



Krankschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren

Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung

Zusammenfassung

Für die vorliegende Untersuchung wurden im Auftrag und in enger Kooperation mit der SWICA Krankentaggeldversicherung erstmals in der Schweiz eine grosse und für Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen aussagekräftige Anzahl von Krankentaggeldossiers eingehend analysiert. Das Ziel dieses umfangreichen Projektes bestand darin, eine breite Datenbasis zu erheben, um besser zu verstehen, wie es zu Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen kommt, welchen Verlauf sie nehmen und welche Merkmale die Dauer besonders beeinflussen. Zudem sollte ein besseres Verständnis auch Potentiale aufzeigen, wie Versicherte, Unternehmen, Ärzte und Versicherungen mehr dazu beitragen können, dass längere Arbeitsunfähigkeiten nicht unnötigerweise (manchmal ist eine lange Arbeitsunfähigkeitsdauer unumgänglich) zu Stellenverlust, Arbeitslosigkeit bis hin zu Sozialhilfeabhängigkeit oder Invalidität führen.

Ausgangslage und Problemstellung

Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen nehmen seit vielen Jahren stetig zu. In Deutschland beispielsweise (für die Schweiz fehlen nationale Daten über einen längeren Zeitraum) haben sich die Anzahl der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle wie auch der Arbeitsunfähigkeitstage zwischen 1997 und 2019 verdreifacht. Dieser Trend, der speziell die psychischen Erkrankungen betrifft, zeigt sich auch in anderen Industrieländern. Die Gründe dafür sind unklar. Von einer epidemiologischen Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, kann jedenfalls nicht ausgegangen werden. Offenbar haben sich die Wahrnehmung und der Umgang mit psychischen Problemen in Gesellschaft und Arbeitsmarkt verändert. Die Zunahme der Krankschreibungen kontrastiert zudem mit einer ausgezeichneten und differenzierten psychiatrischen Versorgung, die in den letzten Jahrzehnten stark ausgebaut und professionalisiert wurde und zum anderen mit einer gewissen Enttabuisierung psychischer Störungen. Psychische Erkrankungen werden heute häufiger, früher und professioneller erkannt und behandelt.

Fragestellungen der Untersuchung

Die Fragestellungen der Untersuchung betreffen neben der Art der Arbeitsunfähigkeit sämtliche bei einer Arbeitsunfähigkeit involvierten Hauptakteure, zudem interessierte auch der Vergleich zwischen psychisch und somatisch bedingten Krankschreibungen:

- Merkmale der Arbeitsunfähigkeit, Grad, Dauer, Arbeitsplatzbezogenheit
- Merkmale und Verhalten der versicherten Person, familiär, sozial und biografisch
- Merkmale von Krankheit, Beeinträchtigung, Behandlung, Anamnese
- Merkmale des Unternehmens, der Arbeitsbedingungen, Tätigkeiten, Arbeitsplatzsituation
- Merkmale der ärztlichen Berichterstattung, Beurteilung, Angaben zum Wiedereinstieg
- Merkmale des Versicherungsprozesses
- Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Vergleich zwischen somatischen und psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten

Stichprobe, Vorgehen und Methodik

Es wurden 3 zufällige Teilstichproben von Versichertendossiers von arbeitsunfähigen Personen gezogen, welche im 2019 ihre letzte Arbeitsunfähigkeitsepisode hatten:

- 1) Versicherte mit **psychisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 15 Tagen und maximal 365 Tagen Dauer (n=782);
- 2) Versicherte mit **psychisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 365 Tagen und maximal 730 Tagen Dauer (n=552).

- 3) Versicherte mit **somatisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 365 Tagen und maximal 730 Tagen Dauer (n=622);

Die Teilstichproben 2) und 3) sind gegenüber ihrer effektiven Häufigkeit übervertreten und wurden für die vorliegenden Auswertungen wieder zurückgewichtet. Insgesamt wurden 1'956 Dossiers ausgewertet. Ausgewertet wurden neben a) Systemdaten der SWICA, b) alle für die Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebenden Hausarzt- und Facharztberichte sowie Gutachten und weitere Arztberichte (zum Beispiel Austrittsberichte von Kliniken) und c) die Informationen aus dem Erstkontakt zwischen Versicherung und versicherten Personen. Zudem wurden Einschätzungen vorgenommen aufgrund der Kenntnis des Gesamtdossiers.

Die Dossiers wurden zwischen Anfang September 2020 und Ende Januar 2021 erfasst. Da die Erfassung der Dossiers im Durchschnitt 1 bis 1.5 Stunden benötigte, wurde ein Team von 12 erfahrenen Fachspezialistinnen und Care Manager der SWICA rekrutiert und zumindest Teilzeit für die Dossiererfassung freigestellt. Diese Fachpersonen wurden geschult und eng (wöchentlich) fachlich begleitet. Die Übereinstimmung der Erfassungen wurde getestet und fiel sehr gut aus. Es kann dank der Fachkenntnis und der Motivation des Erfassungsteams von einer hohen Datenqualität ausgegangen werden. Neben deskriptiven statistischen Analysen (Häufigkeiten, Mittelwerte, Kreuztabellen) wurden auch weiterführende Analysen durchgeführt: Typologien von Versicherten, Krankheitsmerkmalen, Unternehmen, ärztlicher Berichterstattung etc. Schliesslich wurden uni- und multivariate Einflussfaktoren auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer gerechnet.

