine im Laufe der Studie durch vermehrte Einsteuerung ins Projekt	- wenig Einschluss führt zum „immer wieder reinlesen“, fehlende Routine beim Einschluss/ Aufklärungsgespräch durch wenig Einsteuerung	o keine großen Unterschiede in der Arbeitsroutine BGM-i und Arbeitsroutine im Allgemeinen
Vertretung	+ Vertretung durch andere FM und/ oder Projektleitung - keine Vertretungsregelung	- keine Vertretungsregelungen - Betriebsarztwechsel	+ Vertretung durch Mitarbeiter:innen gegeben, durch Dokumentation der Trainingspläne + Versicherte werden durch verschiedene Mitarbeiter:innen betreut
Unterstützung	+ Entwicklung eines Leitfadens für die Beratungsgespräche + Einführung einer Muskel-Skelett-Sprechstunde für (potenzielle) Teilnehmer:innen	+ in Zusammenarbeit mit der Betriebskrankenkasse, Erarbeitung eines Informationsblattes für Beratungsgespräche und Kontaktdaten	+ (unabhängig von BGM-i) Digitale Patientenakte, mehrere Trainer:innen können den gleichen Versicherten betreuen
Studiendesign	+ offene/ neutrale Kommunikation über das Studiendesign - Fehlendes, bzw. Missverständnis Studiendesign	- kein Einschluss in die Studie, aufgrund der zwei Gruppen, Mehrwert des FaMa wird für den „Aufwand“ als zu gering eingeschätzt	n.a.

Randomisierung	- Falsche Erwartungshaltung der Versicherten (und daraus resultierende Enttäuschung)	- Falsche Erwartungen bei Versicherten hervorrufen	n.a.
Module (Modul C)	- Erwartung Sprungbrett neue Arbeitsstelle der Versicherten	- wollen keine C-Fälle einsteuern	n.a.
Alternativangebote	+/- Alternativangebote im Betrieb (vor allem Präventionsangebote Modul A) +/- Alternativangebote vor allem in großen Betrieben - schlechte Vergleichbarkeit der Gruppen im Modul A	+/- breites Präventionsangebot +/- Katalog mit Angeboten aus denen gewählt werden kann	+/- Versicherte werden nicht bevorzugt behandelt, wenn sie an der Studie teilnehmen
Covid-19	- schlechte Erreichbarkeit der Projektpartner:innen durch Homeoffice und Abstand - weniger Kontakt durch nicht vor Ort sein	n.a.	- Versicherte können nicht trainieren - großer Mehraufwand für die Mitarbeiter:innen (strenges Hygienekonzept etc.) - lange Pausen im Training, daher neuer Trainingsplan so bald Training wieder vorzogen werden konnte + Mitarbeiter:innen gehen individuell auf die langen Pausen ein und erstellen einen neuen Trainingsplan für die Versicherten o große Trainingszentren können Coronaauflagen besser umsetzen (z.B. Abstand kann auf dem Trainingsbereich eingehalten werden, keine Maskenpflicht im Trainingsbereich)

Tabelle 14: Übersicht der hemmenden und förderlichen Faktoren

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Im Rahmen der summativen Evaluation wurden die möglichen Effekten eines koordinierenden Fallmanagements (BGM-iF) im Vergleich zu einem unterstützten Selbstmanagement (BGM-iS) für Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen analysiert. Im Rahmen einer begleitenden Prozessevaluation wurden zusätzlich förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung des Programms untersucht.

Kernelemente der geplanten summativen Evaluation war eine modulunabhängige Beurteilung der Effekte auf die primären Outcomes Arbeitsfähigkeit (WAI) und MSE-spezifische AU-Tage sowie die sekundären Outcomes schmerzbedingte Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeit. Den zentralen vier Hypothesen nach sollte sich eine Überlegenheit der Interventionsgruppe BGM-iF gegenüber der Vergleichsgruppe BGM-iS anhand aller vier Outcomes nach Beendigung des Programms abbilden lassen.

In der modulunabhängigen Analysen konnten die Hypothesen zu Arbeitsfähigkeit (WAI), MSE-spezifische AU-Tage und Selbstwirksamkeit nicht bestätigt werden. Beim Follow-Up t1 wurden lediglich Vorteile für das koordinierende Fallmanagement gegenüber dem unterstützten Selbstmanagement bezüglich der schmerzbedingten Beeinträchtigung identifiziert. Das koordinierende Fallmanagement (BGM-iF) war daher insgesamt der Vergleichsgruppe BGM-iS nicht wesentlich überlegen.

Die Zeitvergleiche von Baseline t0 zum Follow-Up t1 ergänzen dieses Bild: Gesundheitliche Verbesserungen wurden zwar in einer erhöhten Arbeitsfähigkeit (WAI), einer reduzierten schmerzbedingten Beeinträchtigung und weniger MSE-bedingten AU-Tagen erzielt. Jedoch haben die Studienteilnehmer:innen im Rahmen des Projektes BGM-innovativ unabhängig von der Studiengruppe (BGM-iF oder BGM-iS) von der Teilnahme profitiert: Diese Effekte ließen sich sowohl in der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe nachweisen.

Die fehlenden Unterschiede könnten an einer starken Vergleichsgruppe liegen. Aus der formativen Evaluation wurde ersichtlich, dass vor allem in der BGM-iS-Gruppe Alternativangebote im bestehenden Regelangebot der Krankenkassen gefunden wurden. Die Ausprägungen der gefundenen Unterschiede unterstützen die Annahme eines starken Selbstmanagements: In der BGM-iF-Gruppe wurde eine mittlere Reduktion der AU-Tage von 28,7 auf 18,3 Tage und eine Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigung von 53,0 auf 40,1 (von 100 Punkten) erzielt. Die Reduktion der schmerzbedingten Beeinträchtigung von ca. 24% kann als klinisch relevant angesehen werden. In der BGM-iS-Gruppe wurde eine mittlere Reduktion der AU-Tage von 28,5 auf 13,3 Tage sowie eine Reduktion der Schmerzen von 54,0 auf 45,9 (von 100 Punkten) erreicht.

Gemessen an dem vorliegenden Potential an betroffenen Versicherten in den teilnehmenden Betrieben ist die Rekrutierung deutlich niedriger ausgefallen als auf der Basis der Pilotprojekterfahrungen der Salzgitter AG erwartet. Von Seiten der FM und Betriebsärzt:innen wurde berichtet, das Studiendesign mit der vorgesehen zufälligen Zuweisung zu den Studienarmen habe zu einer deutlich schwächeren Rekrutierungsrate geführt. Die Motivationslage und Zuversicht in die Wirksamkeit der Maßnahmen war in der BGM-iF-Gruppe zwar tatsächlich größer ausgeprägt als in der BGM-iS-Gruppe, jedoch war sie im Durchschnitt insgesamt recht hoch. Unter den Studienabbrecher:innen wurde die Unzufriedenheit mit der Gruppenzuteilung ebenfalls nur selten als Beweggrund angeführt. Insgesamt wurde die nötige Fallzahl in der Gesamtpopulation erreicht. Die Subgruppenanalysen bleiben explorativ. Für die Wirksamkeit der Maßnahmen in den einzelnen Modulen können nur eingeschränkte Aussagen auf Grund der geringen Fallzahlen in den Subgruppen getroffen werden.

Kennzeichnend für das Projekt war die Beteiligung unterschiedlich großer Krankenkassen, die mit Trägerbetrieben zusammenarbeiten, die verschiedene Branchen und

Akronym: BGM-innovativ
Förderkennzeichen: 01NVF16027

Unternehmensgrößen abdecken. Das Umsetzungspotenzial wurde bei der Initiierung als hoch eingeschätzt, da keine komplexen neuen Strukturen geschaffen werden mussten. Die Umsetzung des Konzeptes benötigt einen Betrieb, ein funktionierendes Fallmanagement der Krankenkassen und die Implementierung standardisierter Versorgungsprozesse. Die erarbeiteten Materialien können mit geringen Anpassungen weiter genutzt werden. Dies gilt vor allem für Schulungskonzepte, Handbücher, Gesprächsleitfäden und Dokumentationsbögen.

Bereits vor Projektende hat sich der Großteil der BKK dazu entschieden, das Programm nach Beendigung der Studie weiterzuführen. Es haben sich Überlegungen angeschlossen, das Metakonzept des FM auf andere Erkrankungen mit einer hohen Verbreitung (wie z.B. psychische Erkrankungen oder Diabetes) zu übertragen. Sollten weitere BKK eine Implementierung des Programms in Erwägung ziehen, sollten für die notwendigen gesundheitlichen Leistungen qualifizierte Zentren ausgewählt werden.

Eine gesundheitsökonomische Evaluation war nicht im Projekt vorgesehen und ist daher nicht erfolgt.

5. Literaturverzeichnis

- Bortz J, Döring N (2009). Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.
- Bradburn N, Sudman S, Wansink B (2004). Asking questions. The definite guide to questionnaire design – for market research, political polls, and social and health questionnaires. San Francisco: Jossey-Bass.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321: 694-696.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337:a1655.
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Deutscher Schmerz-Fragebogen. Online: <https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen> (letzter Zugriff: 23.06.2016)
- Dillman DA (Hrsg.) (1978), Mail and telephone surveys: the total design method. New York: Wiley.
- Flick U (2007). Leitfaden-Interviews. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 194-226.
- Fuß S, Karbach U (2014). Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen: Budrich.
- Gläser J, Laudel G (2004). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hasselhorn, HM und Freude, G (2007): Der Work Ability Index. Ein Leitfaden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, Bd. 87). Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Hesse B Heuer J, Gebauer E (2008). Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen. Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KoRB-Projektes. *Rehabilitation*, 47: 324-333.
- Huber A, Kistler E, Paples U (2015). Arbeitslosigkeit Älterer und Arbeitsmarktpolitik im Angesicht des demographischen Wandels. Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland und dem Land Berlin. Huber A, Kistler E, Paples U (Hrsg.). Stuttgart: Fraunhofer-IRB-Verlag.
- Ilmarinen, J und Tuomi, K (2004). Past, present and future of work ability. In: Ilmarinen, J, Lehtinen S. (Hrsg.): Past, present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Isernhagen S (2012). Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL). Isernhagen work systems. Braunschweig.
- Jahn R, Pomorin N, Walendzik A et al. (2015). Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen zur nachhaltigen Förderung und Harmonisierung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter. Gutachten im Auftrag der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG. Duisburg, Essen.
- Kaiser H, Kersting M, Schlan HM et al. (2000). Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 39, 297-306.
- Koch B, Kröger C, Leineweber B, Marquardt B (2012). Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. In V. Bauer, S Bungard, D Hertle, K

Akronym: BGM-innovativ
Förderkennzeichen: 01NVF16027

Kliner, C Tewes, A Trümner: BKK Gesundheitsreport 2012 Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. S. 135-41.

Machin D (2009). Sample size tables for clinical studies. 3rd edition. Chichester, UK: Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.

Matheson LN, Matheson ML. Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR Arbeitsgruppe „Ergonomie“: Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeiten. Spinal Function Sort.

Mayring P (2004). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beitz.

Medical Research Council (2000). A framework for development and evaluation of RCT's for complex interventions to improve health. Swindon: Medical Research Council.

Merton RK (1987). The focused interview and focus groups. Continuities and discontinuities. Public Opin Q, 51, 550-566.

Meuser M, Nagel U (2010). Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B, Langer A, Pregel A (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa-Verlag, 457-471.

Prüfer P, Rexroth M (2000). Zwei Phasen-Pretesting. In Mohler PP, Lüttinger P (Hrsg.). Querschnitt. Festschrift für Max Kaase. Mannheim: ZUMA, 203-219.

Robert-Koch-Institut (2006). Gesundheit in Deutschland. Datentabellen. Robert-Koch-Institut (Hrsg). Berlin.

Schaeffer NC, Dykema J (2011). Questions for surveys: current trends and future directions. Public opin Q, 75: 909-961.

Schaeffer NC Presser S (2003). The science of asking questions. Annual Review of Sociology, 29, 65-88.

Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen.

Stetler CB, Legro MW, Wallace CM et al. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. J Gen Intern Med, 21, 2: 1-8.

Trunz E (2001). IPN-Test® - Ausdauerstest für den Fitness- und Gesundheitssport. Köln: Institut für Prävention und Nachsorge.

Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E et al. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. Occup Med, 51, 318-324.

Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ et al. (1992). Grading the severity of chronic pain. Pain, 50(2), 133-149.

6. Anhang

keine

7. Anlagen

- Anlage Nr. 1: Fragebögen und Leitfäden

Anlage Nr. 1: Fragebögen und Leitfäden

Anhang: 1. Leitfäden Fokusgruppen 1-3, Experteninterviews 1-3, 2. Fragebögen t0 und t1

Tabelle: Leitfaden -- Fokusgruppe 1

1. Begrüßung
2. Vorstellung
3. Einleitung (vor Tonband)
4. Vorstellungsrunde/ Einstieg
5. Leitfaden

Zeit	Leitfrage	Check - wurde das erwähnt?	Vertiefungsfragen	Aufrechterhaltung und Steuerungsfragen
10:00 - 10:15	Einleitung	Vorstellung der Themenblöcke Verteilen von Moderationskarten? (Anweisung: "Bitte schreiben Sie Punkte, die Ihnen während der Diskussionsrunde besonders wichtig sind oder relevant erscheinen auf die Moderationskarten. Wir werden diese am Ende sammeln und sortieren.")		
10:15 - 10:35	Block 1: Kommunikation Selbstmanagement/Fallmanagement Wie gehen Sie bei der Vermittlung des Randomisierungsergebnisses vor?	Kommunikation vorab Kommunikation Selbstmanagement Kommunikation Fallmanagement	Haben Sie einen festen Ablauf? Wie beschreiben Sie dem Versicherten vor der Randomisierung die Gruppe "Selbstmanagement"? Wie beschreiben Sie dem Versicherten vor der Randomisierung die Gruppe "Fallmanagement"? Wie vermitteln Sie dem Versicherten das Randomisierungsergebnis?	Wie ist das bei den anderen? Warum machen Sie das so?

