

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

Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung



Forschungsteam:

Baer Niklas¹, Frick Ulrich², Aebersold Philipp³, Ammann Judith³, Baer Julian¹, Caduff Simona³, Flammer Fabienne³, Grütter Marc³, Käser Fabienne³, Matt Michael⁴, Meier Evelyn³, Müller Rosmarie³, Plattner Zoe³, Schwarz Livia³, Schwerzmann Adrian³, Stalder Karin³, Wade Andrea³, Wiesli Fatma³, Wollschläger Melanie⁴, Wyss Cornelia³, Ritler Roger³

¹ WorkMed, Kompetenzzentrum der Psychiatrie Baselland, Binningen

² HSD Hochschule Döpfer, Köln

³ SWICA Krankenversicherung, Winterthur

⁴ ValueQuest, Marktforschungsinstitut, Wädenswil

Inhalt

Inhalt	3
Abbildungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung.....	11
Résumé.....	21
Sintesi	33
1. Ausgangslage.....	45
2. Ziele und Fragestellungen der Untersuchung.....	49
2.1 Ziele	49
2.1 Fragestellungen	49
3. Methode und Vorgehen	51
3.1 Methode.....	51
3.2 Vorgehen.....	52
4. Stichprobe	53
5. Statistische Analysen.....	57
5.1 Gewichtung von deskriptiven Resultaten	57
5.2 Zusammenfassung von Versicherungsfällen in Typologien	57
5.3 Erklärungsmodelle für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit	59
Tobit-Regression als statistisches Modell	59
Vorgehen bei der Auswahl der Einflussfaktoren im multivariaten Fall.....	61
6. Resultate.....	63
6.1 Erstkontakt mit der arbeitsunfähigen Person	65
Befinden und Beschwerden der Versicherten	66
Mitwirkung und Beschwerdenpräsentation.....	67
Art und Beginn der Erkrankung.....	69
Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	73
Typologie des Verhaltens der Versicherten	75
Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)	77
Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat).....	78
Das Wichtigste auf einen Blick	79
6.2 Merkmale der arbeitsunfähigen Person	81
Soziodemografische Merkmale.....	81
Soziales Umfeld und Aktivitäten	82
Frühere Belastungen und Auffälligkeiten.....	84
Typologie der Versicherten nach soziodemografischen Merkmalen.....	87
Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat).....	90
Das Wichtigste auf einen Blick	91

6.3	Merkmale des Arbeitsplatzes	93
	Typologie der Arbeitsplatz-Merkmale.....	97
	Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)	100
	Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat).....	100
	Potentiell auslösende Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit	101
	Die Bedeutung von Konflikten am Arbeitsplatz	103
	Typologie der Merkmale der aktuellen Arbeitsunfähigkeit	108
	Einschätzung der Arbeitsunfähigkeiten.....	110
	Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)	112
	AUF-Merkmale - Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)	113
	Das Wichtigste auf einen Blick	114
6.4	Krankheit, Beeinträchtigung und Behandlung	117
	Gesundheitliche Beschwerden, Erkrankungsart und -beginn	117
	Diagnosen	118
	Beeinträchtigung in verschiedenen Alltagsbereichen.....	119
	Funktionseinschränkungen	122
	Typologie der Beschwerden, Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen	124
	Behandlungsmerkmale.....	131
	Typologie der Behandlungsmerkmale.....	133
	Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)	135
	Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)	136
	Das Wichtigste auf einen Blick	137
6.5	Merkmale der ärztlichen Berichterstattung.....	139
	Vorliegen von ärztlichen Informationen durch Behandler und Gutachter	139
	Merkmale der Berichterstattung durch Hausärzte und Psychiater	143
	Ausführlichkeit der ärztlichen Informationen	145
	Befunderhebung und -beurteilung.....	147
	Funktionseinschränkungen	150
	Hinweise für den Wiedereinstieg	153
	Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und Prognose.....	155
	Hinweise auf protektive Berichterstattung	160
	Typologie der ärztlichen Berichterstattung.....	164
	Zusammenhang ärztliche Berichterstattung und Arbeitsunfähigkeitsdauer (univariat)	169
	Zusammenhang ärztliche Berichterstattung und Arbeitsunfähigkeitsdauer (multivariat)	170
	Das Wichtigste auf einen Blick	172
6.6	Interventionen der Versicherung	173

Typologie der Versicherungsinterventionen.....	175
Versicherungsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat).....	178
Versicherungsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)	179
Das Wichtigste auf einen Blick	180
6.7 Vergleich von psychischen und somatischen Arbeitsunfähigkeiten	181
Soziodemografische, soziale und biografische Merkmale	181
Merkmale des Erstkontaktes.....	185
Merkmale des Arbeitsplatzes	187
Krankheit, Funktionseinschränkung, Alltagsbeeinträchtigung und Behandlung	191
Ärztliche Berichterstattung	194
Merkmale des Versicherungsprozesses	200
Gesamteinschätzung aufgrund Dossier.....	202
Das Wichtigste auf einen Blick	204
7. Diskussion der Ergebnisse	205
Der telefonische Erstkontakt.....	205
Soziodemografische, biografische und soziale Merkmale der Versicherten	206
Merkmale der Arbeitssituation	208
Krankheit, Alltagsbeeinträchtigung und Funktionseinschränkung	210
Merkmale der ärztlichen Berichterstattung.....	212
Interventionen der Versicherung	215
Vergleich von psychisch und somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit.....	217
8. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Fazit.....	219
8.1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	219
8.2 Fazit und Empfehlungen.....	224
Literatur.....	229

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichprobenziehung	60
Abbildung 2: Illustration der verzerrten Schätzung einer linearen Regression bei Rechts-Zensierung... 60	60
Abbildung 3: Hat eine telefonische Erstabklärung stattgefunden?	65
Abbildung 4: Befinden / Beschwerden bei telefonischen Erstkontakt	66
Abbildung 5: Subjektives Empfinden im Erstkontakt und Arbeitsunfähigkeitsdauer (Tage)	67
Abbildung 6: Mitwirkung, Auskunftsfreudigkeit und Beschwerdepräsentation.....	68
Abbildung 7: AUF-Merkmale und Alltagsbeeinträchtigungen	69
Abbildung 8: Einordnung / Hintergrund des Leidens (Mehrfachantworten möglich)	70
Abbildung 9: Frühere Gesundheitsprobleme und Behandlungen	71
Abbildung 10: Versicherte mit stärkeren Alltagseinschränkungen (2+ Einschr.).....	72
Abbildung 11: Anteil der Versicherten mit längerer Arbeitsunfähigkeit (> 9 Monate).....	73
Abbildung 12: Grad der Arbeitsunfähigkeit bei Beginn.....	74
Abbildung 13: Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	74
Abbildung 14: Typ 1 «Bemüht aber eingeschränkt» (53.4%).....	75
Abbildung 15: Typ 2 «Arbeitsfähiger als präsentiert, mangelnde Mitwirkung» (21.5%).....	76
Abbildung 16: Typ 3 «Aktiv um Wiedereinstieg bemüht» (25.1%)	76
Abbildung 17: Verhalten der Versicherten - Einflussfaktoren auf die Dauer der AUF (univariat)	77
Abbildung 18: Verhalten der Versicherten – Einfluss auf die Dauer der AUF (multivariat).....	78
Abbildung 19: Geschlecht, Alter, Nationalität.....	81
Abbildung 20: Sprache, Arbeitsort, Wohnort und Bildung	82
Abbildung 21: Kinder, Wohnsituation, Partnerschaft und Zivilstand.....	83
Abbildung 22: Sozialkontakte, private Kontakte und Kongruenz mit AUF.....	84
Abbildung 23: Frühe Belastungen, frühere Schul- und Arbeitsprobleme	85
Abbildung 24: Frühere Belastungen / Auffälligkeiten; aktuelle Alltagsbeeinträchtigungen.....	86
Abbildung 25: Frühere Belastungen / Auffälligkeiten; Dauer der Arbeitsunfähigkeit	86
Abbildung 26: Versicherten-Typ und frühere Belastungen.....	88
Abbildung 27: Versicherten-Typ und Ausmass der Alltagsbeeinträchtigungen.....	88
Abbildung 28: Versicherten-Typ und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Quartile)	89
Abbildung 29: Versicherten-Typ nach psychischen Beschwerden im Erstkontakt	90
Abbildung 30: Einfluss von Soziodemografie, Biografie, Umfeld auf die AUF-Dauer	91
Abbildung 31: Versicherte nach Branche und Vergleich mit Erwerbstätigen CH	93
Abbildung 32: Durchschnittliche AUF-Dauer in Tagen nach Branche (mit n>30 Versicherte).....	94
Abbildung 33: Anstellungsmerkmale der Versicherten	95
Abbildung 34: Besonders belastende Arbeitsbedingungen	96
Abbildung 35: Anteile «eher hoher» Anforderungen der aktuellen Tätigkeit	96
Abbildung 36: Typologie der Arbeitsplatzmerkmale.....	99
Abbildung 37: Typen von Arbeitsmerkmalen und häufigste Branchen	99
Abbildung 38: Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (univariat).....	100
Abbildung 39: Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (multivariat)	101
Abbildung 40: Mögliche Auslösende Faktoren für die AUF (Mehrfachantworten)	102
Abbildung 41: Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer	103
Abbildung 42 a-c: Verhältnis AG-AN, Kündigung/Kündigungsabsicht und Konflikte	104
Abbildung 43: Verhalten im Erstkontakt und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte	105
Abbildung 44: Befinden im Erstkontakt, Kündigung und AUF als Reaktion auf Kündigung.....	106
Abbildung 45: Arbeitsplatzmerkmale und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte.....	107

Abbildung 46: Bemühen um Wiedereinstieg und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte	108
Abbildung 47: Typologie der AUF-Merkmale	109
Abbildung 48: AUF-Typen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	110
Abbildung 49: Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und Vorliegen von Arbeitsplatzkonflikten	111
Abbildung 50: Anteil der AUF-Fälle mit Arbeitsplatzkonflikten nach AUF-Dauer	112
Abbildung 51: Merkmale der AUF – Einflussfaktoren auf die Dauer (univariat).....	113
Abbildung 52: Merkmale der AUF – Einflussfaktoren auf die Dauer (multivariat)	114
Abbildung 53: Gesundheitliche Beschwerden und Ersterkrankungsalter.....	117
Abbildung 54: ICD-10 Diagnose-Hauptkategorien der Versicherten	118
Abbildung 55: Die 10 häufigsten 3stelligen ICD-10 Diagnosen	119
Abbildung 56: Alltagsbeeinträchtigungen.....	120
Abbildung 57: Frühere Probleme, Beeinträchtigungen, Art AUF nach Ersterkrankungsalter	121
Abbildung 58: Beginn der Gesundheitsprobleme und Ausmass der Beeinträchtigungen.....	121
Abbildung 59: In Facharzt- und Gutachterberichten erwähnte Funktionseinschränkungen	122
Abbildung 60: Verteilung / Schweregrad der dokumentierten Funktionseinschränkungen	123
Abbildung 61: Prozent frühere Belastungen nach Grad der Funktionseinschränkungen.....	124
Abbildung 62: Typologie der Beschwerden, Alltagsbeeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen..	124
Abbildung 63: Typ 1 (30.8%): Kognitive/affektive Einschränkungen, keine Beeinträchtigungen.....	125
Abbildung 64: Typ 2 (11.8%): Starke Beeinträchtigungen, chronischer Verlauf, div. Auffälligkeiten....	126
Abbildung 65: Typ 3 (15.8%): Keine Beeinträchtigungen, chronischer Verlauf, diverse Auffälligkeiten	127
Abbildung 66: Typ 4 (3.1%): starke Beeinträchtigungen, kaum Auffälligkeiten und Einschränkungen.	128
Abbildung 67: Typ 5 (30%): Keine Alltagsbeeinträchtigungen, keine Einschränkungen, Konflikte	129
Abbildung 68: Psychiatrische Diagnosen der Beeinträchtigungstypen.....	130
Abbildung 69: Jemals gestellte Diagnosen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	131
Abbildung 70: Behandlungsmerkmale der versicherten Personen.....	132
Abbildung 71: Stationäre Behandlung und Behandlungsbeginn vor AUF nach Diagnose	133
Abbildung 72: Typologie der Behandlungsmerkmale	134
Abbildung 73: Behandlungsarten und Ausmass der Funktionseinschränkungen.....	135
Abbildung 74: Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (univariat)	136
Abbildung 75: Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (multivariat).....	137
Abbildung 76: Vorliegende ärztliche Berichte und Beurteilungen.....	139
Abbildung 77: Vorhandensein von Hausarzt-/Facharztberichten (ohne Gutachten und andere).....	140
Abbildung 78: Vorliegende Hausarzt- und Fachberichte nach Beeinträchtigungs-Typ	141
Abbildung 79: Vorliegende Hausarzt- und Facharztberichte nach AUF-Dauer (Quartile)	142
Abbildung 80: Vorliegende Gutachten nach Beeinträchtigung, Verhalten und AUF-Typ.....	143
Abbildung 81: Hausärztliche und psychiatrische Behandlung und Berichterstattung.....	144
Abbildung 82: Strukturiertheit der ärztlichen Berichte.....	145
Abbildung 83: Ausführlichkeit der med. Berichte (Anzahl Zeilen; inkl. Gutachten).....	146
Abbildung 84: Befunderhebung aufgrund subjektiver Angaben	148
Abbildung 85: Befunderhebung und Beurteilung der Patientenangaben im Bericht.....	149
Abbildung 86: Einbezug von Informationen Dritter	150
Abbildung 87: Funktionseinschränkungen in HA-, FA- und GA-Berichten (Prozent)	151
Abbildung 88: Nachvollziehbarkeit von Grad/Dauer der AUF aufgrund der Einschränkungen.....	152
Abbildung 89: Nachvollziehbarkeit der Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf die AF	153
Abbildung 90: Aussagen über Besserungsfähigkeit der Einschränkungen und nötige Massnahmen ...	154
Abbildung 91: Diskussion von Teilarbeitsfähigkeit / Arbeitsressourcen und Ergonomie	155
Abbildung 92: AUF-Beurteilung in bisheriger und angepasster Tätigkeit durch HA und FA.....	156
Abbildung 93: Generelle und arbeitsplatzbezogene AUF und AUF-Beurteilung (Durchschnitt AUF)....	157

Abbildung 94: Arbeitsfähigkeits-Prognose in bisheriger und angepasster Tätigkeit	158
Abbildung 95: Zeitliche Angaben zur Prognose	158
Abbildung 96: Zeitliche Prognose und Dauer der Arbeitsunfähigkeit	159
Abbildung 97: Hinweise auf 'protektive' Berichterstattung.....	161
Abbildung 98: Hinweise auf 'protektive' Berichterstattung nach Behandlungsdauer.....	162
Abbildung 99: Anteil protektiver Berichterstattung bei versch. Merkmalen (Psychiater).....	163
Abbildung 100: Anteil protektiver Berichterstattung bei versch. Merkmalen (Hausärzte)	163
Abbildung 101: Typologie der ärztlichen Berichterstattung	164
Abbildung 102: Typ 1 (4.6%) – Med. ausführlich, keine Arbeitsinformationen, AUF begründet	165
Abbildung 103: Typ 2 (3.2%) – Vor allem HA-Berichte, med. und arbeitsbezogen ausführlich.....	166
Abbildung 104: Typ 3 (19.4%) – Ausschliesslich HA-Berichte, nur med. ausführlich.....	167
Abbildung 105: Typ 4 (11.7%) – Nur FA-Berichte, med. ausführlich, gute Prognose, AUF begründet ..	168
Abbildung 106: Typ 5 (22.7%) - Nur FA-Berichte, med. ausführlich, keine Prognose, AUF begründet .	168
Abbildung 107: Einflüsse der ärztlichen Berichterstattung auf die AUF-Dauer (univariat)	169
Abbildung 108: Einflüsse der ärztlichen Berichterstattung auf die AUF-Dauer (multivariat).....	171
Abbildung 109: Schadenminderung, Einwände und Rechtsfälle	173
Abbildung 110: Massnahmen zu Wiedereinstieg und Rehabilitation	174
Abbildung 111: Typologie der Versicherungsinterventionen	175
Abbildung 112: Typ 1 (13.9%) - Schadenminderung.....	176
Abbildung 113: Typ 2 (21.6%) – Geringer Aufwand.....	176
Abbildung 114: Typ 3 (14.6%) – Hoher Integrationsaufwand.....	177
Abbildung 115: Typ 4 (50%) – Sehr hoher Integrations- und Prozessaufwand.....	178
Abbildung 116: Univariate Zusammenhänge zwischen Versicherungsreaktionen und AUF-Dauer	179
Abbildung 117: Multivariate Zusammenhänge zwischen Versicherungsreaktionen und AUF-Dauer ...	180
Abbildung 118: Geschlecht und Alter.....	182
Abbildung 119: Zivilstand und Partnerschaft	182
Abbildung 120: Bildung, soziale Isolation und private Aktivitäten	183
Abbildung 121: Familiäre und finanzielle Probleme (nur „Ja“-Prozent)	184
Abbildung 122: Frühe Belastungen, Schul- und Arbeitsprobleme	185
Abbildung 123: Tel. Erstabklärung, Mitwirkung und Auskunftsfreudigkeit	186
Abbildung 124: Körperliche und psychische Beschwerden; Art der Erkrankung.....	187
Abbildung 125: Verteilung nach Branche.....	187
Abbildung 126: Besonders belastende Arbeitsbedingungen	188
Abbildung 127: Anforderungen der beruflichen Tätigkeit	189
Abbildung 128: Verhältnis Arbeitgeber - Arbeitnehmer	190
Abbildung 129: Arbeitsplatzbezogene Merkmale der Arbeitsunfähigkeit.....	190
Abbildung 130: Jemals diagnostizierte Krankheiten (Kapitelbezeichnungen nach ICD-10).....	191
Abbildung 131: Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen	192
Abbildung 132: Frühere Gesundheitsprobleme und Behandlungsbeginn.....	193
Abbildung 133: Alter bei Ersterkrankung; stationäre Behandlung bei AUF.....	194
Abbildung 134: Vorliegende Berichte und Gutachten	195
Abbildung 135: Befundung.....	196
Abbildung 136: Angaben zur Arbeitsbiografie; Informationen von Dritten (nur Fachärzte)	197
Abbildung 137: Hinweise zur Ergonomie; Erörterung einer Teil-AUF.....	198
Abbildung 138: Externe Ursachenzuschreibungen	199
Abbildung 139: Nachvollziehbarkeit der Arbeitsunfähigkeit insgesamt (Grad und Dauer).....	199
Abbildung 140: Mitwirkung, Rechtsfall und Schadenminderungspflicht.....	201
Abbildung 141: IV-Anmeldung, IV-Reaktion und Initiierung Care Management.....	202

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 konflikthafter 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 Arztberichte 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 Verbesserungsfähigkeit 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 klar werden, 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).

Prescriptions d'arrêts de travail pour des raisons psychiques en Suisse: contexte, évolution et procédure

Une analyse des dossiers de personnes assurées de l'assurance indemnités journalières maladie SWICA

Résumé

Une première en Suisse: pour la présente étude, à la demande de l'assurance indemnités journalières maladie SWICA et en étroite coopération avec elle, un nombre significatif de dossiers d'indemnités journalières pertinents en matière d'incapacité de travail pour des raisons psychiques ont été analysés en profondeur. L'objectif de ce vaste projet est de générer une large base de données dans le but de mieux comprendre les causes de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Il s'agit aussi d'en cerner l'évolution et d'identifier les caractéristiques qui influencent en particulier la durée des arrêts de travail. De plus, une meilleure compréhension des faits mettrait en exergue le potentiel dont disposent les personnes assurées, les entreprises, les médecins et les assurances. En d'autres termes, quelles contributions peuvent-ils apporter pour que les incapacités de travail de longue durée (qui sont parfois inévitables) n'entraînent pas la perte de l'emploi, le chômage, voire la dépendance de l'aide sociale ou l'invalidité?

Situation initiale et problématique

Depuis plusieurs années déjà, le nombre de cas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques ne cesse d'augmenter. En Allemagne, par exemple, le nombre de cas ainsi que le nombre de jours d'incapacité de travail a triplé entre 1997 et 2019. En Suisse, les chiffres à l'échelle nationale sur une longue période sont insuffisants. Cette tendance, surtout en ce qui concerne les maladies psychiques, se dessine aussi dans d'autres pays industrialisés. Les causes sont incertaines. L'augmentation du nombre de maladies psychiques dans la population ne peut toutefois pas être qualifiée d'épidémique. Il semble, en revanche, que la perception et la gestion des troubles psychiques ont évolué dans la société et sur le marché du travail. La hausse du nombre de prescriptions d'arrêts de travail contraste avec un service de soins psychiatriques différencié, qui s'est considérablement étendu et professionnalisé au cours des dernières décennies. De plus, les tabous liés aux troubles psychiques ont été en partie levés. Aujourd'hui, la détection et le traitement sont plus fréquents, plus précoces et plus professionnels.

Sujets abordés lors de l'étude

Les sujets abordés lors de l'étude concernent non seulement le type d'incapacité de travail, mais aussi tous les acteurs principaux impliqués ainsi que la comparaison entre les arrêts de travail d'origine psychique et ceux d'origine somatique:

- caractéristiques de l'incapacité de travail, degré, durée, lien avec le lieu de travail;
- caractéristiques et comportement de la personne assurée, situation familiale, sociale, biographie;

- caractéristiques de la maladie, atteinte, traitement, anamnèse;
- caractéristiques de l'entreprise, des conditions de travail, de l'activité, de la situation d'emploi;
- caractéristiques des rapports médicaux, de l'évaluation, des informations relatives à la réinsertion;
- caractéristiques du processus d'assurance;
- facteurs influençant la durée de l'incapacité de travail;
- comparaison entre les incapacités de travail d'origine psychique et celles d'origine somatique.

Échantillonnage, procédure et méthodologie

Trois sous-échantillons ont été sélectionnés au hasard parmi les dossiers d'assurance de personnes qui se sont retrouvées en incapacité de travail pour la dernière fois en 2019:

- 4) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **psychiques**, min. 15 jours et max. 365 jours (n = 782);
- 5) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **psychiques**, min. 365 jours et max. 730 jours (n = 552);
- 6) personne assurée en incapacité de travail pour des raisons **somatiques**, min. 365 jours et max. 730 jours (n = 622).

Les sous-échantillons 2) et 3) sont surreprésentés par rapport à leur fréquence réelle et ont donc été pondérés à la baisse dans le cadre des présentes évaluations. Au total, 1956 dossiers ont été examinés. L'analyse s'est portée, entre autres, sur a) les données système de SWICA, sur b) tous les rapports établis par des médecins de famille et des spécialistes ainsi que les expertises et autres rapports médicaux (p. ex. rapports de sortie de cliniques) pertinents en matière d'incapacité de travail et sur c) les informations provenant du premier contact entre l'assurance et la personne assurée. De surcroît, des estimations ont été formulées sur la base de la connaissance du dossier global.

Les dossiers ont été saisis entre septembre 2020 et fin janvier 2021. Une équipe de 12 spécialistes et Care Manager de SWICA s'est chargée de la saisie des dossiers, qui a duré en moyenne 1 à 1,5 heure. À cet effet, ils ont été libérés, du moins partiellement, de leur fonction pour la saisie des dossiers. Ces spécialistes ont été formés et suivis de près (à intervalles hebdomadaires). La conformité de la saisie a été vérifiée et approuvée. Le savoir-faire professionnel et la motivation de l'équipe de saisie a permis de garantir l'excellente qualité des données. Outre les analyses statistiques descriptives (fréquence, valeurs moyennes, tableaux comparatifs), d'autres analyses ont été réalisées: typographie des personnes assurées, caractéristiques de la maladie, entreprises, rapports médicaux, etc. Enfin, l'étude inclut des facteurs d'influence unidimensionnels et multidimensionnels sur la durée de l'incapacité de travail.

Ci-après est présentée une sélection des résultats principaux obtenus.

Degré, durée et type des incapacités de travail pour des raisons psychiques

Les incapacités de travail pour des raisons psychiques durent en moyenne 218 jours (hormis les cas de moins de 15 jours). C'est nettement plus long que la plupart des arrêts de travail prescrits pour des raisons somatiques. La médiane (valeur moyenne: même nombre de personnes assurées avec une durée d'incapacité de travail plus courte ou plus longue) est de 154 jours. Le premier quart des personnes assurées présente une durée d'incapacité de travail inférieure à trois mois; le deuxième quart, de trois à cinq mois; le troisième quart, de cinq à neuf mois et le dernier quart, de neuf à 24 mois.

Dans 95 % des cas, il s'agit d'un arrêt de travail complet dès le début (et la plupart du temps jusqu'à la fin). La combinaison d'incapacités de travail complètes et de longue durée n'est pas idéale du point de

vue de la réinsertion, car il en résulte une perte de contact entre la personne assurée, son ou sa supérieur(e) et ses collègues de travail. Cela soulève la question s'il n'aurait pas été approprié d'opter plus fréquemment pour une incapacité de travail partielle. Il n'est par conséquent pas surprenant que, dans la moitié des cas (51 %), le rapport de travail est dissout; dans deux tiers des cas, à l'initiative de l'employeuse ou de l'employeur. La longue durée (prévisible) de l'incapacité de travail a également pour conséquence que près de 40 % des personnes assurées se sont inscrites auprès de l'assurance-invalidité par le biais de l'assurance indemnités journalières maladie; en revanche, pour 40 % de ces personnes assurées inscrites, l'assurance-invalidité a pris des mesures proactives de réinsertion.

Au total, pour environ la moitié des arrêts de travail prescrits, il faut présumer une «incapacité de travail liée au poste de travail». Cela signifie que les personnes assurées ne présentent pas une incapacité de travail générale, mais uniquement au poste de travail actuel.

La plupart des personnes assurées sont ouvertes et coopèrent volontiers

Dans la grande majorité des cas (environ 75 %), les personnes assurées coopèrent volontiers. Près de la moitié d'entre elles informent ouvertement sur leur assurance, et les trois quarts décrivent leurs troubles de façon claire et précise. C'est pourquoi il est important de considérer avec sérieux les renseignements fournis par les personnes assurées au début de leur arrêt de travail. Plus le ressenti subjectif des personnes assurées est négatif au début, plus l'incapacité de travail sera longue.

Lorsque la coopération, l'ouverture et la description (exagérée) des troubles s'avèrent problématiques, il faut en général s'attendre à une évolution difficile: une partie des personnes assurées présente des limitations plus importantes; elles ont des difficultés à interagir de manière adéquate. L'autre partie des personnes assurées a des conflits au travail; les rapports médicaux mentionnent des troubles du comportement.

Derrière toute incapacité de travail se cache souvent une histoire

Les maladies causant l'incapacité de travail sont rarement (environ 20 % des cas) des affections aiguës (apparaissant pour la première fois). En revanche, dans près de 40 % des cas (soit deux fois plus souvent), l'incapacité de travail est due à la détérioration d'un problème de santé existant ou à la réaction à un problème au poste de travail (environ 50 % des cas; plusieurs réponses possibles). Les personnes assurées souffrant d'affections aiguës et d'un problème de santé préexistant sont davantage limitées; leur incapacité de travail dure plus longtemps que celle résultant d'un événement réactif.

Les maladies préexistantes sont fréquentes: la moitié des personnes assurées actuellement en arrêt de travail avaient des problèmes antérieurs au travail. Ils sont souvent apparus lors d'emplois précédents (31 %) ou durant la scolarité, voire plus tôt encore (25 %). Autrement dit, bien avant l'arrêt de travail actuellement prescrit: l'âge médian des personnes assurées analysées est de 42 ans. Le moment d'apparition des problèmes de performance et de comportement est significatif: plus les troubles psychiques surviennent tôt pour la première fois, plus les atteintes au quotidien sont importantes et plus l'incapacité de travail actuelle sera longue. Cela s'applique aussi à la comorbidité: les personnes assurées qui souffraient déjà de maladies somatiques et psychiques présentent des atteintes plus importantes et une incapacité de travail plus longue.

Ces résultats montrent, d'une part, que la connaissance préalable de ces problèmes existants serait utile à la planification de la réinsertion. D'autre part, ils indiquent l'existence d'un important potentiel de prévention.

Isolement social, conflits familiaux et contraintes du quotidien

Pour près d'un quart des personnes assurées, la documentation fournie indique qu'elles sont socialement isolées. Pour environ 30 % d'entre elles, le facteur déclencheur de l'incapacité de travail inclut des problèmes d'ordre privé: conflits avec la compagne ou le compagnon ou avec l'entourage, problèmes avec les enfants, problèmes financiers ou juridiques. Près de 10 % des femmes assurées élèvent seules leurs enfants. L'isolement social en particulier présente une forte corrélation avec les incapacités de travail de longue durée. Cela signifie que les contraintes surgissent souvent à la fois au poste de travail et dans la vie privée.

La typologie des personnes assurées souffrant de maladies psychiques a résulté en 5 catégories. Parmi elles, les deux groupes suivants présentent un risque particulièrement élevé d'une incapacité de travail de longue durée: d'une part, les personnes assurées divorcées, socialement isolées et/ou qui élèvent seules leurs enfants, 47 ans d'âge moyen (12,7 %); d'autre part, les personnes assurées célibataires, souvent socialement isolées, 30 ans d'âge moyen (14 %). Il s'agit là des mêmes groupes qui présentaient le plus souvent déjà des troubles et problèmes durant leur scolarité et dans leurs anciens emplois.

La plupart des prescriptions d'arrêts de travail résultent de conflits au poste de travail.

Les conflits au poste de travail sont particulièrement importants: selon les informations fournies par les personnes assurées et les employeuses ou employeurs, plus de 60 % des rapports de travail sont résiliés dans le cadre d'une incapacité de travail, ou une résiliation est prévue. 57 % de toutes les incapacités de travail pour des raisons psychiques surviennent en réaction à des offenses ou des conflits au poste de travail. En d'autres termes, la plupart des incapacités de travail pour des raisons psychiques sont provoquées par l'escalade de problèmes au poste de travail. Lorsqu'il en résulte, après une longue période, la prescription d'un arrêt de travail, il devient difficile pour toutes les parties impliquées de trouver une solution satisfaisante.

Les arrêts maladies prescrits à la suite de conflits présentent une dynamique particulière.

Les incapacités de travail causées par des conflits au poste de travail se distinguent à bien des égards des autres arrêts de travail prescrits: lorsqu'un arrêt de travail survient directement après une résiliation, il s'agit presque toujours (90 % des cas) d'une incapacité de travail à la suite de conflits. Le déroulement est similaire lors de changements au sein de l'entreprise (réorganisation, réduction des effectifs, changement de cadre): lorsque ces changements sont documentés, il s'agit presque toujours de situations conflictuelles.

Le comportement des personnes assurées varie également: lorsqu'elles font preuve de passivité dans le cadre de leur réinsertion, si elles repoussent l'échéance ou si elles ne restent pas en contact avec leur employeuse ou employeur, il s'agit, dans trois quarts des cas, d'incapacités de travail à la suite de conflits. Les incapacités de travail qui semblent incohérentes parce que la durée et le degré ne sont pas vérifiables, qui menacent le maintien de l'emploi de la personne assurée et qui n'ont jamais été suivies de mesures de réinsertion sont bien plus souvent le résultat de conflits.

80 % de ces prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits sont liées au poste de travail. Cela signifie que les personnes assurées étaient tout à fait capables de travailler à un autre poste de travail. Par conséquent, les prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits sont plutôt surreprésentées parmi les incapacités de travail «plus courtes» (jusqu'à cinq mois). Pourtant, la part de prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits parmi toutes les prescriptions d'arrêts de travail ne passe jamais en dessous de 43 % à l'expiration de la durée maximale d'incapacité de travail de deux ans. Cela signifie que, parmi les incapacités de travail de durée maximale, presque un arrêt sur deux est dû à des

conflits, des offenses ou des frustrations au poste de travail. Ces résultats illustrent bien les répercussions de ce type d'offense sur le long terme.

Deux groupes de personnes assurées avec une incapacité de travail due à des conflits

Les personnes assurées en incapacité de travail à cause de conflits au poste de travail ne forment pas un groupe homogène dont on pourrait prétendre qu'elles étaient toutes capables de travailler. Il n'est pas non plus possible de désigner les coupables de ces conflits. Les données indiquent qu'il existe deux groupes environ de même taille: d'une part, il s'agit de personnes avec des problèmes antérieurs et des problèmes documentés dans les précédents emplois ou à l'école déjà. Ces personnes ont aussi des problèmes considérables et des atteintes importantes dans la vie privée et suivent souvent déjà un traitement psychiatrique. Le risque d'un arrêt de travail prolongé est grand. Le deuxième groupe ne suivait aucun traitement psychiatrique avant l'actuelle incapacité de travail; aucune atteinte ni aucun problème quotidien antérieur ne sont documentés. Au vu de leur capacité de travail globale, ces personnes présentent des arrêts de travail certes longs (entre cinq et neuf mois), mais rarement très longs (plus de neuf mois).

