

Arbeitsunfähigkeit aus internmedizinisch-onkologisch-psychosomatischer Sicht

Dr. med. Christel Nigg

Leitende Ärztin Klinik Susenberg
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
 Fähigkeitsausweis Psychosomatische und
 Psychosoziale Medizin SAPP
 Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV
 Zertifizierte medizinische Gutachterin SIM
 Beratende Ärztin AXA Winterthur

Zusammenfassung

Auf den ersten Blick scheint die gemeinsame Betrachtung der medizinisch-onkologisch-psychosomatischen Arbeitsunfähigkeit nicht statthaft, handelt es sich doch gerade bei den onkologischen Erkrankungen um schwere, teils lebensbedrohliche Krankheiten, bei den psychosomatischen Leiden eher um zwar belastende, aber nicht tödliche Erkrankungen. Bei näherer Beschäftigung mit dem bewusst so gewählten Titel wird klar, dass sich anhand dieser Diskussion besonders gut veranschaulichen lässt, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht unbedingt linear und übertragbar von vorhandenen Diagnosen abhängt, sondern vielmehr die Folge funktioneller Einschränkungen ist, die auf verschiedenen Ebenen vorhanden sein können. Im folgenden Artikel soll das systematische Heran-

gehen an die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit veranschaulicht werden, die Gemeinsamkeiten unabhängig von den zugrunde liegenden Diagnosen, aber auch die Unterschiede, die sich nicht zuletzt aus den strukturellen organischen Defekten ergeben. Verzichtet wird auf die detaillierte Beschreibung von strukturierten Assessment-Prozessen.

Generell muss darauf hingewiesen werden, dass die häufigsten und gleichzeitig umstrittensten Ursachen für länger dauernde Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung psychische Leiden und Erkrankungen des Bewegungsapparates sind – und nicht die internistischen oder onkologischen Diagnosegruppen.

Résumé

A première vue, il peut sembler inadmissible de considérer l'incapacité de travail sous l'aspect médical à la fois oncologique et psychosomatique, car les cancers sont des maladies graves qui peuvent parfois menacer le pronostic vital alors que les affections psychosomatiques peuvent être effectivement lourdes, mais ne sont pas mortelles.

Pourtant à se confronter de plus près avec l'intitulé de cette contribution choisi à dessein, il apparaît que cette approche et les discussions y relatives permettent de montrer de manière particulièrement claire que les diagnostics posés n'impliquent pas directement une limitation donnée de la capacité de travail, mais que celle-ci est plutôt la conséquence de limitations fonctionnelles pouvant se manifester à différents niveaux. L'auteure décrit la démarche systématique requise pour l'évaluation médicale de la capacité de travail, les points communs indépendamment des diagnostics posés, mais aussi les différences qui résultent souvent de lésions organiques structurelles. Elle renonce par contre à donner une description détaillée des procédures détaillées d'évaluation.

De manière générale, il faut signaler que les causes les plus fréquentes et aussi les plus sujettes à discussion de l'incapacité de travail de longue durée et de l'invalidité sont à trouver dans les troubles psychiques et dans les maladies de l'appareil locomoteur, et non pas dans les groupes de diagnostic en médecine interne ou oncologique.

Einleitung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gehört zu den schwierigen und häufig auch undankbaren Aufgaben des ärztlichen Alltags. Das hat mehrere Gründe. Die eigentliche ärztliche Tätigkeit umfasst vor allem die Betreuung von Patienten, das Stellen einer Diagnose, das Einleiten einer Therapie und natürlich die Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen. Das Ausstellen eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses bedeutet für den therapeutisch tätigen Mediziner einen abrupten Rollenwechsel, denn hier geht es nicht in erster Linie um die ärztliche Grundkompetenz, sondern hier wird der Arzt zu einem ökonomisch bedeutsamen Gatekeeper für finanzielle Leistungen. Die partnerschaftliche Ebene mit dem Patienten muss oftmals verlassen werden, um die gesetzlich und gesellschaftlich übertragene Aufgabe ordnungsgemäss zu erfüllen. Die ärztliche Ausbildung im Bereich Versicherungsmedizin und insbesondere Krankenschreibung ist nach wie vor rudimentär und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gründet häufig vor allem auf der subjektiven Beschwerdeschilderung von Patienten und nicht primär auf objek-