10:35 - 10:55	Block 2: Reaktion Selbstmanagement/Fallmanagement Wie erleben Sie die Reaktionen der Versicherten auf das Randomisierungsergebnis?	eigene Reaktion Reaktion der Versicherten Unterschiede Selbst- und Fallmanagement	Wie reagieren die Versicherten auf das Randomisierungsergebnis? Was empfinden Sie dabei? Wie gehen Sie mit negativen Reaktionen um?	Woran liegt das? Wie sehen die anderen das?
10:55 - 11:00	- 15min. PAUSE -			
11:00 - 11:20	Block 3: Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (DRV/BA/Rehacentren/etc.) Wie erleben Sie die Zusammenarbeit im Projekt mit den anderen Beteiligten? Also zum Beispiel mit den Betriebsärzten oder den Rentenversicherungen?	Betriebsärzte Rentenversicherung Testcenter Trainingscenter Reha-Einrichtungen	Gibt es Beteiligte, mit denen die Kommunikation bzw. die Zusammenarbeit besonders gut funktioniert? Gibt es Beteiligte, mit denen die Kommunikation bzw. die Zusammenarbeit besonders schwierig ist? Wie sind Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten?	Wieso? Woran liegt das? Wie funktioniert das bei den anderen?
11:20 - 11:40	Block 4: Unterstützung	Unterstützungsangebot	Wer unterstützt Sie im Rahmen von BGMI besonders? In welchen Bereichen würden Sie sich (noch) mehr Unterstützung wünschen? Durch wen?	Wie? Wieso? Wie ist das bei den anderen?
11:40 - 12:00	Auswertung Moderationskarten			Wie

Tabelle: Leitfaden -- Fokusgruppe 2

1. Begrüßung
2. Vorstellung der Moderator:innen
3. Einleitung
4. Vorstellungsrunde der Teilnehmer:innen
5. Leitfaden
6. Schluss

Zeit	Leitfrage/Dilemma/Problem	Check - wurde das erwähnt?	Vertiefungsfragen	Aufrechterhaltung und Steuerungsfragen
	<p>Einleitung, Beschreibung des Ablaufes</p> <p>Schön, dass Sie die Zeit gefunden haben um an der diesjährigen Fokusgruppe teilzunehmen. Zunächst möchte ich gerne mit einer kurzen Runde beginnen, in der sich jeder vorstellt und kurz berichten kann, was sich seit der letzten Fokusgruppe verändert hat. Nach dieser Einführungsrunde möchte ich Ihnen dann nacheinander verschiedene Situationen vorstellen und von Ihnen wissen, was Sie darüber denken.</p>			

11:00 - 11:20	Was hat sich seit der letzten Fokusgruppe für Sie im Projekt verändert?	strukturelle Veränderungen (Personalwechsel) erste Erfahrungen mit bestimmten Modulen Zusammenarbeit mit Versicherten/Projektpartnern Werbemaßnahmen/Akquise Unterstützung Projektleiter abgeschlossene Fälle Mehrwert und Umsetzung des Austauschs (FM-Treffen, Fokusgruppe, Newsletter)	Was haben Sie von dem Austausch (das schließt die Fokusgruppe, das Fallmanager-Treffen, Newsletter, etc. mit ein) mitgenommen? Inwieweit konnten Sie davon etwas bei sich umsetzen?	Wie sehen die anderen das? Haben Sie dafür ein Beispiel? Können Sie dazu noch mehr erzählen?
<i>Im folgenden Teil der Fokusgruppendifkussion werde ich Ihnen nun nacheinander die Situationen vorstellen und würde gerne von Ihnen wissen, was sie darüber denken. Die Situationen orientieren sich an den Ergebnissen der Fokusgruppen aus dem letzten Jahr. Wenn Ihnen eine vorgestellte Situation so selbst nicht bekannt ist, würde ich Sie bitten, sich in die beschriebene Lage hineinzusetzen und zu überlegen, was Sie darüber denken (würden).</i>				
11:20 - 11:45	RANDOMISIERUNG Situation: Seit Wochen erklären Sie den Versicherten, dass das Fall- und Selbstmanagement gleichwertige Gruppen sind und die zufällige Zuteilung ins Fall- oder Selbstmanagement ein wichtiger Bestandteil der Studie ist. Langsam aber sicher erhöht sich unter den Versicherten das Verständnis für das randomisierte Forschungsdesign und immer mehr Personen erklären sich für die Teilnahme bereit. Nun kommt ein Interessent in Ihr Büro, von dem Sie genau wissen, dass er möglichst zeitnah eine betreute Maßnahme für seine Beschwerden braucht. Sie glauben, dass eine Zuteilung ins Fallmanagement bei diesem Versicherten besser funktionieren würde.	- emotionale Reaktion? - was tun? Potenziell relevante Faktoren: - Persönliches Verhältnis zu den Versicherten? - Schwere der Krankheit? - Modulzuteilung - Fallzahlen - Wunsch nach Gleichbehandlung aller Versicherten - Konsequenzen für das Image der Studie	Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich in diese Situation versetzen? Wie würden Sie in der Situation reagieren? --> Wenn Entschluss für Einsteuerung: Was würden Sie tun, wenn der Interessent tatsächlich ins Selbstmanagement kommt? Erkennen Sie sich in der Situation wieder? Wie haben Sie sich in ähnlichen Situationen verhalten?	Wie sehen die anderen das? Haben Sie dafür ein Beispiel? Können Sie dazu noch mehr erzählen?

11:45 - 12:00	<p>AKQUISE</p> <p>Situation: Sie liegen mit Ihren erreichten Rekrutierungszahlen deutlich hinter den Sollzahlen. Beim Fallmanagertreffen erfahren Sie, dass andere näher dran sind.</p>	<p>- emotionale Reaktion? - was tun?</p> <p>Potenziell relevante Faktoren: - unrealistische Fallzahlplanung - Einbezug in Fallzahlplanung - Erwartungsdruck (durch Studie, Projektleitung, Kollegen, sich selbst) - Bedeutung der Sollzahlen für FM</p>	<p>Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich in diese Situation versetzen?</p> <p>Wie würden Sie in der Situation reagieren?</p> <p>Erkennen Sie sich in der Situation wieder? Wie haben Sie sich in ähnlichen Situationen verhalten?</p> <p>Inwiefern waren Sie an der Planung der Fallzahlen beteiligt?</p> <p>Was bedeuten die Sollzahlen für Sie?</p>	<p>Wie sehen die anderen das?</p> <p>Haben Sie dafür ein Beispiel?</p> <p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p>
12:00 - 12:15	- 15min. PAUSE -			

<p>12:15 - 12:35</p>	<p>TRAININGSEINRICHTUNG</p> <p>Situation: Sie haben bereits mehrere Versicherte, die in dem zuständigen Trainingszentrum trainieren – zweimal pro Woche, so wie es das Projekt vorsieht. Sie gehen davon aus, dass sich das Trainingszentrum bei Ihnen meldet, sollte ein Versicherter einmal nicht erscheinen oder das Training ganz abgebrochen haben. Nachdem nun einer ihrer Versicherten das Training erfolgreich abgeschlossen haben sollte, erfahren sie, dass das Training tatsächlich mehrmals nicht stattgefunden hat, weil der Versicherte nicht im Trainingszentrum erschienen ist.</p>	<p>- emotionale Reaktion? - was tun?</p> <p>Potenziell relevante Faktoren: - Regelmäßigkeit der Kommunikation - Ansprechpartner - Abläufe - Übermittlung des Dokumentes zur Trainingsteilnahme</p>	<p>Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich in diese Situation versetzen? Erkennen Sie sich in der Situation wieder? Wie haben Sie sich in ähnlichen Situationen verhalten?</p> <p>Wie gestalten sich die Abläufe in der Zusammenarbeit mit der Trainingseinrichtung?</p> <p>Wie gestaltet sich die Kommunikation mit der Trainingseinrichtung? Gibt es z.B. in der Trainingseinrichtung einen festen oder wechselnde Ansprechpartner für BGM-i?</p> <p>Erhalten Sie nach Trainingsabschluss die Liste mit den Anwesenheiten?</p>	<p>Wie sehen die anderen das? Haben Sie dafür ein Beispiel? Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p>
----------------------	--	--	---	---

<p>12:35</p> <p>-</p> <p>12:55</p>	<p>RENTENVERSICHERUNG</p> <p>Situation: Gemeinsam mit einer Versicherten die im Fallmanagement, Modul B gelandet ist, stellen Sie einen Reha-Antrag bei der DRV. Wie im Projekt vorgegeben ist der Antrag mit einem BGM-i-Stempel gekennzeichnet. So weiß die DRV, dass der Antrag bereits mit Ihnen abgestimmt ist und dementsprechend alle nötigen Unterlagen enthalten sollte. Die Reha-Genehmigung sollte also entsprechend zeitnah (spätestens nach vier Wochen) vorliegen. Doch auch nach sechs Wochen haben Sie noch nichts von der DRV gehört.</p>	<p>- emotionale Reaktion? - was tun?</p> <p>Potenziell relevante Faktoren: - Kommunikation - Ansprechpartner - Abläufe</p>	<p>Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich in diese Situation versetzen?</p> <p>Wie würden Sie in der Situation reagieren?</p> <p>Erkennen Sie sich in der Situation wieder? Wie haben Sie sich in ähnlichen Situationen verhalten?</p> <p>Wie gestalten sich die Abläufe in der Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung?</p> <p>Wie gestaltet sich die Kommunikation mit der Rentenversicherung? Gibt es z.B. in der Rentenversicherung einen festen oder wechselnde Ansprechpartner für BGM-i?</p>	<p>Wie sehen die anderen das?</p> <p>Haben Sie dafür ein Beispiel?</p> <p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p>
------------------------------------	---	--	---	---

<p>12:55 - 13:15</p>	<p>REHAEINRICHTUNGEN</p> <p>Situation: Sie haben mit einer Versicherten im Fallmanagement, Modul B einen Reha-Antrag gestellt und von der DRV schnell eine positive Rückmeldung erhalten. Die Versicherte könnte also direkt mit der stationären Reha beginnen. Es stellt sich nun jedoch das Problem, dass die zuständige Rehabilitationseinrichtung keine Plätze mehr zur Verfügung stellen kann. Bis die Versicherte die Reha also tatsächlich antreten kann, werden einige Wochen vergehen.</p>	<p>- emotionale Reaktion? - was tun?</p> <p>Potenziell relevante Faktoren: - Kommunikation - Ansprechpartner - Abläufe</p>	<p>Wie fühlen Sie sich, wenn Sie sich in diese Situation versetzen?</p> <p>Wie würden Sie in der Situation reagieren?</p> <p>Erkennen Sie sich in der Situation wieder? Wie haben Sie sich in ähnlichen Situationen verhalten?</p> <p>Wie gestalten sich die Abläufe in der Zusammenarbeit mit der Rehaeinrichtung?</p> <p>Wie gestaltet sich die Kommunikation mit der Rehaeinrichtung? Gibt es z.B. in der Rehaeinrichtung einen festen oder wechselnde Ansprechpartner für BGM-i?</p>	<p>Wie sehen die anderen das?</p> <p>Haben Sie dafür ein Beispiel?</p> <p>Können Sie dazu noch mehr erzählen?</p>
----------------------	--	--	--	---

Tabelle: Leitfaden -- Fokusgruppe 3

Zeit	Leitfrage	Check - wurde das erwähnt?	Vertiefungsfragen	Aufrechterhaltung und Steuerungsfragen
10:45 - 10:55	<p>Einleitung</p> <p>Inhaltlich soll es heute vor allem um die Überführung in die Regelversorgung gehen, also primär um das Projekt an sich und nicht um die begleitende Studie (also alles was in die Zusammenarbeit mit uns, der Uni, fällt, z.B. Randomisierung oder Fragebögen, wäre nach Projektende nicht mehr gegeben und steht daher heute nicht im Vordergrund). Heute geht es also eher um die Strukturen und die Organisation in BGM-innovativ.</p> <p>Wir haben dafür vier verschiedene Blöcke vorbereitet. Der erste Block wird sich um das Netzwerk drehen, für das Sie auch die Abbildung erhalten haben. Im zweiten Block wird es um die Aufgabenverteilung innerhalb des Projektes gehen, im dritten konkret um Sie als Fallmanager:innen und im vierten Block um Strategien in der BGM-i-Arbeit. Zwischen den Blöcken wird es dann wie bereits angekündigt eine kurze Pause geben.</p>			

10:55 - 11:20	<p>Block I: Netzwerk</p> <p><i>Bild Netzwerk kommentieren lassen: Welche Eindrücke hatten Sie bei dem Bild? Finden Sie sich darin wieder?</i></p> <p>Was sind aus Ihrer Sicht die notwendigen Bedingungen für ein gut funktionierendes Netzwerk?</p>	<p>feste Ansprechpartner Fallmanagement vorhandene Strukturen Dokumentation "Not-To-Does" ...</p>	<p>Wer muss zwingend Bestandteil sein? Welche Strukturen sollten vorhanden bzw. aufgebaut sein? Welche Dokumente sind zwingend erforderlich? Was würden Sie künftig gerne anders gestalten als es jetzt ist? Was haben Sie am Anfang vielleicht noch anders gemacht als jetzt?</p>	<p>Wie war das bei Ihnen? Wie hat das bei Ihnen geklappt? Warum? / Warum nicht?</p>
11:20 - 11:45	<p>Block II: Die Aufgabenverteilung</p> <p>Im Rahmen des Projekts gab es jetzt ja bereits gewisse Vorgaben, welche Aufgaben bei welchem Netzwerkpartner liegen. Wie haben Sie diese Aufgabenverteilung wahrgenommen?</p>	<p>Aufgaben Fallmanagement Aufgaben Projektleitung Aufgaben BA Aufgaben TTZ Aufgaben Rehaeinrichtung Aufgaben andere</p>	<p>Welche Aufgaben sollten sinnvollerweise beim Fallmanager liegen? Welche nicht?</p> <p>Was ist machbar?</p> <p>Werden wichtige Aufgaben bisher nicht abgedeckt oder gehen unter? Woran liegt das?</p> <p>Wie werden die Zuständigkeiten kommuniziert?</p>	<p>Warum? War das bei Ihnen auch so?</p>
11:45 - 12:00	<p>15min PAUSE, bitte Handy auflegen und neu einwählen</p> <p><i>Im ersten Teil haben wir jetzt bereits über das Netzwerk und die Aufgabenverteilung innerhalb des Netzwerkes gesprochen. In der zweiten Runde soll es jetzt noch einmal konkreter um Sie als Fallmanager oder Fallmanagerinnen gehen. Und beginnen würde ich hier gerne mit der Frage:</i></p>			

12:00 - 12:25	<p>Block III: Die Fallmanager:innen</p> <p>Was sollte ein/e gute/r Fallmanager:in mitbringen, wenn es um die Arbeit geht?</p>	<p>Persönlichkeit (Empathie, Hartnäckigkeit, Kommunikationsfähigkeiten) Berufserfahrung Ausbildung</p>	<p>Was sind notwendige Eigenschaften? Was hat Ihnen bei der Arbeit geholfen?</p> <p>Gibt es Grundvoraussetzungen, die Sie für die Arbeit mit den Versicherten sehen? Wie lange oder bis wann sollten die einzelnen Fälle durch das Fallmanagement bestenfalls begleitet werden?</p> <p>Gibt es Grundvoraussetzungen, die Sie für die Arbeit mit den weiteren Netzwerkpartnern sehen? Was sollte ein/e Fallmanager:in hier mitbringen?</p>	<p>Warum? Wozu führt das? Was wäre, wenn das nicht gegeben ist? Was ist machbar? Was haben Sie dazugelernt?</p> <p>Sehen Sie auch erforderliche Kompetenzen/ Charaktereigenschaften/...?</p>
12:25 - 12:50	<p>Block IV: Strategien</p> <p>Welche Strategien wenden Sie für Ihre Arbeit als Fallmanager:in an?</p> <p><i>(Mit Strategien meine ich z.B., dass ich Lesebestätigungen anfordere, wenn es um etwas wichtiges geht; ich bestimmte Leute eher anrufe als Mails zu schreiben oder andersrum; Dokumente erstelle oder Systeme für mich nutze, die mir die Arbeit erleichtern)</i></p>	<p>in Bezug auf Zusammenarbeit mit: Versicherten Betriebsärzten Test- und Trainingseinrichtungen Rentenversicherung Rehaeinrichtungen</p>	<p>Haben Sie Strategien entwickelt, die Sie weiterempfehlen können? Gibt es Dokumente oder Systeme, die Ihnen die Arbeit erleichtert haben?</p> <p>Was haben Sie am Anfang vielleicht noch anders gemacht als jetzt?</p> <p>Was haben Sie dazugelernt? Durch was oder wen?</p> <p>Was wären Tipps für neue FM?</p>	<p>Woran liegt das? Wie sehen das die anderen?</p>

12:50 - 13:00	Abschluss		Möchten Sie noch etwas hinzufügen? Gibt es etwas, was besonders hervorzuheben ist? Was war für Sie besonders wichtig? Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Programm? (Falls noch Zeit vorhanden)	
---------------	------------------	--	--	--

Tabelle: Leitfaden -- Experteninterviews 1 (Betriebsärzte) Telefoninterviews

Leitfrage	Präzisionsfrage	Stichwörter
1. Einstieg		
	<i>Vorstellung, Erläuterung des Ziels des Interviews, Danke für Ihre Zeit, etc.</i>	
	<i>Sie können auf die Fragen offen und ausführlich antworten. Ihre Daten werden anonymisiert</i>	
Einführung (Kontaktaufnahme mit Patienten)		
	Startfrage: Haben Sie bereits Betriebsmitarbeiter angesprochen bzw. oder auch mal in das Projekt eingeschleust bzw. betreut? Falls nein, warum kam es nicht dazu bzw. woran lag es?	
Wie erfolgt die Identifikation der Kandidaten für das BGM-i-Projekt durch Sie, den Betriebsarzt? Wie macht das der Fallmanager'?	Wie gehen Sie bei der Kontaktaufnahme eines potenziellen Kandidaten vor? Sprechen Sie ihn direkt auf das Projekt an? Ergreifen Sie eher die Initiative oder der Fallmanager?	Austausch der Projektpartner über Kandidaten für BGM-i
2. Hauptteil		
a) Stichwort: Arbeitsorganisation- und weise der Betriebsärzte		

