



Nationales Forschungsprogramm NFP 53
«Muskuloskeletale Gesundheit –
chronische Schmerzen»

Therapie für Rücken und Arbeitsplatz¹

Thomas Läubli, Rahel Bagdasarianz, Andreas Klipstein, Fabienne Kern, Marjana Canjuga, Harry Joronen, Brigitta Danuser

Institut universitaire romand de santé au travail, Lausanne

Hintergrund


Beeinträchtigungen von Körperstrukturen, die durch die Ausführung von Arbeit verursacht oder verschlimmert werden, können zu arbeitsassoziierten Rückenschmerzen führen. Die Auswirkungen solcher chronischer Rückenschmerzen auf das Individuum und den Betrieb sind gross [1]. Dementsprechend stellen die Erhaltung und die Rückgewinnung der Arbeitsfähigkeit Schlüsselemente bei der Therapie von Rückenschmerzen dar. Mit Rückenschmerzen eng verbunden sind physische Einflussgrössen wie Last, Vibrationen und Haltung, aber auch psychosoziale Faktoren [2, 3]. Es ist eine anerkannte Tatsache, dass für die Therapie von arbeitsassoziierten Rückenschmerzen ein Perspektivenwechsel notwendig ist: weg von einzelnen Interventionen, hin zu einem ganzheitlichen Ansatz, der die Behandlung von Patienten und Interventionen am Arbeitsplatz einschliesst [1, 4].

Zielsetzung

Das Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts besteht darin, die Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmern zu verbessern, die wegen unspezifischer Nacken- und/oder Kreuzschmerzen bei der Arbeit fehlen. Zu diesem Zweck haben wir ein Interventionsmodell entwickelt, das die modernen Ansätze der Rehabilitation bei Rückenerkrankungen mit den Erkenntnissen und Vorgehensweisen der Arbeitswissenschaften erweitert.

Methode

Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen ergibt sich aus dem Zusammenspiel von persönlichen Faktoren sowie der Aufgabe und den Bedingungen bei der Arbeit [5]. Auf der Grundlage des Belastungs-Beanspruchungsmodell von Romert (1984) lässt sich sagen, dass eine länger andauernde Belastung keine negativen Folgen für einen Menschen hat, solange er über die notwendigen physischen, psychischen und sozialen Kapazitäten

und Kompetenzen verfügt. Dementsprechend haben wir die tatsächliche Arbeitsfähigkeit als Balance zwischen den biopsychosozialen Kapazitäten des Arbeitnehmers und den biopsychosozialen Anforderungen der Arbeit definiert. Dieses Modell liefert zwei allgemeine Ansätze, wenn es darum geht, die Arbeitsfähigkeit einer Person zu verbessern: Erhöhung der verlorengegangenen Kapazität zur Erfüllung der Anforderungen, was heute als *work hardening* bezeichnet wird, und Anpassung der Arbeitsanforderungen an die Fähigkeiten des Betroffenen (Abb. 1 .

Work hardening

Programme des *work hardening* sind eine anerkannte Therapieform bei chronischen Rückenschmerzen [6]. Das in unserer Studie entwickelte *work hardening*-Programm (halbtags, 5 Tage pro Woche während 6 bis 8 Wochen) ist eine interdisziplinäre, ambulante Intervention, die als innovative Komponente eine enge Beziehung zwischen Arbeitsplatz, Arbeitsaufgaben und dem Verhalten des einzelnen pflegt. Das Rehabilitationsteam besteht aus Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Ergonomen und den zuständigen Personen des Betriebs.

Der Vergleich der Arbeitsanforderungen mit den Kapazitäten des Patienten macht es möglich, die Defizite auf allen Ebenen des biopsychosozialen Modells genau zu bestimmen. Letztlich steuert dieser Vergleich das individualisierte *work hardening*-Programm. Der Prozess der Arbeitswiederaufnahme ist in vier Schritte gegliedert:

- die Annahme, dass funktionelle Verbesserungen wichtiger sind als Schmerzlinderung,
- überwachtes Training von arbeitsbezogenen Aktivitäten,
- Erfahrungen unter realen Arbeitsbedingungen,
- Einsatzfähigkeit und Produktivität unter realen Arbeitsbedingungen.

¹ Interdisziplinäre Interventionsstrategie zur Verhinderung einer Invalidisierung bei Arbeitsabsenzen wegen Rückenschmerzen. Projektnummer: 4053-104635.



Abbildung 1
Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen basiert auf einem Gleichgewicht zwischen seinen Kapazitäten und den Anforderungen am Arbeitsplatz. Da Rückenschmerzen als eine bio-psychoziale Erkrankung zu verstehen sind, braucht es Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf mehreren Ebenen. Sie können die Person (rechts) oder Veränderungen am Arbeitsplatz (links) betreffen.

Arbeitsplatzintervention

Sollen Patienten mit Rückenschmerzen ihre Arbeit wieder aufnehmen, wird in der Regel der Einbezug von Interventionen am Arbeitsplatz gefordert [1, 7]. Doch es fehlen validierte, umfassende Instrumente, welche arbeitsbezogene Risiken der Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen vorhersagen könnten. In unserer Studie verwenden wir dazu die sogenannte APA-Methode (adaptiert vom finnischen Ergonomic Workplace Analysis) [8]. Diese Analyse umfasst ein Interview mit dem Arbeitnehmer, in dem seine Wahrnehmung im Zentrum steht sowie drei Visiten am Arbeitsplatz. Die erste Visite, die während der ersten Woche des *work hardening* stattfindet, hat zum Ziel, die Arbeitsanforderungen zu definieren, um das *work hardening*-Programm danach auszurichten und notwendige Verbesserungen der Arbeitsbedin-

Tabelle 1. Fallbeispiel einer interdisziplinären Interventionsstrategie.

Fall: 37-jährige Raumpflegerin, Hausfrau und Mutter mit 57% Anstellung. 120 Tage Arbeitsausfall in den letzten sechs Monaten. Diagnose: chronische nichtspezifische Kreuzschmerzen.

Problem	Therapiemassnahme und Therapieziel
Physische Kapazität ist gering im Vergleich zur Arbeitsanforderung	Konditionierung für statische Arbeitshaltungen
Arbeitsverhalten birgt zusätzliche Gesundheitsrisiken	Ergonomische Hebetekniken lernen
Angst vor Schmerzen und vor Rückenschädigung durch Belastungen	Schrittweise Belastungserhöhung im Arbeitstraining

gungen zu evaluieren. Beim zweiten Besuch kann die zurückgewonnene Kapazität des betreffenden Arbeitnehmers abgeschätzt und seine Rückkehr an die Arbeit organisiert werden. Ein Follow-up dient schliesslich dazu, die Umsetzung der vorgeschlagenen Anpassungen zu überprüfen. Das entsprechende Interventionsmodell ist an zwei Universitätskliniken in Zürich und Lausanne für Rückenpatienten implementiert worden. Seine Wirksamkeit und Kosteneffizienz wird in einer laufenden Untersuchung derzeit evaluiert; die Ergebnisse können 2010 publiziert werden. In Tabelle 1 ist ein Fallbeispiel dargestellt.

Praktische Schlussfolgerung

Die Ergänzung der konventionellen Therapie von Rückenschmerzen mit Interventionen am Arbeitsplatz ist auch in der Schweiz mit Erfolg anwendbar und sollte breiter eingesetzt werden. Die hierzulande üblichen Behandlungsformen wie psychosomatische Rehabilitation, medizinische Trainingstherapie oder Schmerztherapie sind zu wenig auf eine schnelle und dauernde Rückkehr der Patienten an den Arbeitsplatz ausgerichtet. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Zusammenarbeit mit dem Betrieb absolut notwendig. Da heute Arbeitsplatzbesuche weder für ergonomisch geschulte Physiotherapeuten noch für die behandelnden Ärzte Pflichtleistungen der Krankenkassen darstellen, verlangt die optimale Betreuung von Rückenpatienten ein grosses, oft nicht verrechenbares Engagement der Ärzte. Nur so können die eigentlich sinnvollen Abklärungen und Interventionen am Arbeitsplatz in das Behandlungskonzept integriert werden. Die wenigsten Unternehmen verfügen über eine eigene arbeitsmedizinische Versorgung, die diese Aufgabe übernehmen könnte. Viele Betriebe haben aber zumindest im Rahmen von Branchen- oder Modell-Lösungen die Möglichkeit, auf einen Arbeitsmediziner zurückzugreifen. Bei Verdacht auf chronifizierende Rückenschmerzen wird – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – empfohlen, Kontakt mit dem Betrieb aufzunehmen und wenn möglich mit dem zuständigen Arbeitsmediziner eine Intervention zu planen, die Arbeit und Arbeitsbedingungen einschliesst.

Ausblick

In der Schweiz läuft derzeit eine politische Debatte darüber, wie mit einer Wiederaufnahme der Arbeit sowohl Invalidität als auch die Kosten der Invaliditätsversicherung gesenkt werden können. Es ist ermutigend, dass auch in der Politik ein erhöhtes Bewusstsein in Bezug auf Fragen der Arbeitseingliederung besteht.

Die wichtigste Botschaft

Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen mit chronischen Rückenschmerzen hängt ab von seinen persönlichen Kapazitäten und den Anforderun-

gen am Arbeitsplatz. Interventionen zur Verhinderung einer Invalidisierung sollten deshalb sowohl beim Patienten als auch bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ansetzen.

Literatur

- 1 EASH: European Agency for Safety and Health at Work. Back to work report. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.
- 2 NIOSH: National occupational research agenda for musculoskeletal disorders. Research topics for the next decade. A report by the NORA Musculoskeletal disorders team 117. Cincinnati, Ohio: DHHS (NIOSH) Publication; 2001.
- 3 Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *J Occup Rehabil.* 2006;16:279–302.
- 4 Waddell G and Burton AK: Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Cl Rh.* 2005; 19:655–70.
- 5 Ilmarinen JE. Aging Workers. *Occup Environ Med.* 2001; 58:546–52.
- 6 Jundt J, Phyllis M, King. Work rehabilitation programs: a 1997 survey. *Work* 1999;12:139–44.
- 7 Loisel P. Intervention for return to work – what is really effective [editorial]. *Scand J Work Environ Health.* 2005;31:245–7.
- 8 Ahonen M, Launis M, Kuorinka T, editors. *Ergonomic Workplace Analysis.* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. Ergonomic Section. 1989.
- 9 Romert W. Das Belastungs- Beanspruchungskonzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 1984;38:193–200.
- 10 The Social Insurance Institution of Finland. The chosen vocational rehabilitation clinics in Finland from 2008 to 2011. 2007;Dnro 16/331.

Korrespondenz:
Prof. Brigitta Danuser
Institut universitaire romand
de santé au travail
Rue du Bugnon 21
CH-1005 Lausanne
brigitta.danuser@hospvd.ch