

# Zurück zur Arbeit

Autor(en): **Klipstein, Andreas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **65 (2007)**

Heft 2: **Exclure/Inclure**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-141978>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# ZURÜCK ZUR ARBEIT

ANDREAS KLIPSTEIN

USP, Hôpital universitaire de Zurich

[andreas.klipstein@usz.ch](mailto:andreas.klipstein@usz.ch)

> Les douleurs du dos et de la nuque sont fréquentes et ne nécessitent pas dans la plupart des cas, une intervention complexe. L'article discute les indicateurs et leur signification dans les différentes phases de la chronicisation. Assez vite, on observe des symptômes qui représentent des indicateurs d'un retour au travail problématique. Il s'agit de: douleurs dans plusieurs régions du corps, une inclination à voir la situation de façon catastrophique, un rayonnement dans les extrémités ou encore des problèmes dans le passé pour retourner au travail. Si de tels indicateurs sont présents, il est important de thématiser le travail et d'intervenir d'une manière interdisciplinaire. Dans la phase subaiguë les problèmes les plus fréquemment rencontrés sont: une maladie du partenaire, un conflit au travail, des expériences négatives dans le passé et le fait d'avoir eu recours à un avocat. Même dans la phase chronique, une intervention interdisciplinaire visant à la réintégration, qui inclut la place de travail, peut avoir des résultats positifs si la motivation du patient et une réelle perspective pour travailler, est donnée. Avec un système de gestion des absences et d'un «case-management», les entreprises peuvent faciliter la reconnaissance précoce des problèmes et entamer les premiers pas pour la réhabilitation et soutenir activement le processus de la réhabilitation.

Unspezifische muskuloskelettale Beschwerden, allen voran Rücken- und Nackenschmerzen, gehören mit einer Jahresprävalenz von 30% und einer Lebensprävalenz von 80% zum Alltag. Trotz günstigem Verlauf mit 80-90% Rückkehr zu gewohnten Aktivitäten beklagen sich 20% über chronische, die Lebensqualität dauernd beeinträchtigende Schmerzen, wovon die Hälfte der Betroffenen langdauernde Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit erleiden. Rücken- und Nackenschmerzen stellen den häufigsten Grund für Arbeitsausfälle unter 45 Jahren dar und die Kosten werden in Industrieländern auf 3% des BSP geschätzt. Die Prognose für eine Rückkehr in den Arbeitsprozess verringert sich mit der Dauer der Arbeitsabsenz dramatisch. Nach 6 Monaten kehren noch 50%, nach 2 Jahren gerade noch 2% in irgendeine Arbeitstätigkeit mit einem Umfang von mind. 50% zurück. Würden die Rückfälle, der Einfluss makroökonomischer Faktoren und die Hochrisikogruppen mitberücksichtigt, dürfte sich diese Spontanprognose wesentlich verschlechtern.

Im medizinischen Praxisalltag mit beschränkten Interventionsmöglichkeiten und Zeitressourcen geht es einerseits darum, rechtzeitig ungünstige Entwicklungen zu erkennen und in Bezug auf Arbeitsausfall und –reintegration die geeigneten, evidenzbasierten Massnahmen zu ergreifen. Andererseits kann der Betrieb durch geeignete Früherkennung (Anwesenheits- oder Fehlzeitenmanagement) entscheidende Schritte einleiten, vorausgesetzt das System wird nicht nur als Mittel zur Senkung von Kurzzeitabsenzen sondern auch zur

Verbesserung des Reintegrationspotentials eingesetzt. Voraussetzung hierfür ist ein abgestuftes Fallmanagement als integrativen Teil der Mitarbeiterführung.

#### INDIKATOREN UND IHRE BEDEUTUNG

Indikatoren für Reintegrationsprobleme können bereits früh erfasst werden: Schmerzen in mehr als einer Körperregion, Katastrophisierung, Ausstrahlung in die Extremitäten, subjektiv stark wahrgenommene Behinderung und Erschwerte Rückkehr zur Arbeit nach früheren Krankheiten oder Unfällen sind starke und konsistente Indikatoren bei der ersten Arztkonsultation und sollten zu erhöhter Aufmerksamkeit, aktiver Betreuung und früher Thematisierung der Arbeitsproblematik führen.

Indikatoren im weiteren Prozess der Akutphase sind: Therapieresistenz auf adäquate Massnahmen und prolongierte Entlastung durch Bettruhe, Halskragen und Fremddelegieren von zumutbaren Alltagsaktivitäten aufgrund einer Vermeidenshaltung. Sie erfordern eine auf Aktivitätsgewinn ausgerichtete Strategie und Führung des Patienten.

Die „yellow flags“ charakterisieren die in der subakuten Phase zu erfassenden Risiken. Darunter fallen Auffälligkeiten bei der Schmerzbeschreibung, Einstellungen, Verhalten und Überzeugungen, Medizinale Risiken, Emotionen, Probleme im Bereich Arbeit, Familie und Umfeld sowie Versicherungsprobleme und Anwaltsbeizug. Das Vorhandensein von solchen Risiken sollten spätestens in der Subakutphase eine Abkehr von strukturbezogenen Einzelmassnahmen bewirken. Häufigste fassbare Risiken aus unserer Erfahrung sind Krankheit des Partners, Arbeitskonflikte, negative Erfahrungen aus früheren Gesundheitsstörungen und Anwaltsbeizug.