<p>Beschreiben Sie bitte die Vorgehensweise bei der Beratung Ihrer Mitarbeiter./ 2. Wie verändert sich durch BGM-i Ihre Arbeit hinsichtlich der Arbeitsorganisation/ Beratungsstruktur und Arbeitsweise?</p>	<p>Wie kann ich mir die Betreuung durch einen Betriebsarzt vorstellen? Wie war das vor dem Projekt? Wie wirkt sich die Teilnahme an einer Studie grundsätzlich auf die täglichen Arbeitsanforderungen aus?/ Welche Aspekte hinsichtlich des BGM-i Projekts empfinden Sie eher positiv für den Mitarbeiter, für das Unternehmen und für den eigenen Arbeitsablauf? Welche Aspekte sind eher negativ zu bewerten? Wie würden Sie Veränderungen, die sich durch BGM-i ergeben haben, hinsichtlich der Betreuung bzw. Beratung der Betriebsmitarbeiter beschreiben? Wie finden Sie es, dass Sie den Mitarbeitern in beiden Zweigen (IF und IS) etwas anbieten können?</p>	<p>Ablauf der Betreuung/Veränderung der Betreuungsorganisation/Betratungsweise</p>
<p>Würden Sie sagen, dass sich die Art der Beratung gegenüber den Mitarbeitern des Betriebs verändert, wenn sich diese in der BGM-i Studie befinden?</p>	<p>Wenn ja, wie würden Sie diese veränderte Beratung beschreiben? Sprechen Sie die Mitarbeiter anders an, wenn Sie diese für das BGM-i Projekt in Erwägung ziehen?</p>	<p>Veränderung hinsichtlich der Beratung/ Betreuung der Mitarbeiter des Betriebs</p>
<p>b) Stichwort: Kontakt mit Betriebsmitarbeitern/Beratung</p>		
<p>Wieviel Zeit können Sie sich für das BGM-i Projekt nehmen? Gibt es Unterschiede in den Modulen (B und C)?</p>	<p>Wie geht es Ihnen dabei? Wie funktioniert das Verweisen an den Fallmanager? Können Sie mir einen Fall nennen, bei dem Sie mehr Zeit gebraucht haben als gedacht?</p>	<p>Zeit für den Mitarbeiter des Betriebs/ "Patientenversorgung"</p>
<p>Wie reagieren die Betriebsmitarbeiter auf die Möglichkeit an der BGM-i Studie teilzunehmen, wenn Sie ihnen diese vorschlagen? Was berichten die Mitarbeiter des Betriebs von ihren Erwartungen?</p>	<p>Was erhoffen sich die Betriebsmitarbeiter bzgl. der Einstufung/ der Genese? Würden Sie sagen, dass sich die Reaktionen hinsichtlich der Einstufung in Modul IF und IS unterscheiden? Falls ja, können Sie die Reaktionen näher erläutern?</p>	<p>Reaktion und Interesse der Betriebsmitarbeiter an BGM-i Teilnahme</p>
<p>c) Stichwort: persönliche Erfahrungswerte mit BGM-i</p>		

Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit dem BGM-i Projekt gemacht?	Was klappt gut innerhalb des Projektes? Was eher schlecht? Wie sieht Ihre Einstellung gegenüber Studien allgemein aus?/ Unterscheiden sich die Erfahrungen, die Sie im BGM-i Projekt sammeln konnten gegenüber Ihren bisherigen Erfahrungen aus anderen Studien oder Projekten?	gewonnene Erfahrungswerte mit BGM-i
Würden Sie sagen, dass sie sich generell genügend über das BGM-i Projekt informiert fühlen?	Wie gut lief die Aufklärung über das Projekt in Ihrem Betrieb? In welcher Form haben Sie die Informationen erhalten? / Waren die dazugehörigen Informationen ausreichend? Durch wen wurden Sie informiert? Welches Informationsmaterial steht Ihnen zur Verfügung? / 2. Teil: Wie sieht das bei den Betriebsmitarbeitern aus? Gibt es genug Informationsmaterial für die Betriebsmitarbeiter? Wie erfährt ein Betriebsmitarbeiter, an wen er sich wenden muss, wenn er an der Studie teilnehmen möchte?	Startbedingungen mit BGM-i/Kenntnisse über BGM-i
Beschreiben Sie bitte Ihre Einbindung durch andere Projektpartner (andere Arbeitsmediziner, Projektleiter und Fallmanager) in das Projekt.	Wie empfinden Sie den Austausch mit den anderen Projektpartnern (anderen Arbeitsmedizinern, Projektleitern, Fallmanagern)? Können Sie Beispiele geben?/ Wie und in welchen Abständen kommunizieren sie? Wie funktioniert die Kooperation? Beschreiben Sie bitte die Kommunikation bzw. Kooperation mit den anderen Projektpartnern. Gibt es ev. Probleme?	Einbindung in das Projekt/ Austausch mit Projektpartnern
3. Schluss und Danke		
Haben Sie Anregungen oder Wünsche hinsichtlich Ihrer Arbeit im BGM-i Projekt?	Benötigen Sie mehr Zeit, Kontakt mit Anderen, Infos, etc? Wo sehen Sie Verbesserungsansätze hinsichtlich der BGM-i Studie?	Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Projektpartnern/Verbesserung hinsichtlich der Studie
Haben Sie Wünsche hinsichtlich ihrer Integration in das Projekt, bspw. bezüglich der Zusammenarbeit mit den anderen Kooperationspartnern?	Haben Sie Anmerkungen bzgl. des Kontakts mit Anderen, bzgl. des Informationsaustausches?	Wünsche hinsichtlich der Integration in das Projekt

Würden Sie gerne noch etwas von sich aus hinzufügen?		
--	--	--

Tabelle: Leitfaden Experteninterviews 2 Betriebsärzt:innen Telefoninterview

Thema: Arbeitsbedingungen von Betriebsärzten/-ärztinnen und die BGM-i-Studie		
Fragestellung: Wie gestaltet sich die Arbeit der Betriebsärzt*innen und die konkrete Integration der BGM-i-Studie in den Arbeitsalltag?		
Leitfrage	Stichwörter	Präzisionsfragen
1. Einstieg		
	<i>Vorstellung, Erläuterung des Ziels des Interviews, Danke für Ihre Zeit, etc. Hinweis auf ähnliche Fragen (wir wollen ja auch Entwicklung beurteilen können)</i>	
	<i>Sie können auf die Fragen offen und ausführlich antworten. Ihre Daten werden anonymisiert aufbewahrt.</i>	
2. Hauptteil		
Rahmenbedingungen		

<p>Da ich selbst ja in einem ganz anderen Bereich tätig bin, habe ich keine genaue Vorstellung davon, wie genau Ihr Arbeitsalltag aussieht. Könnten Sie das mir als Außenstehende kurz beschreiben?</p>	<p>Anzahl zu betreuender Betriebe (26) Aufteilung zu betreuender Betriebe Arbeitszeiten (Vollzeit) Verteilung von Dokumentation Anteil Patientenkontakt Fahrzeiten Räumlichkeiten</p>	<p>Wie viel Zeit haben Sie für die einzelnen Betriebe? Wie gestalten sich Ihre Arbeitszeiten? Können Sie mir z.B. ein Beispiel für eine konkrete Aufgabe nennen, die oft anfällt? Stehen Ihnen feste Räumlichkeiten zur Verfügung? Wie gestalten sich Ihre Arbeitsinhalte ganz allgemein - unabhängig von BGM-i.</p>
<p>Was erleichtert oder erschwert Ihnen die Arbeit? Können Sie ein konkretes Beispiel aus den letzten Tagen nennen?</p>	<p>Ausfall der Technik gut/schlecht funktionierende Abläufe gute/schlechte Zusammenarbeit Patientenkontakt Unterbrechungen zeitliche Ressourcen Vertretungsregelungen (gibt Vertretung)</p>	<p>Wie sieht es denn z.B. mit den technischen Ressourcen aus? Wie sieht es denn z.B. mit den zeitlichen Ressourcen aus? Wie häufig kommt das vor? Worüber haben Sie sich z.B. geärgert? Worüber haben Sie sich z.B. gefreut? Wie kam es dazu? Kommt es häufig zu Unterbrechungen?</p>
<p>soziales Umfeld</p>		
<p>Mit wem haben Sie bei Ihrer Arbeit regelmäßig zu tun?</p>	<p>Arbeitskolleg*innen Vorgesetzte Mitarbeiter*innen externe</p>	<p>Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit? In welchen Bereichen oder zu welchen Themen arbeiten sie zusammen? Gibt es noch andere Personen/-gruppen? Wünschen Sie sich generell mehr/weniger Kontakt? Zu wem?</p>
<p>Wie würden Sie den alltäglichen Umgang mit den Unternehmensmitarbeiter*innen beschreiben?</p>	<p>Kommunikation Verhalten (aggressiv, passiv,...) Zeitfaktor belastende Erkrankungen Arbeitsplatzgefährdung familiäre Schicksale</p>	<p>Wie gestaltet sich die Kommunikation? Wie steht es um den zeitlichen Aspekt? Kommt es manchmal zu schwierigen Situationen? Gibt es Erfahrungen oder Biografien, die Sie belasten? Wie gehen Sie damit um?</p>

BGM-innovativ

Übergangsworte: Jetzt ging es ja sehr allgemein um Ihre Arbeit und um Ihren Arbeitsplatz. Im nächsten Teil möchte ich gerne näher auf das BGM-innovativ-Projekt eingehen.

Seit wann betreuen Sie das BGMinnovativ-Projekt?	(von Beginn an dabei)	
Ich stehe ja quasi außerhalb des Projektes und bin in die laufenden Prozesse nicht direkt involviert, können Sie mir daher kurz beschreiben welche Aufgaben Sie im BGM-i-Projekt übernehmen?	Dokumentation Arbeitsplatzbeschreibung Rekrutierung Information	Gibt es Dokumentationsaufwände? Was gibt es bei der Arbeit mit den Unternehmensmitarbeiter*innen zu tun? Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit den Fallmanager*innen? Wie viel Zeit beansprucht das BGM-i-Projekt in der Woche?
Wie ist Ihre bisherige Erfahrung mit dem BGM-innovativ-Projekt?	Zahl der Einsteuerung Akzeptanz bei Mitarbeiter*innen alternative Angebote Prozesse neue Kolleg*innen Unterstützungssituation (Überführung in Regelversorgung)	Wie wird das Projekt angenommen? Haben Sie Unterstützung für das Projekt? Gibt es Situationen in denen Sie besonders zufrieden oder unzufrieden waren? Was ist aus Ihrer Sicht relevant für die Überführung in die Regelversorgung? Bereits letztes Jahr dabei (ja): Was hat sich seit dem letzten Jahr verändert?
Sie haben ja vorhin über Ihre Arbeit im Allgemeinen berichtet. Wie würden Sie die Auswirkungen davon auf das Projekt beschreiben?	Abläufe Patientenkontakt zeitliche Ressourcen Vertretungsregelungen Zusammenarbeit Fallmanager*innen Zusammenarbeit weitere Strukturen und Prozesse	Was beeinflusst die Einbindung des Projektes in Ihrem Arbeitsalltag? Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? Was läuft bereits gut? Gibt es Situationen in denen Sie besonders zufrieden oder unzufrieden waren?

3. Schluss und Danke

<p>Zum Abschluss jetzt mal ganz frei gedacht: Welche Wünsche haben Sie hinsichtlich Ihrer Arbeit?</p>	<p>Kommunikation Prozesse Aufgabenverteilung Strukturen</p>	<p>Was würde Ihnen die Arbeit erleichtern?</p>
<p>Und welche Wünsche haben Sie hinsichtlich des Projektes?</p>	<p>Kommunikation Prozesse Aufgabenverteilung Strukturen</p>	<p>Was würde Ihnen die Einbindung des Projektes erleichtern?</p>
<p>Fällt Ihnen abschließend noch etwas zu dem Thema ein, was bis jetzt nicht zur Sprache kam?</p>		
<p><i>Danke!</i></p>		

Tabelle: Leitfaden Telefoninterview Experteninterview Test- und Trainingseinrichtungen

Thema: Arbeitsbedingungen in TTZ der BGM-i-Studie		
Fragestellung: Inwieweit verändert ein koordiniertes Fallmanagement die Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen in Test- und Trainingszentren?		
1. Einstieg		
<i>Vorstellung, Erläuterung des Ziels des Interviews, Danke für Ihre Zeit, etc.</i>		
Leitfrage	Stichwörter	Präzisionsfragen
2. Hauptteil		
Die Arbeit in TTZ allgemein		
<p>Ich selbst bin in einem ganz anderen Bereich tätig. Daher habe ich keine genaue Vorstellung davon, wie genau Ihr Arbeitsalltag aussieht. Könnten Sie ihn mir als Außenstehende kurz beschreiben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsablauf: Zeitdruck, Arbeitsintensität, Unterbrechungen - Arbeitszeit: wechselnde Arbeitszeiten, Schichtarbeit, unzureichendes Pausenregime, Überstunden - Vertretungsregelungen 	<p>Wie sieht ein typischer Arbeitsablauf aus? Welche Aufgaben fallen z.B. täglich an? Wie können Sie diese in der Regel bearbeiten?</p> <p>Wie gestalten sich Ihre Arbeitszeiten? Wann machen Sie z.B. Pausen? Haben Sie regelmäßige Arbeitszeiten?</p> <p>Wie machen das denn die anderen MitarbeiterInnen? Inwieweit unterscheiden Sie sich in Ihrer Arbeitsorganisation von anderen Mitarbeitern in Ihrem Zentrum? Welche Ähnlichkeiten gibt es?</p> <p>Und wie sieht es z.B. mit Vertretungsregelungen aus?</p>

<p>Was erleichtert oder erschwert Ihnen die Arbeit?</p> <p>Können Sie ein konkretes Beispiel aus einem typischen Arbeitstag nennen? (Achtung Corona!)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsmittel - Handlungsspielraum: Einfluss auf Arbeitsinhalt, -pensum, -methoden, Reihenfolge - <i>Verantwortung: unklare Kompetenzen und Verantwortlichkeiten</i> 	<p>Welche Hilfsmittel können Sie einsetzen, die Ihnen die Arbeit erleichtern?</p> <p>Über welche Inhalte Ihres Arbeitsalltages können Sie selbst bestimmen? Durch was wird die Reihenfolge bei der Erledigung von Aufgaben beeinflusst?</p> <p>Wo wünschen Sie sich mehr/weniger Handlungsspielraum?</p> <p>Wie klar sind Ihnen Ihre Verantwortungsbereich/Aufgaben in Ihrem Verantwortungsbereich? Woher wissen Sie, wer für welche Aufgaben verantwortlich ist?</p>
<p>Mit wem haben Sie (zunächst einmal unabhängig von BGM-innovativ) bei Ihrer Arbeit zu tun?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - KollegInnen (Verwaltung, Trainer, Therapeuten etc.) - Vorgesetzte - Kunden - Externe (Krankenkassen, Betriebsärzte etc.) - (Kommunikation/ Kooperation/ Koordination) 	<p>Wo gibt es Kooperationen? Wie funktioniert die Koordination?</p> <p>Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit? Wie sprechen Sie sich untereinander ab? Wo wünschen Sie sich mehr/weniger Handlungsspielraum?</p>
<p>Die Arbeit in TTZ und BGM-innovativ</p>		
<p>Ich stehe ja quasi außerhalb des Projektes und bin in die laufenden Prozesse nicht direkt involviert. Können Sie mir daher kurz beschreiben welche Aufgaben Sie im BGM-innovativ-Projekt übernehmen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Übermittlung von Testergebnissen/ Trainingsplänen - Trainieren/Testen der Beschäftigten - Anpassen von Trainingsplänen 	<p>Welche Informationen und/oder Unterlagen benötigen Sie für Ihre Arbeit in BGM-innovativ? Von wem erhalten Sie diese?</p>