tivierbaren Faktoren. Der Arbeitgeber und – bei ungünstigen Verläufen – auch die Justiz sind weitere Beteiligte an diesem Prozess. Auf der anderen Seite ist das Ausstellen eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses eine hochwirksame therapeutische Massnahme, die wie alle Therapien Wirkungen, aber auch Nebenwirkungen zeigt. Die Diskussion der Arbeitsfähigkeit kann als Anlass dienen, die bisherigen medizinischen Massnahmen bezüglich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren und den Genesungsverlauf im Hinblick auf alltags- und berufsspezifische Anforderungen festzuhalten. Eine unkritische Krankschreibung wird im Gegensatz dazu jedoch beim Patienten zur Überzeugung führen, dass Schonung und Entlastung in jedem Falle erforderlich sind und Anstrengungen zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf führen.

Ist das Problem bei akuten Erkrankungen wie z. B. einer Grippe noch mit gesundem Menschenverstand zu lösen, gestaltet sich die Beurteilung bei länger dauernden oder chronischen Erkrankungen und Beschwerden deutlich komplexer.

Bei jeglicher Betrachtung dieses Themas ist die Grundlage der Zeugniserstellung der Artikel 6 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG). Dort findet sich der Begriff der Arbeitsunfähigkeit definiert – welcher, und das muss explizit betont werden, ein juristischer und kein medizinischer Begriff ist.

«Arbeitsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten – nicht mehr, nur noch beschränkt, nur noch mit der Gefahr der Verschlimmerung.» (1)

Relevant ist die bisher ausgeübte Tätigkeit, nicht die medizinisch-theoretische Einschränkung, die Gesundheitsstörung muss einen Grad mit Krankheitswert erreichen, d.h. sie muss struktureller Natur sein und oder eine Behandlung zur Folge haben. Bei längerem Bestehen muss auch eine andere zumutbare Tätigkeit ins Auge gefasst werden. Befindlichkeitsstörungen sind explizit keine Grundlage für das ärztlich attestierte Fernbleiben vom Arbeitsplatz, ebenso chronische Schmerzen.

Es würde den Rahmen des Artikels sprengen, auf die Schwierigkeiten in der Definition dieser Begrifflichkeiten einzugehen, Krankheitswert, Zumutbarkeit, Gesundheitsstörungen sind nicht immer eindeutig definierbare Größen. Bei Zugrundelegung der WHO-Definition von Gesundheit wären nicht mehr viele Arbeitnehmer störungsfrei. Ein weiterer Fallstrick sind die grundsätzlichen Unterschiede der zugrundeliegenden Modelle. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, vom amerikanischen Psychiater George Engel 1975 in einer bahnbrechenden Publikation eingeführt, bildet heute die Grundlage der modernen Betrachtungsweise von Krankheiten in der Medizin (2). Dem gegenüber wird in der Rechtsprechung bislang das biopsychische Krankheitsmodell für die Beurteilung herangezogen, sodass bereits im Grundsatz eine Uneinigkeit der Medizin und der Jurisprudenz in diesem Thema bestehen.

Wie sehr schön in den Arbeiten zum «Haus der Arbeitsfähigkeit» des finnischen Arbeitsphysiologen Prof. Juhari Ilmarinen gezeigt werden konnte, ist die Arbeitsbewältigungsfähigkeit neben der körperlichen und psychischen Gesund-

heit von Kompetenz, Werten, der Arbeit und dem Arbeitsumfeld abhängig und wird auch durch die Familie, Freunde und die Gesellschaft in einen sozialen Kontext gestellt (3). Natürlich spielen körperliche und seelische Defizite eine wichtige Rolle, aber sie sind nicht alleine entscheidend.