Im Folgenden werden einige Hauptresultate dargestellt:

Grad, Dauer und Art der Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen

Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen dauern im Durchschnitt 218 Tage (ohne Fälle mit weniger als 15 Tagen). Das ist deutlich länger als die meisten Krankschreibungen aus somatischen Gründen. Der Median (mittlerer Wert – gleich viele Versicherte haben eine kürzere respektive längere Dauer) liegt bei 154 Tagen. Jeweils ein Viertel der Versicherten hat eine Arbeitsunfähigkeitsdauer unter 3 Monate, von 3-5 Monaten, von 5-9 Monaten und von 9-24 Monaten.

In 95% der Fälle handelt es sich zu Beginn (und meist bis zum Schluss) um eine Vollzeit-Krankschreibung. Die Kombination von langer Dauer und Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit ist im Hinblick auf den Wiedereinstieg ungünstig, da es zu einem langen Kontaktabbruch zwischen versicherter Person, Vorgesetzten und Arbeitskollegen führt. Auch kann man sich fragen, ob nicht häufiger eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit möglich gewesen wäre. Insofern ist es nicht überraschend, dass es in der Hälfte der Fälle (51%) zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses kommt, in zwei Drittel der Fälle durch den Arbeitgeber. Die (voraussichtlich) lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit hat auch zur Folge, dass rund 40% der Versicherten durch die Krankentaggeldversicherung bei der Invalidenversicherung angemeldet werden – wobei die Invalidenversicherung wiederum in 40% dieser angemeldeten Versicherten proaktiv mit Eingliederungsmassnahmen reagiert.

Insgesamt ist bei rund der Hälfte aller Krankschreibungen von einer so genannten „arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit“ auszugehen. Das heisst, die Versicherten sind nicht generell arbeitsunfähig, sondern nur am aktuellen Arbeitsplatz.

Die Mehrheit der Versicherten ist offen und wirkt gut mit

Grossmehrheitlich (in rund 75% der Fälle) ist die Mitwirkung der versicherten Personen gut, rund die Hälfte der Versicherten geben gegenüber der Versicherung offen Auskunft und drei Viertel schildern ihre Beschwerden sachlich und präzise. Deshalb ist es wichtig, die Auskünfte der Versicherten bei Beginn

der Krankschreibung ernst zu nehmen. Je schlechter das subjektive Empfinden der Versicherten bei Beginn, desto länger dauert auch die Arbeitsunfähigkeit.

Dort, wo es Auffälligkeiten bei der Mitwirkung, der Offenheit und der Beschwerdepräsentation (übertreibend) gibt, ist generell von eher problematischen Verläufen auszugehen: bei einem Teil der Versicherten handelt es sich um stärker eingeschränkte Personen, die Probleme haben, adäquat mitzuwirken. Bei einem anderen Teil handelt es sich um Versicherte, die Arbeitsplatzkonflikte haben und bei denen in Arztberichten Verhaltensauffälligkeiten erwähnt sind.

Arbeitsunfähigkeit hat oft eine Geschichte

Bei der Art der Erkrankung, die der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, handelt es sich eher selten (rund 20% der Fälle) um eine akute (erstmalige) Erkrankung. Doppelt so häufig (rund 40% der Fälle) handelt es sich bei der Arbeitsunfähigkeit um eine Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems oder um eine Reaktion auf eine Arbeitsplatzproblematik (rund 50% der Fälle; Mehrfachantworten möglich). Versicherte mit akuten Erkrankungen und Verschlechterungen eines vorbestehenden Gesundheitsproblems sind schwerer beeinträchtigt und länger arbeitsunfähig als Versicherte mit reaktiven Arbeitsunfähigkeiten.

Vorbestehende Erkrankungen sind generell häufig: die Hälfte der aktuell krankgeschriebenen Versicherten hatten schon früher Arbeitsprobleme. Der Beginn dieser früheren Probleme manifestierte sich schon in früheren Anstellungen (31%) oder schon während der Ausbildung, in der Schulzeit oder noch früher (25%) – also sehr lange vor der aktuellen Krankschreibung: das Durchschnittsalter der untersuchten Versicherten beträgt 42 Jahre. Der zeitliche Beginn von Leistungs- oder Verhaltensproblemen ist von Bedeutung: Je früher die psychischen Beschwerden erstmals aufgetaucht sind, desto schwerer sind die Alltagsbeeinträchtigungen und desto länger ist die aktuelle Arbeitsunfähigkeit. Dasselbe gilt für die Komorbidität: Versicherte, die früher schon sowohl somatische wie psychische Erkrankungen hatten, sind schwerer beeinträchtigt und werden länger arbeitsunfähig geschrieben.

Diese Resultate weisen erstens darauf hin, dass es für die Planung des Wiedereinstiegs wichtig wäre, diese häufig schon früher vorhandenen Probleme zu kennen. Und zweitens weisen sie darauf hin, dass hier ein grosses präventives Potential vorhanden ist.