<p>Sie haben ja vorhin über Ihre Arbeit im Allgemeinen berichtet. Was genau hat das BGM-innovativ-Projekt in Ihrer Arbeit verändert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsmittel - Handlungsspielraum: Einfluss auf Arbeitsinhalt, -pensum, -methoden, Reihenfolge - Gestaltung der Trainingspläne / Inhalte der Testungen - Verantwortung: unklare Kompetenzen und Verantwortlichkeiten 	<p>Wie unterscheidet sich die Betreuung von BGM-innovativ-Kunden von der Betreuung anderer Kunden?</p> <p>Woran erkennen Sie, ob jemand im Rahmen von BGM-innovativ bei Ihnen ist?</p> <p>Welche Arbeitsmittel stehen Ihnen z.B. speziell für BGM-innovativ zur Verfügung?</p> <p>Inwieweit haben Sie Einfluss auf die Betreuungsinhalte der BGM-i-Kunden? Inwieweit unterscheidet sich das von "den anderen Kunden"?</p> <p>Woher wissen Sie, an wen Sie sich bei Fragen zum BGM-i-Projekt wenden können?</p>
<p>Sie haben angegeben, dass XX Personen bei Ihnen im BGM-i-Projekt arbeiten, wie kann ich mir das genau vorstellen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ganzheitliche Fallbetreuung / geteilte Fallbetreuung - regelmäßiger Fallaustausch / BGM-i-Meetings 	<p>wenn mehrere im Projekt arbeiten: Hat z.B. jeder seine eigenen BGM-i-Kunden oder wechselt das je nach Dienstzeiten auch? Wie kann ich mir die Zusammenarbeit mit BGM-innovativ-KollegInnen vorstellen?</p> <p>Wenn alleine für BGM-i zuständig oder unklar: Wenn Sie alleine für das BGM-i-Projekt zuständig sind: Wie sieht es mit Vertretungsregelungen aus, wenn Sie einen Termin mit einem BGM-i-Kunden einmal nicht wahrnehmen können?</p> <p>Allgemein: Wie stehen Sie dazu/zu diesen Regelungen? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie da?</p>

<p>Mit wem arbeiten Sie im Rahmen von BGM-innovativ darüber hinaus zusammen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FallmanagerInnen - Betriebsärzte - etc. - (Kommunikation/ Kooperation/ Koordination) 	<p>Mit wem hat sich im Rahmen von BGM-innovativ eine neue Zusammenarbeit/Austausch ergeben, die vorher noch nicht da war?</p> <p>Wo gibt es Kooperationen?</p> <p>Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?</p> <p>Wie kann ich mir den Austausch mit den FallmanagerInnen in den Betriebskrankenkassen vorstellen?</p> <p>Gibt es darüber hinaus noch weitere Personen mit denen sie im Rahmen von BGM-innovativ zu tun haben?</p>
<p>Welche wesentlichen Unterschiede durch die Covid-19-Situation haben Sie bei der Arbeit festgestellt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - persönliche Arbeitssituation (Kurzarbeit) - Zusammenarbeit mit Kollegen/Partnern (Atmosphäre, gegenseitige Abhängigkeiten z.B. Warten auf Ergebnisse/Informationen) - Motivation von Kunden 	<p>Wie haben diese Unterschiede sich Ihrer Meinung nach auf die Ergebnisse von BGM-innovativ ausgewirkt?</p>
<p>3. Schluss und Danke</p>		
<p>Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem BGM-innovativ-Projekt?</p>		
<p>Fällt Ihnen abschließend noch etwas zu dem Thema ein, was bis jetzt nicht zur Sprache kam?</p>		
<p>Danke!</p>		



Erster Fragebogen BGM-innovativ:
Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes
Versorgungsmanagement der
Betriebskrankenkassen

- Gruppe „koordiniertes Fallmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

- - -

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wenn Sie an unserer Befragung nicht teilnehmen möchten, entstehen für Sie keinerlei Nachteile.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>keine Schmerzen</i>					<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>					

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>keine Schmerzen</i>					<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>					

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Schmerzen</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Schmerzen</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>völlig arbeitsunfähig</i>							<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>			

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltage im vergangenen Jahr (12 Monate)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 12 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines **gesundheitlichen Problems** (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchungen) im letzten Jahr (letzte 12 Monate) der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 365 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>unwahrscheinlich</i> | <i>nicht sicher</i> | <i>ziemlich sicher</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome.

Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre gesundheitlichen Probleme auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Gesundheitliche
Probleme hatten
keine Auswirkungen
auf meine Arbeit*

*Gesundheitliche
Probleme haben
mich völlig am
Arbeiten gehindert*

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Gesundheitliche
Probleme hatten
keine Auswirkungen
auf meine täglichen
Aktivitäten*

*Gesundheitliche
Probleme haben mich
völlig an meinen
täglichen Aktivitäten
gehindert*

A6 Ihre Gesundheit

a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

ich hatte keine Schmerzen *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

A7 Fallmanager

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Einschätzung und Ihre Zufriedenheit mit dem Fallmanager, mit dem Sie das Erstgespräch zur Teilnahme am BGM-innovativ Programm geführt haben und der Sie über das Programm hinweg begleiten wird.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

1. Vertrauen in den Fallmanager BGM-innovativ

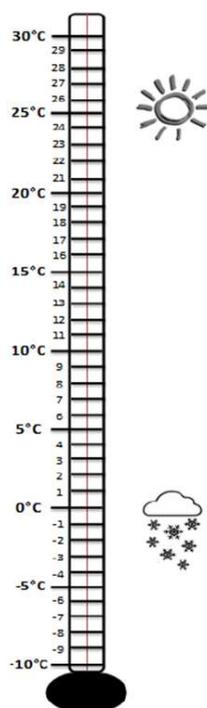
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Der Fallmanager ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Fallmanager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der Fallmanager lässt mich ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe den Eindruck, dass der Fallmanager fachlich sehr kompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bei dem Fallmanager ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Information durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Der Fallmanager erklärt mir alles klar und verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Der Fallmanager vermittelt mir ein anschauliches Bild von meiner Maßnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ihre Beziehung zum Fallmanager BGM-innovativ

In dieser Frage geht es um die persönliche Zuwendung und menschliche Wärme, die ein idealer Fallmanager für Sie haben müsste.



a) Wie viel menschliche Wärme müsste der ideale Fallmanager für Sie persönlich ausstrahlen?

Markieren Sie Ihre Einschätzung mit einem Kreuz direkt auf dem Thermometer.

4. Unterstützung durch den Fallmanager: Umfang

Inwieweit war der Umfang der folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager angemessen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	zu gering	eher zu gering	genau richtig	eher zu hoch	zu hoch	kann ich nicht beurteilen
a) Der Umfang des Informationsmaterials war...	<input type="checkbox"/>					
b) Der Umfang der persönlichen Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					

5. Unterstützung durch den Fallmanager: Qualität

Inwieweit waren die folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager hilfreich?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	überhaupt nicht hilfreich	wenig hilfreich	mittelmäßig hilfreich	überwiegend hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
a) Der persönliche Termin mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Das Informationsmaterial war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die persönliche Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm BGM-innovativ

a) Alles in allem betrachtet, was ist Ihre derzeitige persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>				

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das **derzeitige Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen** der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an.

- Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.
- Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.
- Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen von BGM-innovativ

a) Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchführen werden, wirksam sein werden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
nicht zuversichtlich										zuversichtlich

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Die durchgeführten BGM-innovativ Maßnahmen werden Wirkung zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durch die BGM-innovativ Maßnahmen wird es mir besser gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die BGM-innovativ Maßnahmen werden meine Lebensqualität erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie haben Sie von BGM-innovativ erfahren?

- Betriebsarzt
- Betriebskrankenkasse
- Rentenversicherung
- Werbung (Aushang o.ä.) im Betrieb
- Kollegen / Vorgesetzte
- Anderes, und zwar: _____

A9 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

A10 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>ja</i> | <i>nein</i> | <i>weiß nicht</i> | <i>keine Angaben</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>ja</i> | <i>nein</i> | <i>keine Angaben</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A11 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

- Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
- Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
- Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-,
Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- Ich habe einen Universitätsabschluss.
- Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss,
und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- Öffentlicher Dienst
- Industrie
- Handwerk
- Handel
- sonstige Dienstleistungen
- andere Branche, und zwar: _____

**A12 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!



Erster Fragebogen BGM-innovativ:
Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes
Versorgungsmanagement der
Betriebskrankenkassen

- Gruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

- - -



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wenn Sie an unserer Befragung nicht teilnehmen möchten, entstehen für Sie keinerlei Nachteile.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!



A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>keine Schmerzen</i>					<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>					

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>keine Schmerzen</i>					<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>					

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Schmerzen</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Schmerzen</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>											<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.*
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.*
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.*
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.*
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.*
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.*

6. Fehltage im vergangenen Jahr (12 Monate)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 12 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines **gesundheitlichen Problems** (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchungen) im letzten Jahr (letzte 12 Monate) der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen*
- höchstens 9 Tage*
- 10 – 24 Tage*
- 25 – 99 Tage*
- 100 – 365 Tage*

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich* *nicht sicher* *ziemlich sicher*
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome.

Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. **Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?**

Anzahl Stunden

3. **Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?**

Anzahl Stunden

4. **Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?**

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Beschwerden stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre gesundheitlichen Probleme auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Gesundheitliche
Probleme hatten
keine Auswirkungen
auf meine Arbeit*

*Gesundheitliche
Probleme haben
mich völlig am
Arbeiten gehindert*

5. **Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?**

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Gesundheitliche
Probleme hatten
keine Auswirkungen
auf meine täglichen
Aktivitäten*

*Gesundheitliche
Probleme haben mich
völlig an meinen
täglichen Aktivitäten
gehindert*

A6 Ihre Gesundheit

a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

ich hatte keine Schmerzen *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

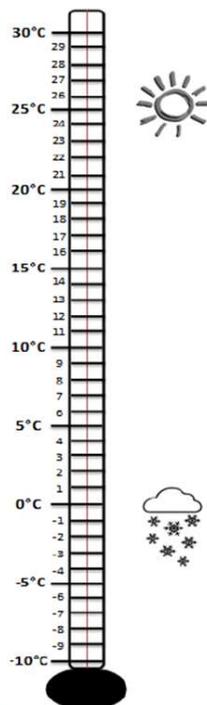
j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

A7 Fallmanager

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Einschätzung und Ihre Zufriedenheit mit dem Fallmanager, mit dem Sie das Erstgespräch zur Teilnahme am BGM-innovativ Programm geführt haben. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

1. Ihr Gespräch mit dem Fallmanager BGM-innovativ



a) Wie viel menschliche Wärme hat der Fallmanager für Sie persönlich ausgestrahlt?

Markieren Sie Ihre Einschätzung mit einem Kreuz direkt auf dem Thermometer.

2. Unterstützung durch den Fallmanager: Umfang

Inwieweit war der Umfang der folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager angemessen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>zu gering</i>	<i>eher zu gering</i>	<i>genau richtig</i>	<i>eher zu hoch</i>	<i>zu hoch</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Der Umfang des Informationsmaterials war...	<input type="checkbox"/>					
b) Der Umfang der persönlichen Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					

3. Unterstützung durch den Fallmanager: Qualität

Inwieweit waren die folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager hilfreich?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mittel-mäßig hilfreich</i>	<i>überwiegend hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Der persönliche Termin mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Das Informationsmaterial war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die persönliche Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm BGM-innovativ

a) Alles in allem betrachtet, was ist Ihre derzeitige persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>weder gut noch schlecht</i>	<i>gut</i>	<i>sehr gut</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das **derzeitige Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen** der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwortmöglichkeit an.

- Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.*
- Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.*
- Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.*

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen von BGM-innovativ

a) Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):
Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchführen werden, wirksam sein werden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nicht zuversichtlich</i>										<i>zuversichtlich</i>

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
--	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Die durchgeführten BGM-innovativ Maßnahmen werden Wirkung zeigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Durch die BGM-innovativ Maßnahmen wird es mir besser gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Die BGM-innovativ Maßnahmen werden meine Lebensqualität erhöhen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Wie haben Sie von BGM-innovativ erfahren?

- Betriebsarzt*
- Betriebskrankenkasse*
- Rentenversicherung*
- Werbung (Aushang o.ä.) im Betrieb*
- Kollegen / Vorgesetzte*
- Anderes, und zwar:*
-

A9 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

A10 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 2 Jahren Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>	<i>keine Angaben</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>keine Angaben</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
- Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
- Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- Ich habe einen Universitätsabschluss.
- Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar:

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- Öffentlicher Dienst
- Industrie
- Handwerk
- Handel
- sonstige Dienstleistungen
- andere Branche, und zwar: _____

**A12 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!



Kurz-Befragung bei Nicht-Teilnahme

1. Aus welchem Grund nehmen Sie nicht an BGM-innovativ teil?

(Mehrfachantworten möglich)

Vorbehalte gegenüber der Studie (wissenschaftliche Auswertung)

Vorbehalte gegenüber den Maßnahmen

Zeitliche / Organisatorische Gründe

Andere Gründe, und zwar:

2. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich
 Weiblich
 Ich kann mich keiner der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

3. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

bis 29 Jahre
 30-39 Jahre
 40-49 Jahre
 50-59 Jahre
 60-69 Jahre
 über 70 Jahre

4. Wie haben Sie von BGM-innovativ erfahren?

Betriebsarzt
 Werbung (Aushang o.ä.) im Betrieb
 Betriebskrankenkasse
 Kollegen / Vorgesetzte
 Rentenversicherung
 Anderes, und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

Öffentlicher Dienst
 Handel
 Industrie
 sonstige Dienstleistungen
 Handwerk
 andere Branche, und zwar: _____

6. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
 Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
 Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
 Ich habe einen Universitätsabschluss.
 Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
 Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss.

Vom Fallmanager auszufüllen: Vorgesehen für Modul:

Gründe für die Beendigung der Studienteilnahme

Mit Bedauern haben wir erfahren, dass Sie nicht mehr an dem Programm „BGM-innovativ“ teilnehmen möchten. Gerne würden wir Ihre Gründe hierfür erfahren, denn das hilft uns bei der Verbesserung des Programms. Die Auswertung Ihrer Antworten erfolgt anonym, d.h. ohne Bezug zu Ihrer Person.

Bitte kreuzen Sie nur die Aussagen an, die auf Sie persönlich zutreffen (Mehrfachantworten möglich).

1. Persönliche Gründe

Ich fühle mich körperlich nicht mehr dazu in der Lage, an „BGM-innovativ“ teilzunehmen.

Ich fühle mich psychisch nicht mehr dazu in der Lage, an „BGM-innovativ“ teilzunehmen.

Ich habe keine Zeit mehr, um an „BGM-innovativ“ teilzunehmen, da ich beruflich zu viel unterwegs bin.

Ich habe keine Zeit mehr, um an „BGM-innovativ“ teilzunehmen, da ich familiäre Pflichten zu erfüllen habe (z.B. Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Haushalt, etc.).

„BGM-innovativ“ schränkt mich in meiner Freizeit zu sehr ein.

2. Programminhalt und Datenschutz

Die Programm-Inhalte entsprachen nicht meinen Vorstellungen.

Durch die Teilnahme an „BGM-innovativ“ haben sich meine Beschwerden verschlechtert.

Ich habe Bedenken bezüglich des Datenschutzes.

Ich befürchte, dass mein Arbeitgeber meine Daten einsehen könnte.

Ich habe andere Vorbehalte gegenüber der Studie oder dem Fragebogen.

3. Gruppeneinteilung

Ich bin unzufrieden mit meiner Gruppeneinteilung.

-bitte wenden-

4. Wenn Sie in der Gruppe „Fallmanagement“ sind, geben Sie bitte kurz an, ob einer oder mehrere der folgenden Gründe zu Ihrem Studien-Abbruch beigetragen haben.

Ich bin unzufrieden mit der Betreuung...

...durch die/den FallmanagerIn.

...durch die/den Betriebsarzt/-ärztin.

...in der Testeinrichtung.

...in der Trainingseinrichtung.

...in der Reha-Einrichtung.

...durch andere, und zwar: _____

5. Sonstige Gründe

Sonstige Gründe, und zwar:

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben! Wir wünschen Ihnen weiterhin
alles Gute!**





Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul A, Gruppe „koordinierendes Fallmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "koordinierendes Fallmanagement"

		-		-	A	-			
--	--	---	--	---	---	---	--	--	--



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>											<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltag in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltag in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich

nicht sicher

ziemlich sicher

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Ihr Umgang mit Gesundheit und Krankheit					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich <u>ganz allgemein</u> auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.					
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 Fallmanager

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Einschätzung und Ihre Zufriedenheit mit dem Fallmanager, der Sie über das Programm hinweg begleitet hat.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

1. Vertrauen in den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Der Fallmanager ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Fallmanager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der Fallmanager lässt mich ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe den Eindruck, dass der Fallmanager fachlich sehr kompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bei dem Fallmanager ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Unterstützung durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Ich kann mich auf den Fallmanager verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Der Fallmanager unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fällt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: 2. Unterstützung durch den Fallmanager

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) Der Fallmanager ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit anzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager akzeptiert es, wenn ich anders mit meinen Beschwerden umgehen möchte, als er es mir empfiehlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Information durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Der Fallmanager erklärt mir alles klar und verständlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Der Fallmanager vermittelt mir ein anschauliches Bild von meiner Maßnahme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Der Fallmanager fragt mich, welche Informationen zur Behandlung meiner Beschwerden ich bereits außerhalb der Studie habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager ermutigt mich, eigenständig Informationen zu suchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Kontakt mit dem Fallmanager BGM-innovativ Programm

a) Wie häufig hatten Sie seit dem ersten Gespräch **direkten Kontakt** mit Ihrem Fallmanager? (Wenn Sie keinen Kontakt dieser Art hatten, tragen Sie bitte „0“ ein.)

