

Langzeitabsenz und Langzeitarbeitsunfähigkeit: Geht da nicht etwas vergessen?

Laurence Wasem

**SGARM
SSMT**

Einleitung

Seit 2008 gilt in der Schweiz eine krankheits- oder unfallbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz ab dem 30. Tag als Langzeitabsenz. Im Rahmen der Früherkennung kann eine solche Abwesenheit vom Patienten selbst, von seinem Arbeitgeber, einem Angehörigen des Versicherten oder vom behandelnden Arzt direkt der Invalidenversicherung (IV) gemeldet werden. Case Manager, Versicherer, Vertrauensarzt, Arbeitgeber, HR-Verantwortliche, dossierbearbeitende Person – auf seinem Weg hat es der Arbeitnehmer/Patient mit zahlreichen Ansprechpartnern zu tun. Anders als häufig angenommen, haben die «Professionellen», die sich mit dem Patienten befassen, weder dieselben Interessen, noch unterliegen sie denselben Zwängen, ganz zu schweigen von ihrem unterschiedlichen Ausbildungsniveau. Vielfach liesse sich dank der Fachkompetenz und der Erfahrung des Betriebsarztes ein Ausweg aus schmerzlichen und kostspieligen Sackgassen finden.

Der Ist-Zustand

In den meisten Unternehmen ohne arbeitsmedizinischen Dienst ist eine Art standardisiertes Verfahren zur Evaluation von Langzeitabsenzen in Kraft. Nach einer bestimmten Absenzdauer wird vom Arbeitnehmer/Patienten erwartet, dass er, wenn nicht an seinen Arbeitsplatz, so doch in seine Firma zurückkehrt. Je nach Grösse und Tätigkeitsfeld des Unternehmens setzen sehr rasch Frühmassnahmen zur Begleitung des arbeitsunfähigen Arbeitnehmers ein – oder sie versanden. Der Arbeitgeber erwartet die Rückkehr an den Arbeitsplatz, sobald das Pflichtenheft wieder erfüllt werden kann oder wenigstens eine angepasste Tätigkeit mit den Firmeninteressen vereinbar ist.

Mit der Suche nach objektiven Kriterien der Arbeitsunfähigkeit wird dem Erwerbssatzversicherer wie dem Vertrauensarzt nahegelegt, der Arbeitnehmer sei ein neutrales Standardindividuum. In der versicherungsmedizinischen Literatur wird stark auf die normative Evaluation fokussiert, eine übrigens in der Arbeitsmedizin wohlbekannte Evaluation. Gemäss diesem Ansatz ist zudem bei der Einschätzung des Grades der Arbeitsunfähigkeit einer bestimmten Person jeder Hinweis auf besondere Merkmale wie Muttersprache, sozialen Status, ethnische Herkunft usw. zu unterlassen. Anscheinend neigen behandelnde Ärzte allzu häufig dazu, für ihre Patienten charakteristische Parameter zu erwäh-

nen, die wegen ihrer Individualität von Versicherern und Vertrauensärzten allerdings nicht eingeordnet werden können.

Wird beispielsweise die Gewährung von IV-Renten aus psychischen Gründen nachträglich analysiert, fällt auf, dass alleinerziehende Frauen oder Immigranten mit sehr tiefem Bildungsniveau und dürftigen Kenntnissen einer der vier Landessprachen übervertreten sind. Im Bemühen, die Renten oder Leistungen denjenigen vorzubehalten, die ihrer wirklich bedürfen, und zugleich die Herausforderung der Kassenfinanzen anzunehmen, werden Skalen eingerichtet, um so die Ausgewogenheit der Anerkennung der Folgen unterschiedlicher Behinderungen zu ermöglichen.

In der Sprache der Versicherer, aber auch der Manager: Man will *funktionale Einschränkungen* festmachen, das heisst, die Liste der Aufgaben erstellen, die der Angestellte erledigen sollte, aber wegen seines Gesundheitsproblems nicht erledigen kann. Solche funktionalen Einschränkungen werden üblicherweise in folgenden Einheiten ausgedrückt: Zahl der zu hebenden Kilos, Dauer einer bestimmten Stellung, Zahl der zurückzulegenden Kilometer. Diese Einheiten sind leicht zu akzeptieren; doch sobald es darum geht, den Schaltdienst oder die Zahl der Lernenden in einer Klasse zu beschränken, kommt es zu Spannungen – als habe man vorgeschlagen, zum Dessert überzugehen, noch bevor die Suppe ausgelöffelt ist ... Was für Einheiten gibt es, um den Grad der Missstimmung in einem Bereich, die Zahl der untereinander im Konflikt stehenden Arbeitnehmer in einem Büro zu eruieren? In einem Referenzartikel [1] werden die behandelnden Ärzte zwar zur Objektivität angehalten, dann aber wird eingeräumt, die Chancen einer Wiedereingliederung hingen auch vom Netz der Personen ab, die mobilisiert und motiviert werden können, um nach Lösungen zu suchen, die dem Arbeitnehmer nach einer Langzeitabsenz die Rückkehr ermöglichen ... Die Autoren, eher aus der Versicherungsbranche, gehen gar so weit, dem behandelnden Arzt vorzuschlagen, mit dem Arbeitgeber oder dem HR-Verantwortlichen Kontakt aufzunehmen, um effiziente Lösungen zu finden. Derartige Erwartungen sind oft vergeblich, denn für den Allgemeinpraktiker ist dieses Ansinnen problematisch. Ausserdem fehlt ihm die fachliche Ausbildung, auf die er sich abstützen könnte.