Soziale Isolation, familiäre Konflikte und Alltagsbelastungen

Bei rund einem Viertel der Versicherten ist dokumentiert, dass sie sozial isoliert leben. Bei rund 30% der Versicherten sind als auslösender Faktor für die Arbeitsunfähigkeit auch private Probleme erwähnt: Konflikte mit Partnerin oder Partner oder im Umfeld, Probleme mit den Kindern, finanzielle oder rechtliche Probleme. Rund 10% der (weiblichen) Versicherten sind alleinerziehend. Gerade die soziale Isolation zeigt einen sehr starken Zusammenhang mit einer längeren Arbeitsunfähigkeitsdauer. Das heisst, dass neben der Arbeitsplatzsituation oft auch die private Lebenssituation zu Belastungen führt.

Eine Typologisierung der psychisch kranken Versicherten hat 5 unterschiedliche Personen-Typen ergeben, von denen die zwei folgenden Gruppen ein besonders hohes Risiko für eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit aufweisen: zum einen Versicherte, die geschieden, sozial isoliert und/oder alleinerziehend und im Durchschnitt 47 Jahre alt sind (12.7% der Versicherten). Sowie Versicherte, die ledig, oft sozial isoliert und durchschnittlich 30 Jahre alt sind (14% der Versicherten). Hierbei handelt es sich auch um diejenigen Personengruppen, die am häufigsten schon frühe Belastungen und Probleme in Ausbildung und Beruf gehabt haben.

Am häufigsten werden Krankschreibungen durch Arbeitsplatzkonflikte ausgelöst

Besonders wichtig sind Arbeitsplatzkonflikte: insgesamt sind gemäss Auskünften von Versicherten und Arbeitgebern über 60% der Arbeitsverhältnisse belastet und in rund der Hälfte aller Arbeitsverhältnisse erfolgt eine Kündigung im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit respektive ist eine Kündigung geplant. In insgesamt 57% aller psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten ist die Arbeitsunfähigkeit eine Reaktion auf Kränkungen oder Konflikte am Arbeitsplatz. Das heisst, die Mehrheit aller psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten wird durch eskalierende Probleme am Arbeitsplatz ausgelöst. Wenn es dann nach längerer Zeit zu einer Krankschreibung kommt, ist es für alle Beteiligten schwierig, hier noch eine gute Lösung zu finden.

Konfliktbedingte Krankschreibungen haben eine spezielle Dynamik

Arbeitsunfähigkeiten, die durch Arbeitsplatzkonflikte ausgelöst werden, unterscheiden sich in mancherlei Hinsicht von den anderen Krankschreibungen: Wenn direkt nach einer Kündigung krankgeschrieben wird, handelt es sich fast immer (in 90% der Fälle) um konfliktbedingte Arbeitsunfähigkeiten. Ähnliches gilt bei Vorliegen betrieblicher Veränderungen (Reorganisation, Personalabbau, Chefwechsel): sind solche dokumentiert, handelt es sich fast immer um Konfliktsituationen.

Auch das Verhalten der Versicherten unterscheidet sich: verhalten sie sich passiv bezüglich Wiedereinstieg, zögern den Wiedereinstieg hinaus oder halten keinen Kontakt zum Arbeitgeber, handelt es sich in rund drei Viertel der Fälle um konfliktbedingte Arbeitsunfähigkeiten. Arbeitsunfähigkeiten, die „unstimmig“ (Dauer und Grad nicht nachvollziehbar) wirken, die den Stellenerhalt der Versicherten gefährdet haben und in denen es nie zu Wiedereingliederungsmassnahmen kam, sind viel häufiger konfliktbedingte Arbeitsunfähigkeiten.

Bei diesen konfliktbedingten Krankschreibungen handelt es sich in rund 80% der Fälle um eine „arbeitsplatzbezogene“ Arbeitsunfähigkeit, was bedeutet, dass die Versicherten an einem anderen Arbeitsplatz an sich arbeitsfähig wären. Entsprechend sind konfliktbedingte Krankschreibungen bei den eher ‚kürzeren‘ (bis 5 Monate) Arbeitsunfähigkeiten etwas übervertreten. Aber der Anteil konfliktbedingter Krankschreibungen an allen Krankschreibungen sinkt bis zum Schluss der maximalen AUF-Dauer von 2 Jahren nie unter 43%. Das heisst, auch bei den maximal langen Arbeitsunfähigkeiten geht fast jede zweite Krankschreibung auf Arbeitsplatzkonflikte, Kränkungen, Frustrationen etc. zurück. Dies veranschaulicht, welche Langzeitwirkung solche Kränkungen haben können.