Persönlicher Kontakt *Kontakt(e)*

Telefonischer Kontakt *Kontakt(e)*

Kontakt per E-Mail *Kontakt(e)*

b) Wie viel Kontaktzeit (persönliche Termine, Telefonate) hatten Sie in den letzten **sechs Monaten** insgesamt mit Ihrem Fallmanager (abgesehen vom Aufklärungsgespräch)?

Stunden

c) Hätten Sie sich mehr Kontakt zu Ihrem betreuenden Fallmanager gewünscht?

ja *nein*

d) Wenn Sie sich mehr Kontakt gewünscht hätten, welche **Art des Kontaktes** zu Ihrem Fallmanager hätten Sie sich mehr gewünscht?

(Mehrfachantworten möglich)

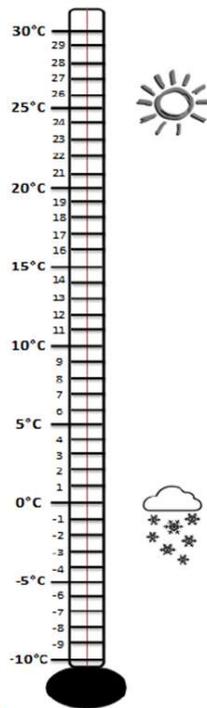
Mehr persönlichen Kontakt

Mehr telefonischen Kontakt

Mehr Kontakt per E-Mail

5. Ihre Beziehung zum Fallmanager BGM-innovativ

In dieser Frage geht es um die persönliche Zuwendung und menschliche Wärme, die Ihr Fallmanager für Sie während der Projektteilnahme ausgestrahlt hat.



a) Wie viel menschliche Wärme hat der Fallmanager für Sie persönlich ausgestrahlt?

Markieren Sie Ihre Einschätzung mit einem Kreuz direkt auf dem Thermometer.

6. Unterstützung durch den Fallmanager: Umfang

Inwieweit war der Umfang der folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager angemessen, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>zu gering</i>	<i>eher zu gering</i>	<i>genau richtig</i>	<i>eher zu hoch</i>	<i>zu hoch</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die Anzahl der persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
b) Die Anzahl der Telefonate mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
c) Der Umfang des Informationsmaterials war...	<input type="checkbox"/>					
d) Der Umfang der persönlichen Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					

7. Unterstützung durch den Fallmanager: Qualität

Inwieweit waren die folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager hilfreich, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mittel-mäßig hilfreich</i>	<i>überwiegend hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Telefonate mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Das Informationsmaterial war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die persönliche Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Empathie

Wie hat sich der Fallmanager, der für Ihre Betreuung hauptverantwortlich ist, verhalten?

Was ist Ihre Einschätzung?	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft voll und ganz zu
a) Hat sich der Fallmanager so verhalten, dass Sie sich in seiner Nähe wohl fühlen konnten? <i>(Er war freundlich, warmherzig und respektvoll, aber nicht kühl oder kurz angebunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hat der Fallmanager Sie Ihre eigene (Krankheits-) Geschichte erzählen lassen? <i>(Er gab Ihnen Zeit, Ihre Krankheit ausführlich zu beschreiben. Er hat Sie dabei nicht unterbrochen oder abgelenkt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hat der Fallmanager Ihnen wirklich zugehört? <i>(Er hat dem, was Sie gesagt haben, seine volle Aufmerksamkeit geschenkt und dabei nicht auf seine Unterlagen oder auf den Computer geschaut.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hat sich der Fallmanager für Sie als Mensch und für Ihr Umfeld interessiert? <i>(Er kannte oder fragte nach wichtigen Einzelheiten Ihres Lebens oder Ihrer persönlichen Situation und hat Sie nicht wie eine „Nummer“ behandelt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat der Fallmanager Ihre Sorgen wirklich verstanden? <i>(Er konnte Ihnen das Gefühl vermitteln, dass er Ihre Sorgen genau verstanden hat. Er hat dabei nichts übersehen und ist über nichts hinweggegangen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) War der Fallmanager fürsorglich und hat er Mitgefühl gezeigt? <i>(Er hat sich aufrichtig um Sie gekümmert und sich Ihnen gegenüber menschlich gezeigt. Dabei war er nicht gleichgültig oder distanziert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hat der Fallmanager Ihnen Mut gemacht? <i>(Er hatte eine zuversichtliche Einstellung. Er war ehrlich, aber gegenüber Ihren Problemen nicht negativ eingestellt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hat der Fallmanager Ihnen alles verständlich erklärt? <i>(Er hat Ihre Fragen vollständig beantwortet und alles eindeutig erklärt. Er gab Ihnen ausreichende Informationen und hat Sie nicht im Unklaren gelassen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hat der Fallmanager Ihnen geholfen, einen Weg zu finden mit Ihrer Krankheit umzugehen? <i>(Er hat gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand verbessern können. Dabei hat er Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hat der Fallmanager mit Ihnen zusammen einen Behandlungsplan erstellt? <i>(Er hat mit Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten diskutiert und Sie in Entscheidungen - soweit Sie dies gewünscht haben - einbezogen. Dabei hat er Ihre Sichtweise nicht ignoriert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) Wenn ja, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- Betriebskrankenkasse
- Betriebsarzt
- Andere Ansprechpartner im Betrieb
- Vorgesetzte
- Kollegen
- Rentenversicherung
- Andere, und zwar: _____

A10 Ihre EFL-Testungen

In den folgenden Fragen geht es um die EFL-Testungen, die Sie im Rahmen von BGM-innovativ erhalten haben. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen und machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

1. Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Testungen bereits erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	ja	nein	Ich bin mir nicht sicher.
a) Eingangstestung (EFL-Testung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ausgangstestung (EFL-Testung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte geben Sie an, wie Sie die Testung wahrgenommen haben.							
a) Die Eingangstestung war zeitlich...							
...zu lang.	...eher zu lang.	...angemessen.	...eher zu kurz.	...zu kurz.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Die Ausgangstestung war zeitlich...							
...zu lang.	...eher zu lang.	...angemessen.	...eher zu kurz.	...zu kurz.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Die Eingangstestung war...							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demotivierend.							motivierend.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht umfassend genug.							zu umfassend.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überhaupt nicht anstrengend.							zu anstrengend.
d) Die Ausgangstestung war...							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demotivierend.							motivierend.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht umfassend genug.							zu umfassend.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überhaupt nicht anstrengend.							zu anstrengend.
e) Meine Leistung bei der 2. EFL-Testung (im Vergleich zur ersten Testung) hat sich verändert, und zwar:							
sehr verbessert	verbessert	unverändert	verschlechtert	sehr verschlechtert			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

A11 Ihr BGM-innovativ-Training

1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, das Sie im Rahmen von BGM-innovativ erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	ja	nein	Ich bin mir nicht sicher.
a) Hatten Sie einen festen Trainingsplan, an dem Sie sich während des Trainings orientieren konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hatten Sie während des Trainings immer die Möglichkeit sich an einen Trainer zu wenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fanden regelmäßig Termine statt, um das Training anzupassen (zum Beispiel Erhöhung der Gewichte, Wechsel von Geräten, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, das Sie im Rahmen von BGM-innovativ erhalten haben.			
Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>Ich bin mir nicht sicher.</i>
d) Haben Sie das Gefühl körperlich auch im privaten Bereich von dem Training profitiert zu haben (z.B. beim Tragen von Einkäufen, Kindern, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat das Training Sie dazu motiviert auch privat (mehr) Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hat das Training dazu geführt, dass Sie privat weniger Sport getrieben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haben Sie neben dem Training von BGM-innovativ noch anderen Sport gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen? _____			

2. Wie haben Sie die fachliche Begleitung während des Trainings empfunden?				
<i>sehr hilfreich</i>	<i>hilfreich</i>	<i>weniger hilfreich</i>	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>Es hat keine fachliche Begleitung stattgefunden.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat das Training Sie in Ihrer Freizeit eingeschränkt?				
<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat das Training Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?				
<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie sich beim Training immer explizit an Ihren Trainingsplan gehalten?				
<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>unregelmäßig</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. War das Training auf Ihre persönliche Tätigkeit am Arbeitsplatz ausgerichtet?				
<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Waren die zwei Trainingstermine pro Woche für Sie zeitlich...				
<i>...zu viel.</i>	<i>...eher zu viel.</i>	<i>...angemessen.</i>	<i>...eher zu wenig.</i>	<i>...zu wenig.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Waren die zwei Trainingstermine pro Woche für Sie körperlich...				
<i>...zu anstrengend.</i>	<i>...eher zu anstrengend.</i>	<i>...angemessen.</i>	<i>...eher zu wenig.</i>	<i>...zu wenig.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Umfang der einzelnen Trainingstermine war...				
<i>...zu umfangreich.</i>	<i>...eher zu umfangreich.</i>	<i>...angemessen.</i>	<i>...eher zu wenig.</i>	<i>...zu wenig.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Veränderung Ihres Zustandes durch das BGM-innovativ-Training

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

a) Wie hat sich Ihr körperlicher Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *sehr verbessert*
unverändert

b) Wie hat sich Ihr psychischer Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *sehr verbessert*
unverändert

c) Wenn sich Ihr körperlicher und/oder psychischer Zustand verbessert haben, nach wie viel Trainingsterminen haben Sie die ersten Verbesserungen gespürt?

nach Terminen

A12 Abschluss und Fortführung Ihrer Maßnahmen

a) Sind alle Ihre Maßnahmen abgeschlossen?

ja nein



Falls nein: Wie lange werden Ihre Maßnahmen voraussichtlich noch dauern?

Wochen

b) Beabsichtigen Sie, eine oder mehrere Ihrer Maßnahmen in Zukunft eigenständig fortzuführen?

ja nein weiß nicht



Wenn ja: Welche Maßnahme(n) möchten Sie eigenständig fortführen?

A13 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

sehr schlecht *schlecht* *weder gut noch schlecht* *gut* *sehr gut*

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

- Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.*
- Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.*
- Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.*

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d) Wie haben sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Schmerzen seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Arbeitssituation seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

f) Hat sich Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten seit Ihrer Teilnahme an BGM-innovativ verändert (z.B. in Sachen Ernährung, Rauchen, etc.)?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>ja, verbessert</i> | <i>ja, verschlechtert</i> | <i>nein</i> | <i>weiß nicht</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen von BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, wirksam sind?

- | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>nicht
zuversichtlich</i> | | | | | | | | | | <i>zuversichtlich</i> |

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

- | | <i>stimme
überhaupt
nicht zu</i> | <i>stimme
eher
nicht zu</i> | <i>stimme
eher
zu</i> | <i>stimme
voll und
ganz zu</i> |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| a) Ich glaube, dass die durchgeführten Maßnahmen Wirkung zeigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Durch die Maßnahmen geht es mir besser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Die Maßnahmen haben meine Lebensqualität erhöht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A14 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Motivation</i>										<i>stärkste Motivation</i>

A15 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

<input type="checkbox"/>						
<i>sehr unzufrieden</i>						<i>sehr zufrieden</i>

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

öffentlicher Dienst

Industrie

Handwerk

Handel

sonstige Dienstleistungen

andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

ja

nein

gelegentlich

6a. Wenn ja, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

□ □ Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

**A19 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!



Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul B, Gruppe „koordinierendes Fallmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "koordinierendes Fallmanagement"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text" value="B"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	---	--------------------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten** oder **Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>											<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltag in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltag in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Ihr Umgang mit Gesundheit und Krankheit					
<p>Die nachfolgenden Fragen beziehen sich <u>ganz allgemein</u> auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.</p> <p>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.</p>					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 Fallmanager

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Einschätzung und Ihre Zufriedenheit mit dem Fallmanager, der Sie über das Programm hinweg begleitet hat.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

1. Vertrauen in den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Der Fallmanager ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Fallmanager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der Fallmanager lässt mich ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe den Eindruck, dass der Fallmanager fachlich sehr kompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bei dem Fallmanager ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Unterstützung durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Ich kann mich auf den Fallmanager verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Der Fallmanager unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fällt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: 2. Unterstützung durch den Fallmanager

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) Der Fallmanager ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit anzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager akzeptiert es, wenn ich anders mit meinen Beschwerden umgehen möchte, als er es mir empfiehlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Information durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Der Fallmanager erklärt mir alles klar und verständlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Der Fallmanager vermittelt mir ein anschauliches Bild von meiner Maßnahme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Der Fallmanager fragt mich, welche Informationen zur Behandlung meiner Beschwerden ich bereits außerhalb der Studie habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager ermutigt mich, eigenständig Informationen zu suchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Kontakt mit dem Fallmanager BGM-innovativ Programm

- a) Wie häufig hatten Sie seit dem ersten Gespräch **direkten Kontakt** mit Ihrem Fallmanager? (Wenn Sie keinen Kontakt dieser Art hatten, tragen Sie bitte „0“ ein.)

Persönlicher Kontakt *Kontakt(e)*

Telefonischer Kontakt *Kontakt(e)*

Kontakt per E-Mail *Kontakt(e)*

- b) Wie viel Kontaktzeit (persönliche Termine, Telefonate) hatten Sie in den letzten **sechs Monaten** insgesamt mit Ihrem Fallmanager (abgesehen vom Aufklärungsgespräch)?

Stunden

- c) Hätten Sie sich mehr Kontakt zu Ihrem betreuenden Fallmanager gewünscht?

ja *nein*

- d) Wenn Sie sich mehr Kontakt gewünscht hätten, welche **Art des Kontaktes** zu Ihrem Fallmanager hätten Sie sich mehr gewünscht?

(Mehrfachantworten möglich)

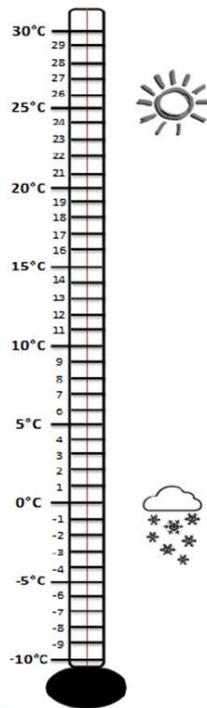
Mehr persönlichen Kontakt

Mehr telefonischen Kontakt

Mehr Kontakt per E-Mail

5. Ihre Beziehung zum Fallmanager BGM-innovativ

In dieser Frage geht es um die persönliche Zuwendung und menschliche Wärme, die Ihr Fallmanager für Sie während der Projektteilnahme ausgestrahlt hat.



a) Wie viel menschliche Wärme hat der Fallmanager für Sie persönlich ausgestrahlt?

Markieren Sie Ihre Einschätzung mit einem Kreuz direkt auf dem Thermometer.

6. Unterstützung durch den Fallmanager: Umfang

Inwieweit war der Umfang der folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager angemessen, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>zu gering</i>	<i>eher zu gering</i>	<i>genau richtig</i>	<i>eher zu hoch</i>	<i>zu hoch</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die Anzahl der persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
b) Die Anzahl der Telefonate mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
c) Der Umfang des Informationsmaterials war...	<input type="checkbox"/>					
d) Der Umfang der persönlichen Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					

7. Unterstützung durch den Fallmanager: Qualität

Inwieweit waren die folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager hilfreich, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mittel-mäßig hilfreich</i>	<i>überwiegend hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Telefonate mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Das Informationsmaterial war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die persönliche Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Empathie

Wie hat sich der Fallmanager, der für Ihre Betreuung hauptverantwortlich ist, verhalten?