Uns als attestierenden Ärzten ist häufig nicht bewusst, welche Faktoren den Entschluss zur Ausstellung eines Zeugnisses triggern. Studien zeigen, dass in den meisten Fällen der Wunsch des Patienten nach einem Attest am Anfang des Entscheidungsprozesses steht. Die Sozialisation und Befindlichkeit des Arztes nehmen ebenso Einfluss wie die Dauer der Arzt-Patient-Beziehung und die Fachrichtung, die wir vertreten, und nicht zuletzt unser Geschlecht. Untersuchungen zeigen, dass Fachärzte seltener krankschreiben als Allgemein- und Hausärzte, was diesen wiederum häufig den Vorwurf der Parteilichkeit einbringt (4, 5, 6). Es sollte aber nicht vergessen werden, dass der Grundversorger häufig den Schwarzen Peter dauerhaft behält, während der Spezialist den Patienten nicht mehr oder nur noch selten zu Gesicht bekommt.

Diagnose und funktionelle Einschränkungen

In den letzten Jahren hat ein eindeutiger Paradigmenwechsel stattgefunden dahingehend, dass nicht mehr die ICD-10-Diagnose im Zentrum der Beurteilung steht, sondern die funktionellen Einschränkungen durch die vorliegende Pathologie. Eine Einschätzung der funktionellen Einschränkung ist nicht immer einfach, allerdings wurden Instrumente entwickelt, die zumindest Anhaltspunkte für die Objektivierung der funktionellen Defizite liefern. Ein wichtiges Instrument ist die International Classification of Function (ICF), die zwar in erster Linie für den Rehabilitationsprozess und die Wiedereingliederung entwickelt wurde, sich aber auch zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beziehen lässt (7). Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe, aber auch personenbezogene und Umweltfaktoren gehen in die ganzheitliche Beurteilung mit ein. Es ist zu erwarten, dass die Instrumente zur Beurteilung der auf eine spezifische Tätigkeit bezogenen funktionellen Einschränkungen in den kommenden Jahren sukzessive verfeinert werden.

Prognose und weiterer Verlauf

Nach wie vor ist jedoch die Diagnose von Bedeutung, wenn es um die Abschätzung der Prognose geht. So haben psychosomatische Erkrankungen bezüglich Mortalität eine benigne Prognose, was allerdings über die Morbidität und den Leidensdruck der Krankheitsbilder nicht hinwegtäuschen darf. Für chronische und invalidisierende internistische Erkrankungen gibt es bezüglich des weiteren Verlaufes teilweise valide Daten. So lässt sich die Funktionsabnahme der Lunge bei einer chronischen COPD sehr gut anhand der lungenfunktionellen Parameter abschätzen, das gleiche gilt für die Niereninsuffizienz anhand der Kreatininentwicklung. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bietet die Spiroergometrie einen guten Anhaltspunkt für die verbleibende körperliche Leistungsfähigkeit. Neuropsychologische Untersuchungen können die kognitiven Leistungsreserven im besten Fall quantifizieren und aufgrund des Musters auch Auskunft über mögliche Verbesserungen und Rehabilitationspotenzial geben. Bei allen Untersuchungen und Testinstrumenten, die von der Kooperation des Probanden abhängig sind,

spielt die Erfahrung des Untersuchers naturgemäss eine grosse Rolle in der Beurteilung.

Besondere Bedeutung erhält das Abschätzen der Prognose naturgemäss bei den Tumorerkrankungen. Je nach Tumorart und Krankheitsstadium sind Krebserkrankungen heutzutage nicht mehr immer mit Tod und schwerer Invalidisierung gleichzusetzen, sondern zeigen Verläufe wie andere chronische Erkrankungen. Detailkenntnisse der zukünftigen Entwicklung sind aufgrund des raschen Wandels therapeutischer Regimes und der vielen Studienresultate für den Grundversorger nicht immer abrufbar, aber hier kann der behandelnde Onkologe wertvolle Hilfestellung bieten. Während einer Krebsbehandlung werden sich viele Patienten verständlicherweise ausserstande sehen, ihrer Arbeit nachzugehen. Absolut unmöglich ist dies jedoch nicht, wie verschiedenste Beispiele zeigen. So kann die Fortsetzung der Arbeit zum Beispiel mit einem reduzierten Pensum beim Bewältigen der Tumordiagnose helfen, indem Struktur, Kontakt mit Kollegen und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns als Ressource dienen. Im Rahmen

von Eingriffen, Bestrahlungen und belastenden Chemotherapien wird jedoch eine geregelte Beschäftigung häufig verunmöglicht, da auch schwer messbare Symptome wie Inappetenz, Fatigue und anderes neben Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Arbeitsplatz und Tätigkeitsprofil

