

### 8.2.3 Medizinische Beurteilungskriterien zum Wiedereinsatz

Auch bei muskuloskelettalen Beschwerden gilt der Grundsatz, dass der Wiedereingliederungserfolg stark von der Dauer der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit beeinflusst wird. Hierfür gibt es mehrere Gründe:

- Viele Arbeitsplätze benötigen und bedingen eine spezifische fortdauernde muskuläre Belastung, welche in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit unterbrochen ist und zu einer muskulären Dekonditionierung führen kann.
- Die Dauer der Krankschreibung ist bei schwereren Erkrankungen länger.
- Es kommt zu psychosozialen Anpassungen an das Leben in Krankheit, die eine Hürde zur regelmäßigen Ausübung körperlich belastender Tätigkeiten in der Zukunft darstellen können (z.B. krankheitsbedingter Entfall von Schichtarbeit, Eröffnung neuer Freizeitfenster).
- Es setzen unbewusst Lernprozesse ein, die den Betroffenen daran hindern, subjektiv als schmerzfördernd empfundene Bewegungen oder Tätigkeiten auszuführen (Angst-Vermeidungs-Strategien, Fear Avoidance Beliefs).
- Chronische Schmerzen bewirken depressive Stimmungsveränderungen, welche als Begleitdiagnose den Verlauf verlängern und verschlechtern.
- Bei hoch komplexen Tätigkeiten geht zudem fachspezifisches Spezialwissen verloren oder der Arbeitsplatz wurde zwischenzeitlich verändert.

Partiell können Dekonditionierung und psychisch schwierige Konstellationen durch aufrechterhaltene körperliche Aktivität und eine möglichst kurze Arbeitsunterbrechung eingeschränkt werden (siehe Kapitel 1, Abb. 1.32).

Bei der Behandlung von Muskel-Skelett-Beschwerden ist so viel Aktivität wie möglich und erträglich das entscheidende Moment, die absolute Schmerzfreiheit aber nicht das Ziel (Schüle u. Huber 2012).

Es sollte deshalb auch auf die Therapie eingewirkt werden: Speziell bei Physio- und medizinischer Trainingstherapie muss auf Schonhaltungen geachtet werden – diese gehen meist mit kontralateralen Überlastungen und erneuten Beschwerden einher. Nicht selten ist bereits der Ausgleich festgestellter Dysbalancen durch individuell angepasstes Training und Dehnung die Therapie der Wahl.

Es existiert für die Einzelfälle in der Beratung zum BEM eine Vielzahl von Fallkonstellationen, die zur Klärung der Frage nach einer Wiedereingliederung anstehen könnten. Diese können nur beispielhaft an einigen wesentlichen Kriterien behandelt werden. Im Kapitel 4 „Arbeitsmedizinische Diagnostik und berufliche Belastbarkeit“ dieses Buches werden im jeweiligen Abschnitt zur beruflichen Belastbarkeit Empfehlungen zur beruflichen Belastung gegeben.

Einige Grundsätze sind darüber hinaus:

- Rückenerkrankungen ohne akute Schädigung der Bandscheiben („low back pain“) sollten nach wenigen Tagen wieder belastet werden. Soweit es sich um ein akutes schmerzhaftes Krankheitsbild handelt, sollte die körperliche Belastung zunächst moderat und schmerzlimitiert sein. Das bedeutet einerseits im Sinn der Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ (Kapitel 1), baldmöglichst zum Arbeitsplatz zurückzukehren und keine längere (Bett-)Ruhe zu unterstützen. Da es sich vorrangig um muskuläre Beschwerden handelt, sollten Belastungen durch den Umgang mit sehr schweren Lasten oder sehr häufiges Handhaben kleinerer Lasten und Arbeiten in dauerhaften Zwangshaltungen zunächst vermieden werden.
- Beschäftigte mit länger dauernden unspezifischen Rückenschmerzen sind besonders geeignet für eine stufenweise Wiedereingliederung. Die Toleranz des Unternehmens gegenüber der zeitweiligen Beschäftigung wird dadurch gefördert, dass die Beschäftigten bei Arbeitsunfähigkeitsdauern über sechs Wochen für diese Zeit ihre finanzielle Absicherung allein auf Kosten der Krankenkassen erhalten.
- Rückenerkrankungen der LWS-Region mit Schädigungen der Bandscheiben, die akute