Was ist Ihre Einschätzung?	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft voll und ganz zu
a) Hat sich der Fallmanager so verhalten, dass Sie sich in seiner Nähe wohl fühlen konnten? <i>(Er war freundlich, warmherzig und respektvoll, aber nicht kühl oder kurz angebunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hat der Fallmanager Sie Ihre eigene (Krankheits-) Geschichte erzählen lassen? <i>(Er gab Ihnen Zeit, Ihre Krankheit ausführlich zu beschreiben. Er hat Sie dabei nicht unterbrochen oder abgelenkt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hat der Fallmanager Ihnen wirklich zugehört? <i>(Er hat dem, was Sie gesagt haben, seine volle Aufmerksamkeit geschenkt und dabei nicht auf seine Unterlagen oder auf den Computer geschaut.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hat sich der Fallmanager für Sie als Mensch und für Ihr Umfeld interessiert? <i>(Er kannte oder fragte nach wichtigen Einzelheiten Ihres Lebens oder Ihrer persönlichen Situation und hat Sie nicht wie eine „Nummer“ behandelt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat der Fallmanager Ihre Sorgen wirklich verstanden? <i>(Er konnte Ihnen das Gefühl vermitteln, dass er Ihre Sorgen genau verstanden hat. Er hat dabei nichts übersehen und ist über nichts hinweggegangen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) War der Fallmanager fürsorglich und hat er Mitgefühl gezeigt? <i>(Er hat sich aufrichtig um Sie gekümmert und sich Ihnen gegenüber menschlich gezeigt. Dabei war er nicht gleichgültig oder distanziert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hat der Fallmanager Ihnen Mut gemacht? <i>(Er hatte eine zuversichtliche Einstellung. Er war ehrlich, aber gegenüber Ihren Problemen nicht negativ eingestellt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hat der Fallmanager Ihnen alles verständlich erklärt? <i>(Er hat Ihre Fragen vollständig beantwortet und alles eindeutig erklärt. Er gab Ihnen ausreichende Informationen und hat Sie nicht im Unklaren gelassen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hat der Fallmanager Ihnen geholfen, einen Weg zu finden mit Ihrer Krankheit umzugehen? <i>(Er hat gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand verbessern können. Dabei hat er Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hat der Fallmanager mit Ihnen zusammen einen Behandlungsplan erstellt? <i>(Er hat mit Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten diskutiert und Sie in Entscheidungen - soweit Sie dies gewünscht haben - einbezogen. Dabei hat er Ihre Sichtweise nicht ignoriert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) Wenn **ja**, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- Betriebskrankenkasse
- Betriebsarzt
- Andere Ansprechpartner im Betrieb
- Vorgesetzte
- Kollegen
- Rentenversicherung
- Andere, und zwar: _____

A9 Ihre Rehabilitation

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Antrag zur Rehabilitation und Ihren ggf. folgenden Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen?

(Mehrfachantworten möglich)

- Freunde/ Verwandte
- Hausarzt oder anderer Facharzt
- Betriebsarzt
- Mitarbeiter der Rentenversicherung
- Kollegen
- Fallmanager BGM-innovativ
- Niemand
- Sonstiges

2. Welche Art von Rehabilitation haben Sie erhalten?

Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation
(MBOR-Medizinisch-beruflich
orientierte Rehabilitation)

sonstige Rehabilitation

weiß nicht

3. War die Reha-Maßnahme auf Ihre persönlichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausgerichtet?

sehr stark

stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

4. Wurden Sie arbeitsfähig entlassen?

ja

nein

noch unklar

5a) Wurde bei Ihnen eine Reha-Nachsorge veranlasst?

ja

nein

noch unklar

5b) Wenn **ja**: Nehmen Sie die Reha-Nachsorge wahr bzw. beabsichtigen Sie, diese wahrzunehmen?

ja

nein

weiß nicht

A10 Abschluss und Fortführung Ihrer Maßnahmen

a) Sind alle Ihre Maßnahmen abgeschlossen?

ja nein

 **Falls nein:** Wie lange werden Ihre Maßnahmen voraussichtlich noch dauern?

Wochen

b) Beabsichtigen Sie, eine oder mehrere Ihrer Maßnahmen in Zukunft eigenständig fortzuführen?

ja nein weiß nicht

 **Wenn ja:** Welche Maßnahme(n) möchten Sie eigenständig fortführen?

A11 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

*sehr
schlecht*

schlecht

*weder gut
noch schlecht*

gut

*sehr
gut*

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.

Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

*sehr
verschlechtert*

verschlechtert

unverändert

verbessert

*sehr
verbessert*

A13 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

sehr unzufrieden



sehr zufrieden

A14 Zielerreichung

Inwieweit haben Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr Ziel erreicht?

viel weniger
als erwartet



etwas weniger
als erwartet



erwartetes
Ergebnis



etwas mehr
als erwartet



viel mehr
als erwartet



A15 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 6 Monaten außer BGM-innovativ noch andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

ja

nein

weiß nicht

keine Angaben

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

ja

nein

keine Angaben

A16 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

- Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
 Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
 Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-,
Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
 Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
 Ich habe einen Universitätsabschluss.
 Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss,
und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- öffentlicher Dienst
 Industrie
 Handwerk
 Handel
 sonstige Dienstleistungen
 andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

- ja nein gelegentlich

6a. Wenn ja, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

**A17 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!



Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul C, Gruppe „koordinierendes Fallmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "koordinierendes Fallmanagement"

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	C	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>										<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>	

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltage in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Ihr Umgang mit Gesundheit und Krankheit					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich <u>ganz allgemein</u> auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.					
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 Fallmanager

Die folgenden Aussagen betreffen Ihre Einschätzung und Ihre Zufriedenheit mit dem Fallmanager, der Sie über das Programm hinweg begleitet hat.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

1. Vertrauen in den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Der Fallmanager ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Fallmanager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Der Fallmanager lässt mich ausreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich habe den Eindruck, dass der Fallmanager fachlich sehr kompetent ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bei dem Fallmanager ist man in guten Händen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Unterstützung durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Ich kann mich auf den Fallmanager verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Der Fallmanager unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fällt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: 2. Unterstützung durch den Fallmanager

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) Der Fallmanager ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit anzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager akzeptiert es, wenn ich anders mit meinen Beschwerden umgehen möchte, als er es mir empfiehlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Information durch den Fallmanager BGM-innovativ

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

*stimme
überhaupt
nicht zu* *stimme
eher
nicht zu* *stimme
eher
zu* *stimme
voll und
ganz zu*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Der Fallmanager erklärt mir alles klar und verständlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Der Fallmanager vermittelt mir ein anschauliches Bild von meiner Maßnahme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Der Fallmanager fragt mich, welche Informationen zur Behandlung meiner Beschwerden ich bereits außerhalb der Studie habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der Fallmanager ermutigt mich, eigenständig Informationen zu suchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Kontakt mit dem Fallmanager BGM-innovativ Programm

- a) Wie häufig hatten Sie seit dem ersten Gespräch **direkten Kontakt** mit Ihrem Fallmanager? (Wenn Sie keinen Kontakt dieser Art hatten, tragen Sie bitte „0“ ein.)

Persönlicher Kontakt *Kontakt(e)*

Telefonischer Kontakt *Kontakt(e)*

Kontakt per E-Mail *Kontakt(e)*

- b) Wie viel Kontaktzeit (persönliche Termine, Telefonate) hatten Sie in den letzten **sechs Monaten** insgesamt mit Ihrem Fallmanager (abgesehen vom Aufklärungsgespräch)?

Stunden

- c) Hätten Sie sich mehr Kontakt zu Ihrem betreuenden Fallmanager gewünscht?

ja *nein*

- d) Wenn Sie sich mehr Kontakt gewünscht hätten, welche **Art des Kontaktes** zu Ihrem Fallmanager hätten Sie sich mehr gewünscht?

(Mehrfachantworten möglich)

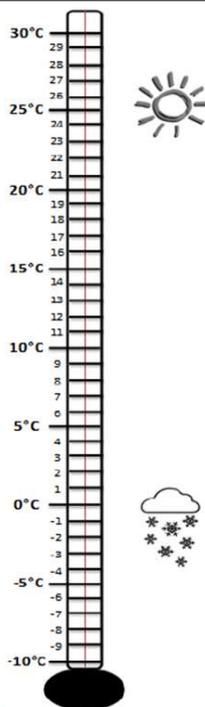
Mehr persönlichen Kontakt

Mehr telefonischen Kontakt

Mehr Kontakt per E-Mail

5. Ihre Beziehung zum Fallmanager BGM-innovativ

In dieser Frage geht es um die persönliche Zuwendung und menschliche Wärme, die Ihr Fallmanager für Sie während der Projektteilnahme ausgestrahlt hat.



a) Wie viel menschliche Wärme hat der Fallmanager für Sie persönlich ausgestrahlt?

Markieren Sie Ihre Einschätzung mit einem Kreuz direkt auf dem Thermometer.

6. Unterstützung durch den Fallmanager: Umfang

Inwieweit war der Umfang der folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager angemessen, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>zu gering</i>	<i>eher zu gering</i>	<i>genau richtig</i>	<i>eher zu hoch</i>	<i>zu hoch</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die Anzahl der persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
b) Die Anzahl der Telefonate mit Ihrem Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					
c) Der Umfang des Informationsmaterials war...	<input type="checkbox"/>					
d) Der Umfang der persönlichen Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>					

7. Unterstützung durch den Fallmanager: Qualität

Inwieweit waren die folgenden Unterstützungsformen durch den Fallmanager hilfreich, um die Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Fallmanager vereinbart wurden, umzusetzen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>wenig hilfreich</i>	<i>mittel-mäßig hilfreich</i>	<i>überwiegend hilfreich</i>	<i>sehr hilfreich</i>	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
a) Die persönlichen Termine mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Telefonate mit Ihrem Fallmanager waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Das Informationsmaterial war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die persönliche Beratung durch den Fallmanager war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Empathie

Wie hat sich der Fallmanager, der für Ihre Betreuung hauptverantwortlich ist, verhalten?

Was ist Ihre Einschätzung?	trifft überhaupt nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft voll und ganz zu
a) Hat sich der Fallmanager so verhalten, dass Sie sich in seiner Nähe wohl fühlen konnten? <i>(Er war freundlich, warmherzig und respektvoll, aber nicht kühl oder kurz angebunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hat der Fallmanager Sie Ihre eigene (Krankheits-) Geschichte erzählen lassen? <i>(Er gab Ihnen Zeit, Ihre Krankheit ausführlich zu beschreiben. Er hat Sie dabei nicht unterbrochen oder abgelenkt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hat der Fallmanager Ihnen wirklich zugehört? <i>(Er hat dem, was Sie gesagt haben, seine volle Aufmerksamkeit geschenkt und dabei nicht auf seine Unterlagen oder auf den Computer geschaut.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hat sich der Fallmanager für Sie als Mensch und für Ihr Umfeld interessiert? <i>(Er kannte oder fragte nach wichtigen Einzelheiten Ihres Lebens oder Ihrer persönlichen Situation und hat Sie nicht wie eine „Nummer“ behandelt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat der Fallmanager Ihre Sorgen wirklich verstanden? <i>(Er konnte Ihnen das Gefühl vermitteln, dass er Ihre Sorgen genau verstanden hat. Er hat dabei nichts übersehen und ist über nichts hinweggegangen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) War der Fallmanager fürsorglich und hat er Mitgefühl gezeigt? <i>(Er hat sich aufrichtig um Sie gekümmert und sich Ihnen gegenüber menschlich gezeigt. Dabei war er nicht gleichgültig oder distanziert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hat der Fallmanager Ihnen Mut gemacht? <i>(Er hatte eine zuversichtliche Einstellung. Er war ehrlich, aber gegenüber Ihren Problemen nicht negativ eingestellt.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hat der Fallmanager Ihnen alles verständlich erklärt? <i>(Er hat Ihre Fragen vollständig beantwortet und alles eindeutig erklärt. Er gab Ihnen ausreichende Informationen und hat Sie nicht im Unklaren gelassen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hat der Fallmanager Ihnen geholfen, einen Weg zu finden mit Ihrer Krankheit umzugehen? <i>(Er hat gemeinsam mit Ihnen erkundet, wie Sie selbst Ihren Gesundheitszustand verbessern können. Dabei hat er Sie ermutigt, anstatt Sie zu belehren.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hat der Fallmanager mit Ihnen zusammen einen Behandlungsplan erstellt? <i>(Er hat mit Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten diskutiert und Sie in Entscheidungen - soweit Sie dies gewünscht haben - einbezogen. Dabei hat er Ihre Sichtweise nicht ignoriert.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) Wenn **ja**, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- Betriebskrankenkasse
- Betriebsarzt
- Andere Ansprechpartner im Betrieb
- Vorgesetzte
- Kollegen
- Rentenversicherung
- Andere, und zwar: _____

A9 Ihre EFL-Testungen

In den folgenden Fragen geht es um die EFL-Testungen, die Sie im Rahmen von BGM-innovativ erhalten haben. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen und machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

1. Bitte geben Sie an, wie Sie die Testungen wahrgenommen haben.

a) Die EFL-Testung war zeitlich...

...zu lang. ...eher zu lang. ...angemessen. ...eher zu kurz. ...zu kurz.

b) Die EFL-Testung war...

demotivierend. motivierend.

nicht zu
umfassend genug. umfassend.

überhaupt zu
nicht anstrengend. anstrengend.

A10 Ihre Rehabilitation

Wurde bei Ihnen ein Antrag auf Rehabilitation gestellt? ja nein



Wenn **ja**, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Wenn **nein**, machen Sie bitte bei **A11** weiter.

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Antrag zur Rehabilitation und Ihren ggf. folgenden Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)

- Freunde/Verwandte
- Hausarzt oder anderer Facharzt
- Betriebsarzt
- Mitarbeiter der Rentenversicherung
- Sozialarbeiter im Betrieb
- Fallmanager BGM-innovativ
- Niemand
- Sonstiges

2. Welche Art von Rehabilitation haben Sie erhalten?

*Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation
(MBOR-Medizinisch-beruflich
orientierte Rehabilitation)*

sonstige Rehabilitation

weiß nicht

3. War die Reha-Maßnahme auf Ihre persönlichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausgerichtet?

sehr stark

stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

4. Wurden Sie arbeitsfähig entlassen?

 ja *nein* *noch unklar*

5a) Wurde bei Ihnen eine Reha-Nachsorge veranlasst?

 ja *nein* *noch unklar*

5b) Wenn ja: Nehmen Sie die Reha-Nachsorge wahr bzw. beabsichtigen Sie, diese wahrzunehmen?

 ja *nein* *weiß nicht*

A11 Ihr Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wurde bei Ihnen ein Antrag für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gestellt?

 ja *nein*

Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Wenn nein, machen Sie bitte weiter ab A12.

In den folgenden Fragen geht es um Ihren LTA-Antrag.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)

Freunde/ Verwandte

Sozialarbeiter im Betrieb

Hausarzt oder anderer Facharzt

Fallmanager BGM-innovativ

Betriebsarzt

Niemand

Mitarbeiter der Rentenversicherung

Sonstiges

2. Wurde der Antrag genehmigt?

 ja *nein* *noch unklar*

A12 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Wurde bei Ihnen ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) veranlasst?

 ja *nein* *weiß nicht*

A13 Therapeutische Maßnahmen

Welche Maßnahmen wurden Ihnen aufbauend auf den Ergebnissen Ihrer Testung empfohlen (siehe Testbericht)?

1. Empfehlungen bezüglich beruflicher Eingliederung

	Leistung empfohlen bekommen		Wenn <u>ja</u> , wurde die Empfehlung umgesetzt?		
	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
a) gleicher Arbeitsplatz – Arbeit wie bisher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Arbeitsplatzüberprüfung und ggf. Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vermittlung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Stufenweise Wiedereingliederung wünschenswert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Empfehlungen bezüglich weiterer medizinischer Diagnostik und Behandlung

	Leistung empfohlen bekommen		Wenn <u>ja</u> , wurde die Empfehlung umgesetzt?		
	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
a) Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Heil- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sonstige Anregungen und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14 Ihr Training

Haben Sie während der letzten sechs Monate im Rahmen von BGM-innovativ ein Training zur Verbesserung Ihrer Beschwerden absolviert?

Wenn ja, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Wenn nein, weiter mit Frage A15.