Multimodale stationäre und ambulante Programme zur Arbeitsreintegration (Work hardening, Physical conditioning, Ergonomietraining, Arbeitsbezogene Rehabilitation) werden in der subakuten bis chronischen Phase des Arbeitsausfalles (6 Wochen bis 6 Monate) empfohlen. Erfolgreiche Programme umfassen Trainingsmassnahmen im Kraft- und Ausdauerbereich, arbeitsbezogene Trainingselemente und Schulung, kognitive Verhaltenstherapie und, mit verschiedener Ausprägung, eine Intervention am Arbeitsplatz. Im Rahmen eines Cochrane Reviews wurde die Wirksamkeit solcher Programme auf der Basis mehrerer randomisierter klinischer Studien als gegeben beurteilt, mit stärkerem Effekt auf der ökonomischen Seite. Die Ergebnisse werden durch das Setting und systemische Aspekte (Versicherungen, Sozialsystem) stark mitbestimmt. Die Anwendbarkeit und Wirksamkeit eines solches Konzepts, gekoppelt an ein betriebliches Fehlzeitenmanagement unter Mitberücksichtigung arbeitsorganisatorischer Aspekte, wird zur Zeit im Rahmen des NFP53 untersucht.

Schwieriger ist die Auswahl von chronischen Schmerzpatienten mit günstiger Prognose im Rahmen eines arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogrammes ohne Koppelung an ein betriebliches Fehlzeitenmanagement. Obwohl die Kombination von Verhaltenstests zu Schmerzen nicht-organischer Herkunft, ein katastrophisierend hohes Schmerzniveau und eine schlechte Selbstprognose in Populationen mit sehr schlechter Prognose prädiktiven Wert haben, sind diese gemäss unseren Erfahrungen bei Gruppen mit noch vorhandener Arbeitsperspektive sowie im Einzelfall, nicht verwertbar. Im Rahmen einer eigenen randomisierten Pilotstudie wurde, trotz Aufbau eines Zuweisernetzwerkes, eine durchschnittliche Dauer der Arbeitsabsenz von 6 Monaten gefunden. Von 180, im Rahmen eines Arbeitsassessment untersuchten Patienten, konnten lediglich 30 Personen in die Studie

aufgenommen werden, hauptsächlich wegen fehlender Arbeitsperspektive und ungenügender Motivation. Die strenge Selektion innerhalb dieser Gruppe von langzeitarbeitsunfähigen Patienten mit chronischen Muskuloskelettalen Beschwerden führte dazu, dass lediglich eine Person die Studie abbrach (*Drop-out*).

Die Kombination von Motivations- und Sozialabklärung sowie von physischen Belastbarkeitstests ist selektiv für die Patientenauswahl auch bei Patienten mit grundsätzlich ungünstiger Prognose. Geeignet für die Durchführung einer Arbeitsrehabilitation sind Patienten, die bereit sind auch bei Vorhandensein von Beschwerden zu trainieren und zu arbeiten, gewillt sind einen entsprechenden Zeitaufwand zu erbringen, im Rahmen der Rehabilitation auch den Arbeitswiedereinstieg konkret zu planen, eine mindestens neutrale Arbeits- und Gesundheitsprognose stellen, die eigene Leistungsfähigkeit und die beruflichen Anforderungen halbwegs realistisch einschätzen und in den Belastbarkeitstests höchstens geringfügige Selbstlimitierungen zeigen. Bei ungeeigneten Patienten sollte, als Grundlage für das weitere Vorgehen, eine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung, unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Co-Morbiditäten durchgeführt werden.

Empfehlungen:

- 1) Auf betrieblicher Seite, durch Einführung eines Fehlzeitenmanagements, sollen Absenzen, sowie deren zugrunde liegenden Probleme erfasst, durch eine positive Betreuung des Mitarbeiters eine Reintegration gefördert und ggf. rehabilitative Massnahmen unterstützt werden.
- 2) Auf medizinischer Seite soll, durch eine möglichst rasche und angepasste Aufnahme von aktiven Massnahmen insbesondere bei Patienten mit frühen Risikofaktoren, ein Arbeitsausfall möglichst vermieden oder kurz gehalten werden.
- 3) bei persistierender Arbeitsunfähigkeit im subakuten Bereich soll insbesondere bei Vorliegen von „Yellow flags“ ein multimodaler Reintegrationsansatz gewählt werden.
- 4) bei ungünstigen Voraussetzungen für eine Reintegration in der chronischen Phase soll möglichst rasch die versicherungsmedizinischen Voraussetzungen mittels interdisziplinärer Zumutbarkeitsbeurteilung definiert werden.

#### LITERATUR

Klipstein A, Huwiler Hj, Widmer M. Die Behandlung unspezifischer muskuloskelettaler Beschwerden- die Rolle der Ergonomie. Ther Umsch,58, 2001,515-20.

Klipstein A, Gossmann A, Hinnen U. Betriebliches Case Management. Safety plus 4/04.

Kopp HG, Willi J, Klipstein A. Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Schmerzstörungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten). Schweiz Med Wochenschr 1997; 127: 1380-90.

Meyer K, Fransen J, Huwiler Hj, Heitz C, Scucs T, Uebelhart D, Klipstein A. Feasibility and effectiveness of a RCT of a work hardening program. Submitted to J of Back and Muskuloskeletal Rehabilitation, 2004.

Nachemson AL. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Eds. Nachemson AL, Jonsson E. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia (USA), 2000.

New Zealand Guidelines Group. Clinical guidelines on acute low back pain (2003). URL disponible: [www.enigma.co.nz](http://www.enigma.co.nz).

Schonstein E, Denny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening ad functional rehabilitation for workers with back and neck pain. Cochrane database systematic review, 2003; (1):CD001822.