Beschwerden auslösen (radikuläre Befunde, Facettensyndrom der Wirbelgelenke), sollten durch Befreiung oder Minderung der beruflichen Belastung bei körperlichen Arbeiten in eine stabile Situation gebracht werden. Wichtig ist, durch ein angemessenes Therapiekonzept die Muskulatur in der betroffenen Region des Rückens belastbar zu halten bzw. durch moderates Training zu stärken. Körperlich leichte Arbeiten können zumeist frühzeitig wieder aufgenommen werden, wie insbesondere Erfolge minimal-invasiver Therapie bei Bandscheibenvorfällen mit Radikulärsyndrom zeigen.

- Erkrankungen im Hand-Arm-Bereich, Epikondylopathien am Ellenbogengelenk, Carpaltunnel-Syndrom oder Styloiditis am Handgelenk sind häufig mit muskulärer oder ligamentärer Überforderung verbunden. Bei ihnen ist zwar eine Entlastung für einen Zeitraum mehrerer Wochen oft nicht zu umgehen, Behandlungen wirken aber meist nur symptomatisch. Bei Beschwerden, die bei neuartigen Belastungen auftreten (Berufseinsteiger, Aufnahme einer neuartigen Tätigkeit, Wechsel der Arbeitsaufgabe), bleibt abzuwarten, ob ein nach kurzer Frist bereits auftretendes erstmaliges Ereignis durch eine Anpassung der Strukturen für die Zukunft überwunden werden kann.
- Erkrankungen im Schulterbereich bedürfen ebenso der dauerhaften moderaten muskulären Aktivierung, soweit keine akuten Phasen von Schädigungen der Rotatorenmanschette des Schultergelenks oder der Supraspinatussehne vorliegen. Das gilt auch für die idiopathische Schultersteife.
- Die Arthrose der Knie- oder Hüftgelenke ist ein Zustand der Knorpelschädigung, der entgegen vielen Versprechungen nicht wirksam rückgängig gemacht werden kann. Durch moderate Belastungen kann jedoch die umgebende Muskulatur und damit die Stabilität der Gelenke verbessert werden. Damit vermindern sich die Beschwerden und die Fähigkeit zur zeitweiligen Fortführung der Tätigkeit in besonders knie- oder hüftbelastenden Berufen wird verbessert.

Eingliederungsmanagement zielt bei Muskel-Skelett-Erkrankungen besonders darauf, die durch Arbeitsunfähigkeit und Schonung gefährdeten muskulären und psychischen Leistungsvoraussetzungen aktiv aufrecht zu erhalten, ohne dabei akute und andere tatsächlich minderbelastbare Situationen zu übersehen, die eine relative Entlastung im Vergleich zu den beruflichen Anforderungen brauchen.

## 8.3 Inhalte und Verfahren der Rehabilitation im Arbeitsleben

### 8.3.1 Konzeption und Partner der Rehabilitation: MBOR

Rehabilitation hat bisher zwischen der Phase der medizinischen Rehabilitation zur Wiederherstellung einer bestmöglichen Funktionsfähigkeit durch medizinische Leistungen und der Phase der beruflichen Rehabilitation bzw. von Leistungen zur Teilhabe unterschieden.

Der Leitgedanke der MBOR (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) ist die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere dem aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz. Die MBOR stellt eine konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar, die gezielt an den gesundheitlich bedingten beruflichen Problemlagen und der gefährdeten oder bereits geminderten Teilhabe am Erwerbsleben ansetzen. Damit erweitert die MBOR das potenzielle Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation um explizit arbeitsbezogene Leistungen (DGUV 2019).

In der Rehabilitation arbeitsbezogener Erkrankungen sind die medizinische und die berufliche Rehabilitation eng miteinander verknüpft:

- Einerseits sollen durch Rehabilitation medizinische Befunde stabilisiert und verbessert werden. Die Funktionsfähigkeit ist das entscheidende Kriterium des Rehabilitationserfolgs. Wenn es aber keine vollständige