1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, dass Sie erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>Ich bin mir nicht sicher.</i>
a) Hatten Sie einen festen Trainingsplan, an dem Sie sich während des Trainings orientieren konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hatten Sie während des Trainings immer die Möglichkeit sich an einen Trainer zu wenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung: 1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, dass Sie erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>Ich bin mir nicht sicher.</i>
c) Fanden regelmäßig Termine statt, um das Training anzupassen (zum Beispiel Erhöhung der Gewichte, Wechsel von Geräten, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie das Gefühl körperlich auch im privaten Bereich von dem Training profitiert zu haben (z.B. beim Tragen von Einkäufen, Kindern, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat das Training Sie dazu motiviert auch privat (mehr) Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hat das Training dazu geführt, dass Sie privat weniger Sport getrieben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haben Sie neben dem Training von BGM-innovativ noch anderen Sport gemacht? Wenn ja, welchen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie haben Sie die fachliche Begleitung während des Trainings empfunden?

<i>sehr hilfreich</i>	<i>hilfreich</i>	<i>weniger hilfreich</i>	<i>überhaupt nicht hilfreich</i>	<i>es hat keine fachliche Begleitung stattgefunden</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hat das Training Sie in Ihrer Freizeit eingeschränkt?

<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Hat das Training Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>				

5. Haben Sie sich beim Training immer explizit an Ihren Trainingsplan gehalten? (Wenn Sie keinen Trainingsplan hatten, überspringen Sie bitte diese Frage.)

<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>unregelmäßig</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>				

6. War das Training auf Ihre persönliche Tätigkeit am Arbeitsplatz ausgerichtet?

<i>stark</i>	<i>eher stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger stark</i>	<i>gar nicht</i>
<input type="checkbox"/>				

7. Wie oft in der Woche haben Sie im Rahmen von BGM-innovativ trainiert? (Trainingseinheiten, die sie darüber hinaus selbstständig absolviert haben, nicht mitgezählt.)

<i>1x/Woche</i>	<i>2x/Woche</i>	<i>3x/Woche</i>	<i>mehr als 3x/Woche</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Der Umfang der einzelnen Trainingstermine war...?

<i>...zu umfangreich.</i>	<i>...eher zu umfangreich.</i>	<i>...angemessen</i>	<i>...eher zu wenig</i>	<i>... zu wenig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Veränderung Ihres Zustandes durch das BGM-innovativ-Training

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

a) Wie hat sich Ihr körperlicher Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *unverändert* *sehr verbessert*

b) Wie hat sich Ihr psychischer Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *unverändert* *sehr verbessert*

c) Wenn sich Ihr körperlicher und/oder psychischer Zustand verbessert haben, nach wie viel Trainingsterminen haben Sie die ersten Verbesserungen gespürt?

nach Terminen

A15 Abschluss und Fortführung Ihrer Maßnahmen

a) Sind alle Ihre Maßnahmen abgeschlossen?

ja nein

 **Falls nein:** Wie lange werden Ihre Maßnahmen voraussichtlich noch dauern?

Wochen

b) Beabsichtigen Sie, eine oder mehrere Ihrer Maßnahmen in Zukunft eigenständig fortzuführen?

ja nein weiß nicht

 **Wenn ja:** Welche Maßnahme(n) möchten Sie eigenständig fortführen?

A16 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>weder gut noch schlecht</i>	<i>gut</i>	<i>sehr gut</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.

Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Wie haben sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Schmerzen seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Arbeitssituation seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Hat sich Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten seit Ihrer Teilnahme an BGM-innovativ verändert (z.B. in Sachen Ernährung, Rauchen, etc.)?

<i>ja, verbessert</i>	<i>ja, verschlechtert</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen

Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, wirksam sind?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nicht zuversichtlich</i>										<i>zuversichtlich</i>

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Ich glaube, dass die durchgeführten Maßnahmen Wirkung zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durch die Maßnahmen geht es mir besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Maßnahmen haben meine Lebensqualität erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Motivation</i>										<i>stärkste Motivation</i>

A18 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

sehr unzufrieden *sehr zufrieden*

A19 Zielerreichung

Inwieweit haben Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr Ziel erreicht?

viel weniger als erwartet *etwas weniger als erwartet* *erwartetes Ergebnis* *etwas mehr als erwartet* *viel mehr als erwartet*

A20 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 6 Monaten außer BGM-innovativ noch andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

ja nein weiß nicht keine Angabe

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

ja nein keine Angabe

A21 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
- Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
- Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- Ich habe einen Universitätsabschluss.
- Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

öffentlicher Dienst

Industrie

Handwerk

Handel

sonstige Dienstleistungen

andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

ja

nein

gelegentlich

6a. Wenn ja, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

**A22 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!





Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul A, Gruppe „unterstütztes Selbstmanagement“-

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "unterstütztes Selbstmanagement"

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	A	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>											<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltage in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	<i>die ganze Zeit</i>	<i>meistens</i>	<i>etwas mehr als die Hälfte der Zeit</i>	<i>etwas weniger als die Hälfte der Zeit</i>	<i>ab und zu</i>	<i>zu keinem Zeitpunkt</i>
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Ihr Umgang mit Gesundheit und Krankheit					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich <u>ganz allgemein</u> auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.					
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--

	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

A8 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) Wenn ja, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- Betriebskrankenkasse
- Betriebsarzt
- Andere Ansprechpartner im Betrieb
- Vorgesetzte
- Kollegen
- Rentenversicherung
- Andere, und zwar: _____

A9 Ihr Training

Haben Sie während der letzten sechs Monate im Rahmen von BGM-innovativ ein Training zur Verbesserung Ihrer Beschwerden absolviert?

Wenn ja, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Wenn nein, weiter mit Frage A10.

1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, das Sie erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	ja	nein	Ich bin mir nicht sicher.
a) Hatten Sie einen festen Trainingsplan, an dem Sie sich während des Trainings orientieren konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hatten Sie während des Trainings immer die Möglichkeit sich an einen Trainer zu wenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fanden regelmäßig Termine statt, um das Training anzupassen (zum Beispiel Erhöhung der Gewichte, Wechsel von Geräten, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie das Gefühl körperlich auch im privaten Bereich von dem Training profitiert zu haben (z.B. beim Tragen von Einkäufen, Kindern, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat das Training Sie dazu motiviert auch privat (mehr) Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hat das Training dazu geführt, dass Sie privat weniger Sport getrieben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haben Sie neben dem Training von BGM-innovativ noch anderen Sport gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welchen? _____

2. Wie haben Sie die fachliche Begleitung während des Trainings empfunden?

sehr
hilfreich

hilfreich

weniger
hilfreich

überhaupt nicht
hilfreich

Es hat keine
fachliche Begleitung
stattgefunden.

3. Hat das Training Sie in Ihrer Freizeit eingeschränkt?

stark *eher stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

4. Hat das Training Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

stark *eher stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

5. Haben Sie sich beim Training immer explizit an Ihren Trainingsplan gehalten? (Wenn Sie keinen Trainingsplan hatten, überspringen Sie bitte diese Frage.)

immer *häufig* *unregelmäßig* *selten* *gar nicht*

6. War das Training auf Ihre persönliche Tätigkeit am Arbeitsplatz ausgerichtet?

stark *eher stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

7. Wie oft in der Woche haben Sie im Rahmen von BGM-innovativ trainiert? (Trainingseinheiten, die sie darüber hinaus selbstständig absolviert haben, nicht mitgezählt.)

1x/Woche *2x/Woche* *3x/Woche* *mehr als 3x/Woche*

8. Der Umfang der einzelnen Trainingstermine war...

...zu umfangreich. *...eher zu umfangreich.* *...angemessen.* *...eher zu wenig.* *...zu wenig.*

9. Veränderung Ihres Zustandes durch das BGM-innovativ-Training

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

a) Wie hat sich Ihr körperlicher Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *unverändert* *sehr verbessert*

b) Wie hat sich Ihr psychischer Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

sehr verschlechtert *unverändert* *sehr verbessert*

c) Wenn sich Ihr körperlicher und/oder psychischer Zustand verbessert haben, nach wie viel Trainingsterminen haben Sie die ersten Verbesserungen gespürt?

nach Terminen

A10 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

sehr schlecht *schlecht* *weder gut noch schlecht* *gut* *sehr gut*

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

- Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.*
- Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.*
- Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.*
- Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.*

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d) Wie haben sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Schmerzen seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Arbeitssituation seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>sehr
verschlechtert</i> | <i>verschlechtert</i> | <i>unverändert</i> | <i>verbessert</i> | <i>sehr
verbessert</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

f) Hat sich Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten seit Ihrer Teilnahme an BGM-innovativ verändert (z.B. in Sachen Ernährung, Rauchen, etc.)?

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>ja, verbessert</i> | <i>ja, verschlechtert</i> | <i>nein</i> | <i>weiß nicht</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen

(Wenn Sie keine Maßnahmen im Rahmen von BGM-innovativ durchgeführt haben, machen Sie bitte weiter bei A12.)

Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, wirksam sind?

- | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>nicht
zuversichtlich</i> | | | | | | | | | | <i>zuversichtlich</i> |

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

- | | <i>stimme
überhaupt
nicht zu</i> | <i>stimme
eher
nicht zu</i> | <i>stimme
eher
zu</i> | <i>stimme
voll und
ganz zu</i> |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| a) Ich glaube, dass die durchgeführten Maßnahmen Wirkung zeigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Durch die Maßnahmen geht es mir besser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Die Maßnahmen haben meine Lebensqualität erhöht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A11 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0

keine

Motivation

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

stärkste

Motivation

A12 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

sehr unzufrieden

sehr zufrieden

A13 Zielerreichung

Inwieweit haben Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr Ziel erreicht?

*viel weniger
als erwartet*

*etwas weniger
als erwartet*

*erwartetes
Ergebnis*

*etwas mehr
als erwartet*

*viel mehr
als erwartet*

A14 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 6 Monaten außer BGM-innovativ noch andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

ja

nein

weiß nicht

keine Angaben

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

ja

nein

keine Angaben

A15 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich

Weiblich

*Ich kann mich keinem der beiden
Geschlechter eindeutig zuordnen.*

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

bis 29 Jahre

30-39 Jahre

40-49 Jahre

50-59 Jahre

60-69 Jahre

ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

Ich habe keinen beruflichen Abschluss.

Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.

*Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-,
Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.*

Ich habe einen Fachhochschulabschluss.

Ich habe einen Universitätsabschluss.

*Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss,
und zwar:*

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- öffentlicher Dienst
- Industrie
- Handwerk
- Handel
- sonstige Dienstleistungen
- andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

- ja nein gelegentlich

6a. Wenn ja, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

□ □ Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

**A16 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!



Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul B, Gruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "unterstütztes Selbstmanagement"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text" value="B"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	---	--------------------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

	<i>trifft nicht zu</i>	<i>trifft kaum zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft genau zu</i>
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten** oder **Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>										<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>	

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltage in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig

 eher häufig

 manchmal

 eher selten

 niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	<i>die ganze Zeit</i>	<i>meistens</i>	<i>etwas mehr als die Hälfte der Zeit</i>	<i>etwas weniger als die Hälfte der Zeit</i>	<i>ab und zu</i>	<i>zu keinem Zeitpunkt</i>
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Ihr Umgang mit Gesundheit und Krankheit					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ganz allgemein auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.					
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) **Wenn ja**, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Betriebskrankenkasse | <input type="checkbox"/> Vorgesetzte |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Kollegen |
| <input type="checkbox"/> Andere Ansprechpartner im Betrieb | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: _____ | |

A8 Ihre Rehabilitation

Wurde bei Ihnen ein Antrag auf Rehabilitation gestellt? ja nein

 **Wenn ja**, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.
Wenn nein, machen Sie bitte bei **A9** weiter.

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Antrag zur Rehabilitation und Ihren ggf. folgenden Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Freunde/ Verwandte | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter im Betrieb |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt oder anderer Facharzt | <input type="checkbox"/> Fallmanager BGM-innovativ |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Niemand |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter der Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

2. Welche Art von Rehabilitation haben Sie erhalten?

*Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation
(MBOR-Medizinisch-beruflich
orientierte Rehabilitation)*

sonstige Rehabilitation

weiß nicht

3. War die Reha-Maßnahme auf Ihre persönlichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausgerichtet?

sehr stark

stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

4. Wurden Sie arbeitsfähig entlassen?

 ja *nein* *noch unklar*

5a) Wurde bei Ihnen eine Reha-Nachsorge veranlasst?

 ja *nein* *noch unklar*

5b) Wenn ja: Nehmen Sie die Reha-Nachsorge wahr bzw. beabsichtigen Sie, diese wahrzunehmen?

 ja *nein* *weiß nicht*

A9 BGM-innovativ Programm

1. Ihre Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

*sehr
schlecht*

schlecht

*weder gut
noch schlecht*

gut

*sehr
gut*

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

 Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich. *Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.* *Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.* *Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.* *Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.*

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

*sehr
verschlechtert*

verschlechtert

unverändert

verbessert

*sehr
verbessert*

d) Wie haben sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Schmerzen seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

*sehr
verschlechtert*

verschlechtert

unverändert

verbessert

*sehr
verbessert*

A11 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

sehr unzufrieden

sehr zufrieden

A12 Zielerreichung

Inwieweit haben Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr Ziel erreicht?

viel weniger
als erwartet

etwas weniger
als erwartet

erwartetes
Ergebnis

etwas mehr
als erwartet

viel mehr
als erwartet

A13 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 6 Monaten außer BGM-innovativ noch andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

ja

nein

weiß nicht

keine Angaben

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

ja

nein

keine Angaben

A14 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

- Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
 Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
 Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-,
Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
 Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
 Ich habe einen Universitätsabschluss.
 Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss,
und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

- öffentlicher Dienst
 Industrie
 Handwerk
 Handel
 sonstige Dienstleistungen
 andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

- ja nein gelegentlich

6a. Wenn ja, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

- ja nein weiß nicht

**A15 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten,
können Sie dies hier gerne tun:**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!





Zweiter Fragebogen BGM-innovativ: Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen

- Modul C, Gruppe „unterstütztes Selbstmanagement“ -

gefördert durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen
Bundesausschuss

Befragung durchgeführt von:

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Gruppe "unterstütztes Selbstmanagement"

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text" value="C"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	--------------------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

In dem vorliegenden Fragebogen werden Sie um Ihre Meinung zu verschiedenen Fragen oder Aussagen gebeten. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

- Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Das vollständige Ausfüllen des Fragebogens ist für die spätere Auswertung wichtig.
- Sollten Sie aus sprachlichen oder gesundheitlichen Gründen zurzeit nicht in der Lage sein, den Fragebogen alleine auszufüllen, so können Sie sehr gerne die Hilfe von Angehörigen oder auch Freunden hierfür in Anspruch nehmen. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen auch einen Telefontermin, um Sie beim Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.
- Antworten Sie bitte offen und ehrlich.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Gehen Sie aber bei der Beantwortung zügig vor. Meist ist der erste Einfall der beste.
- In den meisten Fällen darf in jeder Zeile nur ein Kästchen angekreuzt werden.

Hinweis:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es häufig nur „der Fallmanager“. Gemeint ist aber auch „die Fallmanagerin“.

Wie ausfüllen?	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wen kann ich bei Rückfragen kontaktieren?

Bei Rückfragen können Sie gerne mit uns Kontakt aufnehmen.

Lara Lindert

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)

E-Mail: lara.lindert@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478-97166

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

A1 Allgemeine Einschätzungen und Gefühle

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine
Antwortmöglichkeit an.

trifft *trifft* *trifft* *trifft*
nicht zu *kaum zu* *eher zu* *genau zu*

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 Ihre Schmerzen

1. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet: Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

1a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

1d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										
<i>kein Schmerz</i>										<i>stärkster vorstellbarer Schmerz</i>

2. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.
Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

2a. An wie vielen Tagen konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0: Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet: Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

2b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

2d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Beeinträchtigung</i>										<i>völlige Beeinträchtigung</i>

A3 Ihre Arbeitsfähigkeit

Hier geht es um Ihre Fähigkeit, Ihre berufliche Arbeit auszuführen.
Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft!

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>völlig arbeitsunfähig</i>										<i>derzeit die beste Arbeitsfähigkeit</i>	

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Durch Ihre Arbeit sind Sie verschiedenen Anforderungen ausgesetzt, sowohl körperlicher als auch psychischer Art.
Bitte beurteilen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf diese Arbeitsanforderungen.

a) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

b) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen Arbeitsanforderungen** ein?

<i>sehr gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>				

4. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>Krankheit liegt nicht vor</i>
Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit an.	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Krankheit liegt nicht vor
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausführung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

6. Fehltage in den vergangenen 6 Monaten

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre krankheitsbedingten Fehltage in den letzten 6 Monaten, also diejenigen Tage, die Sie normalerweise auf der Arbeit verbracht hätten.