Will man den Arbeitnehmer/Patienten nicht auf eine infantilisierte Grösse reduzieren, will man nicht den zwar gutmütigen, aber nicht sehr professionellen Patriarchen spielen, braucht es einen anderen Ansatz.



Laurence Wasem

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag hat.

Das anzustrebende Ziel


In Unternehmen mit betriebseigenem arbeitsmedizinischem Dienst ist der Arbeitnehmer, der krank wird, häufig bereits identifiziert und wird bezüglich seiner spezifischen Berufsrisiken begleitet. Man visitiert den Arbeitsplatz, namentlich im Zusammenhang mit Gefahrenanalysen (besonders wichtig etwa bei Schwangeren) oder mobilisiert Netzwerke, die zur Konfliktbewältigung eingesetzt werden. Wiedereingliederung gehört zum Kompetenzbereich der Spezialisten für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Hergestellt wird eine Beziehung zwischen dem Arbeitnehmer und der medizinischen Instanz, die gegenüber der Firma neutral ist. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass der Betriebsarzt und die Betriebspflegeperson, die allein die Schnittstelle zwischen Gesundheit und Arbeit abschätzen können, dafür ausgebildet sind, ihre Rolle an der Schnittstelle Arbeitgeber–Arbeitnehmer professionell wahrzunehmen.

Die Evaluation der Eignung für den Arbeitsplatz gibt dem Betriebsarzt, insbesondere nach einer Langzeitabsenz, die Gelegenheit, über die Gesundheitsprobleme des Arbeitnehmers Bilanz zu ziehen und gemeinsam mit ihm die Ressourcen abzuwägen, über die er noch verfügt, und zwar stets mit Blick auf die beizubehaltenden Tätigkeiten. Dank seiner Kenntnis des Unternehmens, seiner Kontakte mit den Vorgesetzten und den HR-Verantwortlichen kann der Betriebsarzt oder allenfalls die auf Arbeitsmedizin spezialisierte Pflegeperson realistische Vorschläge machen, um dem Mitarbeitenden eine frühzeitige Rückkehr zu ermöglichen. Nötigenfalls können die Voraussetzungen für die Wiederaufnahme der Arbeit mit einer ergonomischen Analyse oder mit zusätzlichen Untersuchungen präzisiert werden.

Eine Konsultation vor der Wiederaufnahme gibt Aufschluss darüber, inwieweit der Patient zur Rückkehr an seinen Arbeitsplatz bereit ist und welche Anpassungen er vielleicht benötigt. Parallel dazu vergewissert sich der Betriebsarzt auf Firmenebene, dass Kollegen und Vorgesetzte die Rückkehr des Arbeitnehmers an den Arbeitsplatz tatsächlich vorbereitet haben. Der Patient seinerseits ist oft sehr dankbar, wenn der Betriebsarzt oder die Betriebspflegeperson – beide kennen seinen persönlichen Weg – ihn in dieser Situation angemessen und professionell begleitet.

Wenn der Betriebsarzt die Fähigkeit, die Fähigkeit unter Vorbehalt oder die Unfähigkeit, eine Aufgabe zu erfüllen, feststellt, sollte der Versicherer in der Lage sein, den Grad der Arbeitsfähigkeit, umgesetzt in Leistungen, sachgerechter einzuschätzen, als dies derzeit der Fall ist. Angesichts der steigenden Zahl von Versicherten, die gegen die Entscheide der Invalidenversicherung rekurrieren, obwohl solche Rekurse inzwischen kostenpflichtig sind, erweist es sich als notwendig, Behinderungen, falls immer möglich, vor dem Gang vor das Gericht richtig zu evaluieren.

Schlussfolgerung

Es ist an der Zeit, dass sich die Domäne der beruflichen Wiedereingliederung professionalisiert. Dass Fachleute zum Zug kommen und sich nicht länger die Sumotori der Evaluation der Arbeitsunfähigkeit oder der Einschätzung des Invaliditätsgrades gegenseitig bekämpfen ... Man könnte dieses Sumo-Matches überdrüssig werden, in dem ein Held die Farben der Invalidenversicherung, ein zweiter das Banner des *Case Managers* trägt, während ein dritter für die Erwerbsersatzordnung antritt (Abb. 1 ). Und im Publikum, das respektvoll auf seinen Plätzen sitzt, verfolgen die HR-Verantwortlichen aufmerksam, wie die juristisch gewieften Protagonisten mit ihrem unterschiedlichen finanziellen Gewicht geräuschvoll aufeinanderprallen ... In diesem Kampf bleibt dem Arbeitnehmer/Patienten nur eine Rolle: diejenige des gut präparierten Steinkreises, auf welchem die Helden sich bewegen, stolpern und stürzen. Ist es nicht an der Zeit, dass sich etwas ändert?

Korrespondenz:

Dr. Laurence Wasem
Rue du Moulin 3
CH-1110 Morges
laurence.wasem@yahoo.fr

Literatur

1 Oliveri M, Kopp HG, Stutz K, Klipstein A, Zollikofer J. Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. Schweiz Med Forum. 2006;6 (18):420–31.



Abbildung 1
Sumo-Match (Wikimedia Commons).