Neben der Kenntnis und der Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Arbeitsunfähigkeit gehört auch das Wissen um das Tätigkeitsprofil und den Arbeitsplatz der betroffenen Person grundlegend zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Konkrete Aufgaben über die Tätigkeit, Pensum und zeitliche Belastungsverteilung, Arbeitswege und spezielle Verhältnisse und Umstände sind von grosser Bedeutung für die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit. Auch allfällige Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz oder im privaten Umfeld sowie grundlegende Schwierigkeiten sollten erfragt werden und in die Gesamtbeurteilung eingehen.

Die Bereitschaft des Arbeitgebers, den Arbeitnehmer zu unterstützen und gegebenenfalls einen Ersatzarbeitsplatz

anzubieten, lassen sich am besten im Rahmen eines Kontaktes zum Arbeitgeber eruieren. Schwierig ist die Situation besonders für Mitarbeitende der in der Schweiz zahlreichen, volkswirtschaftlich enorm wichtigen Kleinbetriebe und mittelständischen Unternehmen, besonders wenn es sich um Angestellte mit niedrigen Qualifikationen handelt. Hier sind der Kreativität auch beim besten Willen aller Beteiligten Grenzen gesetzt.

An dieser Stelle soll kurz noch auf eine vielleicht häufig zu wenig genutzte Unterstützungsmöglichkeit hingewiesen werden, das Case Management, das eine zusätzliche Aussensicht in diesen Prozess bringt. Der verantwortliche Fallmanager, in der Regel ein Repräsentant der Taggeldversicherung als erstes involviertes Sicherungssystem, versteht sich als Experte zur Steuerung von komplexen gesundheitlichen und sozialen Situationen, die notabene auch einen beträchtlichen Kostenaspekt haben. Allerdings muss auf die Sensibilität einer aktiven Einflussnahme des Kostenträgers auf die persönliche Lebenssituation des Betroffenen hingewiesen werden. Richtig eingesetzt kann das

Case Management einen wertvollen Beitrag zur Rehabilitation und beruflichen Reintegration über die professionellen und institutionellen Grenzen hinweg leisten.

Unterschiede zwischen psychosomatischen und internistischen Erkrankungen

Seit der Akzeptanz der psychosomatischen Erkrankungen als eine eigene Krankheitsentität wurden zumindest die offenen Stigmatisierungen und Diskreditierungen der Patienten weniger, wenngleich die Meinung, es handle sich um Simulanten, in bestimmten Kreisen immer noch virulent ist. Neuere Forschungen zeigen, dass auch bei psychosomatischen Krankheiten strukturelle und pathophysiologische Veränderungen nachweisbar sind, deren Auswirkungen aber häufig nicht zu präzisieren sind. Wenig hilfreich sind auch die Medienberichte, die Fälle von möglichem Sozialversicherungsbetrug bei den wenig objektivierbaren Leiden immer sehr gross aufgemacht publizieren und dabei genüsslich die Verfehlungen der Gutachter ausschlichten. Auch die Selbstversuche in mehreren deutschen Bundesländern, mit der reinen Schilde-

rung von Symptomen ein Zeugnis zu erhalten, zeigen die Schwierigkeit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf. Allerdings ist die ärztliche Tätigkeit nicht mehr zu leisten, wenn man seinen Patienten den ganzen Tag misstrauen muss.