Wie viele ganze Tage blieben Sie **auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme** in den letzten 6 Monaten der Arbeit **fern**?

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 – 24 Tage
- 25 – 99 Tage
- 100 – 182 Tage

7. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher
-

8. Psychische Leistungsreserven

a) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig eher häufig manchmal eher selten niemals

b) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer eher häufig manchmal eher selten niemals

c) Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig eher häufig manchmal eher selten niemals

A4 Ihr Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5 Beeinträchtigungen Ihrer Arbeitsproduktivität und Alltagsaktivitäten

In den folgenden Fragen geht es um die Auswirkung Ihrer gesundheitlichen Probleme auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihre Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Unter gesundheitlichen Problemen verstehen wir alle körperlichen oder seelischen Probleme oder Symptome. Die Fragen betreffen die letzten 7 Tage, ausgenommen heute.

Bitte tragen Sie die geforderte Information ein oder kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

1. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in **den letzten 7 Tagen** auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt?

Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Probleme versäumt haben: an Krankentagen, durch Verspätungen, durch vorzeitiges Nachhausegehen usw.

Zählen Sie die Stunden, die Sie wegen Teilnahme an diesem Programm versäumt haben, nicht dazu.

Anzahl Stunden

2. Wie viele Arbeitsstunden haben Sie in den letzten 7 Tagen aus anderen Gründen (wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an diesem Programm) versäumt?

Anzahl Stunden

3. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 7 Tagen tatsächlich gearbeitet?

Anzahl Stunden

4. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie dabei an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger geschafft haben als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich Ihre gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf die **Produktivität bei der Arbeit** ausgewirkt haben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine Arbeit.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig am Arbeiten gehindert.

5. Wie stark haben sich Ihre gesundheitlichen Probleme in den letzten 7 Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik / körperliche Bewegung, Lernen usw. Denken Sie dabei an Zeiten, als Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren, und Zeiten, als Sie weniger schafften als Sie wollten. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die gesundheitlichen Probleme stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt haben, wählen Sie eine hohe Zahl.

Bitte berücksichtigen Sie dabei ausschließlich, wie sehr sich Ihre **gesundheitlichen Probleme** auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt haben, Ihren **normalen täglichen Aktivitäten** nachzugehen, ausgenommen Berufstätigkeit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gesundheitliche Probleme hatten keine Auswirkungen auf meine täglichen Aktivitäten.

Gesundheitliche Probleme haben mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert.

A6 Ihre Gesundheit

1a) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf die Gesundheit?

sehr stark *stark* *mittelmäßig* *weniger stark* *gar nicht*

1b) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht *weniger gut* *zufriedenstellend* *gut* *sehr gut*

1c) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten 4 Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet *sehr gut* *gut* *weniger gut* *schlecht* *sehr schlecht*

1d) Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie **in den letzten 4 Wochen** bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1e) Inwieweit hatten Sie **in den letzten 4 Wochen** wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause oder außer Haus?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage*

1f) Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Ich hatte keine Schmerzen. *sehr leicht* *leicht* *mäßig* *stark* *sehr stark*

1g) Wie viel Energie hatten Sie **in den letzten 4 Wochen**?

sehr viel *ziemlich viel* *mäßig viel* *ein wenig* *gar keine*

1h) Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den letzten 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war zu diesen Kontakten nicht in der Lage*

1i) Wie sehr haben Ihnen **in den letzten 4 Wochen** seelische Probleme, z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit, zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *sehr*

1j) Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie **in den letzten 4 Wochen** daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht *sehr wenig* *mäßig* *ziemlich* *war dazu nicht in der Lage*

2. Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten						
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immer</i>
a) Ich nehme Vorsorgeuntersuchungen wahr.	<input type="checkbox"/>					
b) Bei akuten Gesundheitsbeschwerden suche ich schnell einen Arzt auf.	<input type="checkbox"/>					
c) Ich befolge ärztliche Therapieratschläge.	<input type="checkbox"/>					
d) Ich ernähre mich ausgewogen.	<input type="checkbox"/>					
e) Ich vermeide Süßigkeiten und Süßwaren.	<input type="checkbox"/>					
f) Ich vermeide fettreiche Speisen.	<input type="checkbox"/>					
g) Ich vermeide übermäßigen Alkoholkonsum.	<input type="checkbox"/>					
h) Ich vermeide Nikotinkonsum.	<input type="checkbox"/>					
i) Ich achte auf mein Gewicht.	<input type="checkbox"/>					
j) Ich achte auf regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität.	<input type="checkbox"/>					
k) Ich achte auf ausreichend Entspannung und Erholung.	<input type="checkbox"/>					

3. Gesundheitskompetenz					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ganz allgemein auf Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit, nicht speziell auf Ihre Muskel-Skelett-Erkrankung oder Ihre Teilnahme an BGM-innovativ.					
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Antwortmöglichkeit an.					
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
a) ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...	<i>sehr einfach</i>	<i>ziemlich einfach</i>	<i>ziemlich schwierig</i>	<i>sehr schwierig</i>	<i>weiß nicht</i>
i) ...Hinweise auf ungesunde Verhaltensweisen, wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ...Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 Weitere Unterstützung

1a) Wünschen Sie sich im Umgang mit Ihrer Krankheit noch weitere Unterstützung?

ja nein weiß nicht

1b) Wenn **ja**, durch wen wünschen Sie sich weitere Unterstützung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Betriebskrankenkasse | <input type="checkbox"/> Vorgesetzte |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Kollegen |
| <input type="checkbox"/> Andere Ansprechpartner im Betrieb | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: _____ | |

A8 Ihre Rehabilitation

Wurde bei Ihnen ein Antrag auf Rehabilitation gestellt? ja nein

↳ Wenn **ja**, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Wenn **nein**, machen Sie bitte bei **A9** weiter.

In den folgenden Fragen geht es um Ihren Antrag zur Rehabilitation und Ihren ggf. folgenden Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Freunde/ Verwandte | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter im Betrieb |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt oder anderer Facharzt | <input type="checkbox"/> Fallmanager BGM-innovativ |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt | <input type="checkbox"/> Niemand |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter der Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

2. Welche Art von Rehabilitation haben Sie erhalten?

*Arbeitsplatzbezogene Rehabilitation
(MBOR-Medizinisch-beruflich
orientierte Rehabilitation)*

sonstige Rehabilitation

weiß nicht

3. War die Reha-Maßnahme auf Ihre persönlichen Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausgerichtet?

sehr stark

stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

4. Wurden Sie arbeitsfähig entlassen?

 ja *nein* *noch unklar*

5a) Wurde bei Ihnen eine Reha-Nachsorge veranlasst?

 ja *nein* *noch unklar*

5b) Wenn ja: Nehmen Sie die Reha-Nachsorge wahr bzw. beabsichtigen Sie, diese wahrzunehmen?

 ja *nein* *weiß nicht*

A9 Ihr Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wurde bei Ihnen ein Antrag für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gestellt?

 ja *nein*

Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Wenn nein, machen Sie bitte weiter ab A10.

In den folgenden Fragen geht es um Ihren LTA-Antrag.

1. Wer hat Ihnen beim Antrag-Stellen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)

Freunde/ Verwandte

Sozialarbeiter im Betrieb

Hausarzt oder anderer Facharzt

Fallmanager BGM-innovativ

Betriebsarzt

Niemand

Mitarbeiter der Rentenversicherung

Sonstiges

2. Wurde der Antrag genehmigt?

 ja *nein* *noch offen*

A10 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Wurde bei Ihnen ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) veranlasst?

 ja *nein* *weiß nicht*

A11 Therapeutische Maßnahmen

1. Welche Maßnahmen haben Sie innerhalb des letzten halben Jahres in Anspruch genommen?

	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
a) Arbeitsplatzüberprüfung und ggf. Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vermittlung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Stufenweise Wiedereingliederung wünschenswert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Heil- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sonstiges und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12 Ihr Training

Haben Sie während der letzten sechs Monate im Rahmen von BGM-innovativ ein Training zur Verbesserung Ihrer Beschwerden absolviert?

Wenn ja, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen. Wenn nein, weiter mit Frage A13.

1. Bitte machen Sie hier genauere Angaben zu Ihrem Training, das Sie erhalten haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>Ich bin mir nicht sicher.</i>
a) Hatten Sie einen festen Trainingsplan, an dem Sie sich während des Trainings orientieren konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hatten Sie während des Trainings immer die Möglichkeit sich an einen Trainer zu wenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fanden regelmäßig Termine statt, um das Training anzupassen (zum Beispiel Erhöhung der Gewichte, Wechsel von Geräten, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Haben Sie das Gefühl körperlich auch im privaten Bereich von dem Training profitiert zu haben (z.B. beim Tragen von Einkäufen, Kindern, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat das Training Sie dazu motiviert auch privat (mehr) Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hat das Training dazu geführt, dass Sie privat weniger Sport getrieben haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Haben Sie neben dem Training von BGM-innovativ noch anderen Sport gemacht? Wenn ja, welchen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie haben Sie die fachliche Begleitung während des Trainings empfunden?

*sehr
hilfreich*

hilfreich

*weniger
hilfreich*

*überhaupt
nicht hilfreich*

*es hat keine fachliche
Begleitung stattgefunden*

3. Hat das Training Sie in Ihrer Freizeit eingeschränkt?

stark

eher stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

4. Hat das Training Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

stark

eher stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

**5. Haben Sie sich beim Training immer explizit an Ihren Trainingsplan gehalten?
(Wenn Sie keinen Trainingsplan hatten, überspringen Sie bitte diese Frage.)**

immer

häufig

unregelmäßig

selten

gar nicht

6. War das Training auf Ihre persönliche Tätigkeit am Arbeitsplatz ausgerichtet?

stark

eher stark

mittelmäßig

weniger stark

gar nicht

**7. Wie oft in der Woche haben Sie im Rahmen von BGM-innovativ trainiert?
(Trainingseinheiten, die sie darüber hinaus selbstständig absolviert haben, nicht mitgezählt.)**

1x/Woche

2x/Woche

3x/Woche

mehr als 3x/Woche

8. Der Umfang der einzelnen Trainingstermine war...?

*...zu
umfangreich.*

*...eher zu
umfangreich.*

...angemessen

*...eher
zu wenig*

... zu wenig

9. Veränderung Ihres Zustandes durch das BGM-innovativ-Training

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz.

a) Wie hat sich Ihr körperlicher Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

*sehr
verschlechtert*

unverändert

*sehr
verbessert*

b) Wie hat sich Ihr psychischer Zustand durch das BGM-innovativ-Training verändert?

*sehr
verschlechtert*

unverändert

*sehr
verbessert*

**c) Wenn sich Ihr körperlicher und/oder psychischer Zustand verbessert haben,
nach wie viel Trainingsterminen haben Sie die ersten Verbesserungen gespürt?**

nach Terminen

A13 BGM-innovativ Programm

1. Zufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Programm

a) Alles in allem betrachtet, wie ist Ihre persönliche Meinung zum BGM-innovativ Programm?

<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>weder gut noch schlecht</i>	<i>gut</i>	<i>sehr gut</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Alles in allem betrachtet, wie beurteilen Sie das Verhältnis vom Aufwand zum Nutzen der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm?

Bitte entscheiden Sie sich für eine Aussage.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen deutlich.

Der Aufwand übersteigt den Nutzen leicht.

Nutzen und Aufwand halten sich die Waage.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand leicht.

Der Nutzen übersteigt den Aufwand deutlich.

c) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Gesundheit seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Wie haben sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Schmerzen seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Wie hat sich nach Ihrer Einschätzung Ihre Arbeitssituation seit der Teilnahme an dem BGM-innovativ Programm insgesamt verändert?

<i>sehr verschlechtert</i>	<i>verschlechtert</i>	<i>unverändert</i>	<i>verbessert</i>	<i>sehr verbessert</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Hat sich Ihr allgemeines Gesundheitsverhalten seit Ihrer Teilnahme an BGM-innovativ verändert (z.B. in Sachen Ernährung, Rauchen, etc.)?

<i>ja, verbessert</i>	<i>ja, verschlechtert</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen

(Wenn Sie keine Maßnahmen im Rahmen von BGM-innovativ durchgeführt haben, machen Sie bitte weiter bei A15.)

Bitte beantworten Sie die folgende Frage auf einer Skala von 0 (nicht zuversichtlich) bis 10 (zuversichtlich):

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Maßnahmen, die Sie durchgeführt haben, wirksam sind?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nicht zuversichtlich</i>					<i>zuversichtlich</i>					

3. Was ist Ihre Meinung zu dem BGM-innovativ Programm?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur <u>ein</u> Kreuz.	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll und ganz zu</i>
a) Ich glaube, dass die durchgeführten Maßnahmen Wirkung zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durch die Maßnahmen geht es mir besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Maßnahmen haben meine Lebensqualität erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14 Ihre Motivation

Wenn Sie den besten denkbaren Motivationszustand bezüglich Ihrer Maßnahmen mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten:

Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Motivationszustand?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>keine Motivation</i>										<i>stärkste Motivation</i>

A15 Veränderung Ihrer Arbeit

Bitte geben Sie an, ob und inwieweit sich Ihr Arbeitsplatz und ihre Arbeitsaufgaben zum derzeitigen Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Programmteilnahme verändert haben.

1a) Meine Arbeit hat sich seit Beginn der Programmteilnahme...

... verändert, und zwar:

... nicht verändert.



- Ich arbeite in einem anderen Unternehmen.
- Ich arbeite in einer anderen Abteilung im gleichen Unternehmen.
- Ich habe andere Aufgaben.
- Meine Arbeitszeiten haben sich verändert.
- Mein Arbeitsplatz hat sich verändert (z.B. andere Arbeitsmittel oder räumliche Veränderungen).
- Ich habe keine Arbeit mehr (z.B. Frührente oder arbeitslos).
- Mein Arbeitsumfang hat sich verringert.
- Mein Arbeitsumfang hat sich erhöht.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich verringert.
- Meine Arbeitsbelastung hat sich erhöht.
- Ich bekomme mehr Geld.
- Ich bekomme weniger Geld.
- Anderes, und zwar: _____

1b) Wenn sich Ihre Arbeitssituation verändert hat, wie zufrieden sind Sie mit diesen Veränderungen?

sehr unzufrieden *sehr zufrieden*

A16 Zielerreichung

Inwieweit haben Sie mit der Teilnahme an BGM-innovativ Ihr Ziel erreicht?

viel weniger als erwartet *etwas weniger als erwartet* *erwartetes Ergebnis* *etwas mehr als erwartet* *viel mehr als erwartet*

A17 Gesundheitsförderung im Betrieb

a) Wurden in Ihrem Betrieb in den letzten 6 Monaten außer BGM-innovativ noch andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt?

ja nein weiß nicht keine Angabe

b) Wenn ja: Haben Sie daran teilgenommen?

ja nein keine Angabe

A18 Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person

1. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich Weiblich Ich kann mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen.

2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

bis 29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre
 50-59 Jahre 60-69 Jahre ab 70 Jahre

3. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
(Falls in Ihrem Haushalt keine Kinder leben, tragen Sie bitte 0 ein.)

Kinder

4. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie Ihre höchste Berufsausbildung an.)

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss.
- Ich habe eine Berufsausbildung abgeschlossen.
- Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- Ich habe einen Universitätsabschluss.
- Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____

5. Welcher Branche gehört Ihr Betrieb an?

öffentlicher Dienst

Industrie

Handwerk

Handel

sonstige Dienstleistungen

andere Branche, und zwar: _____

6. Sind Sie beruflich oft für mehrere Tage unterwegs?

ja

nein

gelegentlich

6a. Wenn **ja**, wie lange dauert eine Dienstreise durchschnittlich in etwa?

Tage

7. Hatten Sie vor der Teilnahme an BGM-innovativ eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

8. Haben Sie derzeit eine Führungsposition inne?

ja

nein

weiß nicht

A19 Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, können Sie dies hier gerne tun:

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie, ob Sie **ALLE** Fragen **VOLLSTÄNDIG** beantwortet haben, denn nur so können Ihre Angaben sinnvoll ausgewertet werden. Bitte stecken Sie den **ausgefüllten Fragebogen** in den beiliegenden adressierten und portofreien Rückumschlag und senden diesen selbst an das IMVR zurück.

Wir möchten uns noch einmal für Ihre Unterstützung bedanken und dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!