Zwei Gruppen von Versicherten mit konfliktbedingten Arbeitsunfähigkeiten

Bei den Versicherten, die wegen Arbeitsplatzkonflikten arbeitsunfähig wurden, handelt es sich nicht um eine homogene Personengruppe, von der man grundsätzlich davon ausgehen kann, dass sie alle arbeitsfähig wären. Auch kann nichts darüber ausgesagt werden, wer für den Konflikt verantwortlich war. Die Daten zeigen, dass man ungefähr zwei gleich grosse Gruppen unterscheiden kann: zum einen handelt es sich um Personen mit frühen Belastungen und auch dokumentierten Problemen an früheren Arbeitsstellen oder auch schon in der Schule. Diese Personen zeigen auch privat erhebliche Probleme und stärkere Einschränkungen und sind oft schon länger in psychiatrischer Behandlung. Diese Personen haben ein grosses Risiko für eine lange Krankschreibung. Die zweite Gruppe war vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit nicht in psychiatrischer Behandlung, frühere Probleme und auch Beeinträchtigungen im Alltag sind nicht dokumentiert. Diese Personen sind angesichts ihrer wohl bestehenden Arbeitsfähigkeit zwar lange (meist zwischen 5-9 Monaten), aber eher selten sehr lange (mehr als 9 Monate) arbeitsunfähig.

Dass die Mehrheit der Krankschreibungen Resultat einer sich zuspitzenden und problematischen Arbeitsplatzsituation ist, verdeutlicht, dass eine Arbeitsunfähigkeit normalerweise das vorläufige Ende einer längeren Entwicklung ist – und nicht der Anfang. Umso wichtiger wäre es, dass Unterstützung nicht erst nach der Krankschreibung einsetzt, sondern deutlich früher und solange das Arbeitsverhältnis noch nicht so belastet ist. Kommt es schliesslich zur Krankschreibung, wirkt die Situation oft blockiert.

Welche Rolle spielen Betriebsgrösse und Branche?

80% der Versicherten arbeiten in einem 80-100% Pensum, 9 von 10 Versicherten sind Arbeiter oder Angestellte ohne Kaderfunktion. Die grossen Unternehmen mit 250 und mehr Beschäftigten sind hier eher übervertreten.

Das spielt eine Rolle, weil die Anzahl Mitarbeitender mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer (nicht unbedingt mit der Anzahl Fälle) korreliert: je grösser das Unternehmen desto länger die Arbeitsunfähigkeit. Der Zusammenhang zwischen Betriebsgrösse und Arbeitsunfähigkeitsdauer erklärt sich womöglich damit, dass mit zunehmender Betriebsgrösse die soziale Kontrolle reduziert ist und je nachdem ein Ausfall weniger direkte Konsequenzen hat als in einem Kleinbetrieb. Auf der anderen Seite kann gerade in den grossen Unternehmen meist auf eine Vielzahl von Supportdiensten zurückgegriffen werden, die in den KMU normalerweise fehlen (Sozialdienst, Psychologen, Job Coaches etc.).

Auch die Dauer der Anstellung der Versicherten spielt eine Rolle: je länger die Versicherten im aktuellen Unternehmen angestellt sind desto länger dauert auch die Arbeitsunfähigkeit. Dies liegt nur zum Teil daran, dass ältere Versicherte länger arbeitsunfähig sind als jüngere. Die Anstellungsdauer hängt unabhängig vom Alter mit der Dauer der Krankschreibung zusammen.

In den hier vorliegenden Fällen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Branche. Die Spanne zwischen den Branchen mit den durchschnittlich tiefsten Dauern (Baugewerbe mit 171 Tagen und Logistik mit 191 Tagen) und den Branchen mit den höchsten Dauern (öffentliche Verwaltung mit 267 Tagen, Banken/Versicherungen mit 262 und Erziehungswesen mit 255 Tagen) beträgt rund 90 Tage. Dass Arbeitsunfähigkeiten in grossen Unternehmen besonders lange dauern, die anders als die kleinen und mittleren Unternehmen über Supportdienste verfügen, weist auf ein grosses Potential hin: gerade in solchen Unternehmen wären an sich personelle Ressourcen vorhanden, um in solchen Verläufen von Mitarbeitenden mit Problemen oder mit eskalierenden Konflikten frühzeitig und präventiv zu intervenieren.

Arbeitsanforderungen und -bedingungen sind wichtig

Die mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Anforderungen spielen auch eine wichtige Rolle für die Arbeitsunfähigkeitsdauer. Bedeutsam sind hohe Anforderungen an Disziplin/Zuverlässigkeit und an den emotionalen Umgang. Beides ist mit einer längeren Dauer verbunden.

Hohe Anforderungen an Disziplin/Zuverlässigkeit/Kognition zeigen sich besonders häufig in der Finanzbranche und in der Verwaltung. Hohe emotionale und interaktionelle Anforderungen sind besonders häufig im Handel, im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Erziehungswesen. Diese Zusammenhänge erklären einen Teil der Branchenunterschiede. Schliesslich hängt auch ein besonders hoher Erfolgsdruck mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit zusammen.

Gerade bei psychischen Störungen ist es nachvollziehbar, dass ein hoher Erfolgsdruck und hohe emotionale und kognitive Arbeitsanforderungen sowie hohe Anforderungen an die Zuverlässigkeit einen Wiedereinstieg hinauszögern können. Arbeitsfähigkeit beschreibt generell das Verhältnis von Anforderungen und Leistungsvermögen, je höher die Anforderungen umso höher sollte auch das Leistungsvermögen sein. Umso wichtiger wäre es, dass für einen frühen Wiedereinstieg nicht nur das

Pensum, sondern auch die Aufgaben, Anforderungen und der Leistungsdruck dem aktuell womöglich noch nicht vollständig vorhandenen Leistungsvermögen angepasst werden können.