La plupart des prescriptions d'arrêts de travail résultent d'une situation problématique et de plus en plus tendue au poste de travail. Il apparaît donc clairement que l'incapacité de travail est, en principe, l'aboutissement d'une longue évolution, et pas le début. Il serait donc essentiel d'apporter de l'aide longtemps avant un éventuel arrêt de travail et tant que la relation de travail est encore intacte. Une fois que l'arrêt de travail est prescrit, la situation est souvent bloquée.

Quel rôle la taille de l'entreprise et la branche jouent-elles?

80 % des personnes assurées ont un taux d'occupation de 80 à 100 %. Neuf sur dix sont des travailleurs ou employés sans fonction de cadre. Les grandes entreprises occupant 250 personnes ou plus sont plutôt surreprésentées.

Ce fait est important, car le nombre de collaboratrices et collaborateurs concorde avec la durée de l'incapacité de travail (mais pas forcément avec le nombre de cas): plus l'entreprise est grande, plus l'incapacité de travail est longue. Le lien entre la taille de l'entreprise et la durée de l'incapacité de travail s'explique probablement par le fait que plus l'entreprise est grande, plus le contrôle social est réduit. Par conséquent, l'absence d'un membre du personnel a moins d'impact direct que dans une petite entreprise. En contrepartie, les grandes entreprises offrent souvent une large palette de services de soutien, qui font généralement défaut dans les PME (service social, psychologues, coachs professionnels, etc.).

La durée d'engagement des personnes assurées est aussi déterminante: plus leur rapport de travail dans l'entreprise est long, plus leur incapacité de travail l'est aussi. Cela s'explique en partie par le fait que l'incapacité de travail des personnes assurées plus âgées est plus longue que celle des personnes plus jeunes. La durée d'engagement et la durée de l'arrêt de travail sont liées, indépendamment toutefois de l'âge de la personne assurée.

Dans les présents cas, la durée d'incapacité de travail varie fortement en fonction de la branche. L'écart entre les branches recensant les durées en moyenne les plus courtes (construction avec 171 jours; logistique avec 191 jours) et les branches recensant les durées les plus longues (administration publique avec 267 jours; banques/assurances avec 262 jours; éducation avec 255 jours) s'élève à environ 90 jours. Les incapacités de travail dans les grandes entreprises sont particulièrement longues, bien qu'elles disposent des services de soutien, contrairement aux petites et moyennes entreprises. Cela témoigne d'un grand potentiel: ces entreprises en particulier disposent en

principe des ressources nécessaires pour intervenir à temps et même prévenir les problèmes et escalades de conflits entre collaboratrices et collaborateurs.

Les exigences et conditions de travail sont importantes

Les exigences liées à l'activité professionnelle jouent aussi un rôle important pour la durée de l'incapacité de travail. Cela concerne en particulier les exigences élevées en matière de discipline/fiabilité et en lien avec les émotions. Ces deux aspects sont liés à des durées plus longues.

La branche des finances et celle de l'administration présente très souvent des exigences élevées en matière de discipline/fiabilité/cognition. Dans les secteurs du commerce, de la santé et du social et de l'éducation en revanche, les exigences d'ordre émotionnel et en matière d'interaction sont beaucoup plus répandus. Ces corrélations expliquent en partie les différences entre les branches. Enfin, les incapacités de travail de longue durée sont liées à une exigence de performance particulièrement accrue.

En particulier face aux troubles psychiques, il est tout à fait compréhensible que les exigences émotionnelles et cognitives élevées ainsi que celles en matière de performance et de fiabilité puissent retarder une réinsertion. La capacité de travail décrit de manière générale le rapport entre les exigences et la capacité de performance; plus les exigences sont élevées, plus la capacité de performance devrait l'être aussi. Pour une réinsertion dans les meilleurs délais, il est donc d'autant plus important d'adapter à la fois le taux d'occupation, les tâches, les exigences ainsi que les contraintes de rendement. En effet, il est fort probable que la capacité de performance de la personne concernée ne soit pas entièrement rétablie.

Diagnostic: presque exclusivement des dépressions et des troubles d'adaptation

Du point de vue du diagnostic, les troubles affectifs (épisodes dépressifs et troubles dépressifs récidivants) et les troubles névrotiques (en particulier réactions liées au stress, troubles de stress post-traumatique et troubles d'adaptation) sont prédominants. La dépendance à des substances (11 %) et les troubles de la personnalité (8 %) sont nettement moins fréquents. Pour ces derniers, ce constat est très probablement lié à une sous-estimation de leur fréquence effective.

La récurrence de diagnostic des réactions liées au stress et des troubles d'adaptation s'explique par les très nombreuses prescriptions d'arrêts de travail dus à des conflits. Il est toutefois difficile de concevoir que presque toutes les personnes assurées souffrent principalement d'un trouble dépressif ou d'adaptation; notamment en raison de l'apparition précoce des problèmes de santé. Cela pourrait indiquer que les prescriptions d'arrêts de travail ne mentionnent souvent que les symptômes actuels (en général à caractère dépressif et sous forme de stress), y compris dans le cas d'autres troubles psychiques. Malheureusement, les symptômes actuels n'en disent pas long sur la situation globale et l'évolution des troubles psychiques (souvent sur des années, voire de décennies).

Le diagnostic presque exclusivement centré sur le moment pose problème, car il ne livre pas beaucoup d'indicateurs pour des mesures de réhabilitation: comment prévoir une réinsertion? Quelles adaptations sur le lieu de travail seraient utiles? Quelles tâches peut-on confier à la personne assurée? À quoi faut-il veiller? etc. Par exemple, la situation n'est pas la même si une personne assurée souffre non seulement d'une dépression, mais présente aussi un trouble de la personnalité ou une accentuation de certains traits de personnalité.

En effet, de tous les diagnostics, celui du trouble de la personnalité est le plus étroitement lié à une incapacité de travail de longue durée. Si la personne assurée présente un tel trouble, l'arrêt de travail dure - selon les statistiques - 113 jours de plus que dans les autres cas. En présence d'accentuation de

certaines traits de la personnalité (état subclinique, c'est-à-dire manifeste, mais qui ne requiert pas de diagnostic), l'arrêt de travail dure 46 jours de plus.

Les atteintes au quotidien sont assez rares

Le problème de santé existant se manifeste avant tout au travail. En revanche, son influence dans d'autres domaines de la vie est relativement rare (relation de couple, éducation des enfants, contacts sociaux, gestion du foyer, administration et relation avec les autorités, loisirs hors de la maison, utilisation des transports publics). En dehors du travail, près de 80 % des personnes assurées ne connaissent aucune atteinte (64 %) dans les sept autres domaines de la vie, tout au plus une seule atteinte (14 %). Là aussi, on peut se demander si, dans certains cas, une incapacité de travail partielle serait envisageable.

Si des atteintes se manifestent néanmoins, c'est probablement dans la relation de couple, dans l'entourage social et dans les loisirs hors de la maison. Les problèmes dans la gestion du foyer, le contact avec les enfants, la gestion des tâches administratives et le contact avec les autorités ainsi que la mobilité (utilisation des transports publics) sont rares. En revanche, la survenue de la maladie à un jeune âge est pertinente dans ce cas: le nombre de personnes souffrant actuellement d'atteintes lourdes au quotidien est nettement plus élevé parmi celles et ceux qui sont tombés malades enfants, adolescents ou jeunes adultes. En comparaison, les personnes tombées malades plus tard dans la vie sont moins touchées.

Les limitations fonctionnelles graves aussi restent exceptionnelles

Les limitations fonctionnelles (physiques, cognitives, affectives et interactionnelles) figurant dans les rapports médicaux sont souvent «légères», si elles sont documentées. Outre les limitations fonctionnelles physiques rares, 41 % des personnes assurées présentent des déficiences cognitives minimales; 49 % manifestent des déficiences émotionnelles et 19 %, des déficiences interactionnelles.

Considérant les rapports des psychiatres et des experts, seuls 7 à 14 % des cas présentent des limitations cognitives, affectives ou interactionnelles «graves». Par conséquent, les limitations «graves» restent exceptionnelles. Au total, 20 % des personnes assurées présentent en tout cas une forme de limitation fonctionnelle «grave». Il convient toutefois de préciser que chez ces personnes (75 % d'entre elles), les problèmes apparaissent très tôt déjà à l'école ou dans leur carrière professionnelle.

Des expertises et rapports médicaux détaillés uniquement pour les incapacités de travail de longue durée

75 % des dossiers d'assurance saisis contiennent des informations médicales. Deux tiers des dossiers incluent des rapports de médecins de famille et spécialistes (psychiatres) traitants. Lorsque les informations médicales font défaut, il s'agit souvent de personnes souffrant d'atteintes légères. Même si cela semble logique, il ne faut pas sous-estimer les risques de conflits au travail. La plupart du temps, les expertises sont demandées au cours de l'incapacité de travail. C'est en particulier le cas pour les personnes assurées présentant des atteintes considérables, des problèmes de santé préexistants, des maladies chroniques et des particularités dans la personnalité et le comportement.

Un phénomène analogue se dessine dans les rapports des médecins de famille et des psychiatres traitants: plus les rapports médicaux sont détaillés et fondés, plus l'incapacité de travail est longue. Autrement dit: les rapports sont particulièrement détaillés lorsque les arrêts de travail prescrits sont (très) longs. Bien que compréhensible, c'est malheureusement trop tard du point de vue d'une éventuelle réhabilitation. Il serait judicieux de disposer d'informations médicales approfondies dès le début de la procédure.

Le parcours professionnel n'est que peu apprécié

Les rapports des médecins de famille et psychiatres traitants sont médicalement fondés. Ceux provenant des psychiatres sont relativement fouillés (44 lignes par rapport de psychiatre). Les antécédents médicaux et l'historique des traitements sont souvent brefs. En revanche, la description du niveau de fonctionnement antérieur et le parcours professionnel font presque toujours défaut. Dans les rapports des médecins de famille, en moyenne 0,1 ligne est consacrée au parcours professionnel; dans les rapports psychiatriques souvent plus fournis, ce sont 5,4 lignes.

Les rapports médicaux recèlent un potentiel considérable: le parcours professionnel ou le niveau de fonctionnement de la patiente ou du patient lors de ses précédents emplois peut apporter des réponses dans l'évaluation de la capacité de travail actuelle et la planification de la réinsertion. Un grand nombre de patientes et patients souffrant de troubles psychiques et qui connaissent des difficultés au travail en avaient déjà précédemment, parfois aussi à l'école ou en formation. Beaucoup présentent un schéma typique, qui permet aussi de tirer des conclusions importantes dans le contexte actuel. Une analyse approfondie du parcours professionnel est chronophage. C'est pourquoi elle fait souvent défaut, en particulier chez les médecins de famille; et c'est compréhensible. Il serait peut-être judicieux d'augmenter la rémunération des rapports médicaux.

L'employeuse ou l'employeur en tant que source d'information importante

Les informations de tiers apparaissent rarement dans les rapports des médecins de famille et psychiatres (dans respectivement 12 % et 16 % des rapports). En revanche, elles sont bien plus prolifiques dans les expertises (dans environ 50 % des cas). Cependant, ces informations de tiers proviennent presque toujours d'autres médecins. Par contre, les renseignements fournis par l'employeuse ou l'employeur font presque toujours défaut, y compris dans les expertises.

Si l'on tient compte du fait que plus de la moitié des incapacités de travail sont liées à des conflits au poste de travail, l'absence d'informations de l'employeuse ou de l'employeur est significative. Sans ces données, l'évaluation de ce type de situation est très difficile, car la perception des patientes et patients et celle de leurs supérieur(e)s peut être très différente dans les situations de conflit. Connaître le point de vue de l'employeuse ou de l'employeur serait décisif non seulement pour l'évaluation de la capacité de travail, mais aussi pour le traitement. Cela fournirait en outre des suggestions importantes tirées du quotidien pour les objectifs et le déroulement thérapeutiques.

Autre défi similaire: dans leur examen (lorsqu'il existe), les médecins de famille en particulier et parfois aussi les psychiatres se basent presque exclusivement sur les données de la patientèle. Dans près de la moitié de tous les rapports de médecins de famille, l'examen fait défaut; lorsqu'un examen est réalisé, il est - dans 50 % des cas - exclusivement basé sur des informations subjectives fournies par les patientes ou patients. Dans les rapports psychiatriques, les examens sont beaucoup plus fréquents (80 % des cas). Seuls 20 % des rapports sont uniquement basés sur des données subjectives. Un examen est une évaluation médicale et pas un compte rendu des déclarations des patientes ou patients. Pour les maladies somatiques, les examens subjectifs sont très rares, y compris dans les rapports des médecins de famille. À l'instar des informations de tiers, un examen psychopathologique «objectif» constitue également une condition indispensable à une évaluation claire.

Souvent, les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites

Le motif d'une incapacité de travail est la présence de limitations fonctionnelles dues à une maladie et qui entravent ou empêchent l'activité professionnelle. L'incapacité de travail ne découle pas des symptômes psychiques, mais d'une incapacité de travail engendrée par une maladie.

Souvent, ces limitations fonctionnelles ne sont pas documentées. Dans près de 50 % des rapports de médecins de famille et dans un quart des rapports de psychiatres, aucune limitation fonctionnelle n'est mentionnée. Il n'est donc pas clair si la personne assurée est en incapacité de travail et pourquoi. Pour cette raison aussi, les évaluations médicales pour tiers ne sont pas toujours vérifiables: 75 % des rapports de médecins de famille et près de 60 % des rapports de psychiatres ne sont pas clairs, car ils ne mentionnent aucune limitation. Les médecins de famille pourraient apporter des précisions en décrivant davantage les limitations au lieu des symptômes. La «traduction» des symptômes en limitations fonctionnelles apporterait une aide précieuse dans la planification de la réinsertion. Elle faciliterait aussi la communication avec l'employeuse ou l'employeur: c'est le langage qu'il comprend et qui lui permet d'ajouter à son tour des informations importantes.

Des pronostics et indications seraient utiles en lien avec les mesures nécessaires

Presque la moitié des rapports de médecins de famille ou de psychiatres n'incluent aucun pronostic. Et lorsqu'il y en a un, il est souvent vague («printemps 2022») ou ne fait aucune mention temporelle (55 % des rapports de médecins de famille et 68 % des rapports de psychiatres). Ceci est particulièrement le cas pour les incapacités de travail de longue durée et pour les personnes assurées présentant une accentuation de certains traits de personnalités. Dans ce contexte, il faut considérer que les rapports médicaux analysés sont ceux qui attestent l'incapacité de travail, c'est-à-dire qu'ils ont été rédigés à un stade précoce. S'ajoute à cela qu'une partie des personnes assurées se soumettent seulement à un traitement médical au moment où commence leur incapacité de travail.

Pour les psychiatres, l'établissement de pronostics est une difficulté majeure connue dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail. Les présentes données le confirment. Il serait judicieux de se poser la question si l'établissement de pronostics constitue réellement un problème, ou de présenter clairement les incertitudes y afférentes. Toutefois, sans un semblant de prévision, les mesures d'intégration sont difficiles à planifier. De plus, un pronostic clair peut constituer un signal utile et motivant pour les patientes et patients afin qu'ils envisagent une réinsertion.

Les médecins traitants sous-estiment probablement l'importance de leur savoir: entre 30 et 50 % des rapports ne contiennent aucune mention sur les possibilités d'amélioration des limitations ni sur les mesures médicales ou professionnelles nécessaires. Les suggestions pour d'éventuelles mesures privées font presque toujours défaut. Pourtant, dans 30 % des cas, le facteur déclencheur de l'incapacité de travail se trouve aussi dans le domaine privé. De plus, seulement 30 % des rapports mentionnent une éventuelle incapacité de travail partielle. Des suggestions d'éventuelles adaptations au poste de travail qui favoriseraient une réinsertion font presque toujours défaut (sauf dans à peine 3 % des cas).

Tous ces points sont abordés par l'assurance dans les questionnaires adressés aux médecins. Il serait utile ici de proposer des programmes de sensibilisation et de formation et d'optimiser éventuellement les questionnaires des assurances. Il faut préciser clairement que ces questions ne servent pas à des fins administratives ou exclusivement actuarielles en premier lieu, mais bien à des fins de réhabilitation.

Attitude protectrice chez les patients connus avec des conflits au travail

Dans 50 % des rapports, les médecins de famille et les psychiatres adoptent une position quelque peu protectrice: utilisation de superlatifs («énorme», «massif», etc.) ou d'expressions indulgentes («fortement traumatisé», «contraintes privées considérables», etc.). Cette attitude protectrice est particulièrement répandue pour les traitements longs, lorsque la ou le médecin a créé une relation

avec sa patiente ou son patient, lorsque les personnes assurées adoptent un comportement atypique et une présentation exagérée de leurs troubles ainsi qu'en cas de conflits existants au travail.

Une explication possible est que la ou le médecin adopte la position exagérée de la patiente ou du patient ou compense les justifications peut-être insuffisantes de l'incapacité de travail. D'ailleurs, pour les personnes souffrant d'atteintes considérables au quotidien, les médecins de famille adoptent beaucoup plus rarement une attitude protectrice. Dans les rapports de psychiatres, il n'y a presque aucune différence. Cette attitude protectrice dans les cas de traitements longs est sans doute un phénomène s'appliquant à toutes les relations d'aide. Elle illustre bien l'engagement des médecins, mais présente un certain risque en matière de réinsertion: soit les patientes et patients ne bénéficient pas de la confiance externe nécessaire, soit l'évaluation de la situation est unidimensionnelle. Ce risque est d'autant plus grand qu'il n'existe en général aucun échange avec l'employeuse ou l'employeur. Il faut avoir conscience de cette dynamique.

Conclusion

L'analyse approfondie des incapacités de travail pour des raisons psychiques apporte des réponses non seulement sur le contexte et l'évolution, mais aussi sur les problèmes et les potentiels.

En ce qui concerne le maintien du poste de travail et de la réinsertion réussie des collaboratrices et collaborateurs en arrêt de travail, il existe quelques obstacles considérables:

- La plupart des prescriptions d'arrêts de travail mettent une fin provisoire à une situation conflictuelle de longue date au poste de travail qui a escaladé. Lorsqu'une incapacité de travail due à des conflits est appliquée, il est difficile pour toutes les parties impliquées (employeuse ou employeur, personne malade, médecin traitant, assurance) de planifier une réinsertion. Souvent, le rapport de travail est déjà résilié.
- Environ la moitié des personnes assurées concernées avaient déjà des problèmes de performance ou de comportement pour des raisons psychiques, et ce, aux précédents emplois, voire à l'école ou en formation. Dans ces cas, il s'agit d'atteintes bien plus importantes, d'incapacités de travail de longue durée et de personnes assurées qui suivaient déjà un traitement psychiatrique.
- Hormis les conflits au poste de travail, les conflits et contraintes dans l'environnement familial, l'isolement social ainsi que l'accentuation de certains traits de personnalité et les troubles du comportement jouent également un rôle. Tous ces facteurs entraînent des incapacités de travail nettement plus longues.
- Du côté des entreprises, la pression élevée de la réussite, les hautes exigences cognitives, émotionnelles et disciplinaires engendrent des arrêts de travail de longue durée. De plus, les entreprises semblent souvent ne pas être en mesure de désamorcer les conflits de longue date ni de prévenir une escalade qui mène ensuite à l'incapacité de travail.
- Les rapports médicaux sont certes basés sur des données médicales. Néanmoins, bien trop souvent, ils ne répondent pas suffisamment aux questions dans le cadre d'incapacités de travail (capacités fonctionnelles, pronostic, éventualité d'une incapacité de travail partielle, adaptations nécessaires au poste de travail, etc.). De plus, elles sont presque exclusivement basées sur les données fournies par la patientèle.
- Quant aux assurances, bien souvent elles omettent la prise de contact personnelle précoce, en particulier avec les personnes assurées souffrant de maladies psychiques. Les mesures de soutien (Care Management) sont souvent présentées, mais n'engagent pas assez l'employeuse ou l'employeur et les personnes en traitement.

Sur la base de toutes les informations collectées, le potentiel se situe à de nombreux égards dans la prévention secondaire: prévenir ou réduire les détériorations récurrentes de l'état de santé et les situations de crise au poste de travail.

Cela requiert des interventions préventives efficaces au sein des entreprises pour éviter ce genre d'escalade. Les entreprises devraient être davantage sensibilisées afin de ne pas réagir seulement lorsque la situation s'aggrave, mais pour qu'elles adoptent une position préventive et le principe d'intervention précoce. Dans la foulée, elles devraient former à la fois leurs cadres et leurs collaborateurs. Dans ce contexte, les assurances pourraient apporter un soutien plus ciblé. De surcroît, les entreprises et le corps médical doivent renforcer leur coopération en faveur de l'intégration sur le marché du travail.

Les médecins traitants devraient bénéficier d'un soutien plus important et de formations pour une gestion plus efficace des certificats d'incapacité de travail dans le but de permettre aux patientes et patients de conserver leur poste. L'élaboration de lignes directrices par les médecins, assurances et employeuses et employeurs permettrait de définir l'attitude à adopter dans les situations difficiles afin d'intervenir de manière efficace et précoce. Le fait que de plus en plus de personnes suivent un traitement psychiatrique ou psychologique est un progrès en soi. En revanche, le fait que ces personnes soient de plus en plus en incapacité de travail est un pas en arrière.

Enfin, sur le plan sociétal et dans les médias, il serait judicieux de rendre compte du fait que les défis survenant dans la vie professionnelle (frustration, changements, conflits, etc.) entraînent de plus en plus souvent des prescriptions d'arrêts de travail et, par conséquent, l'exclusion du marché du travail des personnes concernées (médicalisation de problèmes liés au travail).

Congedo per malattia per motivi mentali in Svizzera: contesto, decorso e procedure

Un'analisi dei dossier di assicurazione d'indennità giornaliera per malattia di SWICA

Sintesi

Per il presente studio, su incarico e in stretta collaborazione con l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia SWICA, per la prima volta in Svizzera è stato analizzato un gran numero di dossier d'indennità giornaliera per malattia significativi per l'incapacità lavorativa per motivi mentali. L'obiettivo di questo vasto progetto era raccogliere un ampio database per comprendere meglio come si verifica l'incapacità lavorativa per motivi mentali, qual è il suo decorso e quali caratteristiche ne influenzano la durata in modo particolare. Inoltre, una migliore comprensione dovrebbe anche evidenziare il potenziale di prevenzione, ovvero come gli assicurati, le aziende, i medici e le compagnie di assicurazione possono contribuire ad evitare che un'incapacità lavorativa prolungata sfoci inutilmente (a volte un lungo periodo di incapacità lavorativa è inevitabile) nella perdita del lavoro, nella disoccupazione e persino nella dipendenza dall'assistenza sociale o nell'invalidità.

Situazione iniziale e definizione del problema

L'incapacità lavorativa per motivi mentali è in costante aumento da molti anni. In Germania, per esempio (per la Svizzera non sono disponibili dati nazionali relativi a un periodo più lungo), tra il 1997 e il 2019 il numero di casi e di giorni di incapacità lavorativa per motivi mentali è triplicato. Questa tendenza, che riguarda nello specifico i disturbi mentali, è in atto anche in altri Paesi industrializzati. I motivi sono poco chiari. In ogni caso, non si può supporre un aumento epidemiologico dei disturbi mentali nella popolazione. È evidente che la percezione e la gestione dei problemi mentali nella società e nel mercato del lavoro sono cambiate. L'aumento dei congedi per malattia si pone in contrasto anche con un'assistenza psichiatrica eccellente e differenziata, che negli ultimi decenni è stata notevolmente ampliata e professionalizzata, ma anche con una certa detabuizzazione dei disturbi mentali. Oggi i disturbi mentali vengono diagnosticati e trattati con maggiore frequenza, più tempestivamente e in modo più professionale.

Gli interrogativi dello studio

Oltre al tipo di incapacità lavorativa, gli interrogativi dello studio riguardano tutti i principali soggetti coinvolti in caso di incapacità lavorativa. Un altro aspetto interessante è il confronto tra i congedi per malattia per motivi mentali e fisici:

- caratteristiche dell'incapacità lavorativa, grado, durata, attinenza al lavoro
- caratteristiche e comportamento della persona assicurata sotto il profilo familiare, sociale e biografico
- caratteristiche della malattia, disturbo, trattamento, anamnesi
- caratteristiche dell'azienda, condizioni di lavoro, attività, situazione sul posto di lavoro
- caratteristiche del rapporto medico, valutazione, informazioni sul rientro
- caratteristiche del processo di assicurazione
- fattori che influiscono sulla durata dell'incapacità lavorativa
- confronto tra incapacità lavorativa per motivi mentali e fisici.

Campione, procedura e metodologia

Dai dossier di incapacità lavorativa sono stati formati tre sottocampioni casuali di persone che hanno avuto il loro ultimo episodio di incapacità lavorativa nel 2019:

- 7) persone assicurate con incapacità lavorativa per motivi **mentali** di un minimo di 15 giorni e di un massimo di 365 giorni (n=782);
- 8) persone assicurate con incapacità lavorativa per motivi **mentali** di un minimo di 365 giorni e di un massimo di 730 giorni (n=552);
- 9) persone assicurate con incapacità lavorativa per motivi **fisici** di un minimo di 365 giorni e di un massimo di 730 giorni (n=622).

I sottocampioni 2) e 3) sono sovrarappresentati rispetto alla loro frequenza effettiva e sono stati riponderati per le presenti valutazioni. È stato valutato un totale di 1 956 dossier. Oltre ad a) i dati del sistema SWICA, sono stati analizzati b) tutti i rapporti dei medici di base e degli specialisti che sono stati determinanti per l'incapacità lavorativa, nonché le perizie e altri rapporti medici (p.es. rapporti di dimissioni da cliniche) e c) le informazioni sul primo contatto tra l'assicuratore e la persona assicurata. Inoltre, sono state condotte valutazioni sulla base della conoscenza dell'intero dossier.

I dossier sono stati raccolti tra l'inizio di settembre 2020 e la fine di gennaio 2021. La registrazione dei dossier richiede in media da 1 a 1,5 ore, quindi è stato reclutato un team di 12 specialisti esperti e care manager di SWICA da dedicare almeno a tempo parziale a questa operazione. Questi professionisti sono stati formati e strettamente supervisionati (settimanalmente). La coerenza delle registrazioni è stata testata ed è risultata ottima. Grazie alla competenza e alla motivazione del team di registrazione, disponiamo di dati di alta qualità. Oltre alle analisi statistiche descrittive (frequenze, valori medi, tabelle di contingenza), sono state effettuate ulteriori analisi: tipologie di persone assicurate, caratteristiche delle malattie, aziende, rapporti medici, ecc. Infine, sono stati calcolati i fattori univariati e multivariati che influiscono sulla durata dell'incapacità lavorativa.

Alcuni dei principali risultati sono presentati di seguito.

Grado, durata e tipo di incapacità lavorativa per motivi mentali

L'incapacità lavorativa per motivi mentali dura in media 218 giorni (esclusi i casi con meno di 15 giorni di congedo). Questa durata è molto più lunga di quella della maggior parte dei congedi per malattia per motivi fisici. La mediana (valore medio, ossia lo stesso numero di persone assicurate ha congedi di durata inferiore e superiore) è di 154 giorni. Per un quarto delle persone assicurate la durata dell'incapacità lavorativa è rispettivamente inferiore a 3 mesi, compresa tra 3 e 5 mesi, compresa tra 5 e 9 mesi e compresa tra 9 e 24 mesi.

Nel 95 per cento dei casi, all'inizio (e di solito fino alla fine) si tratta di un congedo per malattia a tempo pieno. Un'incapacità lavorativa a tempo pieno e di lunga durata è sfavorevole dal punto di vista del reinserimento, poiché si traduce in una lunga interruzione dei contatti tra la persona assicurata, i superiori e i colleghi di lavoro. Ci si può anche chiedere se l'incapacità lavorativa a tempo parziale non sarebbe stata possibile più spesso. A questo proposito, non sorprende che nella metà dei casi (51 per cento) si giunga allo scioglimento del rapporto di lavoro, nei due terzi dei casi su decisione del datore di lavoro. La durata (presumibilmente) lunga dell'incapacità lavorativa significa anche che circa il 40 per cento delle persone assicurate è registrato presso l'assicurazione per l'invalidità attraverso l'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia, per cui l'assicurazione per l'invalidità reagisce in modo proattivo con misure d'integrazione per il 40 per cento di queste persone assicurate registrate.

Complessivamente, circa la metà di tutti i congedi per malattia può essere considerata «incapacità lavorativa legata al posto di lavoro». Ciò significa che le persone assicurate non sono incapaci di lavorare in generale, ma solo nel loro attuale posto di lavoro.

La maggior parte delle persone assicurate è aperta e collabora bene

Nella maggior parte dei casi (circa il 75 per cento), la cooperazione delle persone assicurate è buona, circa la metà di loro fornisce apertamente informazioni all'assicuratore e tre quarti descrivono i loro disturbi in modo obiettivo e preciso. Pertanto, è importante prendere sul serio le informazioni fornite dalla persona assicurata all'inizio del congedo per malattia. Quanto peggiore è la percezione soggettiva della persona assicurata all'inizio, tanto più lunga è l'incapacità lavorativa.

In presenza di notevoli problemi di partecipazione, di apertura e di presentazione dei disturbi (esagerazione), si può di norma supporre che il decorso sarà problematico: alcune persone assicurate sono più chiuse e hanno difficoltà a collaborare in modo adeguato. Per un'altra parte si tratta di persone assicurate che hanno conflitti sul posto di lavoro e per le quali i rapporti medici menzionano problemi comportamentali.

L'incapacità lavorativa ha spesso una storia

È piuttosto raro (circa il 20 per cento dei casi) che il tipo di malattia alla base dell'incapacità lavorativa sia una malattia acuta (prima diagnosi). Nel doppio dei casi (circa il 40 per cento), l'incapacità lavorativa è un peggioramento di un problema di salute preesistente o una reazione a un problema sul posto di lavoro (circa il 50 per cento dei casi; sono possibili più risposte). Le persone assicurate affette da malattie acute e con un peggioramento di un problema di salute preesistente sono più debilitate e la loro incapacità lavorativa è più lunga rispetto alle persone assicurate con incapacità reattiva.

Le malattie preesistenti sono piuttosto comuni: la metà delle persone assicurate attualmente in congedo per malattia ha già avuto problemi lavorativi in precedenza. L'insorgenza di questi problemi precedenti si è già manifestata in un'occupazione precedente (31 per cento) o durante la formazione, gli anni scolastici o ancora prima (25 per cento), ossia molto prima dell'attuale congedo per malattia: l'età media delle persone assicurate analizzate è di 42 anni. Il periodo dell'insorgenza dei problemi comportamentali o di prestazione è importante: quanto prima sono apparsi i disturbi psicologici, tanto più gravi sono i problemi nella quotidianità e più lunga è l'incapacità lavorativa attuale. Lo stesso vale per la comorbilità: le persone assicurate che in passato hanno già sofferto di malattie sia fisiche che mentali presentano problemi più gravi e sono inabili al lavoro per un periodo più lungo.

Questi risultati indicano innanzitutto che sarebbe importante essere a conoscenza di questi problemi spesso preesistenti per la pianificazione del rientro al lavoro. In secondo luogo, mettono in evidenza un notevole potenziale preventivo.

Isolamento sociale, conflitti familiari e stress quotidiano

Secondo la documentazione, circa un quarto delle persone assicurate vive in condizioni di isolamento sociale. Per circa il 30 per cento delle persone assicurate, come fattore scatenante dell'incapacità lavorativa sono menzionati anche problemi privati: conflitti con il partner o le persone frequentate, problemi con i figli, problemi finanziari o legali. Per circa il 10 per cento, le persone assicurate (donne) sono genitori single. L'isolamento sociale in particolare evidenzia una correlazione molto elevata con una maggiore durata dell'incapacità lavorativa. Ciò significa che oltre alla situazione sul posto di lavoro, spesso anche la vita privata è causa di stress.

Da una tipizzazione delle persone assicurate con disturbi mentali sono emersi cinque diversi tipi di persone, di cui i seguenti due gruppi hanno un rischio particolarmente elevato di incapacità lavorativa a lungo termine: da un lato, gli assicurati divorziati, socialmente isolati e/o monoparentali con un'età

media di 47 anni (12,7 per cento delle persone assicurate). Dall'altro, le persone assicurate single, spesso socialmente isolate e con un'età media di 30 anni (14 per cento delle persone assicurate). Questi sono anche i gruppi di persone che più di frequente hanno sperimentato già in precedenza stress e problemi durante la formazione e sul lavoro.