Die Urteile des Schweizerischen Bundesgerichtes bezüglich der Behandlung chronischer Schmerzstörungen und anderer somatoformer Störungen unterstützen sehr klar, dass die Zusprache einer Invalidenrente im Rahmen dieser Diagnosen kaum Aussicht auf Erfolg hat. Insofern sollte vor allem der primär betreuende Mediziner unbedingt darauf hinwirken, diese Patienten unter allen Umständen im Arbeitsprozess zu halten, da trotz erheblicher Morbidität eine IV-Berentung in der Mehrzahl der Fälle abgelehnt werden wird. Das Wissen, dass eine mehr als 6-monatige Arbeitsunfähigkeit den Weg zurück verunmöglich, sollte das Instrument der Krankschreibung möglichst restriktiv zum Einsatz bringen. Gleichzeitig bedarf der Patient der repetitiven Versicherung, dass Beschwerden und Arbeitsfähigkeit nicht automatisch gekoppelt sind, und dass Arbeit nicht mit

einem weiteren Gesundheitsschaden assoziiert ist. Ein wichtiger Schritt ist die aktive Suche nach einer zusätzlich vorhandenen psychischen Erkrankung, da hier häufiger Behandlungspotenzial verborgen liegt. Auf die Bedeutung der Förster-Kriterien soll nicht näher eingegangen werden. Allerdings sind in der letzten Zeit wieder mehr Bemühungen auch von juristischer Seite im Gange, auf diesem konflikthaften Terrain neue Wege zu gehen.

Klassische internistische Erkrankungen wie z. B. die koronare Herzkrankheit oder die COPD zeigen, wie bereits erwähnt, in der Regel strukturelle Defekte und messbare Funktionsausfälle, deren Ausprägung den funktionellen Einbusen zugeordnet werden kann. Allerdings erstaunt es immer wieder, dass Personen mit schweren Funktionseinbussen auch hier weiter ihrer Arbeit nachgehen. Nicht zu vernachlässigen ist, dass manche ernsthaften somatisch-internistische Erkrankungen mit unspezifischen Symptomen beginnen und andererseits die Zuordnung zum Formenkreis der psychosomatischen Leiden häufig einen längeren Abklärungszeitraum in Anspruch nimmt. Hier kann auch trotz ak-

tuell fehlendem Nachweis struktureller Defekte die Arbeitsfähigkeit zumindest vorübergehend beeinträchtigt sein. Während des Zeitraumes der diagnostischen Unklarheit sollten Arztberichte in jedem Fall eine möglichst objektive Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes liefern und im Umgang mit Versicherern oder beratenden Ärzten auf eine Aggravation in der Darstellung zugunsten des Patienten verzichten.

Onkologische Erkrankungen

Die Diagnose einer Krebserkrankung ist für alle Patienten in der Regel mit einer grossen akuten Belastung verbunden, einmal aufgrund einer potenziell tödlichen Bedrohung, andererseits durch die Dynamik, mit der rasche Entscheidungen für eingreifende Therapien wie Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlungen getroffen werden müssen. Eine positive Einschätzung von Prognose und Therapieerfolg kann diesen akuten Schock mildern, aber selten eliminieren. Eine Krankschreibung in dieser akuten Phase ist fast nie zu umgehen. Trotzdem sollte mit der ersten Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit nicht der Weg in Richtung IV-Rente eingeschlagen werden, sondern eine Kommunikation erfolgen,

die als Behandlungserfolg auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit betont. Eine vorausschauende Planung, die von einer Zustandsverbesserung ausgeht, hilft auch bei der Bewältigung der Erkrankung. Andererseits gibt es schwer messbare Einschränkungen, die auch nach erfolgreicher Tumorbehandlung mit einer Restitutio ad integrum weiterhin andauern. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Symptom der «Fatigue». Diese Form der Müdigkeit, deren Ursache und Auswirkungen aktuell Forschungsgegenstand sind, scheint auch mit Willensanspannung nicht oder nur schwer überwindbar zu sein. Unter dieser speziellen Müdigkeit leiden nicht nur Patienten mit aktiven Tumorleiden, sondern auch Patienten nach Chemotherapie und Bestrahlung, selbst wenn diese Behandlungen erfolgreich sind und Patienten onkologisch als geheilt angesehen werden können. Auch wenn depressive Symptome fehlen, kann dieses Symptom je nach Tätigkeit eine Wiederaufnahme der Arbeit stark erschweren, obwohl es wenig fassbar erscheint.