Diagnostiziert werden fast ausschliesslich Depressionen und Anpassungsstörungen

Diagnostisch überwiegen grossmehrheitlich affektive Störungen (depressive Episode und rezidivierende depressive Störungen) und neurotische Störungen (v.a. Belastungsreaktionen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen). Substanzabhängigkeiten (11%) und Persönlichkeitsstörungen (8%) sind eher selten diagnostiziert, was v.a. bei Letzteren mit ziemlicher Sicherheit eine Unterschätzung deren realer Häufigkeit darstellt.

Dass Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen häufig diagnostiziert werden, ist angesichts der sehr häufigen konfliktbedingten Krankschreibungen nachvollziehbar. Aber es ist schwer vorstellbar, dass fast alle der hier erfassten Versicherten primär an einer depressiven oder Anpassungsstörung leiden – nicht zuletzt auch wegen des oft schon frühen Beginns der gesundheitlichen Problematik. Dies könnte darauf hindeuten, dass bei Krankschreibungen oft lediglich die aktuelle Symptomatik berichtet wird, die sich generell meistens in depressiven und Belastungssymptomen zeigt – auch bei anderen psychischen Störungen. Diese aktuelle Symptomatik sagt aber noch nicht sehr viel aus über das Gesamtbild und den (teils jahre- bis jahrzehntelangen) Verlauf der psychischen Problematik.

Das Problem einer fast ausschliesslich auf den Moment bezogenen Diagnostik liegt darin, dass sie kaum Hinweise gibt für rehabilitative Massnahmen: wie soll der Wiedereinstieg geplant werden, welche Art von Arbeitsanpassungen wären hilfreich, was kann den Versicherten zugetraut werden, worauf ist im Umgang mit ihnen zu achten etc.? So macht es beispielsweise einen Unterschied, ob eine versicherte Person neben einer Depression noch eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung aufweist.

Das Vorliegen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist schliesslich von allen Diagnosen am engsten verbunden mit einer langen Arbeitsunfähigkeitsdauer: Liegt eine solche Störung vor, dauert die Arbeitsunfähigkeit statistisch 113 Tage länger als wenn eine solche nicht vorliegt. Auch bei den subklinischen (auffällig aber nicht diagnosewürdig) Persönlichkeitsakzentuierungen zeigt sich ein Plus von 46 Tagen gegenüber dem Fehlen solcher Auffälligkeiten.

Beeinträchtigungen im Alltag sind eher selten

Die vorliegende Gesundheitsproblematik wirkt sich in erster Linie auf die Arbeit aus und vergleichsweise selten wird ein Einfluss auf andere Lebensbereiche (Partnerschaft, Kindererziehung, soziale Kontakte, Haushaltführung, Administration/Behördenkontakte, Freizeitaktivitäten ausser Haus, Benützung des öffentlichen Verkehrs) dokumentiert. Fast 80% der Versicherten haben neben der Arbeit in den weiteren 7 Alltagsbereichen keine (64%) oder maximal eine (14%) Beeinträchtigung. Auch hier kann man sich fragen, ob nicht in gewissen Fällen eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit möglich wäre.

Am ehesten zeigen sich beeinträchtigende Folgen in der Partnerschaft, im sozialen Umfeld und hinsichtlich Freizeitaktivitäten ausser Haus. Probleme in der Haushaltführung, im Kontakt mit den Kindern, in administrativen Belangen und Behördenkontakten sowie in der Mobilität (Benützung des öffentlichen Verkehrs) sind selten. Wiederum manifestiert sich hier die Bedeutung eines frühen Ersterkrankungsalters: der Anteil der aktuell im Alltag schwerer Beeinträchtigten ist bei den schon im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter Erkrankten viel höher als bei den später erkrankten Personen.

Auch schwere Funktionseinschränkungen sind eher die Ausnahme

Die in den ärztlichen Berichten erfassten Funktionseinschränkungen (körperliche, kognitive, affektive und interaktionelle) sind ebenfalls meist „geringfügig“ - falls Einschränkungen überhaupt dokumentiert

sind. Abgesehen von den seltenen körperlichen Funktionseinschränkungen haben 41% geringfügige kognitive Defizite, 49% emotionale Defizite und 19% interaktionelle Defizite.

Betrachtet man die Berichte der Psychiater und Gutachter, sind zusammengenommen lediglich in jeweils 7-14% der Fälle „schwere“ kognitive, affektive oder interaktionelle Einschränkungen. „Schwere“ Einschränkungen sind demnach die Ausnahme. Insgesamt haben 20% der Versicherten zumindest irgendeine „schwere“ Funktionseinschränkung. Bei diesen Personen zeigen sich wiederum meistens (in 75% der Fälle) schon frühe Probleme in Schule und Arbeitsbiografie.

Ausführliche ärztliche Berichte und Gutachten erst bei längerer Arbeitsunfähigkeit

75% der erfassten Versichertendossiers enthalten ärztliche Informationen und zwei Drittel der Dossiers enthalten Berichte der behandelnden Hausärzte und Fachärzte (Psychiater). Dort, wo ärztliche Informationen fehlen, handelt es sich häufiger um Personen mit leichteren Beeinträchtigungen. Das ist nachvollziehbar, dennoch sollten auch diese am Arbeitsplatz oft konflikthafte Verläufe nicht unterschätzt werden. Gutachten, die meist erst im weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in Auftrag gegeben werden, finden sich vor allem bei Versicherten mit stärkeren Einschränkungen, vorbestehenden Gesundheitsproblemen, bei chronischen Verläufen und Auffälligen in Persönlichkeit und Verhalten.

Ein analoges Phänomen zeigt sich bei den Berichten der behandelnden Hausärzte und Psychiater: Je ausführlicher und fundierter die Artberichte sind, desto länger ist die Arbeitsunfähigkeit. Das heisst, dass erst bei einer (sehr) langen Krankschreibung besonders ausführliche Berichte verfasst werden. Das ist einerseits verständlich und andererseits aus rehabilitativer Sicht zu spät: Es wäre wichtig, solche ausführlichen ärztlichen Informationen möglichst schon zu Verfahrensbeginn zu erhalten.

Die Arbeitsbiografie wird kaum gewürdigt

Die Berichterstattung der behandelnden Hausärzte und Psychiater ist medizinisch fundiert und vor allem seitens der Psychiater auch relativ ausführlich (44 Zeilen pro Psychiaterbericht). Die Krankheits- und Behandlungsgeschichte ist oft kurz gehalten. Nahezu inexistent ist hingegen eine Beschreibung des früheren Funktionsniveaus respektive der Arbeitsbiografie. In Hausarztberichten wird die Arbeitsbiografie im Durchschnitt mit 0.1 Zeilen pro Bericht erwähnt, in den oft ausführlicheren psychiatrischen Berichten mit 5.4 Zeilen.

Hier liegt ein sehr grosses Potential für die ärztliche Berichterstattung, da die Arbeitsbiografie respektive die Funktionsfähigkeit der Patienten an früheren Arbeitsstellen auch sehr viel Aufschluss geben kann zur Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit und zur Planung des Wiedereinstiegs. Viele psychisch kranke Patienten mit Arbeitsproblemen hatten schon vor der aktuellen Arbeitsstelle Probleme, teils seit Schule oder Ausbildung. Und viele zeigen ein typisches Problemmuster. Daraus liessen sich auch für die aktuelle Situation wichtige Schlussfolgerungen ziehen. Eine fundierte Analyse der Arbeitsbiografie ist aufwändig, weshalb es verständlich ist, dass eine solche (gerade bei Hausärzten) meist unterbleibt. Hier wäre zu überlegen, ob man nicht die ärztlichen Berichte besser vergüten sollte.

Arbeitgeber wären wichtige Auskunftspersonen

Informationen von Drittpersonen kommen in den Berichten der behandelnden Hausärzte und Psychiater generell selten vor (in 12% respektive 16% der Berichte). In den Gutachten sind sie deutlich häufiger (rund 50% der Fälle). Diese Drittinformationen stammen jedoch fast ausschliesslich von anderen Ärzten. Hingegen fehlen Informationen von Arbeitgebern fast immer, auch bei den Gutachtern.

Wenn man bedenkt, dass mehr als die Hälfte der Arbeitsunfähigkeiten mit Konflikten am Arbeitsplatz verbunden sind, ist das Fehlen von Arbeitgeberinformationen relevant. Ohne diese ist eine Beurteilung

solcher Situationen nur sehr eingeschränkt möglich, da sich die Wahrnehmungen der Patienten und deren Vorgesetzten in Konfliktsituationen deutlich unterscheiden können. Eine Kenntnis der Arbeitgebersicht wäre schliesslich nicht nur für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wesentlich, sondern auch für die Behandlung hilfreich. Die Kenntnis der Arbeitgebersicht könnte wichtige alltagsbezogene Impulse geben auf Therapieziele und -vorgehen.

Eine vergleichbare Herausforderung liegt darin, dass sich vor allem Hausärzte und seltener auch Psychiater in ihrer Befunderhebung, falls vorhanden, oft ausschliesslich auf die Angaben der Patienten stützen. In fast der Hälfte aller Hausarztberichte fehlt ein Befund - und falls ein Befund vorhanden ist, stützt er sich in 50% der Fälle ausschliesslich auf subjektive Angaben der Patienten. Bei den psychiatrischen Berichten ist ein Befund deutlich häufiger vorhanden (80%) und stützt sich lediglich in 20% der Fälle ausschliesslich auf subjektive Angaben. Ein Befund ist eine ärztliche Beurteilung und nicht eine Berichterstattung der Patientenangaben. Dies ist bei somatischen Erkrankungen fast immer gegeben: bei somatischen Erkrankungen sind auch bei Hausärzten subjektive Befunde sehr selten. Und wie das Vorhandensein von Drittinformationen ist auch ein ‚objektiver‘ psychopathologischer Befund eine Voraussetzung für eine nachvollziehbare Beurteilung.

Funktionseinschränkungen werden oft nicht beschrieben

Der Grund für eine Arbeitsunfähigkeit liegt darin, dass krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen vorliegen, welche eine Tätigkeit be- oder verhindern. Arbeitsunfähig ist man nicht, weil man psychische Symptome hat, sondern weil man krankheitsbedingt gewisse Arbeitsfähigkeiten nicht mehr hat.