Nella maggior parte dei casi, i congedi per malattia sono innescati da conflitti sul posto di lavoro

I conflitti sul posto di lavoro sono particolarmente importanti: secondo le informazioni fornite dalle persone assicurate e dai datori di lavoro, nel complesso oltre il 60 per cento dei rapporti di lavoro è teso e in circa la metà dei casi si verifica una cessazione del rapporto nell'ambito dell'incapacità lavorativa o è prevista una disdetta. Nel 57 per cento di tutti i casi di incapacità lavorativa determinata da disturbi mentali, l'incapacità lavorativa è una reazione a offese o conflitti sul lavoro. Ciò significa che la maggior parte delle incapacità lavorative per motivi mentali è innescata da un'escalation dei problemi sul posto di lavoro. Se dopo un periodo di tempo prolungato si arriva a un congedo per malattia, trovare una buona soluzione è difficile per tutte le parti coinvolte.

I congedi per malattia legati ai conflitti hanno una dinamica speciale

Per alcuni aspetti, le incapacità lavorative causate da conflitti sul posto di lavoro differiscono dagli altri congedi per malattia: quando il congedo per malattia viene preso subito dopo una disdetta, si tratta quasi sempre (nel 90 per cento dei casi) di incapacità lavorativa legata a un conflitto. Lo stesso vale per i cambiamenti in azienda (riorganizzazione, riduzione del personale, cambio di capo): se questi sono documentati, sono quasi sempre situazioni di conflitto.

Anche il comportamento delle persone assicurate varia: se hanno un atteggiamento passivo per quanto riguarda il rientro al lavoro, lo posticipano o non mantengono i contatti con il datore di lavoro, in circa tre quarti dei casi si tratta di incapacità lavorative legate a un conflitto. Le incapacità lavorative che sembrano «incoerenti» (durata e grado non plausibili), che hanno messo a repentaglio il mantenimento del posto di lavoro della persona assicurata e durante le quali non sono mai state prese misure di reintegrazione sono molto più spesso incapacità lavorative legate a un conflitto.

Tra questi congedi per malattia legati a un conflitto, in circa l'80 per cento dei casi si tratta di incapacità lavorativa «legata al posto di lavoro», il che significa che di per sé le persone assicurate sarebbero in grado di lavorare in un altro posto di lavoro. Di conseguenza, i congedi per malattia legati a un conflitto sono un po' sovrarappresentati tra le incapacità lavorative più «brevi» (fino a cinque mesi). Tuttavia, la quota dei congedi per malattia legati a un conflitto sul totale dei congedi per malattia non scende mai sotto il 43 per cento fino alla fine della durata massima d'incapacità lavorativa di 2 anni. Ciò significa che, anche nelle incapacità lavorative della durata massima, quasi un congedo per malattia su due è dovuto a conflitti sul posto di lavoro, offese, frustrazioni, ecc. Ciò illustra l'effetto a lungo termine che queste offese possono avere.

Due gruppi di persone assicurate con incapacità lavorativa legata a un conflitto

Le persone assicurate la cui incapacità lavorativa deriva da conflitti sul posto di lavoro non sono un gruppo omogeneo di persone che possono essere tutte considerate in grado di lavorare. Inoltre, non è possibile dire chi sia stato il responsabile del conflitto. I dati mostrano che si possono distinguere all'incirca due gruppi di uguali dimensioni: da un lato, vi sono persone con stress precoci e problemi documentati nei precedenti posti di lavoro o persino già a scuola. Queste persone hanno gravi problemi e limitazioni anche nella sfera privata e spesso seguono un trattamento psichiatrico da tempo. Queste persone presentano un rischio elevato di congedo per malattia di lunga durata. Le persone del secondo gruppo non seguivano un trattamento psichiatrico prima dell'attuale incapacità lavorativa e nel loro caso non sono documentati problemi precedenti o limitazioni nella vita

quotidiana. Data la loro capacità lavorativa esistente, queste persone sono inabili al lavoro per un periodo piuttosto lungo (perlopiù 5-9 mesi), ma di rado per più di 9 mesi.

Il fatto che la maggior parte dei congedi per malattia derivi da una situazione problematica e in peggioramento sul lavoro rende chiaro che di norma l'incapacità lavorativa è la conclusione temporanea di un processo più lungo, non l'inizio. A maggior ragione, quindi, sarebbe importante che il sostegno non sia prestato solo dopo il congedo per malattia, ma molto prima, fintantoché il rapporto di lavoro non è ancora incrinato. Se alla fine si arriva al congedo per malattia, spesso la situazione sembra bloccata.

Che ruolo hanno le dimensioni dell'azienda e il settore in cui opera?

L'80 per cento delle persone assicurate lavora con un grado di occupazione dell'80-100 per cento, 9 su 10 sono operai o impiegati senza funzione di quadro. Le grandi aziende con almeno 250 collaboratori tendono ad essere sovrarappresentate.

Ciò è importante, perché il numero di collaboratori è correlato alla durata dell'incapacità lavorativa (non necessariamente al numero di casi): quanto più grande è l'azienda, tanto più lunga è l'incapacità lavorativa. La correlazione tra le dimensioni dell'azienda e la durata dell'incapacità lavorativa potrebbe essere riconducibile al fatto che con l'aumentare delle dimensioni dell'azienda il controllo sociale diminuisce, di conseguenza l'assenza per malattia ha meno ripercussioni dirette rispetto a quanto accade in una piccola impresa. D'altra parte, di solito le grandi aziende hanno accesso a un'ampia gamma di servizi di supporto che in genere nelle piccole e medie imprese mancano (servizi sociali, psicologi, job coach, ecc.).

Anche la durata del rapporto di lavoro della persona assicurata è rilevante: da quanto più tempo la persona assicurata è impiegata nell'azienda attuale, tanto più a lungo durerà l'incapacità lavorativa. Ciò è dovuto solo in parte al fatto che per le persone assicurate più anziane l'incapacità lavorativa dura più a lungo di quella dei più giovani. La durata del rapporto di lavoro è legata alla durata del congedo per malattia, indipendentemente dall'età.

Nei casi in esame vi sono nette differenze nella durata dell'incapacità lavorativa a seconda del settore. La differenza tra i settori con le durate mediamente più basse (edilizia con 171 giorni e logistica con 191 giorni) e quelli con le durate più elevate (pubblica amministrazione con 267 giorni, banche / assicurazioni con 262 giorni e istruzione con 255 giorni) è di circa 90 giorni. Il fatto che l'incapacità lavorativa duri particolarmente a lungo nelle grandi aziende, che dispongono di servizi di supporto a differenza delle piccole e medie imprese, indica un notevole potenziale: proprio in queste aziende sarebbero disponibili risorse di personale per intervenire precocemente e preventivamente in presenza di collaboratori con problemi o conflitti in aumento.

I requisiti e le condizioni di lavoro sono importanti

Anche i requisiti posti dall'attività professionale hanno un ruolo importante nella durata dell'incapacità lavorativa. Ciò riguarda in particolare i requisiti rigorosi di disciplina / affidabilità e di interazione emotiva. Entrambi sono associati a una durata maggiore del congedo.

Requisiti rigorosi di disciplina / affidabilità / cognizione sono particolarmente frequenti nel settore finanziario e nell'amministrazione. Requisiti rigorosi dal punto di vista emotivo e delle interazioni sono particolarmente frequenti nel commercio, nella sanità, nei servizi sociali e nell'istruzione. Parte delle differenze settoriali è ascrivibile a queste correlazioni. Infine, anche una pressione particolarmente elevata per il successo è associata a un'incapacità lavorativa più lunga.

Soprattutto in caso di disturbi mentali, è comprensibile che un'alta pressione per il successo e requisiti rigorosi dal punto di vista emotivo, cognitivo e dell'affidabilità possano ritardare il ritorno al lavoro. Di norma, la capacità lavorativa descrive il rapporto tra i requisiti e la capacità di rendimento; quanto più rigorosi sono i requisiti, tanto più alta dovrebbe essere la capacità di rendimento. Quindi, per un pronto rientro al lavoro è ancora più importante che non solo il grado di occupazione, ma anche le mansioni, i requisiti e la pressione possano essere commisurati alla capacità di rendimento attuale, che potrebbe non essere stata ancora recuperata appieno.

Vengono diagnosticati quasi esclusivamente depressione e disturbi dell'adattamento

Per quanto riguarda le diagnosi, predominano i disturbi affettivi (episodi depressivi e disturbi depressivi ricorrenti) e i disturbi nevrotici (soprattutto disturbi da stress, disturbi post-traumatici da stress e disturbi dell'adattamento). La dipendenza da sostanze (11 per cento) e i disturbi della personalità (8 per cento) vengono diagnosticati piuttosto raramente, il che, soprattutto nel caso di questi ultimi, denota quasi certamente che la frequenza reale è piuttosto sottovalutata.

Il fatto che spesso vengano diagnosticati disturbi da stress e disturbi dell'adattamento è comprensibile, alla luce dei frequenti congedi per malattia legati a conflitti. Tuttavia, è difficile immaginare che quasi tutte le persone assicurate prese in esame soffrano principalmente di un disturbo depressivo o dell'adattamento, non da ultimo a causa dell'insorgenza spesso precoce del problema di salute. Ciò potrebbe indicare che quando si prende un congedo per malattia spesso viene riportata solo la sintomatologia attuale, che generalmente si manifesta soprattutto con sintomi depressivi e stress, presenti anche in altri disturbi mentali. Tuttavia, questi sintomi attuali non dicono molto sul quadro generale e sul decorso del problema di salute mentale (che può essere presente da anni o addirittura decenni).

Il problema di una diagnosi legata quasi esclusivamente al presente è che non fornisce quasi nessuna indicazione sulle misure riabilitative: come deve essere pianificato il rientro al lavoro, quali adattamenti lavorativi sarebbero utili, cosa ci si può aspettare dalla persona assicurata, a cosa si deve prestare attenzione nelle interazioni, ecc. Per esempio, la situazione è diversa se oltre alla depressione una persona assicurata ha un disturbo o un'accentuazione della personalità.

Infine, tra tutte le diagnosi, quella di disturbo della personalità è la più strettamente associata a un lungo periodo di incapacità lavorativa: in presenza di tale disturbo, secondo i dati statistici l'incapacità lavorativa dura 113 giorni in più. Anche in presenza di accentuazioni della personalità subcliniche (evidenti ma che non giustificano una diagnosi) si osserva un aumento della durata del congedo di 46 giorni rispetto all'assenza di tali anomalie.

Le limitazioni nella vita quotidiana sono piuttosto rare

Il problema di salute esistente influisce soprattutto sul lavoro: un impatto su altre sfere della vita (coppia, educazione dei figli, contatti sociali, gestione della casa, amministrazione / contatti con le autorità, attività nel tempo libero fuori di casa, uso dei trasporti pubblici) viene documentato relativamente di rado. Quasi l'80 per cento delle persone assicurate non ha nessuna (64 per cento) o al massimo una (14 per cento) limitazione nelle altre sette sfere della vita quotidiana oltre al lavoro. Anche in questo caso ci si può domandare se in determinati casi non sia possibile un'incapacità lavorativa a tempo parziale.

Le conseguenze negative più probabili riguardano la vita di coppia, i contatti sociali e le attività nel tempo libero fuori di casa. I problemi nella gestione della casa, nel contatto con i figli, nelle questioni amministrative, nei contatti con le autorità e nella mobilità (uso dei trasporti pubblici) sono rari. In quest'ambito trova conferma l'importanza di un'età di esordio precoce: la percentuale di persone che

attualmente soffrono di limitazioni più gravi nella vita quotidiana è molto più alta tra le persone che erano già malate nell'infanzia, nell'adolescenza e all'inizio dell'età adulta che non tra quelle che si sono ammalate più tardi.

Anche gravi limitazioni funzionali sono piuttosto eccezionali

Ove presenti, anche le limitazioni funzionali (fisiche, cognitive, affettive e di interazione) documentate nei rapporti medici sono perlopiù «di minore entità». Oltre alle rare limitazioni funzionali fisiche, il 41 per cento ha deficit cognitivi minori, il 49 per cento deficit emotivi e il 19 per cento deficit nelle interazioni.

Dai rapporti degli psichiatri e dalle perizie emerge che nel complesso solo nel 7-14 per cento dei casi vi sono «gravi» limitazioni cognitive, affettive o nelle interazioni. Le limitazioni «gravi» sono quindi l'eccezione. Nel complesso, il 20 per cento delle persone assicurate ha almeno qualche limitazione funzionale «grave». Di norma (nel 75 per cento dei casi), queste persone avevano già problemi precoci a scuola e negli impieghi precedenti.

Rapporti medici dettagliati e perizie solo in caso di incapacità lavorativa prolungata

Il 75 per cento dei dossier registrati contiene informazioni mediche e due terzi dei dossier contengono rapporti di medici curanti e specialisti (psichiatri). I casi in cui mancano informazioni mediche riguardano perlopiù persone con limitazioni più lievi. Ciò è comprensibile, ma questi decorsi spesso conflittuali sul posto di lavoro non vanno sottovalutati. Le perizie, che di solito vengono commissionate solo in una fase più avanzata dell'incapacità lavorativa, sono disponibili soprattutto per le persone assicurate con limitazioni più gravi, problemi di salute preesistenti, decorsi cronici e disturbi comportamentali e della personalità.

Un fenomeno analogo si osserva nei rapporti dei medici curanti e degli psichiatri: quanto più dettagliati e fondati sono i rapporti medici, tanto più lunga è l'incapacità lavorativa. Ciò significa che vengono redatti rapporti particolarmente dettagliati solo se il congedo per malattia è (molto) lungo. Se da un lato ciò è comprensibile, dall'altro è troppo tardi dal punto di vista riabilitativo: se possibile, sarebbe importante ricevere informazioni mediche così dettagliate all'inizio della procedura.

Poca attenzione alla storia professionale

I rapporti dei medici curanti e degli psichiatri sono fondati dal punto di vista medico e, soprattutto quelli degli psichiatri, anche relativamente dettagliati (44 righe per rapporto dello psichiatra). L'anamnesi delle malattie e dei trattamenti precedenti è spesso breve. D'altra parte, la descrizione del precedente livello funzionale o della storia lavorativa è pressoché inesistente. Nei rapporti dei medici curanti, la storia lavorativa è menzionata con una media di 0,1 righe per rapporto, mentre nei rapporti psichiatrici, spesso più dettagliati, con 5,4 righe.

I rapporti medici hanno quindi un notevole potenziale, poiché la storia lavorativa e la capacità funzionale dei pazienti nei lavori precedenti possono anche fornire molte informazioni per valutare la capacità lavorativa attuale e pianificare il rientro. Molti pazienti con disturbi mentali e problemi lavorativi avevano problemi già prima del loro attuale lavoro, talvolta fin dalla scuola o dalla formazione. Inoltre, molti manifestano un quadro tipico che permetterebbe di trarre importanti conclusioni anche per la situazione attuale. Un'analisi approfondita della storia lavorativa richiede tempo, per cui è comprensibile che in genere venga omessa (soprattutto dai medici curanti). Ciò fa pensare che i rapporti medici dovrebbero essere meglio remunerati.

I datori di lavoro potrebbero fornire informazioni importanti

Le informazioni provenienti da terzi sono generalmente rare nei rapporti dei medici curanti e degli psichiatri (rispettivamente nel 12 per cento e nel 16 per cento dei rapporti). Nelle perizie sono decisamente più frequenti (circa il 50 per cento dei casi). Tuttavia, queste informazioni di terzi provengono quasi esclusivamente da altri medici. Le informazioni provenienti dai datori di lavoro sono quasi sempre assenti, anche nelle perizie.

Considerando che più della metà delle incapacità lavorative è legata a conflitti sul lavoro, la mancanza di informazioni del datore di lavoro è rilevante. Senza tali informazioni, una valutazione è possibile solo in misura assai limitata, poiché le percezioni dei pazienti e dei loro superiori in situazioni di conflitto possono differire notevolmente. Infine, conoscere il punto di vista del datore di lavoro sarebbe non solo essenziale per la valutazione della capacità lavorativa, ma anche utile per il trattamento. Inoltre, potrebbe dare importanti spunti sugli obiettivi della terapia e sulle procedure per quanto riguarda la vita quotidiana.

Una sfida simile sta nel fatto che, nei loro eventuali referti, soprattutto i medici curanti e meno frequentemente gli psichiatri spesso si basano esclusivamente sulle informazioni fornite dai pazienti. In quasi la metà dei rapporti dei medici curanti non vi sono referti e, se sono presenti, nel 50 per cento dei casi si basano esclusivamente su dichiarazioni soggettive dei pazienti. Nei rapporti psichiatrici i referti sono molto più frequenti (80 per cento) e solo nel 20 per cento dei casi si basano esclusivamente su dichiarazioni soggettive. Un referto è una valutazione medica e non un resoconto delle informazioni fornite dal paziente. Nel caso delle malattie fisiche i referti soggettivi sono molto rari, anche tra i medici curanti. Al pari della presenza di informazioni di terzi, un referto psicopatologico «oggettivo» è un presupposto per una valutazione comprensibile.

Spesso le limitazioni funzionali non vengono descritte

Il motivo dell'incapacità lavorativa è la presenza di limitazioni funzionali dovute alla malattia che impediscono o ostacolano l'attività. Non si è incapaci di lavorare perché si hanno sintomi di disturbi mentali, ma perché a causa della malattia non si hanno più determinate capacità lavorative.

Spesso tali limitazioni funzionali non sono documentate. In circa il 50 per cento dei rapporti dei medici curanti e in un quarto dei rapporti degli psichiatri non è menzionata alcuna limitazione funzionale. A questo proposito, non è chiaro se e perché la persona assicurata non possa lavorare. Questo è un altro motivo per cui spesso le valutazioni mediche non sono comprensibili a terzi o lo sono solo in parte: il 75 per cento dei rapporti dei medici curanti e quasi il 60 per cento dei rapporti degli psichiatri è difficilmente comprensibile perché non sono documentate limitazioni. Sotto questo profilo, i medici curanti potrebbero fare chiarezza menzionando più limitazioni anziché solo sintomi. Una «traduzione» dei sintomi in limitazioni funzionali sarebbe di grande aiuto per pianificare il rientro al lavoro e faciliterebbe la comunicazione con il datore di lavoro: questo è il linguaggio più comprensibile per il datore di lavoro, che in quest'ambito può anche contribuire fornendo informazioni importanti.

Sarebbero utili prognosi e indicazioni sulle misure necessarie

In quasi la metà dei rapporti dei medici curanti o degli psichiatri manca una prognosi. Se la prognosi è presente, è spesso vaga in termini di tempo («primavera 2022») o non contiene alcuna indicazione di tempo (nel 55 per cento dei rapporti dei medici curanti e nel 68 per cento dei rapporti degli psichiatri). Ciò si verifica in particolare per i periodi di incapacità lavorativa più lunghi e nel caso delle persone assicurate con disturbi della personalità. Va notato che i rapporti medici analizzati sono in ogni caso quelli che hanno giustificato l'incapacità lavorativa, ossia rapporti redatti in una fase iniziale. Inoltre,

alcune persone assicurate chiedono un trattamento medico solo all'inizio della loro incapacità lavorativa.

È noto che per gli psichiatri la formulazione di una prognosi è il più grande problema professionale in relazione alla valutazione dell'incapacità lavorativa. Questo è confermato dai dati disponibili. Varrebbe la pena di discutere se la formulazione di una prognosi è effettivamente un problema professionale così importante o di individuare esattamente le ambiguità. Tuttavia, in assenza di una prognosi anche solo vaga è difficile pianificare misure di integrazione. Una prognosi chiara può anche essere un utile stimolo per i pazienti ad attivarsi per affrontare il rientro al lavoro.

Forse i medici curanti sottovalutano l'importanza delle loro conoscenze: in un totale di circa il 30-50 per cento dei rapporti non viene fornita alcuna informazione sulla capacità di miglioramento per quanto riguarda le limitazioni e sulle misure mediche o lavorative necessarie. Quasi sempre mancano indicazioni su eventuali misure private necessarie, anche se in circa il 30 per cento dei casi il fattore scatenante dell'incapacità lavorativa risiede anche nella sfera privata. Inoltre, solo di rado (in un terzo dei casi) i rapporti parlano di una possibile incapacità lavorativa parziale. Mancano quasi del tutto (sono presenti solo nel 3 per cento dei casi) informazioni sui possibili adattamenti sul posto di lavoro che potrebbero favorire il rientro.

Nel questionario ai medici l'assicurazione chiede informazioni su tutti questi punti. In questo caso potrebbero essere utili misure di sensibilizzazione e di formazione, nonché il miglioramento dei questionari delle compagnie di assicurazione. Deve essere chiaro che queste domande non hanno uno scopo principalmente amministrativo o esclusivamente legato al diritto assicurativo, bensì uno scopo riabilitativo.

Atteggiamento protettivo nei confronti di pazienti noti da tempo e che hanno conflitti sul lavoro

Un approccio protettivo nella redazione dei rapporti, misurato in modo molto rudimentale dall'utilizzo di espressioni rafforzative («enorme», «massiccio» ecc.) o finalizzate a suscitare comprensione («gravemente traumatizzato», «sottoposto a stress estremo nella sfera privata» ecc.), è stato riscontrato nel 50 per cento dei rapporti di medici e psichiatri. Tali dichiarazioni protettive sono più frequenti soprattutto nei trattamenti più lunghi in cui si è instaurato un rapporto con i pazienti, per le persone assicurate con un comportamento anomalo e una presentazione esagerata dei disturbi nonché in caso di conflitti in atto sul posto di lavoro.

Ciò potrebbe essere riconducibile all'adozione inconscia dell'esagerazione del paziente o al tentativo inconscio di compensare le dimostrazioni solo parziali dell'incapacità lavorativa utilizzando i rafforzativi. Soprattutto nel caso delle persone che soffrono di limitazioni notevoli nella vita quotidiana, le dichiarazioni protettive sono molto *meno frequenti* nei rapporti dei medici curanti (nei rapporti degli psichiatri non si notano differenze in questo senso). L'atteggiamento protettivo più frequente nei trattamenti più lunghi è probabilmente un fenomeno che ricorre in tutte le relazioni di assistenza. Questo istinto di protezione mette in evidenza l'impegno del medico, ma comporta un certo rischio per la reintegrazione, perché non si dà abbastanza credito ai pazienti o si giudica la situazione in modo troppo unilaterale. Questo rischio è amplificato dall'abituale mancanza di interazione con il datore di lavoro. Bisogna essere consapevoli di questa dinamica.

Conclusioni

L'analisi approfondita delle incapacità lavorative per motivi mentali fornisce alcune informazioni sul contesto, i decorsi, le aree problematiche e il potenziale.

Dal punto di vista del mantenimento del posto di lavoro e della reintegrazione efficace dei collaboratori in congedo per malattia, emergono alcuni ostacoli significativi:

- La maggior parte dei congedi per malattia si configura come conclusione temporanea di una situazione di crescente conflitto sul posto di lavoro protrattasi a lungo. Una volta accertata l'incapacità lavorativa legata al conflitto, pianificare il rientro al lavoro è difficile per tutte le parti coinvolte (datore di lavoro, persona malata, medico curante, compagnia di assicurazione). Spesso il rapporto di lavoro è già stato sciolto.
- Circa la metà delle persone assicurate colpite aveva già avuto problemi comportamentali o di rendimento legati alla salute mentale nei precedenti posti di lavoro o durante gli anni di scuola e di formazione. In questi casi vi sono limitazioni più significative e periodi più lunghi di incapacità lavorativa, come nel caso delle persone assicurate che in precedenza hanno ricevuto un trattamento psichiatrico.
- Oltre ai conflitti sul lavoro, anche i conflitti e lo stress nell'ambiente familiare, l'isolamento sociale e i disturbi comportamentali e della personalità hanno spesso un ruolo. Tutte queste circostanze sono associate a una durata nettamente più lunga dell'incapacità lavorativa.
- Dal lato dell'azienda, la pressione elevata per il successo e notevoli requisiti cognitivi, emotivi e disciplinari dell'attività lavorativa si traducono in periodi più lunghi di congedo per malattia. Inoltre, spesso le aziende non sembrano essere in grado di attenuare le suddette situazioni di conflitto prolungato in una fase iniziale e prevenire un'escalation che poi sfocia nell'incapacità lavorativa.
- I rapporti medici sono fondati dal punto di vista medico, ma spesso forniscono poche o nessuna informazione chiara su molte delle questioni interessanti nel contesto dell'incapacità lavorativa (capacità funzionali, prognosi, possibilità di incapacità lavorativa a tempo parziale, adeguamenti necessari sul lavoro, ecc.) e troppo spesso si basano esclusivamente sulle informazioni fornite dal paziente.
- Spesso le compagnie di assicurazione non entrano subito in contatto con le persone assicurate con disturbi mentali. Spesso sono fornite misure di sostegno (care management), che però coinvolgono i datori di lavoro e gli operatori sanitari ancora troppo raramente.

Sulla base dei risultati raccolti, sotto vari aspetti il potenziale risiede chiaramente nella prevenzione secondaria, ossia nella prevenzione o riduzione dei deterioramenti ricorrenti della salute e dei peggioramenti delle crisi sul posto di lavoro.

Ciò significa che sono necessari interventi preventivi efficaci nelle aziende, in modo che tali escalation possano essere evitate. Le aziende dovrebbero essere maggiormente sensibilizzate a non reagire solo quando la situazione si aggrava, ma ad assumere preventivamente un atteggiamento di sostegno e di intervento precoce e a formare i loro dirigenti e collaboratori di conseguenza. In quest'ambito, le compagnie di assicurazione potrebbero sostenere le aziende in modo più mirato. Inoltre, è necessaria una maggiore cooperazione tra le aziende e i medici ai fini dell'integrazione nel mercato del lavoro.

I medici curanti dovrebbero essere maggiormente supportati e formati per una gestione consapevole dei certificati di incapacità lavorativa, che aiuterebbe i pazienti a mantenere il posto di lavoro. Sarebbe utile che i medici, le compagnie di assicurazione e i datori di lavoro sviluppassero linee guida su come agire tempestivamente e in modo efficace in situazioni difficili. Il fatto che sempre più persone ricevano un trattamento psichiatrico e psicologico è un passo in avanti, ma il numero crescente di incapacità lavorative è un passo indietro.

Infine, il fatto che le sfide nella vita lavorativa (frustrazione, cambiamento, conflitti, ecc.) portino con sempre maggiore frequenza a congedi per malattia e successivamente all'esclusione dal mercato del lavoro (medicalizzazione dei problemi lavorativi) dovrebbe essere discusso nella società / nei media.

1. Ausgangslage

SWICA ist mit rund 600'000 Versicherten der grösste Krankentaggeld-Versicherer in der Schweiz und gibt jährlich rund CHF 200 Millionen für psychisch bedingte Krankentaggelder aus. Die Ausgaben der SWICA für Krankentaggeldleistungen aus psychischen Gründen nehmen zu. Diese Zunahme betrifft weder nur die SWICA noch nur die Schweiz, sondern folgt einem internationalen Trend steigender Arbeitsunfähigkeitsfälle aus psychischen Gründen in den Industrieländern (OECD, 2015).

Die Ursachen dieser Tendenz sind bisher nicht geklärt. Man muss aufgrund der epidemiologischen Evidenz davon ausgehen, dass die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitsfälle weder auf einer realen Zunahme von psychischen Störungen (keine erkennbare Inzidenzerhöhung in der betroffenen Altersgruppe), noch auf veränderten Krankschreibungsgewohnheiten (z.B. häufigere, kürzer dauernde Krankschreibungen bei gleichbleibender PatientInnenzahl) beruht. Wahrscheinlicher ist, dass sich das Bewusstsein und der Umgang mit psychischen Problemen verändert hat und sich auch weiterhin verändern wird: gerade in der psychiatrischen Versorgung hat in den letzten Jahrzehnten eine starke Professionalisierung der Hilfen stattgefunden mit einer starken Zunahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachpersonen und Einrichtungen. Damit wird der Zugang zum Behandlungssystem erleichtert. Zudem wird heute mehr über psychische Probleme gesprochen als früher, psychische Störungen und die Inanspruchnahme von Behandlung sind bis zu einem gewissen Grad weniger tabuisiert als früher.

Dies alles ist ein Fortschritt: psychische Störungen werden eher thematisiert, früher erkannt und professionell behandelt. Das ausgezeichnete – auch psychiatrische - Gesundheitssystem hat jedoch nicht dazu geführt, dass Arbeitsunfähigkeit und Invalidität bei psychischen Störungen zurückgegangen sind: obwohl die Schweiz weltweit am meisten psychiatrische Spezialisten pro Kopf der Bevölkerung hat und jedes Jahr rund eine halbe Million Schweizerinnen und Schweizer psychiatrische Behandlung aufsuchen, bleiben die Invalidisierungen auf hohem Niveau konstant (während sie bei den anderen Krankheitsgruppen sinkend sind) und steigen die Arbeitsunfähigkeiten.

Die Auswirkungen für alle Beteiligten – erkrankte Personen, deren Angehörige, Unternehmen, Versicherungen, aber auch die Volkswirtschaft insgesamt) - können negativ sein. Für die arbeitsunfähigen Personen droht mit wiederholter und verlängerter Arbeitsunfähigkeit zunehmend der Verlust des Arbeitsplatzes. Längere Arbeitsunfähigkeiten sind ein wichtiges Eingangstor in Arbeitslosigkeit und Invalidität (OECD, 2012, 2015). Die Unternehmen sind mit Ausfallkosten und -aufwand konfrontiert, die Privatversicherungen mit steigenden Krankentaggeld- und teils auch BVG-Kosten infolge einer späteren IV-Berentung, die Sozialversicherungen mit höheren Ausgaben infolge Arbeitslosigkeit und Invalidität und die Sozialhilfe mit höheren Fallzahlen und -kosten.

Die arbeitsbezogenen Kosten psychischer Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) in der Schweiz betragen jährlich rund CHF 20 Milliarden (OECD, 2014). Darin enthalten sind Invalidität, Arbeitslosigkeit, Inaktivität, Produktivitätsverluste bei Erwerbstätigen sowie die Kosten durch Krankschreibungen, also direkte Krankheitskosten. In einer Gesamtschau aller verursachten Kostenarten sind die indirekten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Kosten wegen Arbeitsproblemen wohl um ein Vielfaches höher, da viele indirekte Kosten schwer zu beziffern sind und nicht in diese Berechnungen einfließen: kostspielige, psychisch bedingte Fehlentscheidungen von psychisch auffälligen Kadermitarbeitenden, Produktivitätsverlustes, Belastungen und Behandlungskosten von Vorgesetzten, Arbeitskollegen und Familienmitgliedern infolge ihrer Belastung durch psychisch auffällige Mitarbeitende etc.

Die ärztliche Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit (nachfolgend auch «Krankschreibung») ist eine wichtige und oft unumgängliche Massnahme zur Genesung von einer Erkrankung. Bleiben

Mitarbeitende trotz Erkrankung am Arbeitsplatz, kann dies die Gesundung bremsen, gänzlich verhindern, oder sogar zu einer gesundheitlichen Verschlechterung führen bis hin zu einer Chronifizierung der gesundheitlichen Problematik. Eine Krankschreibung kann bei psychischen Störungen und Krisen eine notwendige Entlastung ermöglichen. Auf der anderen Seite können lange oder undifferenzierte Krankschreibungen die sozial-berufliche Zunahme der Situation der erkrankten Personen verschlechtern und die psychische Problematik verstärken. Mit der Arbeitsunfähigkeit fällt nicht nur die Arbeitsbelastung weg, sondern auch all die potentiell gesundheitsfördernden Wirkungen, die eine Erwerbstätigkeit mit sich bringt: soziale Kontakte, Tagesstruktur, sich wertvoll und kompetent erleben können, Sinnhaftigkeit, sich zugehörig fühlen und sich auch finanziell etwas leisten können respektive weniger finanziellen Stress haben etc.. Erwerbstätigkeit ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Erwerbstätige haben – unabhängig vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung - weniger und kürzere Klinikaufenthalte und profitieren von einer psychiatrischen Behandlung rascher und erzielen grössere Fortschritte.

Es ist bekannt, dass Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen bisher zwar nicht den Grossteil der Fälle ausmachen, aber mit einer relativ langen Dauer verbunden sind. Eine unlängst vorgelegte Untersuchung bei Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz hat gezeigt, dass der Mittelwert aller psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten bei rund 25 Wochen liegt (Baer et al., 2017). Deutlich länger dauern Arbeitsunfähigkeiten bei der Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen, nämlich 40 Wochen. Diese Störungsgruppe ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Krankheit spätestens im Jugendalter beginnt und normalerweise andauernd ist (zum Beispiel ängstlich-vermeidende, zwanghafte oder emotional-instabile / impulsive Verhaltensweisen. Hier stellt sich die Frage, welchen Sinn dann eine derart lange Krankschreibung im Hinblick auf eine rehabilitative Erfolgsaussicht macht.