Sicher ist die Festlegung der Arbeitsfähigkeit in der Onkologie sehr anspruchsvoll. Zur Verdeutlichung der gros-

sen individuellen Bandbreite werden nachfolgend zwei Patientenbeispiele kurz beschrieben:

Eine 1953 geborene Patientin erhält im Jahr 2001 die Diagnose eines Mammakarzinoms, welches initial brusterhaltend operiert werden kann. In der Folge werden Chemotherapie und eine Hormontherapie initiiert, trotzdem erleidet die Patientin ein Rezidiv, welches eine radikale chirurgische Intervention erforderlich macht, anschliessend erfolgt eine Radio- und weitere Chemotherapie. Es kommt zu Lymphknotenmetastasen und in der Folge auch zu einer systemischen Metastasierung. Der Verlauf geht über 12 Jahre – die Patientin ist während dieser Zeit in ihrem Beruf als medizinische Praxisassistentin weitestgehend arbeitstätig – mit reduziertem Pensum, mit Krankheitsabwesenheiten, aber ohne IV-Berentung, die ihr sicher spätestens beim Rezidiv ohne Weiteres zugesprochen worden wäre.

Offensichtlich waren die Funktionseinbussen durch die chronische Erkrankung nicht so ausgeprägt, dass sie zu einem Verlust der zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit notwendigen Fertigkeiten

geführt hätten. Im Gegenteil wurde die Unterstützung durch den Arbeitgeber und die Kollegen immer als eine Ressource erlebt.

Im Gegensatz dazu ein junger Mann, 22-jährig, der wegen eines bösartigen Hodentumors operiert und bestrahlt werden musste – und in der Folge eine 100%ige IV erhielt. Fünfzehn Jahre später wird im Rahmen einer IV-Revision die Rente in Frage gestellt – der Patient ist über all die Jahre gesund und rezidivfrei geblieben – aber nach so langer Invalidisierung kaum noch wiederingliederungsfähig.

Gerade bei Tumorerkrankungen mit eher besserer Prognose sollte die Berentung wenn überhaupt nur zeitlich befristet erfolgen.

Schlussfolgerung

Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist ein komplexer Prozess, der unter anderem auch von der gesundheitlichen Verfassung des Arbeitnehmers abhängig ist. Ein möglichst objektives Herangehen an die Frage der medizinisch verantwortbaren Arbeitsfähigkeit sollte im Interesse aller an diesem Prozess Beteiligten

sein. Unabhängig von dem Krankheitsetikett sind die strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen, die daraus resultierenden Einschränkungen in Bezug auf die angestammte oder mögliche Tätigkeit wenn möglich mittels konkreter Assessments näher zu beschreiben. Kenntnis der Verläufe und der Prognose sollten die Beurteilung abrunden. Problematisch bleibt der Einfluss von medizinfremden, aber trotzdem interferierenden psychosozialen Belastungsfaktoren, mangelnde Ausbildung, fehlendes Arbeitsplatzangebot, die den behandelnden Arzt immer wieder in schwer lösbare Konflikte bringen, vor allem wenn er durch eine spezielle Zusatzweiterbildung ein Experte im Bereich psychosomatischer und psychosozialer Medizin ist. Essentiell ist bereits im Rahmen jedweder Diagnosestellung und Behandlungsstrategie die aktive Planung der Arbeitsfähigkeit und deren Erhaltung – damit Krankengeld und IV ihrem ursprünglichen Zweck dienen und nicht als Entschädigung für gesundheitliche oder menschliche Schicksalsschläge.

Abschliessend möchte ich den dänischen Physiker Nils Bohr (1885–1962) zitieren: «Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen.»

Literatur

1. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Januar 2012)
2. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129–136
3. Prof. Juhani Ilmarinen, JIC Ltd, Gerontology Research Centre University of Jyväskylä, Finnish Institute of Occupational Health (1970–2008)
4. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(2): 81–6
5. Hussey S et al. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004;328(7431): 88–92
6. Risi G: Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ein patientengesteuerter Prozess, *Care Management* 2008;1: Nr. 6
7. International Classification of Functioning Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Schaufelberger D: Einführung von Case Management in Versicherungen – Entwicklung, Implementierung und betriebliche Verankerung von Case Management am Beispiel einer Taggeldversicherung, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit