

# Ist ein Dossier bei der IV, ist es meist bereits zu spät!

Replik und Erweiterung der durch R. Conne angestossenen Diskussion über Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung [1]

B. Danuser, A. Klipstein

## Zusammenfassung

Im Artikel «Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung» von R. Conne [1] wird treffend das heutige Malaise der Arbeitsplatzrehabilitation beschrieben. Dies gilt aber nicht nur für die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen, sondern ebenso für die Arbeitsunfähigkeit wegen muskuloskeletaler Schmerzen. Die Schwierigkeiten einer Arbeitsplatzrehabilitation sind aber nicht speziell auf die Invalidenversicherung zurückzuführen. Sie gründen einerseits auf strukturellen Gegebenheiten der Schweiz, wie eine wenig in den Betrieben verankerte Arbeitsmedizin, und Zugang zu Rehabilitationsmedizin, und andererseits auf dem Fehlen einer klaren Kostenträgerregelung oder -verantwortung.

R. Conne beschreibt in seinem Artikel treffend das heutige Malaise in der Schweiz in bezug auf Arbeitsplatzrehabilitation oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Er bezieht sich dabei vor allem auf die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen.

Wir möchten als am Rande angesprochene Arbeitsmedizinerin und angesprochener Rehabilitationsmediziner die Diskussion aufgreifen und erweitern. Die Erweiterung betrifft einerseits den Einbezug von nicht psychisch begründeter Arbeitsunfähigkeit und andererseits auch die allgemeine Versicherungssituation in der Schweiz, und dies verschiebt unserer Meinung nach den Problemfokus von der Invalidenversicherung auf die allgemeine Versicherungssituation.

## Ist ein Dossier bei der IV, dann ist es bereits zu spät

Nehmen wir als Beispiel einen Arbeitnehmenden, der an chronischen Rückenschmerzen leidet, eine jeder niedergelassenen Ärztin\* wohlbekannte Situation. Schon nach 3monatiger Arbeitsunfähigkeit wegen muskuloskeletaler Beschwerden nimmt die Chance, wieder zur Arbeit zurückzufinden, massiv ab und nähert sich nach 12 Monaten praktisch gegen null [2]. Ausserdem schwindet nach 3monatiger Abwe-

senheit das Interesse der Arbeitgeber in vielen Betrieben: kranke Mitarbeiter werden ersetzt, es erfolgt die Kündigung. Ist das Dossier bei der IV, sind meist schon mehrere Monate vergangen, und es ist zu spät für eine Arbeitsplatzrehabilitation. Es gilt also, früher einzugreifen!

## Die ideale Situation

Lassen Sie uns doch etwas träumen und stellen wir uns eine Idealsituation vor: Das Unternehmen des Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verfügt über ein funktionierendes Absenzen- (bzw. Anwesenheits-)Management-System (oder über einen aufmerksamen «Patron») sowie direkten Zugang zu einer Arbeitsmedizinerin. Spätestens nach dreimonatiger Arbeitsabwesenheit wird sich die Arbeitsmedizinerin nach dem Befinden und den Gründen der Arbeitsunfähigkeit erkundigen, die persönlichen Ressourcen des Betroffenen erfassen und im Falle der Rückenschmerzen zusammen mit der behandelnden Ärztin und der Rehabilitationsspezialistin einen Reintegrationsplan («Case Management») entwickeln. Der Reintegrationsplan würde aus einem den Arbeitsanforderungen angepassten Training (work hardening), einer Arbeitsplatzbegutachtung und einer (häufig nur vorübergehenden) Adaptation am Arbeitsplatz bestehen sowie einer mit dem direkten Vorgesetzten oder dem Arbeitsteam erarbeiteten Arbeitswiederaufnahmestrategie. Das interdisziplinäre «Work Hardening», welches nebst einer Belastbarkeitssteigerung auch die Eigenkompetenz im Umgang mit Beschwerden fördert, jedoch nicht die Schmerzen als solche behandelt, würde in einem dafür spezialisierten Zentrum durchgeführt. Ein rasches Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und die zu diesem Zeitpunkt noch gegebene Unterstützung des Betriebes würden das Abgleiten in Probleme des Selbstwertgefühles und die Entwicklung von invalidisierenden psychischen Störungen reduzieren. Wären diese Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt, dann würden die Arbeitsmedizinerin, welche das Unternehmen gut kennt, die Rehabilitationspezialistin, Mitarbeiter und der Betrieb gemein-

\* Das weibliche Geschlecht gilt für beide Geschlechter.

### Interessenverbindung:

Brigitta Danuser ist Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin; es existiert keine andere Interessenverbindung!

### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Brigitta Danuser  
Institut universitaire romand  
de santé au travail  
Rue du Bugnon 19  
CH-1005 Lausanne  
Tel. 021 314 74 21  
Fax 021 314 74 30

E-Mail: brigitta.danuser@hospvd.ch

Dr. med. Andreas Klipstein  
Departement Rheumatologie und  
Institut für Physikalische Medizin  
Universitätsspital Zürich  
Gloriastrasse 25  
CH-8091 Zürich  
Tel. 01 255 30 08  
Fax 01 255 43 88

E-Mail: andreas.klipstein@usz.ch

sam einen internen allenfalls externen Arbeitsplatzwechsel evaluieren, vorschlagen und diesen begleiten. Erst wenn auch dies nichts bringt, wird eine Berentung in Betracht gezogen. Erfahrungen aus Finnland [3] und Kanada [4] zeigen, dass ein ähnliches Vorgehen zwischen 30 und 50% mehr Angestellte mit länger dauernder (v. a. muskuloskeletal bedingter) Arbeitsabwesenheit wieder zurück an den Arbeitsplatz bringt, als dies ohne ein «Case Management» der Fall wäre.

### Wo aber stehen wir?

Wir sind in der Schweiz weit entfernt von einer solch «idealen» Situation:

- Immer mehr, aber noch lange nicht alle Firmen (zwischen 10 und 15%) haben ein Absenzen-Management-System mit einer «Frühwarnfunktion».
- Die wenigsten Firmen haben einen direkten Zugriff zu einem arbeitsmedizinischen Dienst und zu einer Rehabilitationsspezialistin. Zwischen 150 und 200 Firmen verfügen entweder über einen eigenen arbeitsmedizinischen Dienst oder einen Kontrakt mit einem arbeitsmedizinischen Dienstleistungszentrum oder haben zumindest einen Personalarzt. Viele Betriebe sind im Rahmen von sogenannten Branchenlösungen zum Beizug von Arbeitsmedizinerinnen und anderen Spezialistinnen der Arbeitssicherheit zusammengeschlossen und diese beinhalten teilweise ein arbeitsmedizinisches Mandat. Dieses umfasst meist Beratung und Aufklärung, aber nicht eine direkte individuelle Betreuung der Arbeitnehmenden.
- Die meisten Patienten haben, wenn sie zu einer Rehabilitationsspezialistin kommen, schon keinen Arbeitsplatz mehr oder die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist nicht mehr vorgesehen. In einer soeben abgeschlossenen Pilotstudie zur Effektivität einer arbeitsbezogenen Rehabilitation waren von 270 evaluierten Kandidatinnen, denen von den zuweisenden Grundversorgern noch Rehabilitationspotential zugemessen wurde (bereits vorselektionierte Gruppe!), 69 bereits ohne Arbeit und bei 102 war eine Rückkehr an den gleichen Arbeitsplatz nicht vorgesehen, d. h., die Kündigung war aus formellen Gründen noch nicht vollzogen oder die Motivation für eine Rückkehr nicht mehr gegeben [5].
- Es existieren keine klaren Regelungen betreffend Kostenträger für medizinische Reintegrationsmassnahmen

Die Taggeldversicherungen, die teilweise ein versicherungsmedizinisches «Case Management» betreiben, verfolgen oft Partialinteressen und sie dürfen, abgesehen von Expertisen, keine medizinischen Leistungen verordnen oder übernehmen. Die IV kann zwar ebenfalls eine medizinische Standortbestimmung sowie eventuell Hilfs- und Umschulungsmassnahmen veranlassen, aber kein Arbeitsplatzrehabilitationsprogramm, da es sich dabei um medizinische Behandlungsmassnahmen handelt. Bei den Krankenversicherungen existiert (noch?) kein eigentlicher Tarifposten für solche Leistungen, die nicht unerheblich sind. Kommen wir zur SUVA: Die kann und darf (fast) alles, aber nur, wenn es sich um einen Unfall oder um eine Berufskrankheit handelt! Da die meisten muskuloskeletalen Erkrankungen als Berufskrankheiten nicht anerkannt werden, handelt sich dabei um sogenannte arbeitsassoziierte Erkrankungen [6], für welche die Krankenversicherungen aufzukommen haben!

Der Wurm sitzt also tiefer. Es ist höchste Zeit, über den Umgang des schweizerischen Versicherungssystems mit solchen arbeitsassoziierten Problemen, insbesondere in bezug auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, nachzudenken. Dies gilt um so mehr, als in vielen Betrieben unter dem steigenden Prämien- druck (Krankentaggeld, Berufliche Vorsorge und Unfallversicherungen) ein Umdenken eingesetzt hat und für Lösungen zunehmend Hand geboten wird. Warum nicht eine Versicherungsreform als Wahlkampfthema?

### Literatur

- 1 Conne R. Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(45):2361-3.
- 2 Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. Spine 1998; 23:2091-5.
- 3 Haldorsen EMH, Grsdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002;95:49-63.
- 4 Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, Cole D. Preventing disability from work-related low-back pain. CMAJ 1998;158:1625-31.
- 5 Meyer K, Fransen J, Huwiler HI, Uebelhart D, Klipstein A. Feasibility and results of a randomised pilot-study of a work rehabilitation programme. Am J Phys Med Rehab: submitted.
- 6 Szabo RM, King KJ. Repetitive stress injury: diagnosis or self-fulfilling prophecy? J Bone Joint Surg Am 2000;82-A:1314-22.