Die Problematik längerdauernder Arbeitsunfähigkeiten und ihrer Folgen wurde in der Schweiz wie auch in anderen Ländern schon früh erkannt, und es wurden in Unternehmen und auch von Versicherungen verschiedene Interventionen entwickelt: Absenzen Management (HR-Prozesse zum Umgang mit krankgeschriebenen Mitarbeitenden), Care Management (Begleitung arbeitsunfähiger Mitarbeitender durch Fachpersonen von Versicherungen und anderen Dienstleistern) oder Präsenz- respektive Präventionsmanagement (Aktivitäten in den Unternehmen mit dem Ziel, Krankschreibungen zu verhindern und den Arbeitsplatz erhalten zu können) sowie betriebliche Sozialberatung etc.

Anders als in anderen – vor allem skandinavischen Ländern, den Niederlanden oder Dänemark – gibt es in der Schweiz bisher kaum Evidenz zu den Hintergründen und Einflussfaktoren psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten. Dies liegt unter anderem daran, dass in der Schweiz keine nationale Krankentaggeldversicherung etabliert ist, welche einen umfassenden Zugang zu forschersich relevanten Daten böte (wie dies zum Beispiel bei der Invalidenversicherung der Fall ist), sondern verschiedene, im Wettbewerb stehende Privatversicherungen agieren, welche die Unternehmen gegen Arbeitsunfähigkeit versichern.

Aus der Forschung zu Arbeitsunfähigkeiten ist aus anderen Ländern bekannt, dass multiple Faktoren eine Rolle spielen in Bezug auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, auf das Risiko von wiederholten Arbeitsunfähigkeiten oder darauf, ob die betreffenden Personen am Arbeitsplatz reintegriert werden können. Von Bedeutung sind unter anderem

- die Schwere der Krankheitssymptomatik
- die Merkmale der Unternehmen (zum Beispiel Branche, Unternehmensgrösse)
- die Arbeitsbedingungen (Stress, hohe Arbeitsanforderungen, Angst vor Stellenverlust, Probleme mit Mobbing und Vorgesetzten)
- die psychiatrische und berufliche Anamnese (lebensgeschichtlich frühes Einsetzen psychischer Probleme und Arbeitsunfähigkeiten, sowie eine höhere Zahl erlebter Krankheitsepisoden)

- das Alter, Geschlecht und Bildungsstand der betreffenden Person
- die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz
- die Erwartung, Selbstwirksamkeit und das Gesundheitsverhalten der Betroffenen sowie
- die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen und die Anreize respektive Sanktionen (siehe zum Beispiel de Vries et al. (2018), OECD (2012, 2014, 2015), Lagerveld et al. (2010), Cornelius et al. (2011), Arends et al. (2014).

Für die Schweiz können diese Resultate, die teils auch nicht ganz kohärent sind, wegen der von Land zu Land unterschiedlichen Rahmenbedingungen nicht unbesehen übernommen werden. So ist beispielsweise die Finanzierung von Arbeitsunfähigkeiten unterschiedlich geregelt: es variieren die Dauern, innerhalb derer die Unternehmen die Krankentaggelder selbst finanzieren. Daraus ergeben sich unterschiedliche Anreizsituationen, welche einen Effekt auf das Verhalten der beteiligten Akteure haben. Unterschiede gibt es auch bei den Graduierungsmöglichkeiten der Krankschreibung: während in der Schweiz von den Ärztinnen und Ärzten jeder Grad zwischen 0 und 100% attestiert werden kann, gibt es auch Länder, in denen eine Krankschreibung nur komplett oder gar nicht möglich ist. Zudem wird die Arbeitsunfähigkeit nicht in allen Ländern von den Behandelnden attestiert, sondern von beispielsweise von Betriebs- respektive Versicherungsmedizinern.

Arbeitsunfähigkeiten oder 'Krankschreibungen' sind in der Schweiz bisher kaum erforscht. Aber auch die internationale Datenlage gibt kein abschliessendes Bild über die Hintergründe, Verläufe und hilfreichen Interventionen bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten. Aus diesem Grund hat die SWICA ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, welches die Arbeitsunfähigkeitsfälle aus psychischen Gründen vertieft untersucht – anhand der vorhandenen Versicherungsdaten einerseits, aber andererseits vor allem anhand einer vertieften empirischen Dossier-Analyse einer Zufalls-Stichprobe von rund 2'000 Krankentaggeldfällen des Jahres 2019.

2. Ziele und Fragestellungen der Untersuchung

2.1 Ziele

Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, Evidenz zu generieren, um ungünstige Arbeitsunfähigkeitsverläufe mit übermässig langer Dauer, Stellenverlust, Chronifizierung respektive Zustandsverschlechterung sowie Invalidisierung oder Sozialhilfeabhängigkeit besser vermeiden zu können.

Mit den vorliegenden vertiefenden Daten soll weiter zu einer Sensibilisierung für Bedeutung, spezifische Probleme und Potentiale beigetragen werden. Der Umgang mit drohenden oder bestehenden Arbeitsunfähigkeiten kann für Arbeitsplatzert halt und Re-Integration entscheidend sein. Dabei spielen nicht nur die ärztliche Berichterstattung und Beurteilung eine Rolle, sondern auch der Umgang in den Unternehmen, das Verhalten der betreffenden Mitarbeitenden und die Versicherungsprozesse. Hier soll die Untersuchung auch aufzeigen, ob und gegebenenfalls welche Verbesserungspotentiale bei den verschiedenen Akteuren bestehen.

2.1 Fragestellungen

Die Fragestellungen wurden in einer Arbeitsgruppe (AS, JA, LS, RM, NB) gemeinsam erarbeitet. Dabei musste berücksichtigt werden, welche Datenquellen überhaupt vorhanden sind. Einige Fragestellungen – gerade auch betreffend die private oder soziale Situation der Versicherten oder zum Beispiel allfällige Erfahrungen aus früheren Arbeitsunfähigkeiten – mussten ausgeklammert werden. Dieser Umstand wird bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden.

Da bei Krankschreibungen eine Vielzahl von potentiellen Faktoren eine Rolle spielen, zielt die Untersuchung auch darauf ab, überhaupt eine Datenbasis zu erarbeiten zu Merkmalen und Verhalten der verschiedenen Akteure. Hier wurden beispielsweise folgende Merkmale aus den Versichertendossiers erhoben:

Merkmale der Arbeitsunfähigkeits-Situation:

- wie häufig handelt es sich um Vollzeit respektive um Teilzeit-Arbeitsunfähigkeiten?
- Kommt es im Verlauf zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses? Falls ja: wurde dieses anschliessend an die Arbeitsunfähigkeit aufgelöst oder erfolgte die Krankschreibung anschliessend an eine Kündigung?
- kommt es zu einem Kontakt zwischen versicherter Person und Versicherung und wie gestaltet sich dieser? Wie werden die Beschwerden von Betroffenen präsentiert etc.?

Merkmale der versicherten Person:

- welche soziodemografischen Merkmale hängen allenfalls mit längerdauernden oder ungünstigen Verläufen zusammen?
- wie lässt sich das soziale Umfeld der versicherten Person beschreiben (Wohnsituation, Partnerschaft, soziale Kontakte und Aktivitäten)?
- sind in der Ausbildungs- und Arbeitsbiografie schon Auffälligkeiten vorhanden?
- welche Rolle spielen seitens der Versicherten ihre Persönlichkeit und ihr Umgang mit der Situation?
- wie aktiv bemüht sich die versicherte Person um den Wiedereinstieg in die Arbeit?

Merkmale des Prozesses:

- kommt es zu Auflagen im Rahmen der Schadenminderungspflicht? Wird von den versicherten Personen Einsprache zum Entscheid der Versicherung erhoben, wird ein Anwalt beigezogen und kommt es zu einem Rechtsfall?
- Kommt es zu einer Anmeldung bei der Invalidenversicherung?
- wird zur Unterstützung ein Care Management installiert?
- werden medizinische Berichte in Auftrag gegeben?

Merkmale von Krankheit, Beeinträchtigung und Behandlung:

- welche Störungsbilder (Diagnosen) sind wie häufig und welche sind mit längerer Dauer und ungünstigen Verläufen verbunden?
- welche Funktionsbeeinträchtigungen sind festzustellen und wie einschränkend sind diese?
- handelt es sich um erstmalige psychische Probleme oder kam es schon vor der untersuchten Arbeitsunfähigkeit zu gesundheitlichen Beschwerden? Falls ja: wurde damals eine Behandlung aufgesucht und bei wem?
- von wem wird die Arbeitsunfähigkeit attestiert: Hausarzt oder Facharzt?

Merkmale des Arbeitsplatzes:

- bestehen besonders belastende Arbeitsbedingungen?
- zeigen sich Unterschiede nach Branche und Betriebsgrösse?
- welche Anforderungen stellt die Tätigkeit der versicherten Person? Sind die Anforderungen überhaupt bekannt?
- gibt es Umstände, welche die Arbeitsunfähigkeit möglicherweise ausgelöst haben?
- bestehen Hinweise für ein belastetes Verhältnis am Arbeitsplatz (Spannungen, Konflikte etc.)?
- wird das Arbeitsverhältnis im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aufgelöst und, falls ja, von wem?

Merkmale der ärztlichen Berichterstattung:

- welche medizinischen Unterlagen liegen vor?
- werden Anamnese und Befund erhoben, wird die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen und angepassten Arbeitsplatz beschrieben? Stützt sich der Befund auf objektive Beurteilungen? Wird eine Prognose für den bisherigen respektive angepassten Arbeitsplatz gestellt und wird sie zeitlich konkretisiert?
- Werden Funktionseinschränkungen genannt und in welchem Detaillierungsgrad? Sind die Auswirkungen der genannten Funktionseinschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar?
- wird die frühere Funktionsfähigkeit respektive die Arbeitsbiografie beschrieben?
- wird eine Teil-Arbeitsunfähigkeit diskutiert und werden Angaben von Dritten einbezogen? Kommt es zu einem Austausch mit dem Arbeitgeber?
- werden krankheitsbedingt nötige Arbeitsanpassungen erwähnt?

3. Methode und Vorgehen

3.1 Methode

Die Studie nutzt zur Beschreibung und statistischen Analyse insbesondere der Inanspruchnahmen von Versicherungsleistungen *infolge psychischer Erkrankungen* erstmalig eine Zusammenschau der versicherungstechnischen Stammdaten und aller zum jeweiligen Fall gehörigen medizinischen Unterlagen, sowie die aus dem Case-Management anfallenden Informationen. Dabei fokussiert sie auf solche Fälle, die durch eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 14 Kalendertagen besonders leistungsrelevant sind. Wegen des umfangreichen Zeitbedarfs zur Erfassung der Dossierinformationen wurden nicht alle in der Zielpopulation registrierten Leistungsfälle, sondern eine daraus streng zufällig gezogene Stichprobe in diesen Arbeitsschritt aufgenommen.

Als Vergleichsgruppe für psychische Erkrankungen dienen somatische Erkrankungen, die aus Gründen der Vergleichbarkeit (Dokumentationsdichte: bei kürzeren Arbeitsunfähigkeiten liegen gerade bei den somatisch bedingten AUF-Fällen kaum Informationen zu vielen hier interessierenden Variablen vor) aber auf AUF-Dauern zwischen 365 Tagen und 730 Tagen eingeschränkt wurden (vgl. 3.4).

Der innovative Charakter dieser Studie und der Anspruch an eine vertiefte Analyse einer grossen Anzahl von Dossiers erforderten einen erheblichen personellen, organisatorischen und erhebungstechnischen Aufwand. Da rund 2'000 Dossiers erfasst werden sollten und da für die Erfassung eines einzelnen Dossiers im Durchschnitt mit 1 Stunde Zeitaufwand gerechnet wurde (der Aufwand war in den ersten Erhebungswochen deutlich höher, pendelte sich schliesslich aber effektiv auf rund 1 Stunde ein), musste ein Team von 12 (ehemaligen) SWICA-Mitarbeitenden rekrutiert, geschult und begleitet werden. Da für eine valide Datenerfassung inklusive Einordnung und Einschätzung der Dossierinformationen und Prozessabläufe ein vertieftes Verständnis über Versicherungsprozesse und eine Vertrautheit mit der vorliegenden Thematik unabdingbar war, wurden erfahrene Fachspezialisten und Case Manager einbezogen. Einen grossen Teil der aufwändigen Organisation und laufenden Evaluation des Kodierfortschritts leisteten RM und EM. Hierzu gehörte auch die Pseudonymisierung der intern vorhandenen Daten und die Koordination mit dem Studienleiter und der Firma ValueQuest (siehe unten).

Weil die bislang vor allem in (fach-)sprachlich abgefassten Dokumenten respektive generell in Textform vorliegenden Fallinformationen zur quantifizierenden Analyse erst gesondert erfasst werden sollten, wurde zunächst in iterativen Schritten ein mit der SWICA-Arbeitsgruppe abgestimmtes Kodierschema – das heisst das Frageraster - entwickelt. Dazu wurden zunächst alle intern schon vorhandenen elektronischen System-Daten gesichtet und eine Vielzahl weiterer interessierender Merkmale besprochen, ausgewählt und operationalisiert. An dieser Arbeitsgruppe beteiligt waren der Leiter Leistungsmanagement Unternehmen (AS), die Leiterin des Care Managements Unternehmen (JA), eine Fachspezialistin des Leistungsmanagements (LS) sowie der Studienleiter. Die Fachspezialistin (LS) war im Verlauf der Vorbereitung und Durchführung der Erhebung erste fachliche Ansprechperson für die Kodierenden, stellte die Verbindung zwischen fachlicher Studienleitung (NB) und Kodier-Team sicher und aktualisierte laufend das Kodier-Manual (siehe 3.2).

Dieses Kodierschema wurde von Mitarbeitenden der Firma ValueQuest (Wädenswil ZH) als Browserbasierte Eingabemaske technisch umgesetzt und die Mitglieder des Kodierteams in der Anwendung geschult. Die Listen mit den zu erfassenden Fällen mit entsprechenden anonymen IDs sowie die Datenexporte erfolgten durch ValueQuest in den Formaten SPSS und Excel.

Die zu erhebenden Merkmale wurden in einem Manual erfasst und wo nötig operationalisiert. Anhand der zunächst wöchentlichen, dann zweiwöchentlichen Besprechungen zwischen kodierenden SWICA-

Fachpersonen und Studienleiter wurden Unklarheiten diskutiert und zusätzliche Kodierregeln festgelegt und von einer SWICA-Fachspezialistin im Manual laufend ergänzt. Dieses Vorgehen reduzierte die bei Kodierbeginn noch häufigeren Fragen/Unklarheiten innert weniger Wochen sehr deutlich.

In der Eingabemaske kodierten die zwölf von Seiten der SWICA (im Teilpensum für die Studie 'abgestellten') mitarbeitenden Personen - Fachspezialistinnen und Fachspezialisten aus dem Leistungsmanagement sowie Fachpersonen aus dem Care Management alle in Abbildung 1 (vgl. Kapitel 4) dargestellten Fälle anhand aller im jeweiligen Dossier vorliegenden Informationen. Dabei wurden nicht einfach Daten erfasst, sondern es musste bei vielen Variablen eine Einschätzung aufgrund der gesamten Dossierinformationen vorgenommen werden. Um hier bei allen Kodierenden auf vergleichbare Einschätzungen zu kommen, wurden diese Fragen laufend im Team besprochen. Dieser Arbeitsschritt beanspruchte eine 5-monatige Frist zwischen Beginn September 2020 bis Ende Januar 2021.

3.2 Vorgehen

Die kodierenden Mitarbeiter der SWICA wurden in einer ganztägigen Schulung vor Kodierbeginn in der einheitlichen Erfassung und Einschätzung der allfällig in den Dossiers vorfindbaren Informationen unterwiesen (vom Studienleiter). Ab Kodierbeginn war eine Fachspezialistin immer ansprechbar für Fragen. Diese Fachspezialistin (LS) war auch von Beginn weg an der Erarbeitung des Fragerasters und der Projektvorbereitung insgesamt beteiligt, aktualisierte laufend das Kodier-Manual und stellte auch die Verbindung / Kommunikation zwischen Kodier-Team und Studienleiter sicher.

Zur Kontrolle der Inter-Rater-Reliabilität wurde zudem ein zufällig ausgewähltes Dossier vom Studienleiter als sogenannter «Gold-Standard» kodiert, und allen übrigen Kodierenden (ohne deren Kenntnis) in das jeweilige Arbeitspensum eingegliedert. Dieser Schritt erfolgte in einem frühen Bearbeitungsstadium, um eventuelle Abweichungen, Missverständnisse und Fehlkalibrierungen frühzeitig aufgreifen und durch Nachschulung beseitigen zu können.

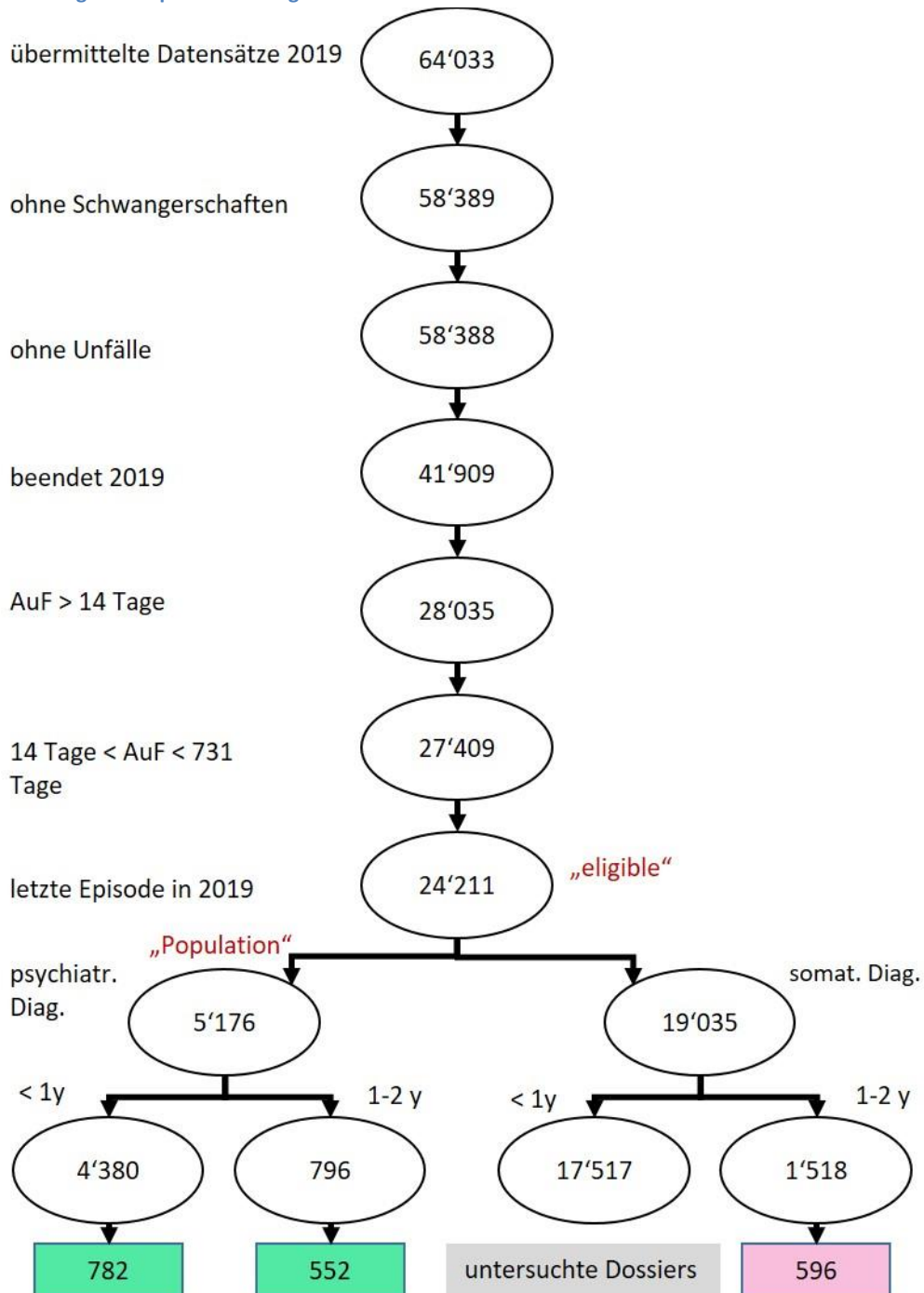
Die quantitative Auszählung dieser Doppelratings (jeweils Kodierer verglichen zum Goldstandard) erbrachte bei 99 aus dem Indexdossier quantifizierbaren Variablen eine durchschnittliche Übereinstimmung der 11 Kodierenden zum Goldstandard von 78.2 %, d.h. durchschnittlich 8.6 RaterInnen von 11 RaterInnen kodierten exakt so wie der Studienleiter. Zählt man die Variablen des Indexdossiers danach aus, ob mindestens 10 von elf RaterInnen, oder besser 11 von elf RaterInnen mit dem Goldstandard exakt übereinstimmen, dann waren 86.9% aller Variablen von einer sehr guten Übereinstimmung geprägt. Für die eher insuffizienten Variablen wurden a) die Abweichungen in ihrer Begründung gemeinsam besprochen (und dann ggf. schon bearbeitete Dossiers nach-korrigiert) und b) durch eine Präzisierung der Kodieranleitung prospektiv aufgefangen.

Damit kann von einer guten bis sehr guten Datenqualität der Informationserfassung aus den Dossiers ausgegangen werden, die den Ansprüchen einer wissenschaftlichen Studie vollauf genügt. Dies erscheint umso bemerkenswerter, als das Ausgangsmaterial keineswegs als wissenschaftliche Dokumentation entstanden ist, sondern zur Dokumentation und Legitimation von Leistungsansprüchen erstellt wurde. Die hohe Datenqualität zeugt neben der Fachkenntnis auch von einer hohen Motivation seitens der SWICA-Mitarbeiter, für die auch ein spezieller Dank auszusprechen ist.

4. Stichprobe

Von der SWICA wurden dem Forschungsteam (Stand vom 2.4.2020) insgesamt 64'033 Versicherungsfälle aus dem internen System übermittelt, welche im Jahr 2019 als Leistungsbezüge erfasst waren (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Abbildung 1: Stichprobenziehung



Aus inhaltlichen Gründen wurden alle Leistungsbezüge aufgrund von Schwangerschaften oder in Folge von Unfällen aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Dies führte zu einer Population von 58'388 Versicherungsfällen, die im Jahr 2019 prävalent waren.

Davon waren 41.3% männlich und 58.7% weiblich. Die im Jahr 2019 prävalenten Versicherungsfälle wurden im nächsten Schritt dann auf diejenigen Datensätze eingegrenzt, für die das Ende eines Leistungsbezuges im Jahre 2019 registriert war. Fälle, deren Leistungsbezug bis in das Jahr 2020 reicht, wurden ausgeschlossen. Eingeschlossen blieben aber auf der anderen Seite diejenigen Fälle, deren Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 1.1.2019 lag. Diese Eingrenzung entspricht dem versorgungsepidemiologisch gebräuchlichen Prävalenzbegriff mit Synchronisation auf das Ende einer Krankheits- oder Behandlungsdauer und resultiert in einer Populationsgrösse von 41'909 Fällen.

Weitere Einschränkungen der Untersuchungspopulation ergaben sich aus der Vorgabe, dass Fälle mit AUF-Dauern unter 2 Wochen (n=13'874) und extrem lange AUF-Dauern > 730 Tage (n=626) aus der Untersuchungspopulation ausgeschlossen wurden.

Um die für statistische Verfahren erforderliche sogenannte «stochastische Unabhängigkeit» zu erzielen, wurde anschliessend bei allen Personen, die im Jahr 2019 wiederholte AUF-Episoden aufwiesen, nur die jüngst zurückliegende AUF-Episode als Index-Episode in die Analyse mit einbezogen. Damit reduziert sich der Datenkörper auf 24'211 Personen, die prinzipiell als auswählbar für die Studie galten. Diese Anzahl von Personen teilt sich in 5'176 Personen mit einer psychischen Erkrankung als Grund für die AUF und 19'035 Personen mit somatisch bedingter AUF.

Eine versorgungsepidemiologische Betrachtung muss die Prävalenz eines Jahres fokussieren, wobei hier wie beschrieben das Enddatum im 2019 liegen musste. Alle Personen, die am 31.12.2019 noch Leistungen beziehen, sind hier nicht inkludiert. Hinzu kommt der Unterschied zwischen Fällen und Personen: Liegen von derselben Person mehrere AUF-Episoden vor, wird die Person trotzdem nur einmal gezählt mit all ihren Informationen. Schliesslich wurden nur AUF-Dauern mit 15 und mehr Tagen berücksichtigt.

Aus dieser Grundgesamtheit wurden zunächst vier Teilstichproben gezogen von jeweils maximal 1'150 Fällen (simple random selection mittels SAS pseudo-random Funktion): SOMATISCH lang (366-730 Tage AUF) und SOMATISCH kurz (15 bis 365 Tage AUF), sowie PSYCHISCH lang (366-730 Tage AUF) und PSYCHISCH kurz (AUF Dauern von 15 bis 365 Tage). Das von vorneherein geplante sogenannte over-sampling sollte ermöglichen, bei komplett oder in essentiellen Teilen fehlenden Angaben eines gezogenen Falles schlicht den nächsten zufällig gezogenen Fall als Ersatz zu kodieren.

Es ergaben sich im Bearbeitungsprozess keine Hinweise darauf, dass solche missing values systematisch bei bestimmten Personengruppen sich häuften (kein sog. «informative censoring» erkennbar, mit Ausnahme der Teilstichprobe «somatisch, < 1 Jahr AUF-Dauer»).

Für diese vier Subsamples begannen anschließend die Kodierarbeiten, welche die aktenkundigen Informationen aus sämtlichen dem Einzelfall zuordenbaren ärztlichen Dossiers sowie aus den verknüpften Berichten des Case-Managements und sonstiger Informationen (zum Beispiel aus Telefongesprächen mit den Versicherten) erfassen sollten. Hierbei zeigte sich, dass nicht für alle zufällig ausgewählten Versicherungsfälle informative Dossiers oder Berichte zur Verfügung standen. Insbesondere für das Subsample SOMATISCH KURZ konnten kaum – hier interessierende – Informationen gefunden werden. Daraufhin wurde im weiteren Verlauf auf die weitere Kodierung und Auswertung dieser Teilpopulation verzichtet, weil keine entsprechende empirische Basis zur Verfügung stand.

Auch aus inhaltlichen Gründen wurden die im Februar 2020 von SWICA bereitgestellten und pseudonymisierten Versicherungsfälle (basierend auf abrechnungstechnischen Stammdaten) auf drei Teilmengen hin begrenzt. Im Fokus stehen vor allem psychische Erkrankungen. Somatische Erkrankungen wurden bei AUF-Dauern unter einem Jahr bezüglich vieler uns interessierenden Variablen nur knapp dokumentiert, so dass ein Vergleich zu psychischen Erkrankungen mit breiter Dokumentationsdichte wenig ergiebig erschien.

Die drei definitiven Teilmengen sind:

- 10) Versicherte mit **somatisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 365 Tagen und maximal 730 Tagen Dauer (n=596+26);
- 11) Versicherte mit **psychisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 2 Wochen und maximal 365 Tagen Dauer;
- 12) Versicherte mit **psychisch** bedingter Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr und maximal 730 Tagen Dauer (n=536 +16).

Die Bearbeitung (Kodierung) dieser 3 Teilstichproben erfolgte konsekutiv und die realisierten Stichprobengrößen betragen n= 596 für Teilsample 1, n= 782 für Teilsample 2, und n= 536 für Teilsample 3.

In seltenen Fällen (n=16) wurden von der SWICA Datumsangaben übermittelt, die in AUF-Dauern über 730 Tage bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit mündeten, und die bereits in die Kodierung von Dossiers Eingang gefunden hatten. Denn der Beschluss zur Einengung der Analysen auf die genannten 3 Teilsamples wurde in Abstimmung mit den Vertretern der SWICA erst während der Feldphase gefällt. In der Folge wurden diese 26 Dossiers der Teilmenge 1 zugeschlagen und ihre AUF-Dauer auf 730 Tage korrigiert (vgl. 5.3). Die finale Festlegung der drei Stichproben für die Kodierung von Dossiers wurde später vorgenommen als der Start der ersten Dossier-Erfassungen. Daher waren n=26 Dossiers mit somatisch bedingter AUF bereits erfasst, als in Absprache mit der SWICA die wenig ergiebigen Dossiers „somatisch bedingt von <1 Jahr Dauer AUF“ aus den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden. Die erwähnten 26 Dossiers sind in der Teilstichprobe 1 mit enthalten, zumal sie auch recht deutliche AUF-Dauern erzielen konnten.

5. Statistische Analysen

Neben statistischen Standardverfahren zur Beschreibung der Datenlage (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Kreuztabellen) in der untersuchten Stichprobe sind auch einige besondere Methoden und Verfahren eingesetzt worden, die im Abschnitt 5 genannt und erläutert werden. Hier sollen vornehmlich die Begründungen zum Einsatz der Verfahren erläutert werden, die Idee der Verfahren im Hinblick auf erzielbare Erkenntnisgewinne kurz dargestellt, und Hinweise zur Vorsicht vor einer Überinterpretation gegeben werden.

Aus Gründen der Vollständigkeit und Methodentransparenz werden im Folgenden die statistischen Analysen beschrieben. Für das Verständnis der Resultate ist es nicht notwendig, diese Ausführungen im Detail durchzuarbeiten.

5.1 Gewichtung von deskriptiven Resultaten

Aussagen zu „typischen“ Verläufen (vgl. 5.2) und zur Verursachung von AUF-Dauern (vgl. 5.3) wurden basierend auf die Stichprobendaten „wie gezogen“, d.h. ohne Fallgewichtung. Weil es für die (vgl. 5.2 und 5.3) komplexeren statistischen Verfahren vornehmlich auf die Muster einer Typologie oder das spezifische, möglichst sparsam angebbare Cluster eines Bündels von Einflussfaktoren ankommt, kann diese ungewichtete Schätzung gerechtfertigt werden, zumal gewichtete Analysen schätztechnisch nicht unerhebliche Probleme aufreißen können.

Wenn es jedoch zu deskriptiven Aussagen in diesem Bericht kommt vom Muster *„xy % aller SWICA-Versicherten mit psychischen Erkrankungen haben einen niedergelassenen Psychiater aufgesucht“*, dann wurden diese Aussagen auf die in der Grundgesamtheit der im Untersuchungsjahr 2019 beendeten Versicherungsleistungsfälle hin so rück-gewichtet, dass die ursprünglichen Relationen der Inanspruchnahmen in der Versichertenpopulation gewahrt blieben.

Gewichtete Analysen können damit als repräsentativ für die Grundgesamtheit der 2019 von der SWICA mit Leistungen bedachten Krankheitsfälle aus psychischen Gründen (und AUF-Dauer zwischen 15 und 730 Tagen Dauer) oder aus somatischen Gründen (und AUF-Dauer länger als 1 Jahr) gelten.

5.2 Zusammenfassung von Versicherungsfällen in Typologien

Analysen zu Typologien von Versicherungsfällen und –verläufen wurden auf Versicherte mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit (Teilstichproben 2 und 3) hin eingeschränkt, da nur für sie die entsprechenden Angaben in den Dossiers vorhanden waren. Zugrunde gelegt wurden daher n=1334 Versicherte. Ziel der vorgenommenen typologischen Analysen ist eine Zusammenfassung der Erklärungsmuster und Erscheinungsformen von psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten auf wenige, prägnante, und handlungsrelevante Formen. Dabei gilt – wie bei jeder Vereinfachung – der Grundsatz: Soviel Reduktion wie vertretbar, aber keine Übersimplifizierung von möglicherweise auch komplexen Entwicklungen und kausalen Ursachen. Deshalb wurden statistische Verfahren eingesetzt, die Hinweise auf den sinnvollen Grad einer Vereinfachung liefern können.

Eine „Typologie“ im Sinne dieses Berichtes meint eine Einteilung der psychischen Versicherungsfälle in Gruppen mit hoher Ähnlichkeit hinsichtlich einer ganzen Gruppe von Merkmalen (Beispiel: Charakteristika des internen Bearbeitungsprozesses bei der SWICA). Zwischen den zu unterscheidenden Gruppen sollen möglichst deutliche Unterschiede auftreten, innerhalb einer Gruppe jedoch maximale Homogenität. Dazu existieren im Repertoire statistischer Verfahren einerseits verschiedene Cluster-Analysen, die sich alle darin einig sind, dass sie ein explizites Zuordnungsverfahren vornehmen. Ein Versicherungsfall gehört jeweils nur genau einer Gruppe an,

unabhängig davon, wie viele unterscheidbare Gruppen eingeteilt werden, und nach welchen Kriterien die zu maximierende Ähnlichkeit innerhalb einer Gruppe berechnet wird. Clusteranalysen sind also reine Sortierverfahren.