Solche Funktionseinschränkungen sind häufig nicht dokumentiert. In rund 50% der Hausarztberichte und einem Viertel der Psychiaterberichte werden keine Funktionseinschränkungen erwähnt. Insofern ist unklar, ob und warum die versicherte Person nicht arbeiten kann. Auch deshalb sind die ärztlichen Beurteilungen für Dritte oft nicht oder nur teilweise nachvollziehbar: 75% der Hausarztberichte und knapp 60% der Psychiaterberichte sind kaum nachvollziehbar, weil keinerlei Einschränkungen dokumentiert sind. Hier könnten die behandelnden Ärzte Klarheit schaffen, indem sie vermehrt Einschränkungen formulieren statt lediglich Symptome. Eine ‚Übersetzung‘ von Symptomen in Funktionseinschränkungen wäre eine grosse Hilfe für die Planung des Wiedereinstiegs und würde auch die Kommunikation mit dem Arbeitgeber erleichtern: dies ist die Sprache, die der Arbeitgeber versteht und wo er auch wichtige Informationen beitragen kann.

Prognose und Hinweise zu nötigen Massnahmen wären hilfreich

Eine Prognose fehlt in fast der Hälfte aller Hausarzt- oder Psychiaterberichte. Ist eine solche vorhanden, ist die Prognose oft zeitlich vage («Frühling 2022») oder eine zeitliche Angabe fehlt ganz (in 55% der Hausarztberichte und 68% der Psychiaterberichte). Dies gilt vor allem für längere Arbeitsunfähigkeiten und bei Versicherten mit Persönlichkeitsauffälligkeiten. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei den hier analysierten Arztberichten jeweils um diejenigen Berichte handelt, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet haben, also um Berichte in einem eher frühen Stadium. Hinzu kommt, dass ein Teil der Versicherten erst bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit überhaupt eine ärztliche Behandlung aufsucht.

Es ist bekannt, dass Psychiater die Prognosestellung als grösstes fachliches Problem im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit erleben. Dies bestätigt sich in den vorliegenden Daten. Es wäre zu diskutieren, ob die Prognosestellung effektiv ein solch grosses fachliches Problem darstellt - respektive, wo genau denn die Unklarheiten liegen. Ohne eine zumindest vage Prognose sind Integrationsmassnahmen jedoch kaum planbar. Eine klare Prognose kann zudem für die Patienten ein hilfreiches, aktivierendes Signal geben, sich mit dem Wiedereinstieg auseinanderzusetzen.

Die behandelnden Ärzte unterschätzen womöglich, wie wichtig ihr Wissen wäre: in insgesamt rund 30-50% der Berichte werden keine Angaben gemacht zur Besserungsfähigkeit der Einschränkungen sowie zu nötigen medizinischen oder beruflichen Massnahmen. Hinweise auf allenfalls nötige private Massnahmen fehlen nahezu durchgehend – obwohl der auslösende Faktor für die Arbeitsunfähigkeit in rund 30% der Fälle auch im privaten Bereich liegt. Weiter wird in den Berichten eher selten (in einem Drittel der Fälle) eine mögliche Teil-Arbeitsunfähigkeit diskutiert. Hinweise zu möglichen Anpassungen am Arbeitsplatz, welche einen Wiedereinstieg begünstigen können, fehlen nahezu gänzlich (in 3% der Fälle vorhanden).

All diese Punkte werden von der Versicherung im Fragebogen an die Ärzte abgefragt. Hier könnten Sensibilisierungs- und Schulungsmassnahmen wie auch allenfalls verbesserte Fragebögen der Versicherungen hilfreich sein. Es muss klarwerden, dass diese Fragen nicht primär einen administrativen oder ausschliesslich versicherungsrechtlichen Zweck haben, sondern einen rehabilitativen.

Schützende Haltung bei lange bekannten Patienten mit Arbeitskonflikten

Eine protektive wirkende Berichterstattung – sehr rudimentär gemessen am Vorkommen von verstärkenden («enorm», «massiv» etc.) oder verständnisweckenden («schwer traumatisiert», «privat äusserst belastet» etc.) Ausdrücken im Bericht – findet sich in 50% der Hausarzt- und Psychiaterberichte. Häufiger sind solche protektiv wirkenden Äusserungen vor allem bei längeren Behandlungen, wo man eine Beziehung mit den Patienten aufgebaut hat, bei Versicherten mit auffälligem Verhalten und übertreibender Beschwerdepräsentation sowie bei vorhandenen Arbeitsplatzkonflikten.

Dies könnte daran liegen, dass man die Übertreibung der Patienten unbewusst übernimmt oder man die nur teilweise ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit unbewusst mit Verstärkungen kompensiert. Gerade bei den im Alltag stärker beeinträchtigten Personen kommt es nämlich in den Hausarztberichten deutlich *seltener* zu protektiven Äusserungen (bei den Psychiaterberichten zeigen sich diesbezüglich kaum Unterschiede). Die häufigere protektive Haltung bei längeren Behandlungen ist wahrscheinlich ein Phänomen, das auf alle helfenden Beziehungen zutrifft. Solche Schutzimpulse verdeutlichen das ärztliche Engagement, stellen aber für die Wiedereingliederung ein gewisses Risiko dar, weil den Patienten zu wenig zugetraut oder die Situation zu einseitig beurteilt wird. Dieses Risiko wird noch verstärkt durch den normalerweise fehlenden Austausch mit dem Arbeitgeber. Dieser Dynamik sollte man sich bewusst sein.