Jüngere Verfahren geben diese Pseudo-Eindeutigkeit einer Zuordnung als Voraussetzung für Berechnungen von „Typen“ auf, und benutzen die Idee, dass es auch Fälle gibt, die beispielsweise einem bestimmten Typus sehr gut nahe kommen (mit hoher Wahrscheinlichkeit), aber mit geringerer Wahrscheinlichkeit auch anderen Typen zugeordnet werden könnten. Ein „Typ“ ist also ein latentes Profil über die typenbildenden Variablen hinweg, das in Realität gar nicht zwangsläufig bei vielen Personen exakt so vorfindbar sein muss, sondern dem im weiteren Sinne viele Fälle sehr nahe kommen. Für den Fall, dass nur qualitativ ausgeprägte Merkmale in diese Art wahrscheinlichkeitsbasierter Typenanalyse eingeschlossen werden, heißt das Verfahren „latent class analysis“.

$$(1) \quad p(\underline{x}) = \sum_{g=1}^G \pi_g \prod_{i=1}^k \pi_{ig}^{x_i} (1 - \pi_{ig})^{1-x_i}$$

Formel (1) besagt, dass ein bestimmtes Antwortpattern (über k typenbildende Variablen hinweg) vorhergesagt werden kann aufgrund von zwei verschiedenen Parametern, die in der statistischen Analyse aus den Daten geschätzt werden: a) die Klassengröße π_g jedes Typs, und b) ein ganzes Set von Parametern π_{ig} für jede Klasse, die ausdrücken, wie «nahe» eine bestimmte Antwort x auf dem Merkmal i in einem bestimmten latenten Profil (Typus) g bei diesem Merkmal kommt.

Bei einer Mischung von qualitativen und quantitativen Merkmalen als Basis der Typenbildung spricht man von „latent profile analysis“, die Intuition des Verfahrens und seine Interpretation sind aber identisch.

Mit diesen Verfahren aus der Familie der Latenten-Klassen-Analyse wurde in der vorliegenden Studie insgesamt acht Typologien erarbeitet. Statistisches Werkzeug bildete dazu das Programm MPlus (rel. 8.6). Als Ergebnis einer Latenten-Klassen-Analyse erhält man Auskunft darüber, wieviele Typen in der Stichprobe sinnvoll zu unterscheiden sind (aufgrund von sogenannten Fit-Massen und aufgrund von statistischen Tests, ob jeweils die Einführung einer weiteren Gruppe in die Analyse eine signifikante Verbesserung der Gesamttypologie erbringt). Dies ist ein weiterer, entscheidender Vorzug von Latente-Klassen-Analysen gegenüber traditionellen Clusterverfahren.

Zudem wird berechnet, welche Person mit welcher Wahrscheinlichkeit in jede der beispielsweise 5 vorfindbaren Gruppen zugeordnet werden kann. Eine definitive Zuordnung einer Person zu einer Latenten Klasse erfolgt, wenn dies zur weiteren Analyse gewünscht wird, anhand ihrer maximalen Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit.

$$(2) \quad p(g | \underline{x}) = \frac{\pi_g p(\underline{x} | g)}{\sum_{h=1}^G \pi_h p(\underline{x} | h)}$$

Formel (2) berechnet die Wahrscheinlichkeit, dass in der latenten Klasse g ein bestimmtes Merkmalsmuster \underline{x} zu beobachten ist. «Gute», d.h. stark disjunkte LCAs erzielen für die Zugehörigkeit eines Versicherungsfalles zu einem bestimmten Typus jeweils sehr hohe Zuordnungswahrscheinlichkeiten, während gleichzeitig alle anderen Typen sehr unwahrscheinlich sind. Zusätzlich zu den oben erwähnten Fit-Massen und statistischen Tests wurden auch die mittleren Zugehörigkeitswahrscheinlichkeiten jeder latenten Klasse inspiziert und auf eine möglichst eindeutige Zuordnung von Fällen zu Typen hin ausgewertet. Für alle in diesem Bericht aufgenommene

Typenanalysen konnten hierbei sehr hohe durchschnittliche Zuordnungswahrscheinlichkeiten (zumeist > 0.9, nie < .75) erzielt werden.

Es wurden in dieser Studie insgesamt 8 Variablenruppen zu bestimmten Themenfeldern definiert, die dann jeweils einer typologischen Analyse im oben erwähnten Sinne unterzogen wurden:

1. Soziodemographische Merkmale der Versicherten
2. Krankheitsmerkmale des jeweiligen Versicherungsfalles
3. Art und Inhalt der ärztlichen Berichtslegung zum Versicherungsfall
4. Merkmale der Auslösung und des formalen Ablaufs beim aktuellen Versicherungsfall
5. Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes des/der Versicherten
6. Merkmale der medizinischen Behandlung anlässlich des Versicherungsfalles
7. Merkmale der Dokumentation und des Bearbeitungsprozesses innerhalb SWICA
8. Verhalten des/der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen

5.3 Erklärungsmodelle für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit

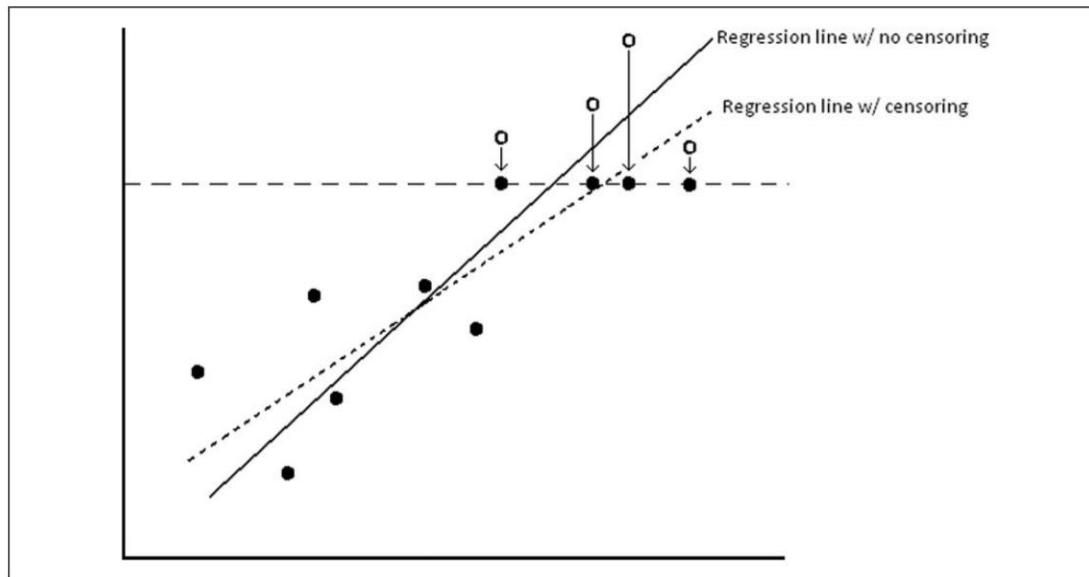
Tobit-Regression als statistisches Modell

Das Krankentagegeld als Versicherungsleistung endet nach längstens 730 Tagen. Daher ist die in der SWICA-Versichertendatenbank registrierte Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (-fast-, aber vgl. 5.1) immer kleiner als 731 Tage. Diese Maximaldauer ist jedoch kein reales Krankheitsgeschehen, sondern der Messwert 730 Tage AUF ist in den allermeisten Fällen ein Artefakt des versicherten Risikos. Tatsächlich häufen sich auch beim Messwert AUF=730 die hier aufgeführten Fälle (n=148, rund 10% der untersuchten Stichprobe). In der statistischen Terminologie werden solche Mindest-Messwerte auch als „rechts zensierte Daten“ bezeichnet. Das Vorhandensein solcher Daten bedeutet für ein statistisches Erklärungsmodell für die Arbeitsunfähigkeitsdauer, dass die Schätzung eines normalen linearen Modells

$$(3) \text{ AUF} = a + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

($X_1 \dots X_k$:= Prädiktorvariablen; ε := unerklärte ('Fehler-'Varianz)) zur Erklärung der Verweildauer verzerrte Ergebnisse liefern würde.

Abbildung 2: Illustration der verzerrten Schätzung einer linearen Regression bei Rechts-Zensierung



Wie aus der obigen Abbildung (Abbildung 2) ersichtlich, kann bei Nicht-Beachtung der Rechtszensierung ein systematisch zu geringer Steigungskoeffizient für den Einfluss des Prädiktors resultieren (gestrichelte Regressionslinie), der eigentlich so ausfallen müsste, wie in der durchgezogenen Regressionsgeraden gezeigt. Denn die wahren (unzensierten) Werte auf der abhängigen Variable (y-Achse) liegen höher, wie durch die leeren Kreise symbolisiert wird.

Im Tobit-Modell wird daher nicht durch sogenannte Kleinste-Quadrate-Schätzer die lineare Regression bestimmt, sondern mittels der sogenannten Maximum-Likelihood Methode. Dabei wird nicht der gemessene Wert y einer der abhängigen Variable (hier: AUF) verwendet, sondern die Schätzung einer «latenten» Variable Y^* die in zwei getrennten Wertebereichen vorliegt:

$$y = y^* \quad \text{wenn gilt:} \quad y^* < c$$

$$y = c \quad \text{wenn gilt:} \quad y^* \geq c .$$

Unter der Voraussetzung, dass oberhalb und unterhalb der Zensierungsschwelle c (waagrechte gestrichelte Linie in Abb. x) dieselben Verhältnisse für den (normalverteilten) Schätzfehler der Regressionsgeraden vorliegen (sog. Homoskedasität), kann damit über ML-Schätzer eine realistischere Einschätzung des Einflusses der Prädiktorvariablen vorgenommen werden. Die Likelihood eines solchen Tobit-Modells wird dabei in zwei Teile aufgespalten: Im ersten Teil wird die Likelihood eines Datenpunktes bestimmt für eine 0/1 Variable «Zensierung liegt vor J/N». Der zweite Teil der Gesamtl likelihood bezieht sich nur auf die unzensierten Werte und entspricht exakt der Likelihood einer ML-Schätzung ausschließlich unterhalb der Zensierungsschwelle. Durch simultane Optimierung beider Teile der Likelihood werden die Parameter der Prädiktoren bestimmt¹.

¹ Für weitere Details siehe die Einführung von McBee M (2010). McBee, M. (2010). Modeling outcomes with floor or ceiling effects: An introduction to the Tobit model. *Gifted Child Quarterly*, 54(4), 314-320.

Vorgehen bei der Auswahl der Einflussfaktoren im multivariaten Fall

Welche Merkmale auf die AUF-Dauer einen Einfluss haben, und wie stark dieser ggf. ist, erfordert ein multivariates statistisches Erklärungsmodell. Dabei kann nicht simpel einfach nach statistischen Kriterien entschieden werden, sondern es ist auch immer inhaltlich auf eine sinnvolle Interpretierbarkeit vorgefundener Resultate zu achten. Folgende Abfolge beim sogenannten „Modell-Bildungs-Prozess“ wurde angewandt.

1. Potenziell interessierende Einflussfaktoren wurden in Themengruppen zusammengefasst. Hier zu nennen wären die Themen
 - a. Soziodemographie und individuelle biographische Merkmale
 - b. Krankheit (ICD10 Diagnose und Ersterkrankungsalter) und Behandlung, Schweregrad der resultierenden Beeinträchtigung
 - c. Verhalten des/der Versicherten vor/während der Arbeitsunfähigkeit
 - d. Arbeitsplatzmerkmale und formale Merkmale der aktuellen AUF
 - e. Art und Umfang der ärztlichen Berichterstattung zur aktuellen AUF
 - f. Merkmale des Leistungsprozesses innerhalb der SWICA.
2. Für jedes Themengebiet wurden alle benannten Variablen in ihrem statistischen Zusammenhang mit der AUF-Dauer jeweils univariat auf Signifikanz geprüft (SAS PROC LIFEREG als Werkzeug zur Berücksichtigung zensierter AUF-Dauern). Qualitative Variablen wurden dabei (bei mehr als 2 Kategorien für mögliche Ausprägungen, z.B. Sprachregion) jeweils auf eine inhaltlich wie statistisch gut interpretierbare Referenzkategorie hin dichotomisiert (im Beispiel: Lateinisch-sprachige Schweiz 0/1).
3. Alle somit univariat als „signifikant“ ermittelten Prädiktorvariablen wurden anschließend in ein themenspezifisches Regressionsmodell aufgenommen, um Redundanzen hoch miteinander korrelierender Variablen (z.B. frühere Probleme in der Schule korreliert mit aktuellen Problemen am Arbeitsplatz) nicht übergewichtig in einer Interpretation des Vorhersagemodells einerseits zu erkennen, und durch schrittweisen Ausschluss der im multivariaten Modell dann überflüssig gewordenen Prädiktoren andererseits auch zu verhindern.
4. Dieses statistisch sparsamste Modell wurde vom Studienleiter auf kohärente Aussagefähigkeit und inhaltlich gute Interpretierbarkeit inspiziert. Ggf. wurden dann auch statistisch zwar bedeutsame, aber inhaltsleere Prädiktorvariablen aus dem finalen Modell verbannt und durch gut interpretierbare Variablen ersetzt.

Die Ergebnisse dieses 4-gestufen Vorgehens werden im nachfolgenden Ergebnisteil dargestellt und interpretiert. Die Berechnung des finalen Modells erfolgte (wegen der leichter verständlichen Interpretation der geschätzten Koeffizienten) mit der jüngeren SAS Prozedur PROC QLIM.

6. Resultate

Im folgenden Hauptteil des Forschungsberichtes werden die Resultate der Untersuchung dargestellt. Die Darstellung erfolgt getrennt nach untenstehenden Themen und wo möglich in Anlehnung an den effektiven Ablauf:

1. Erstkontakt mit den arbeitsunfähigen Personen
2. Merkmale der arbeitsunfähigen Personen
3. Merkmale des Arbeitsplatzes, des Unternehmens und des Verhältnisses zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer
4. Merkmale der Krankheit, Beeinträchtigung und Behandlung
5. Merkmale der ärztlichen Berichterstattung
6. Merkmale der Versicherungsinterventionen

Die Kapitel 6.1 bis 6.6 zeigen ausschliesslich die Resultate für Versicherte mit Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen. Die Kapitel folgen grundsätzlich einer einheitlichen Gliederung:

- Zuerst werden die deskriptiven Resultate gezeigt – Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Kreuztabellen. Diese deskriptiven Resultate werden mit gewichteten, den effektiven Grössenverhältnissen entsprechenden Werten gezeigt.
- Zweitens werden anschliessend jeweils Typologien dargestellt, die aus wesentlichen Merkmalen des jeweiligen Kapitels mithilfe der in Kapitel 5.3 dargestellten statistischen Methoden abgeleitet wurden.
- Drittens werden statistisch signifikante Zusammenhänge mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit gezeigt. Diese werden zunächst univariat dargestellt, das heisst, es werden alle Merkmale gezeigt, die – für sich genommen – einen Einfluss auf die Dauer haben.
- Viertens werden zum Schluss der Kapitel multivariate Analysen der Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Während auf univariater Ebene viele Zusammenhänge bestehen von Merkmalen, die wiederum untereinander auch kovariieren, zeigt die multivariate Analyse nur noch diejenigen Faktoren für die Arbeitsunfähigkeitsdauer, die für sich alleine auch unter Berücksichtigung aller anderen Variablen einen unabhängigen und statistisch signifikanten Beitrag zur rechnerischen Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer leisten können.
- Am Ende jedes Kapitels werden die wichtigsten Resultate kurz zusammengefasst (Fazit).

Im Kapitel 6.7 wird der Vergleich dargestellt von Versicherten mit psychischen sowie ähnlichen Versicherten mit somatischen Problemen (beide Gruppen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 13-24 Monaten). Dies dient vor allem dazu, allfällige Besonderheiten psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten noch deutlicher aufzuzeigen. Die Auswertungen der Vergleichsgruppe von Versicherten mit einer Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen beziehen sich auf eine Stichprobe von N=596 Fällen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 365-730 Tagen. Diese repräsentieren gewichtet (entsprechend der Versichertenfälle des Jahres 2019) N=1'518 Versicherungsfälle.

Bei der Würdigung und Interpretation der Resultate ist Folgendes zu beachten: Es handelt sich um eine Analyse von Versichertendossiers, die nicht zu Forschungszwecken angelegt wurden. Diese Akten bestehen nicht systematisch aus vergleichbaren Daten. In der einen Akte liegen diverse Arztberichte

und sonstige Informationen vor, in einer anderen hat es höchstens einen kurzen oder gar keinen Arztbericht etc. Nicht selten fehlen in den Akten Informationen, aufgrund derer sich unsere vertieften Fragen beantworten liessen. Erfasst wurde normalerweise, ob ein Merkmal erwähnt ist (zB «Hatte an früheren Arbeitsstellen Probleme») oder nicht. Wenn in der Akte nirgends dokumentiert ist, dass die versicherte Person an früheren Arbeitsstellen Probleme hatte, dann wurde «Nein» kodiert. «Nein» heisst dabei immer, dass etwas nicht dokumentiert ist. Es bedeutet aber nicht unbedingt, dass es nicht zutrifft. Wenn ein Arzt einen Umstand für die Berichterstattung an die Versicherung nicht als wesentlich oder geeignet ansieht (zum Beispiel, dass der Patient schon früher ähnliche Probleme an Arbeitsstellen hatte), wird er ihn auch nicht erwähnen. Das bedeutet aber nicht, dass dieser Umstand nicht zutrifft.

Im Umkehrschluss sind aber alle diejenigen Fälle, für die bei einem solchen Merkmal «ja» zu kodieren war, entweder durch die hohe Prägnanz der früheren Arbeitsprobleme dem jeweiligen Arzt in seinem Bericht erwähnenswert erschienen, oder der/die Ärzt/in ist aufgrund der fachlichen Ausrichtung oder persönlicher «Sensibilität» dem Thema gegenüber sehr aufmerksam.

Die hier erfassten Informationen beziehen sich neben den Registerdaten vor allem auf der telefonischen Kontaktnahme mit den Versicherten, auf die vorhandenen medizinischen Berichte (Hausarzt, Facharzt, Gutachter, weitere Berichte wie Austrittsberichte von Kliniken oder Arztberichte anderer Versicherungen etc.) und gegebenenfalls auf die Berichte von Care Managern.

Da viele der uns interessierenden Informationen in diesen Quellen manchmal gar nicht dokumentiert sind, unterschätzen unsere Resultate die wahre Häufigkeit vieler Merkmale. Damit werden gerade auch problematische Merkmale unterschätzt – beispielsweise frühere Arbeitsprobleme, soziale und private Probleme der Versicherten oder auslösende Faktoren für die Probleme am Arbeitsplatz, die Anforderungen der beruflichen Tätigkeit etc. Das heisst, dass die vorliegenden Resultate Probleme zwar andeuten können, ihre wahre Relevanz aber meist unterschätzen respektive dass vorhandene Probleme überhaupt nicht aufscheinen, da gar nicht dokumentiert (zum Beispiel allfällige Versicherungsbezüge oder Beeinträchtigungen von Angehörigen).

Für die deskriptiven Resultate werden die gewichteten Werte gezeigt, welche die realen Grössenverhältnisse der untersuchten Populationen widerspiegeln:

So wurden insgesamt N=1'334 Falldossiers von Versicherten mit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen untersucht: N=782 mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 15-364 Tagen und N=552 mit einer Dauer von 365-730 Tagen. Diese entsprechen einer Population von insgesamt N=5'176 Versicherten (N=4'380 mit 15-364 Tagen) und N=796 mit 365-730 Tagen).

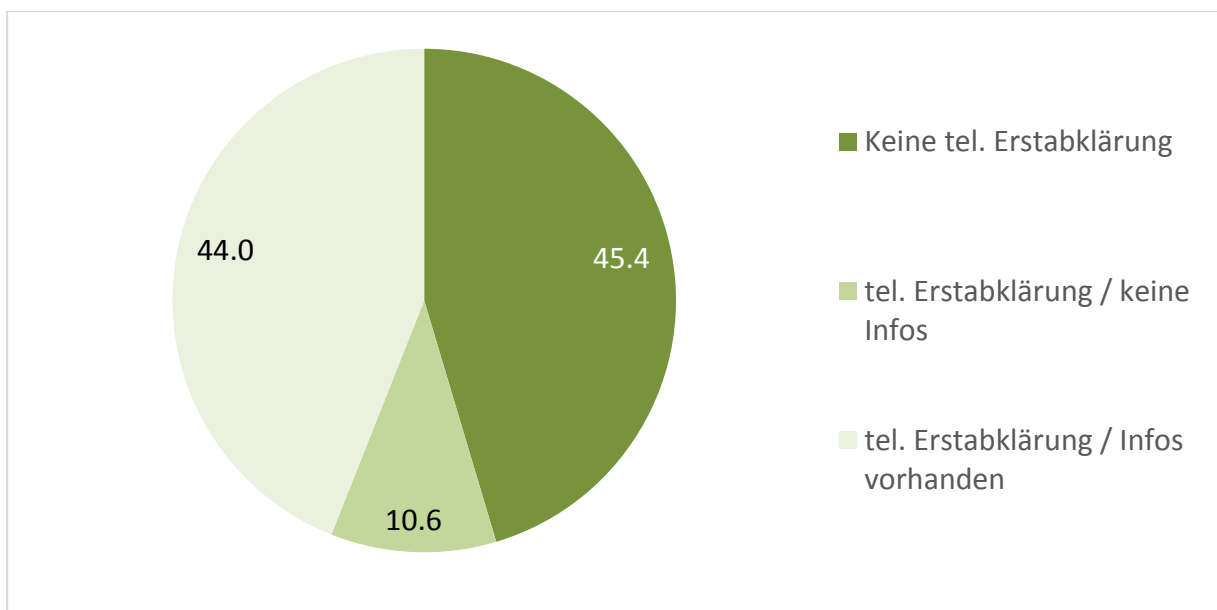
Dies umfasst nicht alle Versicherten mit einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen im Jahr 2019, aber alle Versicherten gemäss den Kriterien der Stichprobenziehung. Die den Resultaten jeweils zugrundeliegenden Anzahl versicherter Personen kann von der Gesamtzahl (N=5'176 Personen) abweichen wegen fehlender Werte (keine Informationen im Dossier). Die Anzahl fehlender Werte ist je nach Variable unterschiedlich.

6.1 Erstkontakt mit der arbeitsunfähigen Person

Anschliessend an die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber an die Versicherung erfolgt grundsätzlich eine telefonische Kontaktnahme mit der versicherten Person – je nach Situation / Vertrag und Zeitpunkt der Meldung vergehen zwischen Beginn der Arbeitsunfähigkeit und telefonischer Kontaktnahme Wochen bis Monate.

In 55% der untersuchten Fälle hat eine solche so genannte telefonische Erstabklärung respektive Kontaktnahme stattgefunden (Abbildung 3). Bei 44% - das sind 4 von 5 durchgeführten Erstabklärungen – liegen Informationen aus dem Gespräch mit der versicherten Person vor, bei rund 11% liegen keine Informationen vor.

Abbildung 3: Hat eine telefonische Erstabklärung stattgefunden?



Ob eine telefonische Erstabklärung stattfindet, hängt vor allem mit dem Gesundheitszustand der versicherten Person zusammen: Bei Versicherten mit «starken» psychischen Beschwerden (siehe Abbildung 4) fanden in rund 35% der Fälle Telefonate statt (bei Versicherten in stationärer Behandlung leicht seltener als bei Personen, die während der Arbeitsunfähigkeit nie hospitalisiert waren), bei Versicherten mit «leichteren» psychischen Beschwerden in 45% der Fälle. Dass Kontakte zu stationär behandelten Versicherten etwas seltener sind, mag mit Hemmungen zu tun haben, sich bei ihnen zu melden oder auch dem schlechten Gesundheitszustand geschuldet sein.

Die anfänglichen Beschwerden hängen mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammen: Je stärker und akuter die Beschwerden zu Beginn, desto länger ist auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Leichtere Beschwerden sind bei den Arbeitsunfähigkeiten bis 6 Monaten Dauer deutlich häufiger, bei längerer Arbeitsunfähigkeit überwiegen die Versicherten mit starken Beschwerden.

Grundsätzlich scheint eine frühe Kontaktnahme sinnvoll. Dass dies bei höherer Krankheitsschwere seltener erfolgt, erscheint nachvollziehbar. Dennoch könnte auch in diesen Fällen, eine frühe (interessierte und unterstützende) Kontaktnahme zweckmässig sein.

Eine Sonderposition nehmen die rund 10% der Fälle ein, wo eine telefonische Erstabklärung zwar stattgefunden, aber keine Informationen erbracht hat. Hier handelt es sich etwas häufiger um Arbeitsplatzkonflikte als Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit.

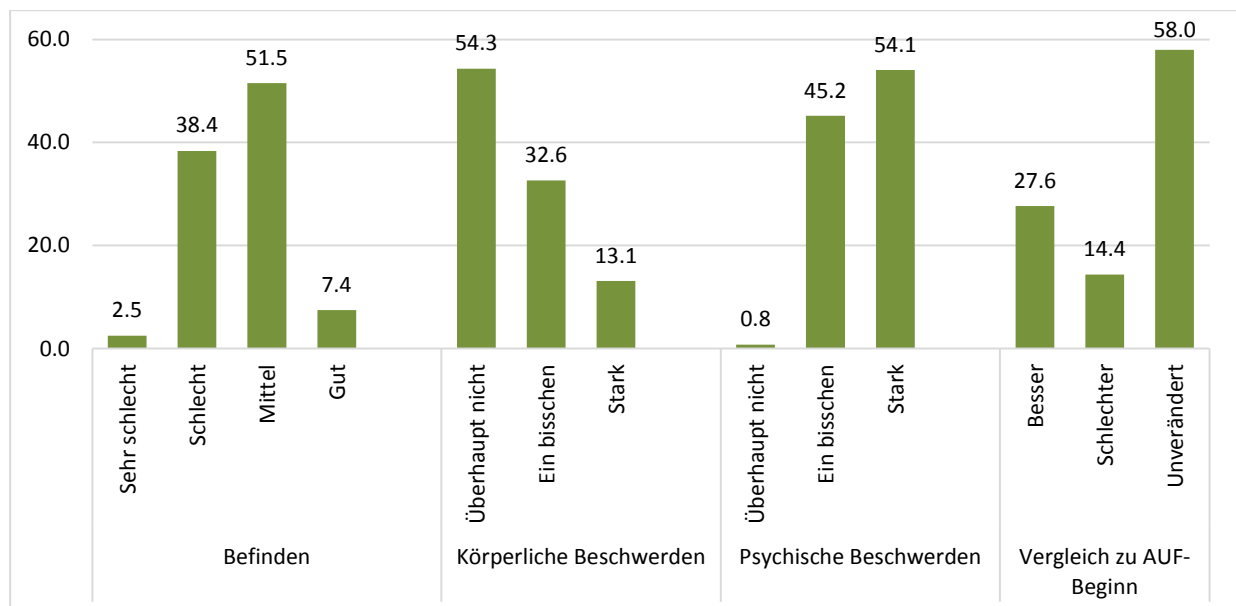
Befinden und Beschwerden der Versicherten

Die Versicherten berichten in rund 54% der Fälle über starke psychische Beschwerden, in rund 45% über leichtere und zu 1% über fehlende psychische Beschwerden (Abbildung 4). Dabei sind auch körperliche Beschwerden nicht selten: Rund 13% leiden an starken und 33% an leichteren körperlichen Beschwerden – insgesamt 46% mit körperlichen Beschwerden. Dies ist insofern relevant als die Komorbidität – das Vorliegen von mehreren Erkrankungen / Beschwerden – ein prognostischer Faktor für Wiedereinstieg und Integration ist.

Weiter berichten die meisten Versicherten, dass sich ihr Zustand seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit (vor Wochen bis Monaten) nicht verändert habe. Rund ein Viertel berichtet eine Verbesserung, rund jeder Siebte über eine Verschlechterung.

Versicherte, die bei Erstkontakt über eine Verbesserung berichten, weisen viel häufiger auch keine Funktionseinschränkungen und Alltagsbeeinträchtigungen auf. Personen, die über eine Verschlechterung berichten, weisen ebenfalls wenig Alltagsbeeinträchtigungen auf, zeigen aber Persönlichkeitsauffälligkeiten.

Abbildung 4: Befinden / Beschwerden bei telefonischen Erstkontakt



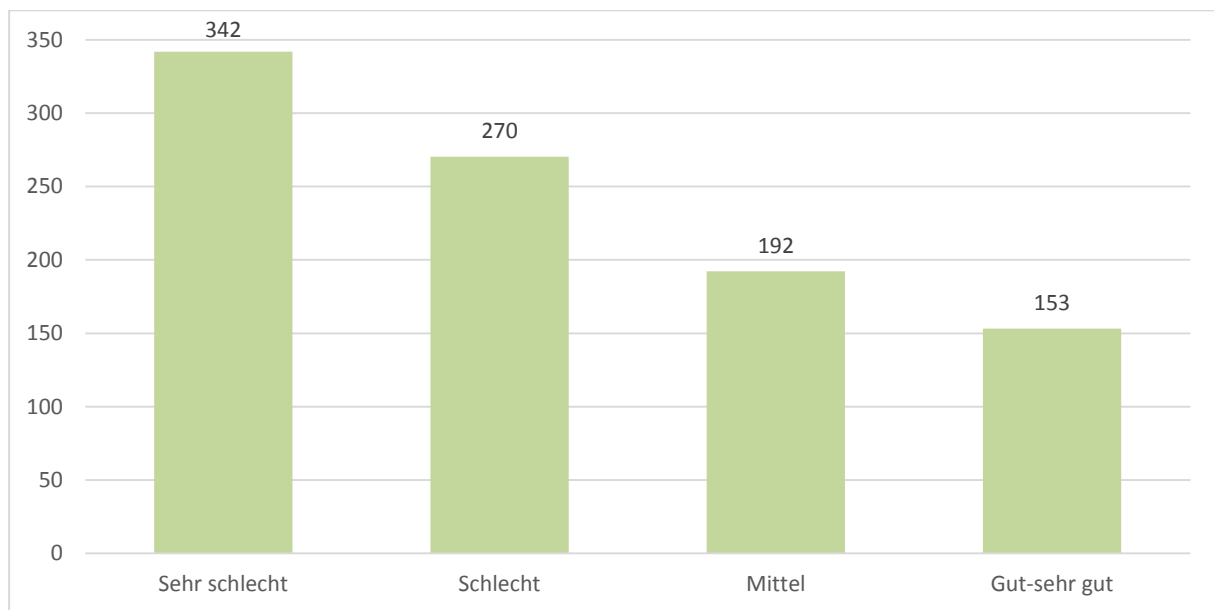
Rund 40% der Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen äussern schliesslich im Erstkontakt ein sehr schlechtes oder schlechtes subjektives Befinden, weitere rund 60% über ein mittleres bis gutes Befinden. Ein sehr gutes Befinden kommt nicht vor.

Dieses subjektive «Befinden» hängt mit der effektiven Arbeitsunfähigkeitsdauer eng zusammen (Abbildung 5): Versicherte, die im Erstkontakt ein (sehr) schlechtes Befinden äussern, haben schliesslich eine fast doppelt so lange Arbeitsunfähigkeitsdauer wie Personen mit einem mittleren bis guten Befinden. Dass das subjektive Befinden beim Erstkontakt einen solch engen Zusammenhang mit der Dauer zeigt, hängt auch damit zusammen, dass das Befinden mit der Schwere der Beeinträchtigung

korreliert: je schlechter das anfängliche Befinden desto schwerer ist auch die Alltagsbeeinträchtigung. Das subjektive Empfinden zu Beginn scheint demnach eine gewisse prognostische Relevanz zu haben.

Bemerkenswert sind schliesslich die Versicherten, die angeben, ihr aktuelles Befinden sei «mittel», also weder gut noch schlecht: Bei dieser Gruppe entstand lediglich in rund der Hälfte der Fälle (52%) der Eindruck, die Arbeitsunfähigkeit sei insgesamt (aufgrund sämtlicher vorliegender Informationen im Dossier) «stimmig» – sei es bezüglich Grad oder Dauer der Krankschreibung. Dies ist deutlich weniger als bei allen anderen Versicherten, die ein (sehr) schlechtes oder (sehr) gutes Befinden Angaben im Erstkontakt und deren Krankschreibung zu 71-76% als «stimmig» eingeschätzt wurde.

Abbildung 5: Subjektives Empfinden im Erstkontakt und Arbeitsunfähigkeitsdauer (Tage)



Mitwirkung und Beschwerdenpräsentation

Weiter wurde erhoben, ob aus dem Erstkontakt Hinweise zur Auskunftsfreudigkeit der Versicherten, zur Mitwirkung und zur Präsentation der Beschwerden vorliegen.

Bei der Auskunftsfreudigkeit wurde «gibt offen Auskunft» dann festgehalten, wenn die Versicherten offen und auch spontan über Probleme berichteten. «Gibt Auskunft, verschweigt aber wichtige Infos» wurde festgehalten, wenn Versicherte zum Beispiel offen ihre Depression erwähnen, beispielsweise aber ein gleichzeitiges relevantes Alkoholproblem nicht erwähnten.

Eine «mangelnde Mitwirkung» wurde beispielsweise dann festgehalten, wenn Versicherte sich telefonisch nicht zurückmeldeten, Abmachungen oder Termine nicht einhielten, die Vollmacht nicht unterschrieben oder ein Care Management respektive notwendige Therapien sowie Untersuchungen verweigerten.

Eine «übertreibende Beschwerdenpräsentation» schliesslich wurde festgehalten, wenn Versicherte ihre Beschwerden beispielsweise sehr ausführlich und mit verstärkenden Ausdrücken schilderten («es geht gar nichts mehr», «null Energie», «kann einfach überhaupt nicht mehr» etc.).

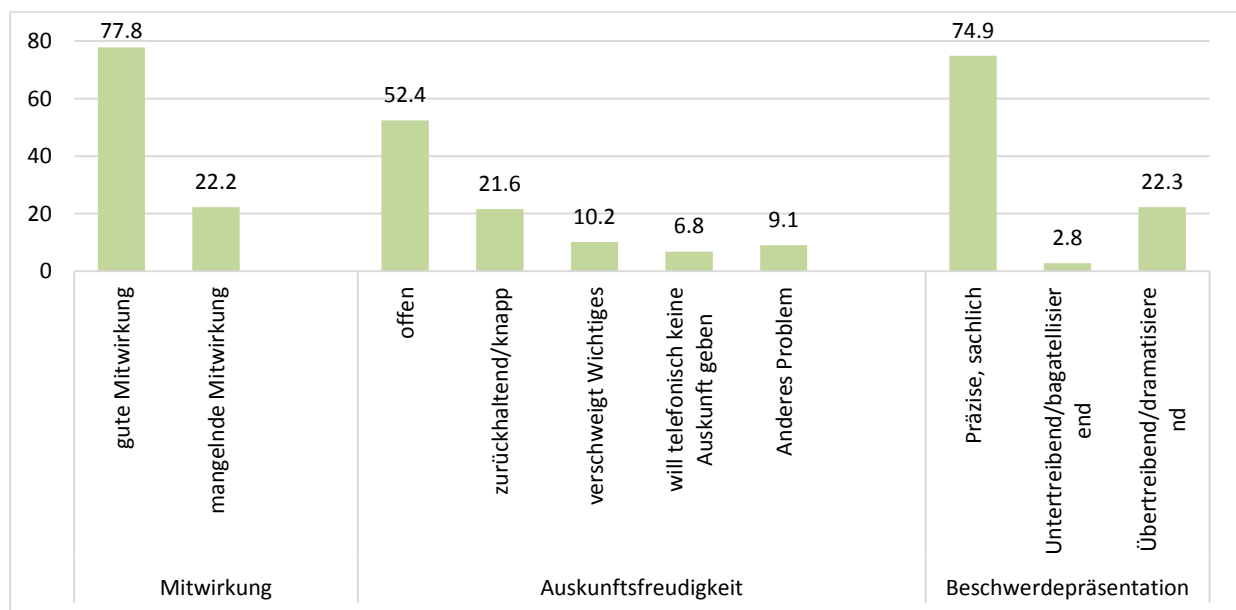
Die folgende Abbildung (Abbildung 6) zeigt, dass die grosse Mehrheit der Versicherten – rund 78% - im Verfahren eine gute Mitwirkung zeigen. Bei den rund 20% der Versicherten mit Hinweisen auf

mangelnde Mitwirkung handelt es sich etwas häufiger um jüngere Personen sowie um Personen mit vorbestehenden gesundheitlichen Problemen.

In etwas mehr als der Hälfte der Fälle geben die Versicherten offen Auskunft über ihre Beschwerden und die Situation. Das ist unter anderem bei Versicherten mit akuten Erkrankungen häufiger und bei Versicherten mit Arbeitsplatzkonflikten seltener der Fall.

Die Beschwerden werden von den meisten Versicherten (75%) sachlich und präzise geschildert (häufiger bei akuten Erkrankungen), selten untertreibend und in rund 20% der Fälle übertreibend, dramatisierend. Letzteres ist besonders häufig dann der Fall, wenn die Arbeitsunfähigkeit als Reaktion auf Kränkungen und Konflikte am Arbeitsplatz entstanden ist.

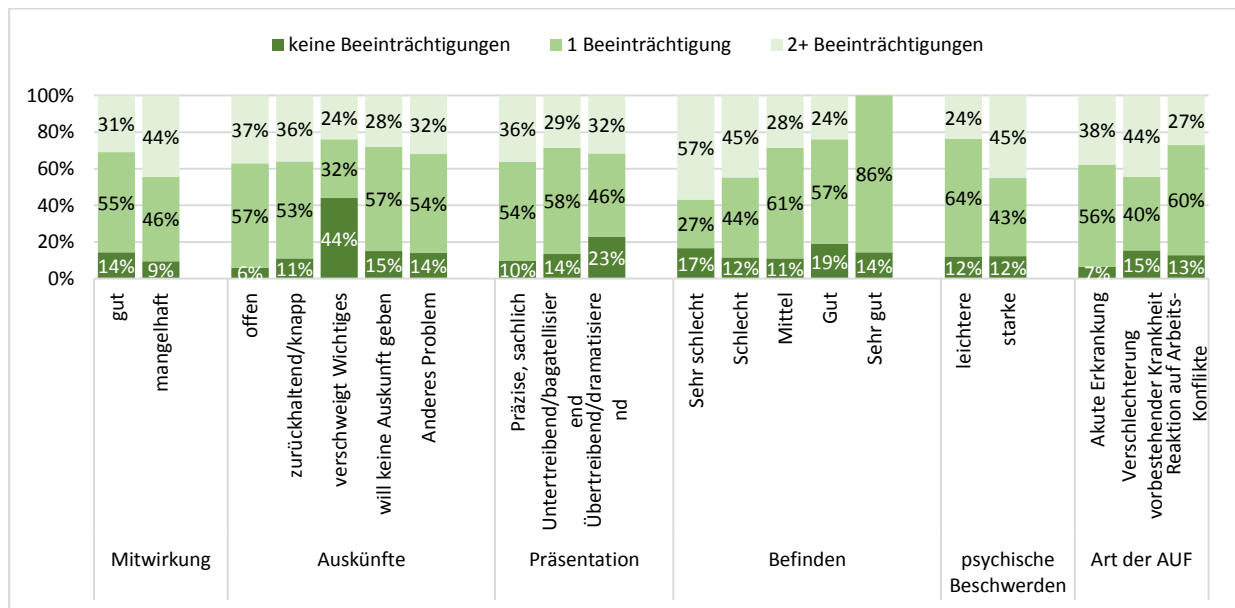
Abbildung 6: Mitwirkung, Auskunftsfreudigkeit und Beschwerdepräsentation



Vergleicht man das Verhalten der Versicherten, ihren Zustand und die Art der gesundheitlichen Problematik mit dem Ausmass ihrer Einschränkungen im Alltag, zeigen sich einige Auffälligkeiten (Abbildung 7):

Eine mangelhafte Mitwirkung hängt mit einem höheren Anteil von Versicherten mit häufigeren Alltagsbeeinträchtigungen zusammen (es wurde die Beeinträchtigung in die 8 Lebensbereiche erhoben, siehe Kap. 6.4). Eher offene Auskünfte hängen ebenfalls mit einer stärkeren Alltagseinschränkung zusammen. Personen, die nur selektiv informieren, sind besonders häufig im Alltag gar nicht beeinträchtigt. Weiter zeigt sich, dass das subjektive Empfinden und die Alltagsbeeinträchtigungen eng korrelieren. Dasselbe gilt für das Ausmass der psychischen Beschwerden und der Alltagsbeeinträchtigung. Akute Erkrankungen sowie Verschlechterungen von vorbestehenden / chronischen Krankheiten sind deutlich häufiger mit starken Alltagseinschränkungen verbunden als Arbeitsunfähigkeiten, die eine Reaktion auf Arbeitskonflikte sind.

Abbildung 7: AUF-Merkmale und Alltagsbeeinträchtigungen

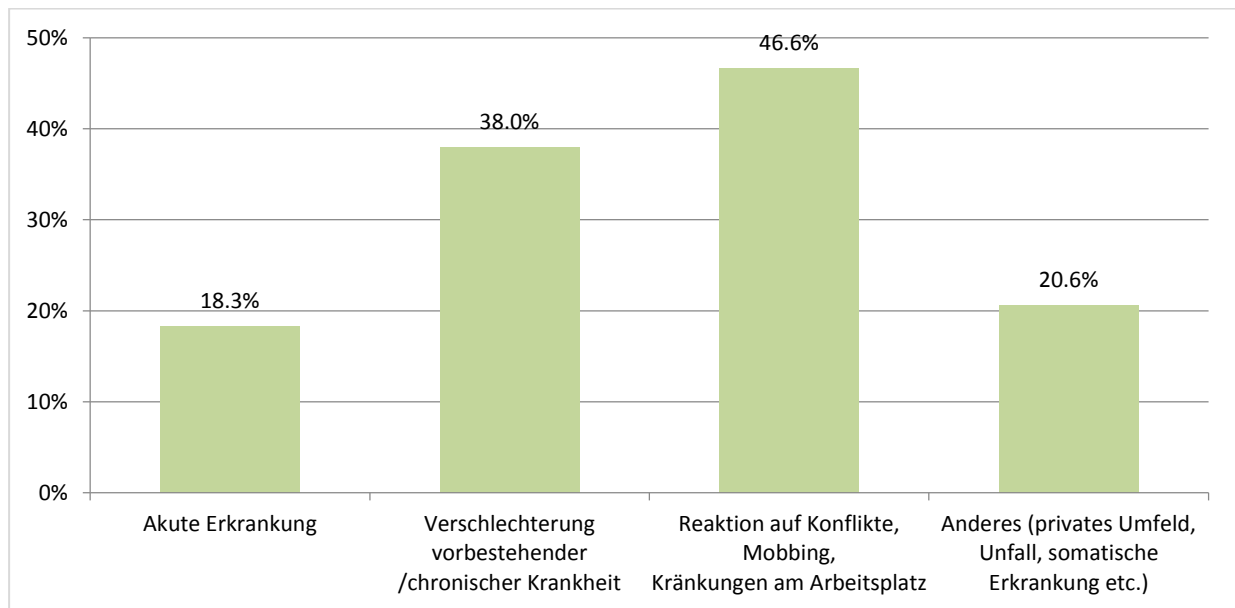


Art und Beginn der Erkrankung

Die der Krankschreibung zugrundeliegende Gesundheitsproblematik wurde daraufhin eingeschätzt, ob es sich um eine akute Erkrankung, eine Verschlechterung einer vorbestehenden Krankheit, eine Reaktion auf Arbeitskonflikte (Mobbing, Kränkung etc.) oder um eine andere Problematik handelt, zum Beispiel als Folge einer somatischen Erkrankung, eines Unfalls, einer privaten Problematik etc. (Abbildung 8).

Eine akute psychische Erkrankung liegt in rund 18% der Fälle – und damit vergleichsweise selten - vor. Besonders häufig handelt es sich um eine Verschlechterung eines vorbestehenden, allenfalls chronischen Gesundheitszustandes (38% der Fälle) sowie um eine Reaktion auf eine Arbeitsplatzproblematik (47% der Fälle). Andere Hintergründe wie zum Beispiel Folgen einer somatischen Krankheit, Problemen nach einem Unfall oder im Rahmen von privaten Problemen liegen jedem fünften Fall zugrunde.

Abbildung 8: Einordnung / Hintergrund des Leidens (Mehrfachantworten möglich)



Vergleicht man diese Hintergründe der aktuellen Arbeitsunfähigkeit mit dem Ausmass der Alltagseinschränkungen sowie mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer, zeigen sich folgende Zusammenhänge:

- akute Erkrankungen korrelieren mit einer etwas ausgeprägteren Alltagsbeeinträchtigung und einer leichten Übervertretung bei den langen Arbeitsunfähigkeiten (länger als 9 Monate)
- Verschlechterungen von vorbestehenden Gesundheitsproblemen korrelieren mit einer deutlich ausgeprägten Alltagsbeeinträchtigung und einer starken Übervertretung bei den langen Arbeitsunfähigkeiten (länger als 9 Monate)
- Reaktionen auf Arbeitskonflikte korrelieren mit einer geringen Alltagsbeeinträchtigung (nur bei der Arbeit beeinträchtigt) und einer starken Übervertretung bei den Arbeitsunfähigkeiten bis 9 Monate)
- Andere Konstellationen korrelieren ebenfalls mit einer deutlich ausgeprägten Alltagsbeeinträchtigung und einer leichten Übervertretung bei den langen Arbeitsunfähigkeiten (länger als 9 Monate).

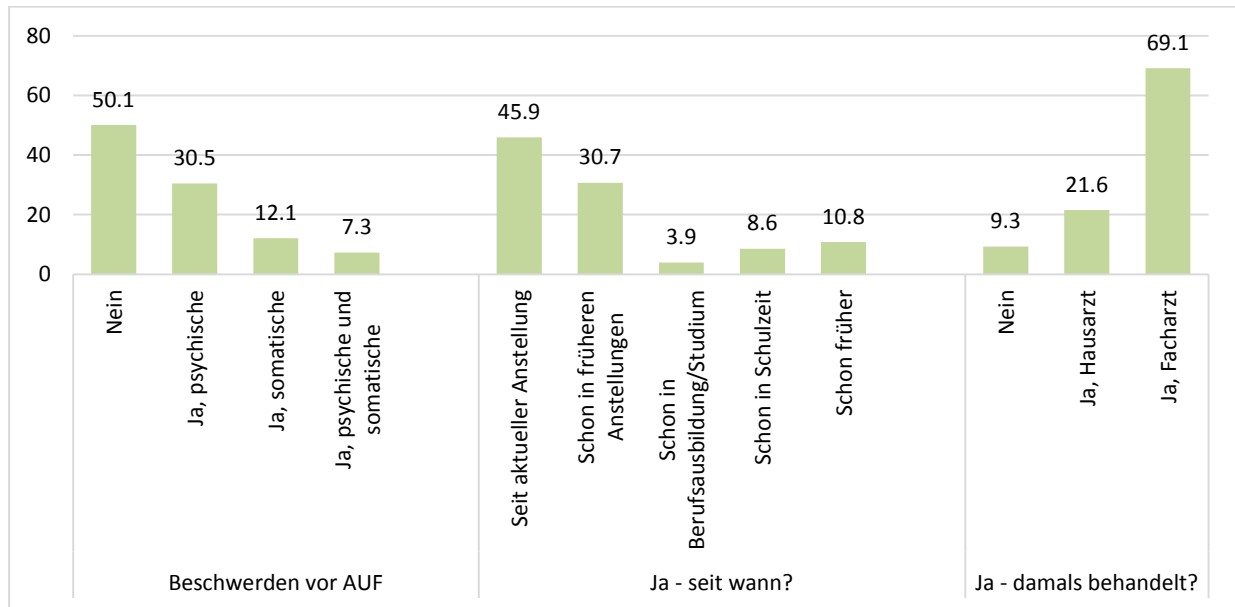
Dass es sich bei rund 40% der Versicherten um eine Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems handelt ist angesichts des Durchschnittsalters von 42 Jahren bei der aktuellen Arbeitsunfähigkeit nicht erstaunlich, da psychische Störungen im Schnitt im Alter von rund 15 Jahren beginnen. Vielmehr ist es wohl eine Unterschätzung, weil in den Akten oft keine differenzierte Anamnese beschrieben ist, vor allem in den Hausarztberichten nicht.

Rund 50% der Versicherten geben an, dass sie schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit gesundheitliche Probleme hatten (Abbildung 9): In diesen Fällen handelte es sich in rund 60% der Fälle um psychische Probleme, in rund 25% um somatische und in rund 15% um komorbide – psychische und somatische – Probleme.

Der Beginn dieser früheren Probleme manifestierte sich schon in früheren Anstellungen (31%), während der Ausbildung (4%), in der Schulzeit (9%) oder noch früher (11%).

Damals schon in ärztlicher Behandlung waren 91% der Versicherten mit früheren Problemen, davon 69% bei einem Psychiater und 22% bei einem Hausarzt. Letzteres ist anhand der Versicherten mit früheren komorbiden Problemen nachvollziehbar.

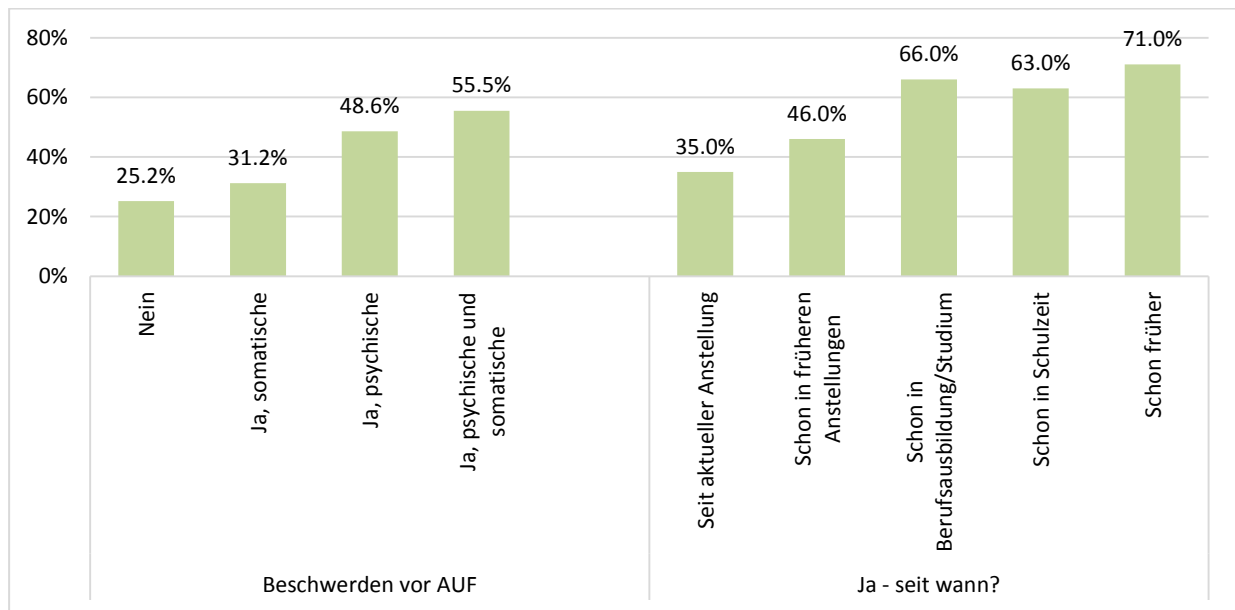
Abbildung 9: Frühere Gesundheitsprobleme und Behandlungen



Ob schon vor der aktuellen Krankschreibung gesundheitliche Probleme vorhanden waren, hat einen Einfluss auf die Relevanz der Alltagseinschränkungen. Ebenso wie lange diese gesundheitlichen Probleme schon vorhanden sind (Abbildung 10):

Versicherte, bei denen vor der aktuellen Krankschreibung keine früheren Gesundheitsprobleme dokumentiert sind, haben vergleichsweise selten stärkere Alltagseinschränkungen zu gewärtigen (25%). Dieser Anteil steigt bei Personen mit früheren somatischen Problemen auf 31%, bei früheren psychischen Problemen auf 49% und beträgt bei früheren komorbiden Problemen 56%.

Abbildung 10: Versicherte mit stärkeren Alltagseinschränkungen (2+ Einschr.)

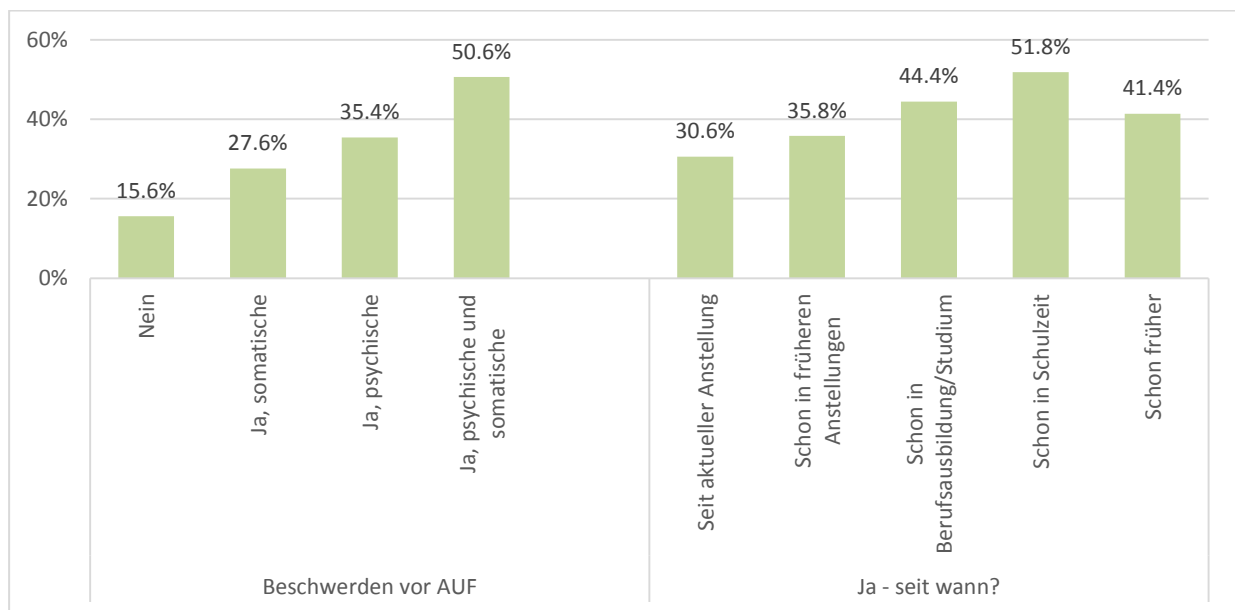


Zudem steigt der Anteil Versicherter mit stärkeren Alltagseinschränkungen fast stetig, je früher die Gesundheitsproblematik begonnen hat: Beginnen die Probleme im Arbeitsleben, sind es 46% der versicherten mit stärkeren Alltagseinschränkungen, beginnen sie noch früher, sind es zwischen 63% und 71% der Versicherten mit stärkeren Alltagseinschränkungen.

Dasselbe Bild zeigt sich auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer (Abbildung 11): Versicherte mit Gesundheitsproblemen, die vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit begonnen haben, haben häufiger eine längere Arbeitsunfähigkeitsdauer (9 Monate und mehr) als Personen, bei denen aktuell erstmals gesundheitliche Probleme berichtet werden.

Bei Vorliegen von früheren komorbiden Gesundheitsproblemen erhöhen sich gegenüber den Personen ohne vorherige Probleme die stärkeren Alltagseinschränkungen um das Doppelte und die langen Arbeitsunfähigkeiten um das Dreifache.

Abbildung 11: Anteil der Versicherten mit längerer Arbeitsunfähigkeit (> 9 Monate)



Die beiden obigen Abbildungen verdeutlichen, dass zum einen die Alltagseinschränkungen bei der aktuellen Krankschreibung stärker sind, wenn die Gesundheitsprobleme schon vorher begonnen haben. Und zum anderen, dass auch der Anteil Versicherter mit längeren Krankschreibungen deutlich höher ist, wenn schon zuvor Gesundheitsprobleme vorlagen.

Darüber hinaus zeigen die Auswertungen eine typische Zunahme der Einschränkungen wie auch der Arbeitsunfähigkeitstage je nachdem, ob es sich vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit um somatische, psychische oder komorbide Gesundheitsprobleme handelte: frühere rein somatische Probleme sind weniger gravierend als psychische Probleme, und diese wiederum weniger gravierend als komorbide Probleme.

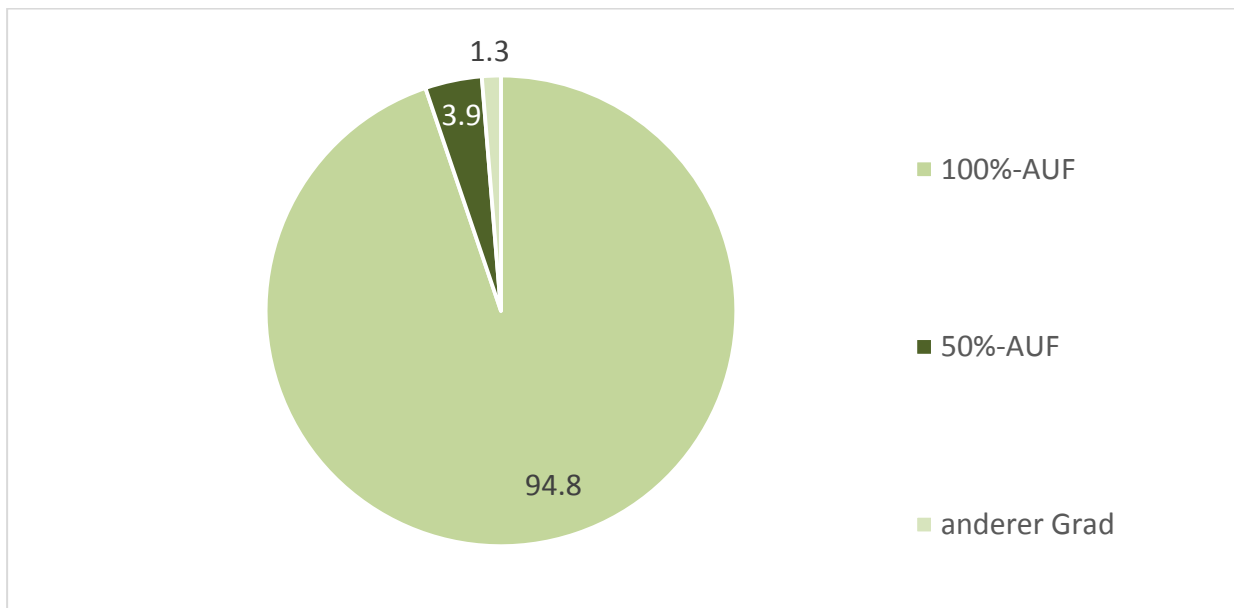
Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Zur Ausgangslage gehört schliesslich auch der Grad der Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 12). Nahezu alle Versicherten mit psychischen Störungen sind zu Beginn Vollzeit arbeitsunfähig geschrieben (95%).

Dies ist zum einen bemerkenswert, weil in der Schweiz der Arbeitsunfähigkeitsgrad grundsätzlich frei variieren kann zwischen 0 und 100%. – anders als zum Beispiel in Ländern wie Deutschland oder Österreich, welche diese Graduierung grundsätzlich nicht kennen. Von der Graduierungsmöglichkeit wird in der Schweiz jedoch nur sehr selten Gebrauch gemacht.

Dies ist relevant, weil Teilzeit-Arbeitsunfähigkeiten aus einer rehabilitativen Perspektive oft sinnvoll wären. Unsere Daten zeigen deutliche Unterschiede bezüglich Alltagseinschränkungen, Funktionsdefiziten und subjektivem Befinden der Versicherten. All diese Unterschiede werden beim Grad der Arbeitsunfähigkeit nicht abgebildet.

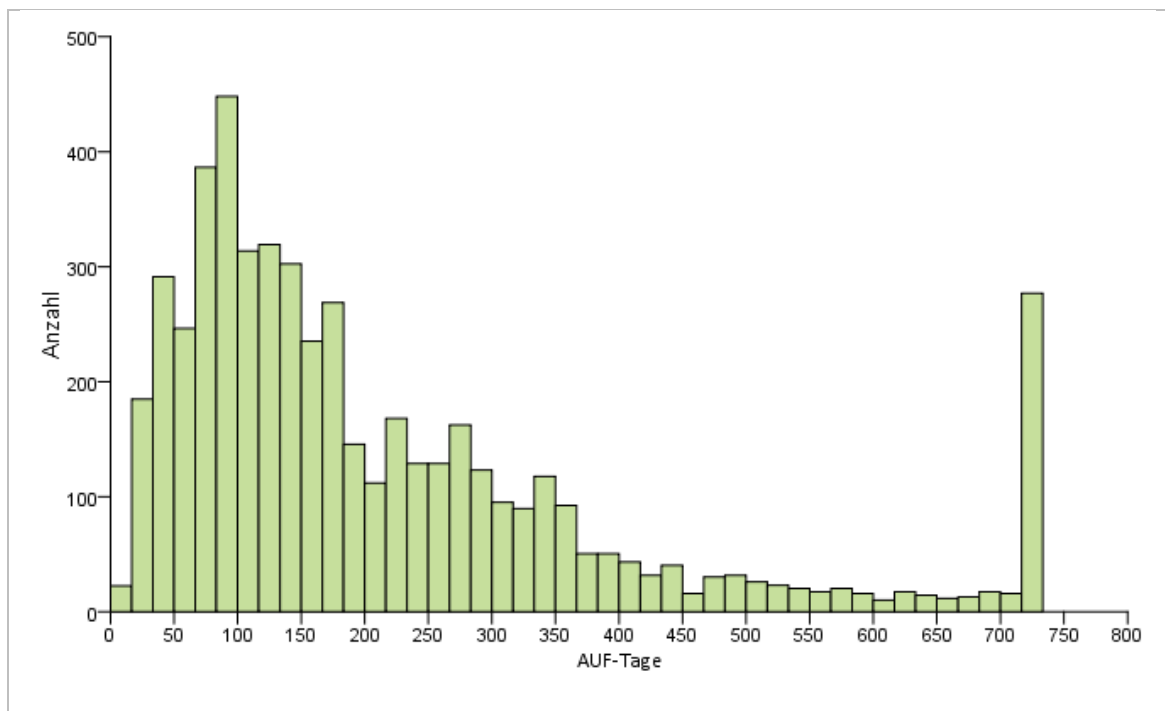
Abbildung 12: Grad der Arbeitsunfähigkeit bei Beginn



Die folgende Grafik (Abbildung 13) zeigt die Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsdauern. Im Durchschnitt dauert die Arbeitsunfähigkeit 218 Tage. Der Median (gleich viele Versicherte haben eine kürzere respektive längere Dauer) liegt bei 154 Tagen.

In Quartile unterteilt hat jeweils ein Viertel der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeitsdauer unter 3 Monaten (15-89 Tage), von 3-5 Monaten (90-154 Tage), von 5-9 Monaten (155-286 Tage) und von 9-24 Monaten (287-730 Tage).

Abbildung 13: Dauer der Arbeitsunfähigkeit



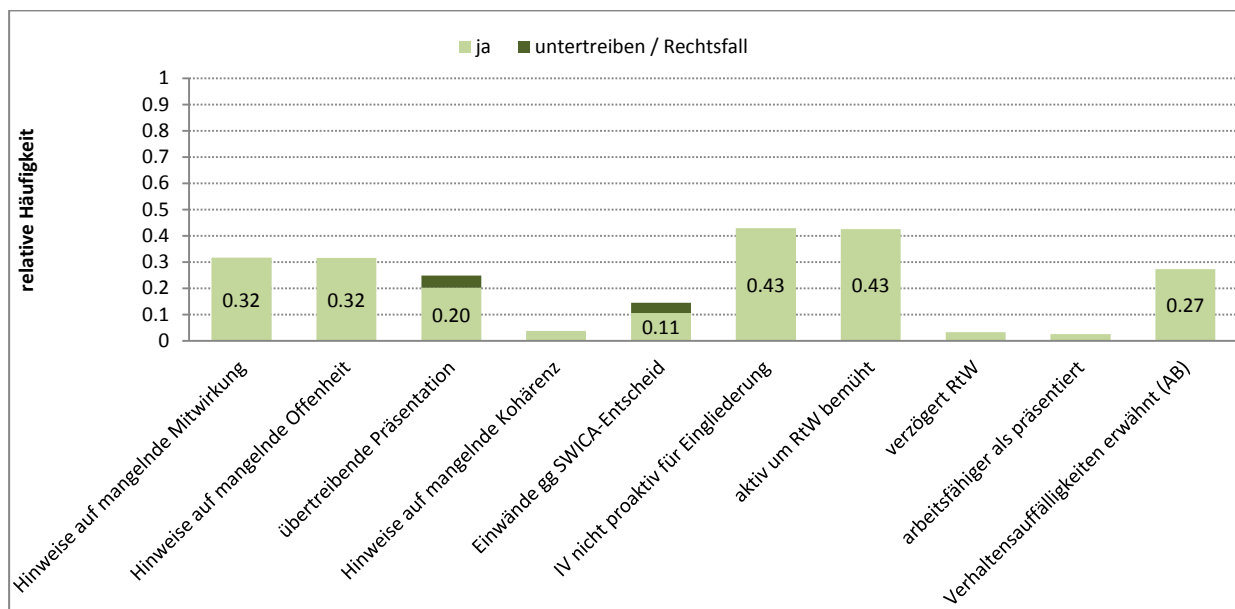
Typologie des Verhaltens der Versicherten

Aus den Verhaltensmerkmalen der Versicherten im Verlauf des Erstkontaktes wurde eine Typologie der Versicherten berechnet (Abbildung 14, Abbildung 15, Abbildung 16). Es ergeben sich 3 Typen von Versicherten:

1. Versicherte, die um einen Wiedereinstieg bemüht sind, aber teils auffällig sind (53.4%)
2. Versicherte, die arbeitsfähiger als präsentiert und unkooperativ wirken (21.5%)
3. Unauffällige Versicherte, die um einen Wiedereinstieg bemüht sind (25.1% der untersuchten Stichprobe).

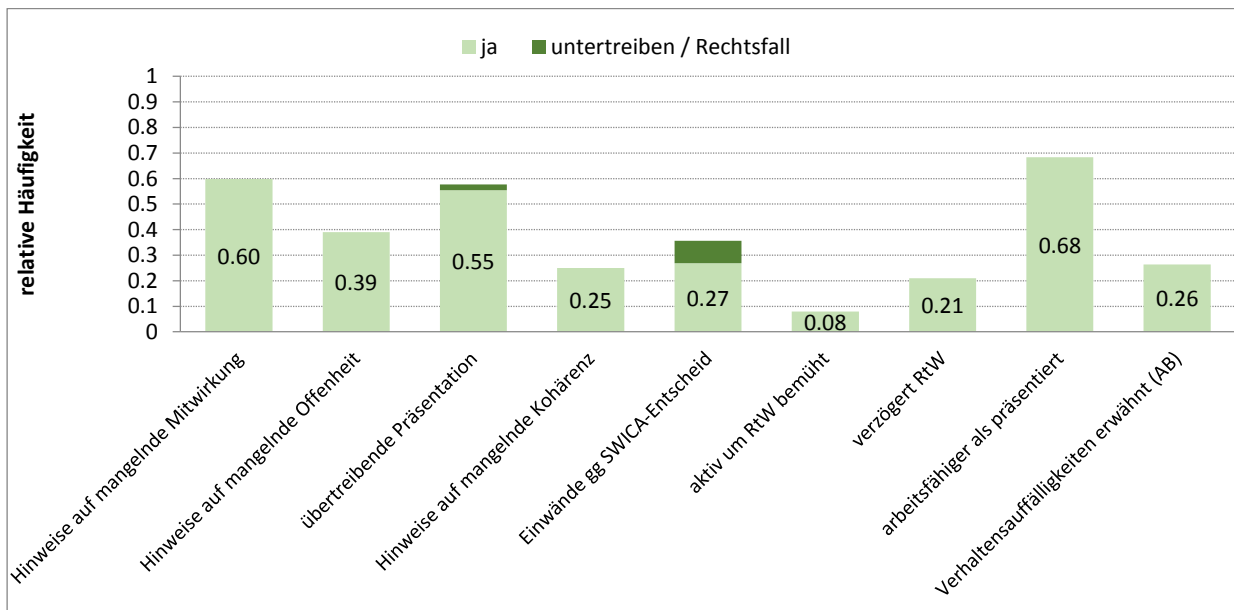
Der erste Typ der Versicherten zeichnet sich durch häufige aktive Bemühungen zum Wiedereinstieg in die Arbeit aus, gleichzeitig zu einem gewissen Teil auch durch mangelnde Mitwirkung und Offenheit sowie durch in den Arztberichten berichtete Verhaltensauffälligkeiten aus. Nicht selten ist auch eine untertreibende Beschwerdepräsentation.

Abbildung 14: Typ 1 «Bemüht aber eingeschränkt» (53.4%)



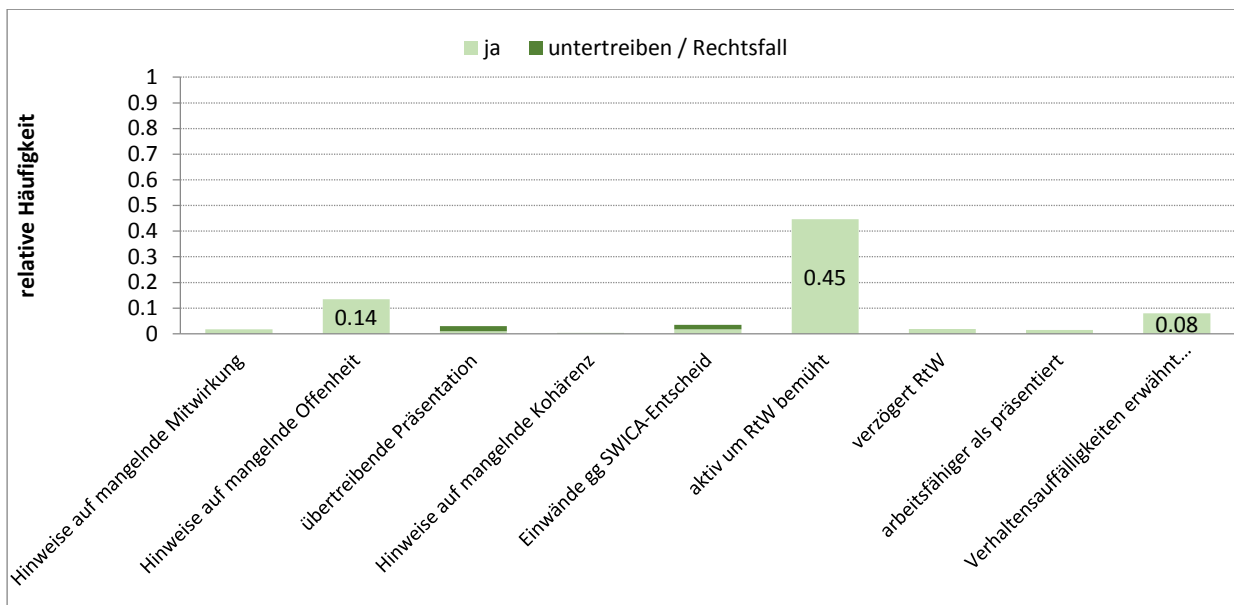
Der zweite Typ der Versicherten sticht vor allem mit mangelnder Mitwirkung, mangelnder Offenheit und einer übertreibenden Beschwerdenpräsentation heraus. Die Mehrheit der Versicherten dieser Gruppe übertreiben ihre Beschwerden und wirken arbeitsfähiger als berichtet. Rund 60% zeigen eine mangelnde Mitwirkung, 40% eine mangelnde Offenheit und 20% verzögern den Wiedereinstieg. Auch ist die Kohärenz ihrer Angaben in 4 von 5 Fällen nicht gegeben. In mehr als einem Drittel dieser Versicherten kommt es zu juristischen Verfahren.

Abbildung 15: Typ 2 «Arbeitsfähiger als präsentiert, mangelnde Mitwirkung» (21.5%)



Der dritte Typ der Versicherten ist fast ausschliesslich dadurch charakterisiert, dass die Betreffenden sich aktiv um einen Wiedereinstieg in die Arbeit bemühen. Verhaltensauffälligkeiten und Hinweise auf eine mangelnde Mitwirkung sind sehr selten, auch andere Hinweise auf problematisches Verhalten fehlen.

Abbildung 16: Typ 3 «Aktiv um Wiedereinstieg bemüht» (25.1%)



Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)

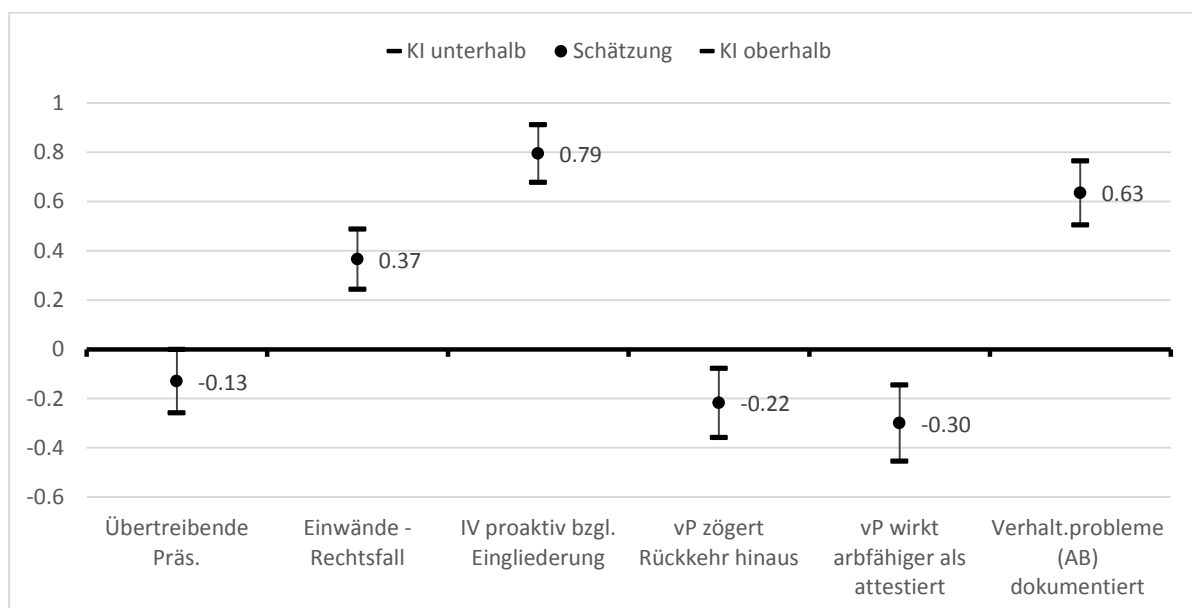
Im Folgenden werden die Verhaltensmerkmale der Versicherten im Erstkontakt daraufhin analysiert, ob sie einen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit haben. Dies geschieht hier zunächst «univariat», das heisst jeder Faktor wird für sich genommen auf einen signifikanten Zusammenhang mit der Dauer untersucht. Ein solcher univariater Zusammenhang ist hier noch nicht darauf geprüft, ob sein Einfluss womöglich nur dank des Zusammenhangs mit einem anderen Faktor zustande kommt (siehe dazu das folgende Kapitel mit den «multivariaten» Resultaten).

Dennoch sind auch diese univariaten Faktoren inhaltlich interessant. Gezeigt werden hier nur signifikante Ergebnisse (Abbildung 17).

Einen negativen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (das heisst eine kürzere Dauer) haben das Vorhandensein einer übertreibenden, dramatisierenden Beschwerdepräsentation, ein Hinauszögern des Wiedereinstiegs und der Eindruck, dass die Versicherten nicht so arbeitsunfähig sind wie attestiert. Alle diese drei Faktoren spiegeln die Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit besser ist als dargestellt oder attestiert, und dies manifestiert sich auch in einer kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Umgekehrt haben folgende Faktoren einen verlängernden Einfluss auf die Krankschreibung: Wenn die Versicherten Einsprache erheben gegen einen Versicherungsentscheid (zum Beispiele betreffend Grad oder Dauer der AUF etc.), wenn die Invalidenversicherung proaktiv reagiert mit Eingliederungsmassnahmen und wenn in den Arztberichten Verhaltensauffälligkeiten der Versicherten dokumentiert sind. Man kann davon ausgehen, dass eine proaktive Haltung der IV und das Vorhandensein von Verhaltensauffälligkeiten zumindest teilweise die Schwere und Dauer der Einschränkungen der Versicherten widerspiegeln. Dass juristische Einsprachen das Verfahren verlängern, ist ebenfalls nachvollziehbar, bedeutet aber nicht a priori, dass es sich hier um schwere Einschränkungen handelt.

Abbildung 17: Verhalten der Versicherten - Einflussfaktoren auf die Dauer der AUF (univariat)



Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

Auch in der multivariaten Analyse der Einflussfaktoren bleiben alle oben dargestellten Einflüsse bestehen. In der multivariaten Analyse werden sämtliche Abhängigkeiten der Prädiktorvariablen untereinander mitberücksichtigt und es wird jeweils der reine Netto-Effekt einer Einflussgrösse dargestellt. Mit anderen Worten: Jeder der hier (Abbildung 18) gezeigten Faktoren hat den hier dargestellten Einfluss – unabhängig und unter Abzug der von anderen Variablen bestimmten Verlängerungen/Verkürzungen der Arbeitsunfähigkeit.

Die hier gezeigten Werte zeigen, um wie viele Arbeitsunfähigkeitstage die Krankschreibung beim Vorliegen eines Faktors verlängert oder verkürzt wird.

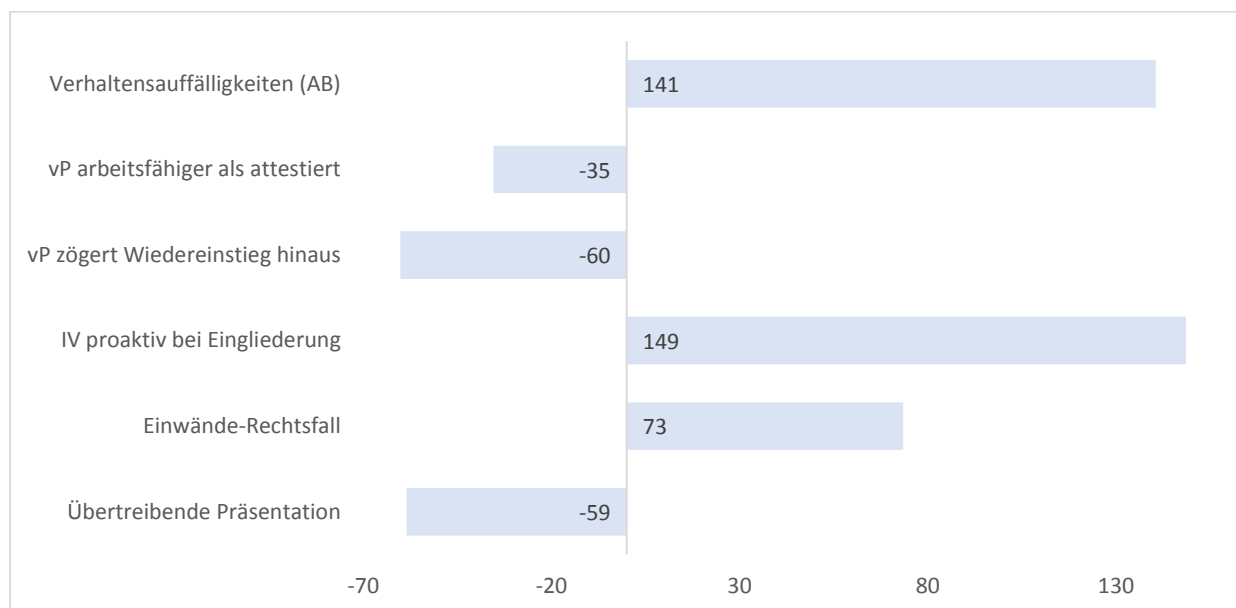
Interveniert die IV proaktiv im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit, verlängert sich die Dauer durchschnittlich um 149 Tage – verglichen mit denjenigen Verläufen, wo die IV nicht proaktiv interveniert.

Sind in Arztberichten Verhaltensauffälligkeiten der Versicherten dokumentiert, verlängert sich die AUF-Dauer um 141 Tage – gegenüber Versicherten ohne dokumentierte Auffälligkeiten.

Kommt es zu juristischen Einsprachen, verlängert sich die Dauer um 73 Tage.

Umgekehrt verringert sich die AUF-Dauer bei (offensichtlichem) Hinauszögern des Wiedereinstiegs um 60 Tage, bei übertreibender Beschwerdepräsentation um 59 Tage und bei wohl besserer Arbeitsfähigkeit als attestiert um 35 Tage.

Abbildung 18: Verhalten der Versicherten – Einfluss auf die Dauer der AUF (multivariat)



Das Wichtigste auf einen Blick

- Der telefonische Erstkontakt mit den Versicherten ist ein zentraler Moment. Er findet aber bei rund der Hälfte der Versicherten nicht statt.
- Wie Versicherte über den Beschwerdeverlauf und ihr Befinden berichten, ist prognostisch aufschlussreich und kann präventiv genutzt werden. Umso wichtiger ist, dass die Kontaktierenden gut geschult sind.
- 80% der Versicherten zeigen eine gute Mitwirkung und 75% schildern ihre Situation sachlich. Wo dies nicht der Fall ist, zeigen sich differenzierte Zusammenhänge mit Art und Schwere der Problematik.
- 50% der Versicherten hatten schon früher Arbeitsprobleme.
- Je früher die Beschwerden begonnen haben, desto länger ist die Arbeitsunfähigkeit. Dies hängt teils mit dem Schweregrad zusammen, aber man kann sich fragen, ob dies teils auch ein Lerneffekt ist (Krankschreibung als Bewältigungsstrategie).
- Zu Beginn handelt es sich bei 95% der Krankschreibungen um Vollzeit Arbeitsunfähigkeiten.
- Neben der Reaktion der IV-Stelle und dem Vorliegen eines Rechtsfalles prognostizieren vor allem vorliegende Verhaltensauffälligkeiten der Versicherten eine lange Arbeitsunfähigkeitsdauer.

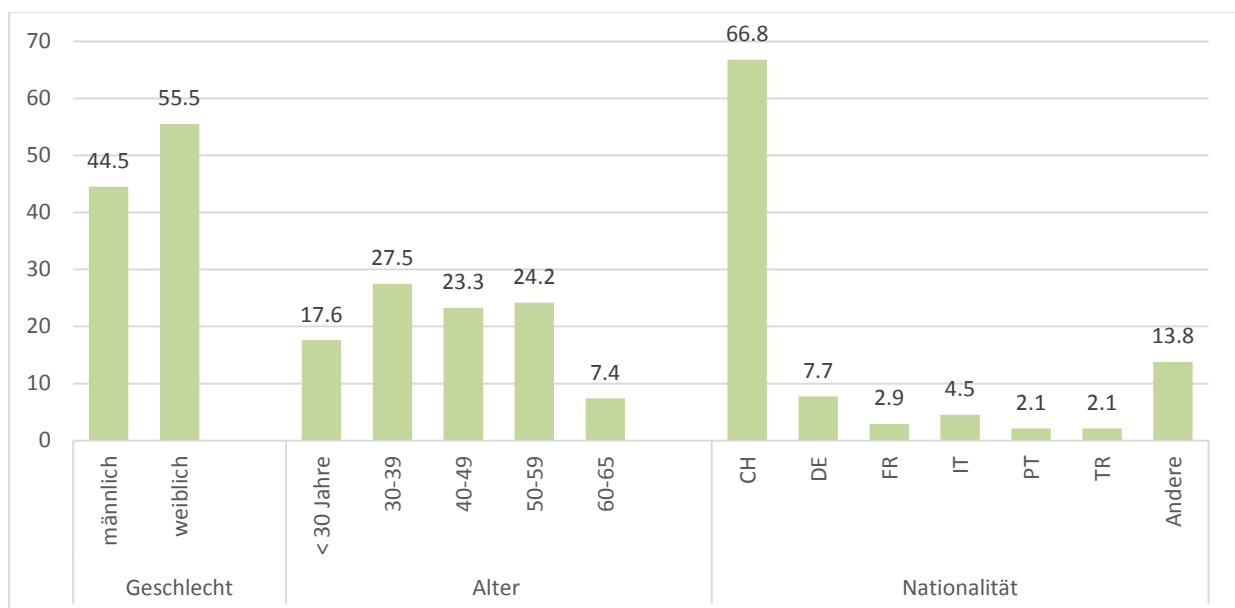
6.2 Merkmale der arbeitsunfähigen Person

Im Folgenden werden zunächst einige soziodemografische Merkmale der Versicherten mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Anschliessend folgen Angaben zur sozialen Integration und zu privaten und sozialen Aktivitäten. Und schliesslich Merkmale der frühen familiären sowie der schulischen und beruflichen Biografie.

Soziodemografische Merkmale

Männliche Versicherte sind mit rund 45% untervertreten (Anteil der männlichen Erwerbstätigen in der Schweiz liegt gemäss Bundesamt für Statistik bei 53.4% im 2020). Dies gilt vor allem bei den Versicherten mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von 1-2 Jahren (Frauenanteil von 61%). Dies hängt mit den hier häufig vertretenen Branchen zusammen wie Gesundheits- und Sozialwesen, Gastronomie, Handel und Erziehungswesen, wo die weiblichen Versicherten übervertreten sind – und wohl auch mit den hier besonders häufigen depressiven und Angststörungen. Bei den Altersgruppen sind die 30-39 Jährigen etwas häufiger im Vergleich zu den älteren Gruppen, was wahrscheinlich auch das insgesamt eher frühe Ersterkrankungsalter bei psychischen Störungen spiegelt (Abbildung 19).

Abbildung 19: Geschlecht, Alter, Nationalität

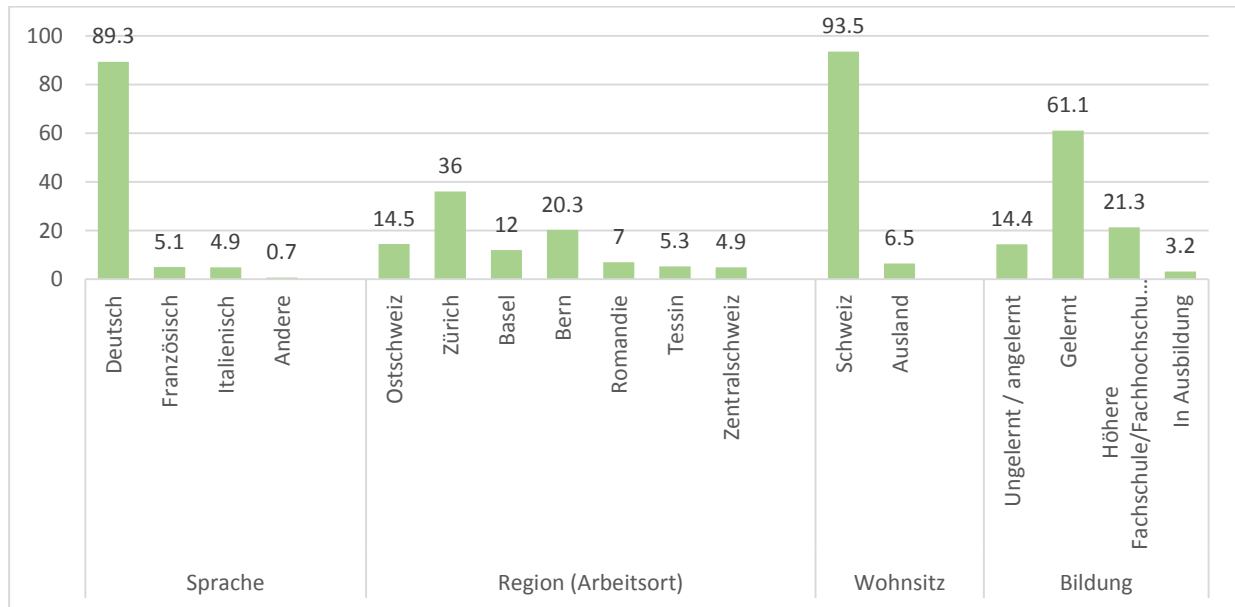


Ein Drittel der Versicherten hat eine ausländische Nationalität. Dies ist gegenüber dem Anteil von Ausländern in der Erwerbsbevölkerung der Schweiz (26%) ein erhöhter Anteil. Dies hängt unter anderem auch damit zusammen, dass einige Unternehmen versichert sind, in denen Grenzgänger arbeiten – knapp 7% der hier erfassten Versicherten wohnen im Ausland. Entsprechend sind Versicherte mit Deutscher, Französischer und Italienischer Nationalität besonders häufig.

Gegen 90% der Versicherten sprechen Deutsch (Abbildung 20). Französisch und Italienisch sind mit jeweils rund 5% vergleichsweise selten. Die regionale Verteilung der versicherten Unternehmen (dies wurde erfasst via Standort der zuständigen Agentur) zeigt besonders hohe Anteile der Regionen Zürich und Bern, gefolgt von der Ostschweiz und Basel. Rund 13% der hier erfassten Versicherten arbeiten in der lateinischen Schweiz, rund 5% in der Zentralschweiz.

Rund 14% der Versicherten sind ungelernt, mehr als 60% verfügen über eine Berufsausbildung, mehr als 20% über eine höhere Fachausbildung oder einen universitären Abschluss und 3% sind in Ausbildung.

Abbildung 20: Sprache, Arbeitsort, Wohnort und Bildung

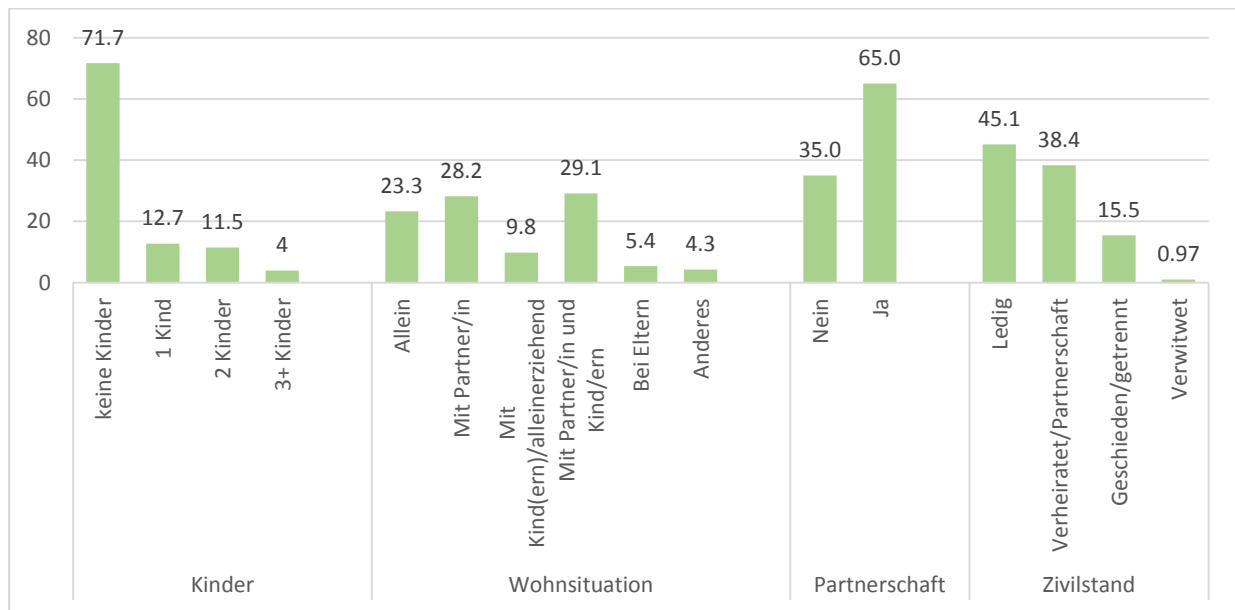


Soziales Umfeld und Aktivitäten

Zum sozialen Umfeld und zu den privaten und sozialen Aktivitäten (Abbildung 21):

Fast 30% der Versicherten haben Kinder. 65% haben eine Partnerin oder Partner, wobei 57% auch mit ihr oder ihm zusammenwohnen. Gegen 40% sind verheiratet oder in einer eingetragenen Partnerschaft. 45% beträgt der Anteil der Ledigen. Rund ein Viertel lebt alleine und 10% sind alleinerziehend.

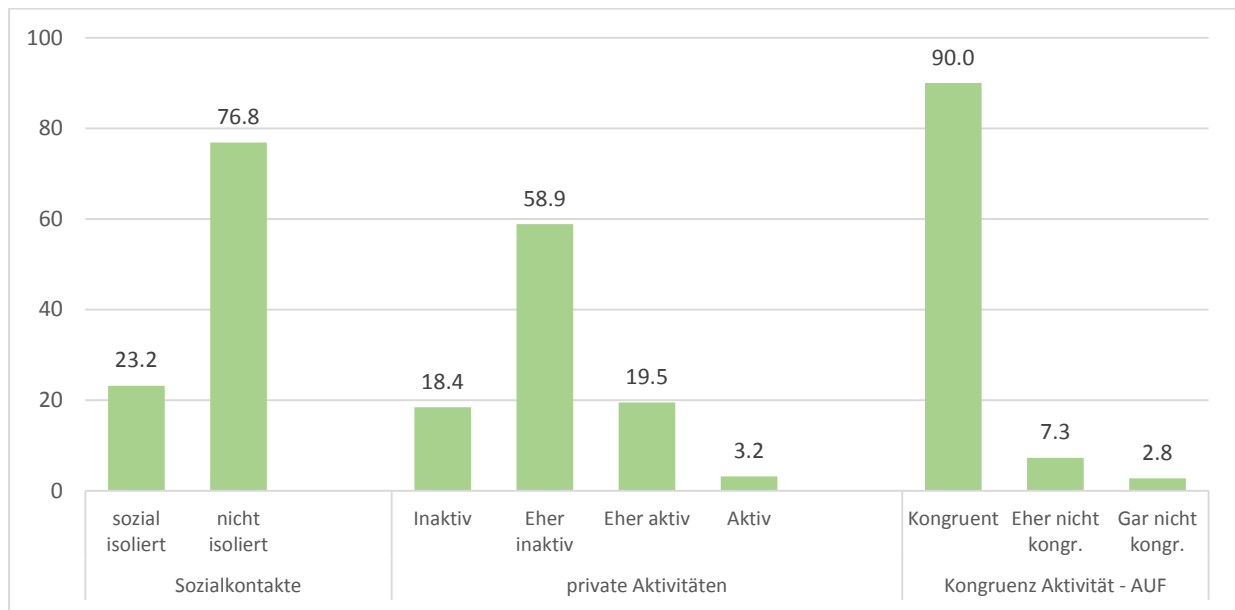
Abbildung 21: Kinder, Wohnsituation, Partnerschaft und Zivilstand



Hinsichtlich sozialer Kontakte und privaten Aktivitäten zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 22): Zum einen ist (lediglich) bei rund 25% der psychisch kranken Versicherten eine soziale Isolation dokumentiert, zum anderen sind 75% von ihnen privat eher oder ganz inaktiv, pflegen also kaum Hobbies etc. Soziale Isolation ist bei psychisch kranken Personen ein recht häufiges Phänomen. Es kann sein, dass dieser Umstand in den Berichten gar nicht erwähnt ist und der wahre Wert etwas höher liegt. Eindrücklich ist jedenfalls der sehr hohe Anteil von inaktiven Versicherten, was deren private und soziale Aktivitäten betrifft. Dies ist nicht nur der aktuellen Arbeitsunfähigkeit geschuldet.

In 90% der Fälle wurden die Inaktivität und die teilweise soziale Isolation als kohärent mit Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit eingeschätzt. In 10% der Fälle bestehen dokumentierte Hinweise darauf, dass das private und soziale Aktivitätsniveau der Arbeitsunfähigkeit widersprechen.