Fazit

Die vertiefte Analyse der Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen gibt einigen Aufschluss über Hintergründe, Verläufe sowie Problemfelder und Potentiale.

Aus einer Perspektive des Arbeitsplatzerhalts und der wirksamen Re-Integration von krankgeschriebenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen sich einige wesentliche Hindernisse:

- Die Mehrheit der Krankschreibungen erfolgt als vorläufiges Ende einer seit längerem konflikthaft eskalierenden Situation am Arbeitsplatz. Wenn es einmal zu konfliktbedingten Arbeitsunfähigkeiten gekommen ist, ist es für alle Beteiligten (Arbeitgeber, erkrankte Person, behandelnder Arzt, Versicherung) schwierig, einen Wiedereinstieg zu planen. Oft ist dann das Arbeitsverhältnis auch schon gekündigt.
- Rund die Hälfte der betroffenen Versicherten hatte schon an früheren Arbeitsstellen oder gar schon in der Ausbildung und Schulzeit psychisch bedingte Verhaltens- oder Leistungsprobleme. In diesen Fällen handelt es sich um deutlichere Beeinträchtigungen und auch um längere Arbeitsunfähigkeiten sowie um Versicherte, die früher schon in psychiatrischer Behandlung waren.

- Neben Arbeitsplatzkonflikten spielen oft auch Konflikte und Belastungen im familiären Umfeld, soziale Isolation sowie Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten eine Rolle. All diese Umstände sind jeweils mit einer deutlich längeren Arbeitsunfähigkeitsdauer verbunden.
- Auf der betrieblichen Seite führen ein hoher Erfolgsdruck, hohe kognitive, emotionale und disziplinarische Anforderungen der Tätigkeit zu längeren Krankschreibungen. Zudem scheinen die Betriebe oft nicht in der Lage, die erwähnten längeren Konfliktsituationen früh zu entschärfen und eine Eskalation bis hin zur Arbeitsunfähigkeit zu verhindern.
- Die ärztliche Berichterstattung ist medizinisch fundiert, gibt aber oft keine oder zu wenig klare Auskunft über viele der im Rahmen von Arbeitsunfähigkeiten interessierenden Fragen (Funktionsfähigkeiten, Prognose, Möglichkeiten einer Teilzeitarbeitsunfähigkeit, nötige Arbeitsplatzanpassungen etc.) und stützen sich zu oft ausschliesslich auf die Patientenangaben.
- Von Versicherungsseite wird gerade bei psychisch kranken Versicherten oft kein früher persönlicher Kontakt aufgenommen. Unterstützungsmassnahmen (Care Management) werden zwar häufig vorgehalten, binden aber Arbeitgeber und Behandelnde noch zu selten ein.

Aufgrund der gesammelten Erkenntnisse liegen die Potentiale in verschiedener Hinsicht klar auf der Sekundärprävention, das heisst auf der Verhinderung oder Verringerung wiederkehrender gesundheitlicher Verschlechterungen und krisenhafter Zuspitzungen am Arbeitsplatz.

Das heisst, es braucht wirksame präventive Interventionen in den Unternehmen, damit solche Eskalationen verhindert werden können. Unternehmen sollten stärker sensibilisiert werden, nicht erst zu reagieren, wenn die Situation eskaliert, sondern sollten präventiv eine förderliche Haltung und Frühintervention verankern und ihre Führungskräfte - wie auch die Mitarbeitenden! - entsprechend schulen. Hier könnten auch die Versicherungen die Unternehmen noch gezielter unterstützen. Zudem braucht es eine kooperativere Haltung von Unternehmen und Ärzteschaft im Dienst der Arbeitsmarktintegration.

Die behandelnden Ärzte sollten stärker unterstützt und geschult werden für einen bewussten Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen, der den Patienten hilft, die Stelle zu behalten. Nützlich wäre, wenn Ärzte, Versicherungen und Arbeitgeber Leitlinien entwickeln, wie in schwierigen Situationen früh und wirksam gehandelt werden könnte. Dass immer mehr Personen in psychiatrisch-psychologischer Behandlung sind, ist ein Fortschritt. Aber dass sie zunehmend arbeitsunfähig werden, ist ein Rückschritt.

Diskutiert werden sollte schliesslich gesellschaftlich / medial die Tatsache, dass Herausforderungen, die das Arbeitsleben mit sich bringt (Frustration, Veränderung, Konflikte etc.) zunehmend zu Krankschreibungen und in der Folge zur Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt führen (Medikalisierung von Arbeitsproblemen).

¹ WorkMed, Kompetenzzentrum der Psychiatrie Baselland, Binningen

² HSD Hochschule Döpper, Köln

³ SWICA Krankenversicherung, Winterthur

⁴ ValueQuest, Marktforschungsinstitut, Wädenswil