Abbildung 22: Sozialkontakte, private Kontakte und Kongruenz mit AUF



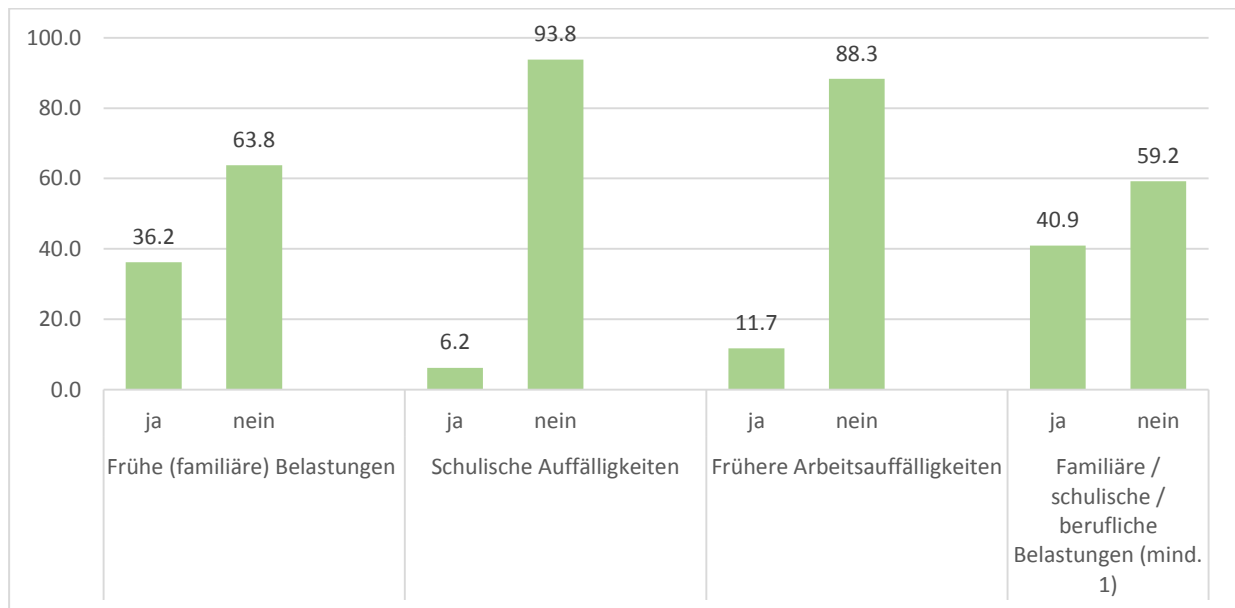
Frühere Belastungen und Auffälligkeiten

Zur Biografie der Versicherten: Die früheren (familiären) Belastungen und früheren Auffälligkeiten in der Schulzeit, in der Ausbildung und an früheren Arbeitsstellen wurden ebenfalls aus den Dossiers registriert, so sich dort entsprechende Hinweise fanden (Abbildung 23). Hier zeigt sich, dass etwas mehr als Drittel der Versicherten (36%) schon früh in der Biografie (familiär) belastet war. Hier muss man davon ausgehen, dass der reale Anteil etwas höher liegt, diese frühen Belastungen jedoch gegenüber der Krankentaggeldversicherung nicht immer dokumentiert werden.

Diese Unter-Dokumentation betrifft mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Anteile von Versicherten mit Problemen in der Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsbiografie noch deutlicher. Nur bei 6% respektive 12% sind schulische Auffälligkeiten respektive frühere Arbeitsprobleme oder Krankschreibungen bei früheren Arbeitgebern irgendwo im Dossier dokumentiert. Angesichts des mittleren (Median) Ersterkrankungsalters von 15 Jahren bei psychisch Kranken (Kessler et al., ...), muss man davon ausgehen, dass diese frühen Probleme in der Arbeitsbiografie in den Arztberichten schlicht nicht berichtet werden oder den berichtenden Ärzten selbst gar nicht bekannt sind.

Nimmt man alle Versicherten zusammen, bei denen zumindest eine der erhobenen frühen Belastungen, Auffälligkeiten dokumentiert ist, kommt man immerhin auf einen Anteil von 41% von schon früher belasteten oder schulisch / arbeitsbiografisch auffälligen Versicherten.

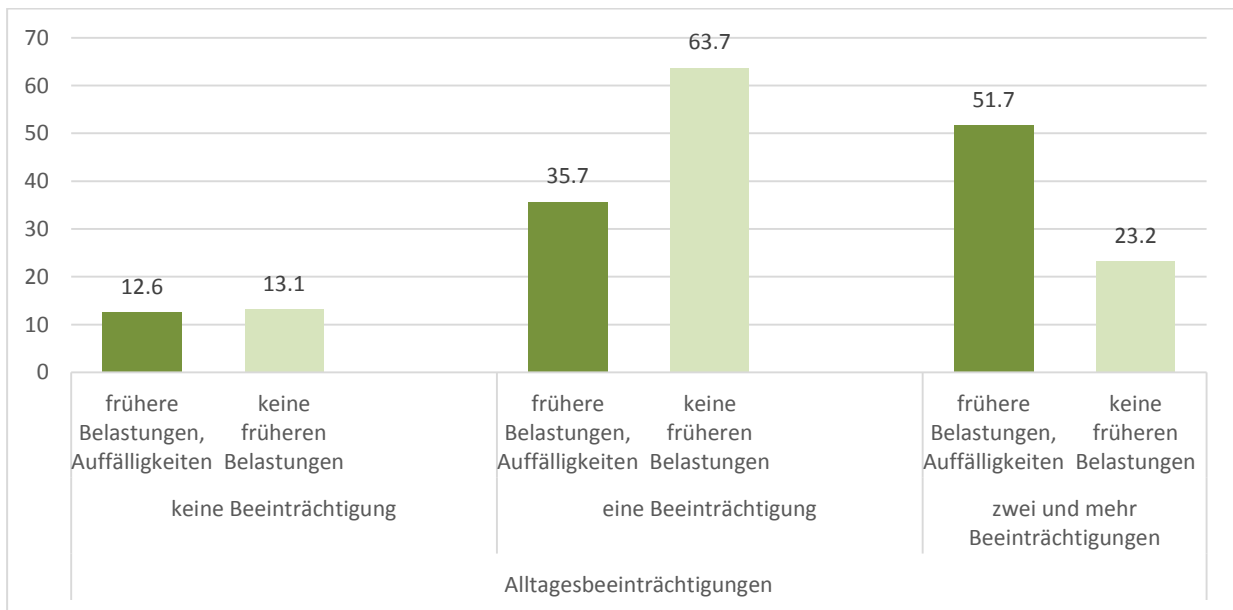
Abbildung 23: Frühe Belastungen, frühere Schul- und Arbeitsprobleme



Auch wenn das Ausmass an früheren (familiären) Belastungen und arbeitsbiografischen Auffälligkeiten unterdokumentiert ist, zeigen sich doch wichtige Zusammenhänge – zum Beispiel mit dem Ausmass der Alltagsbeeinträchtigungen im Rahmen der aktuellen Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 24).

Versicherte, die während der aktuellen Krankschreibung keine Alltagsbeeinträchtigungen aufweisen, waren gemäss Berichten auch früher nur selten (12.6%) belastet oder auffällig. Bei Versicherten mit aktuell einer Alltagsbeeinträchtigung (fast immer bei der Arbeit) sind bei 36% frühere Probleme dokumentiert. Und bei den Versicherten, die neben der Arbeit auch zumindest eine weitere Alltagsbeeinträchtigung aufweisen, sind es 52%. Anders formuliert haben Personen, die schon früher dokumentierte (und damit wohl auch relevante) Probleme hatten, auch aktuell stärkere Einschränkungen.

Abbildung 24: Frühere Belastungen / Auffälligkeiten; aktuelle Alltagsbeeinträchtigungen

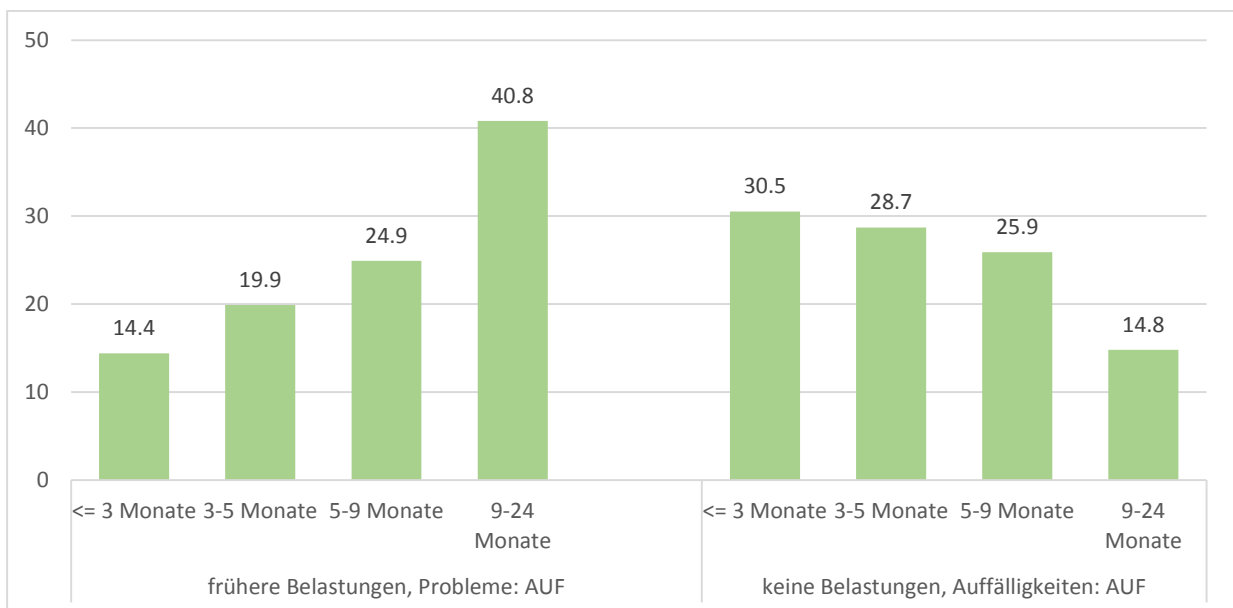


Bemerkenswert ist zudem der Zusammenhang zwischen früheren Belastungen und Auffälligkeiten und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 25).

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde in Quartile klassifiziert: < 3 Monate, 3-5 Monate, 5-9 Monate und 9-24 Monate. Diese Arbeitsunfähigkeitsdauern betreffen jeweils 25% der Versicherten.

Bei Versicherten mit früheren Belastungen zeigt sich, dass die sehr langen Arbeitsunfähigkeiten deutlich überrepräsentiert sind (41% statt wie bei allen Versicherten 25%). Die kürzeren Arbeitsunfähigkeiten (< 3 Monate und 3-5 Monate) sind demgegenüber deutlich untervertreten (rund 34%).

Abbildung 25: Frühere Belastungen / Auffälligkeiten; Dauer der Arbeitsunfähigkeit



Bei den Versicherten ohne dokumentierte frühe Belastungen sind demgegenüber die langen Arbeitsunfähigkeiten deutlich unterrepräsentiert (15%) und sind die kürzeren Krankschreibungen (rund 60%) überrepräsentiert.

Das verdeutlicht, dass frühere Belastungen oder Probleme – und damit eine länger vorbestehende psychische Problematik – einen grossen Einfluss haben auf die Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit. Vereinfacht gesagt: Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit hat häufig eine lange Geschichte.

Typologie der Versicherten nach soziodemografischen Merkmalen

Aus den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten wurde eine Typologie der Versicherten berechnet (Abb. 21). Es ergeben sich 5 Typen von Versicherten:

1. Versicherte mit Schweizer Nationalität, ledig, durchschnittlich 29 Jahre alt (14.4%)
2. Versicherte, die ledig und oft sozial isoliert sind, durchschnittlich 30 Jahre alt (14%)
3. Versicherte mit guter Bildung und sozialer Integration, durchschnittlich 49 Jahre alt (21.7% der Versicherten).
4. Versicherte, die verheiratet sind und durchschnittlich 45 Jahre alt sind (37.2% der Versicherten)
5. Versicherte, die geschieden, sozial isoliert und alleinerziehend sind, Durchschnittsalter 47 Jahre (12.7% der Versicherten).

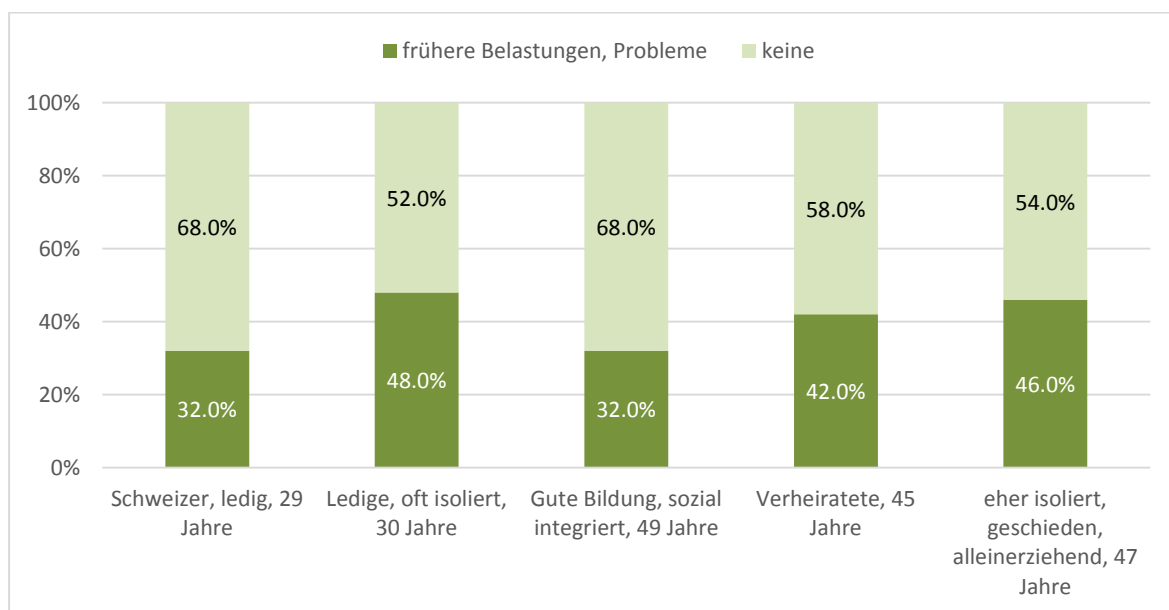
Diese Typen unterscheiden sich in Bezug auf einige Merkmale, zum Beispiel auch in Bezug auf das Vorliegen früherer Belastungen (Abbildung 26):

Besonders häufig früh belastet und mit Auffälligkeiten in der schulischen und beruflichen Biografie sind die Typen 2 (Ledige, oft isoliert, 30 Jahre alt) und 5 (eher isoliert, alleinerziehend, geschieden, 47 Jahre alt). Fast die Hälfte dieser Versichertengruppen sind jeweils früh belastet.

Deutlich seltener trifft dies auf die Gruppen 1 (junge Schweizer) und 3 (ältere sozial integrierte Personen mit guter Bildung) zu: bei ihnen sind 'lediglich' in knapp einem Drittel der Fälle frühe Belastungen dokumentiert.

Diese Resultate weisen darauf hin, dass dem Merkmal der sozialen Isolation eine besondere Bedeutung zukommt. Die oft früh belasteten Gruppen sind nicht nur sozial isoliert, sondern typischerweise auch ledig respektive alleinerziehend.

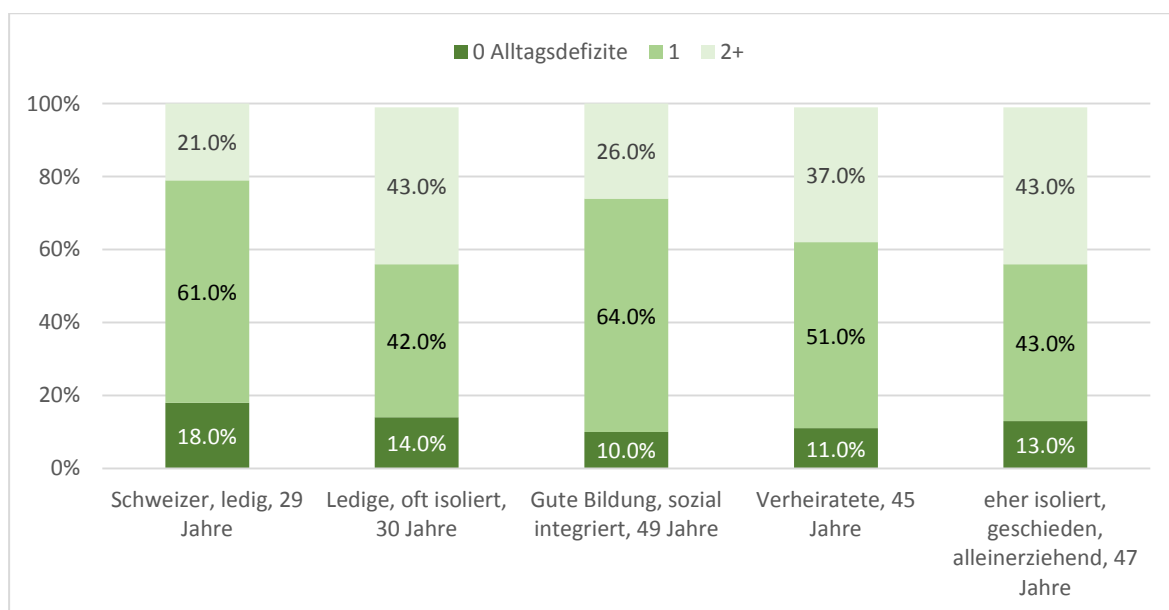
Abbildung 26: Versicherten-Typ und frühere Belastungen



Die Versichertengruppen unterschieden sich weiter auch in Bezug auf das Ausmass der Alltagsbeeinträchtigungen (Abbildung 27): Wiederum fallen die Gruppen 2 und 5 mit häufigeren Einschränkungen auf (bei beiden Typen liegt der Anteil von Personen mit 2 und mehr Alltagseinschränkungen bei 43%. Auch der Typ 4 zeigt hier mit 37% einen relativ hohen Anteil.

Und wiederum weisen die Gruppen 1 (21%) und 3 (26%) einen deutlich geringeren Anteil von Personen mit häufigeren Einschränkungen auf. Generell ist zu den Alltagsbeeinträchtigungen (siehe dazu auch das Kapitel 6.4) zu sagen, dass bei 13% der Versicherten bemerkenswerterweise in keinem der 8 erfassten Lebensbereiche eine Einschränkung dokumentiert ist, auch nicht bei der Arbeit.

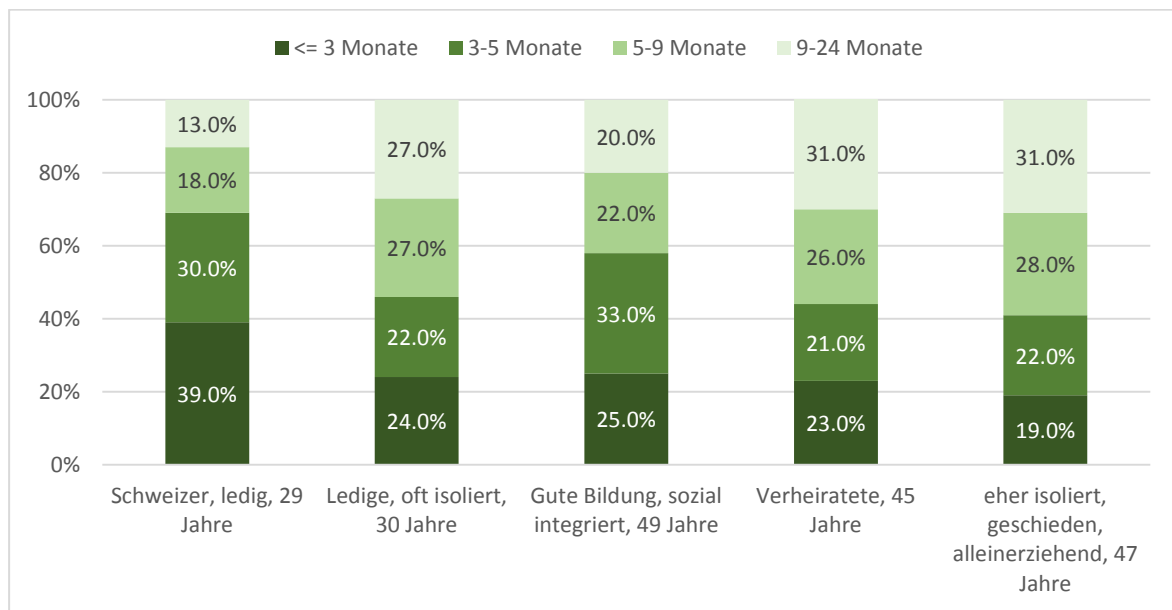
Abbildung 27: Versicherten-Typ und Ausmass der Alltagsbeeinträchtigungen



Ein ähnliches Bild zeigt sich auch beim Vergleich der Versicherten-Typen mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer (hier in Quartilen dargestellt - Abbildung 28):

Die Versichertengruppen 1 (31%) und 3 (42%) haben seltener Arbeitsunfähigkeiten von 5 und mehr Monaten – das sind die beiden Quartile 5-9 Monate sowie 9-24 Monate). Bei den anderen Versichertengruppen 2, 4 und 5 betragen die Anteile dieser längeren Arbeitsunfähigkeiten 54% (Typ 2), 57% (Typ 4) und 59% (Typ 5). Dies ist kohärent mit den obigen Resultaten zu den Alltagseinschränkungen.

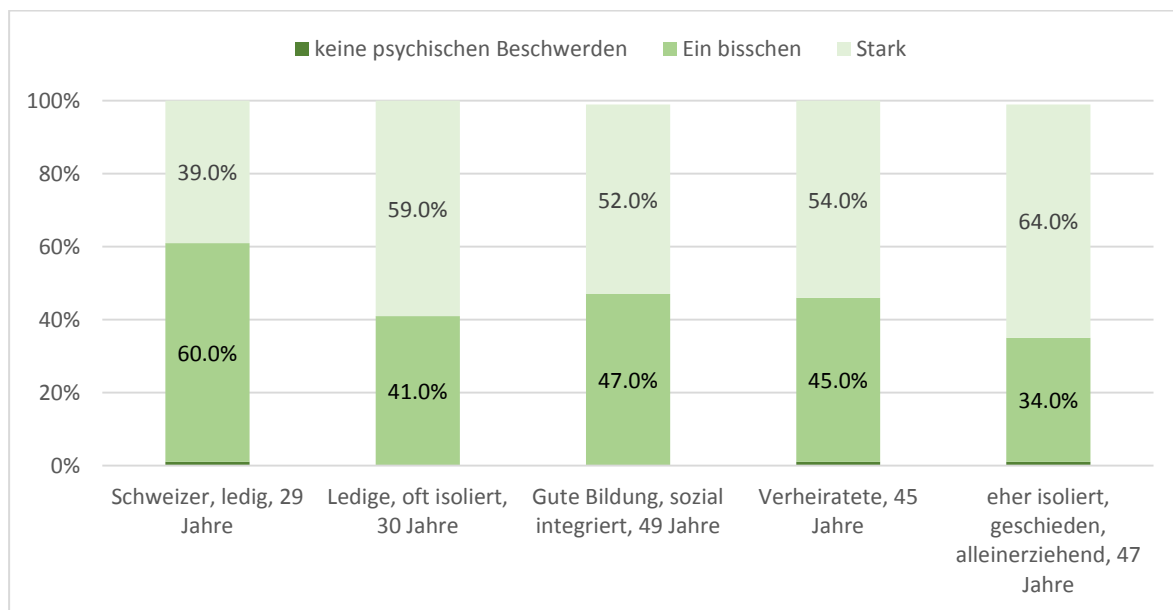
Abbildung 28: Versicherten-Typ und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Quartile)



Auch wenn man die Versichertengruppen nach dem Ausmass der psychischen Beschwerden betrachtet, welche im Erstkontakt geäussert wurden, zeigen sich Zusammenhänge, die mit den Alltagsbeeinträchtigungen und der Arbeitsunfähigkeitsdauer kohärent sind (Abbildung 29):

Die sozial isolierten Gruppen 2 und 5 berichten besonders häufig starke psychische Beschwerden (in 59% respektive 64% der Fälle).

Abbildung 29: Versicherten-Typ nach psychischen Beschwerden im Erstkontakt



Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

Schliesslich wurden die multivariaten Einflussfaktoren auf die die Dauer der Arbeitsunfähigkeit berechnet (Abbildung 30).

Die hier gezeigten Einflussfaktoren sind unabhängig von allen anderen einbezogenen Faktoren jeweils für sich alleine gültig. Zusammenhänge mit allen anderen Faktoren sind hier rechnerisch berücksichtigt («auspartialisiert»). Die gezeigten Effekte sind also von ihrer Höhe her Netto-Effekte.

Die Abbildung verdeutlicht die sehr grosse Bedeutung der biografischen Belastungen respektive der früheren Probleme in Schule und an früheren Arbeitsstellen – wie auch der sozialen Isolation.

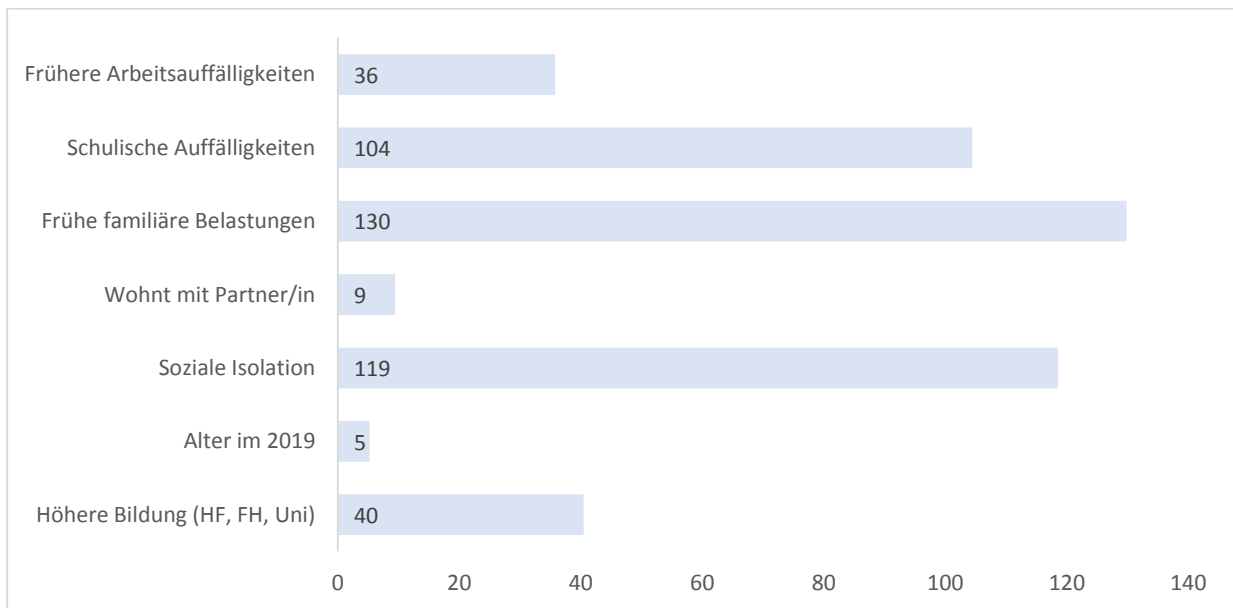
Versicherte mit Problemen an früheren Arbeitsstellen haben gegenüber Versicherten ohne solche Probleme eine um durchschnittlich 36 Tage längere Arbeitsunfähigkeit. Bei Versicherten, die schon in der Schulzeit Probleme hatten, beträgt die zusätzliche AUF-Dauer 104 Tage und bei Versicherten mit frühen familiären Belastungen zusätzliche 130 Tage gegenüber Personen ohne derartige Belastungen.

Leben Versicherte sozial isoliert, beträgt ihre Arbeitsunfähigkeit 119 Tage mehr als bei Versicherten mit guten sozialen Kontakten. Eine (Fach)Hochschulbildung ist ebenfalls mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit verbunden (plus 40 Tage).

Die Relevanz der frühen Belastung respektive Erkrankung und der sozialen Isolation ist wohl auch ein Abbild der Schwere der Erkrankung. Insofern sind diese Resultate gut nachvollziehbar.

Von erheblicher Bedeutung ist auch das Alter der Versicherten: mit jedem zusätzlichen Altersjahr kommen 5 zusätzliche Tage hinzu.

Abbildung 30: Einfluss von Soziodemografie, Biografie, Umfeld auf die AUF-Dauer



Das Wichtigste auf einen Blick

- Psychisch kranke Versicherte sind eher männlich und verfügen zu 80% über eine Berufslehre oder eine höhere Ausbildung.
- 25% der Versicherten leben (meist nicht erst seit der Arbeitsunfähigkeit) sozial isoliert und 75% sind privat / sozial eher oder ganz inaktiv.
- 40% der Versicherten weisen frühe (familiäre) Belastungen, schulische oder frühere berufliche Probleme auf. Frühere Belastungen hängen mit dem Ausmass der aktuellen Beeinträchtigung und der AUF-Dauer zusammen.
- Versicherte, die sozial isoliert sind, sind ebenfalls stärker beeinträchtigt und länger arbeitsunfähig geschrieben.
- Je älter die Versicherten, desto länger werden sie krankgeschrieben: mit jedem zusätzlichen Altersjahr kommen statistisch 5 AUF-Tage hinzu.
- Gesundheitsfördernde Faktoren, welche die AUF direkt verkürzen würden, zeigen sich keine – ausser jeweils das Gegenteil der aufgeführten Faktoren (jüngeres Alter, keine soziale Isolation etc.).

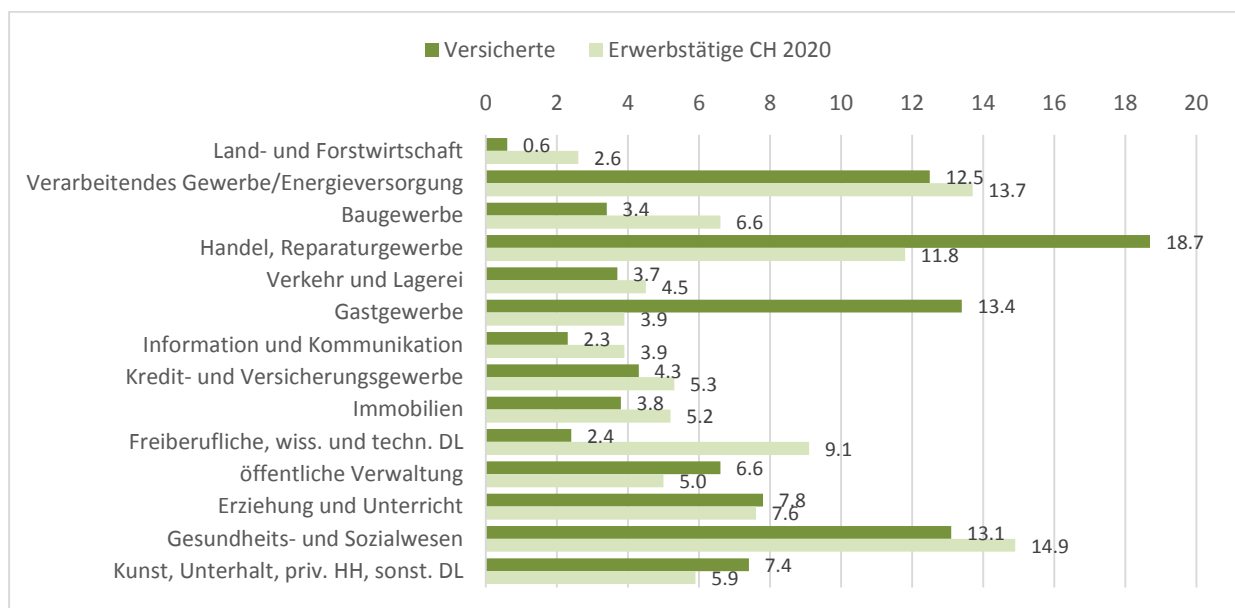
6.3 Merkmale des Arbeitsplatzes

Betrachtet man die Branche des Unternehmens, in dem die Versicherten beschäftigt sind, und vergleicht diese mit den Erwerbstätigen in der Schweiz im Jahr 2020 (Bundesamt für Statistik, 2020), so zeigt sich ein nur bedingt vergleichbares Bild (Abbildung 31).

Die Versicherten sind untervertreten im Baugewerbe, in den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen und in der Land- und Forstwirtschaft.

Eher bis sehr deutlich übervertreten sind die Versicherten im Handel und Reparaturgewerbe, im Gastgewerbe (sehr deutlich) sowie in der Branche Kunst, Unterhalt und sonstige Dienstleistungen.

Abbildung 31: Versicherte nach Branche und Vergleich mit Erwerbstätigen CH



Die folgende Abbildung zeigt einige Merkmale der Anstellung der Versicherten (Abbildung 32 und Abbildung 33):

Zwei Drittel der Versicherten arbeiten in einem 80-100% Pensum (rund 60% in einem 100% Pensum), lediglich 10% arbeiten maximal 50%. Rund 89% der Versicherten arbeiten als Angestellte ohne Kaderposition, 8% in einer Kaderposition und 3% sind Lernende oder Praktikanten.

In Bezug auf die Betriebsgrösse dominieren hier die grossen Unternehmen mit mehr als 250 Mitarbeitenden, das heisst der Grossteil der hier untersuchten Versicherten arbeitet in grossen Unternehmen. Ebenfalls relativ häufig sind die Versicherten in Kleinbetrieben tätig mit weniger als 10 Mitarbeitenden. Mittlere Betriebe mit 10-240 kommen hier seltener vor.

Rund 55% der Versicherten sind seit mindestens 4 Jahren im Unternehmen angestellt, rund ein Drittel ist seit mindestens 7 Jahren im Unternehmen tätig. Der Verdienst ist aufgeschlüsselt nach Quartilen: ein Viertel verdient bis CHF 45'000, das oberste Quartil CHF 83'000 und mehr.

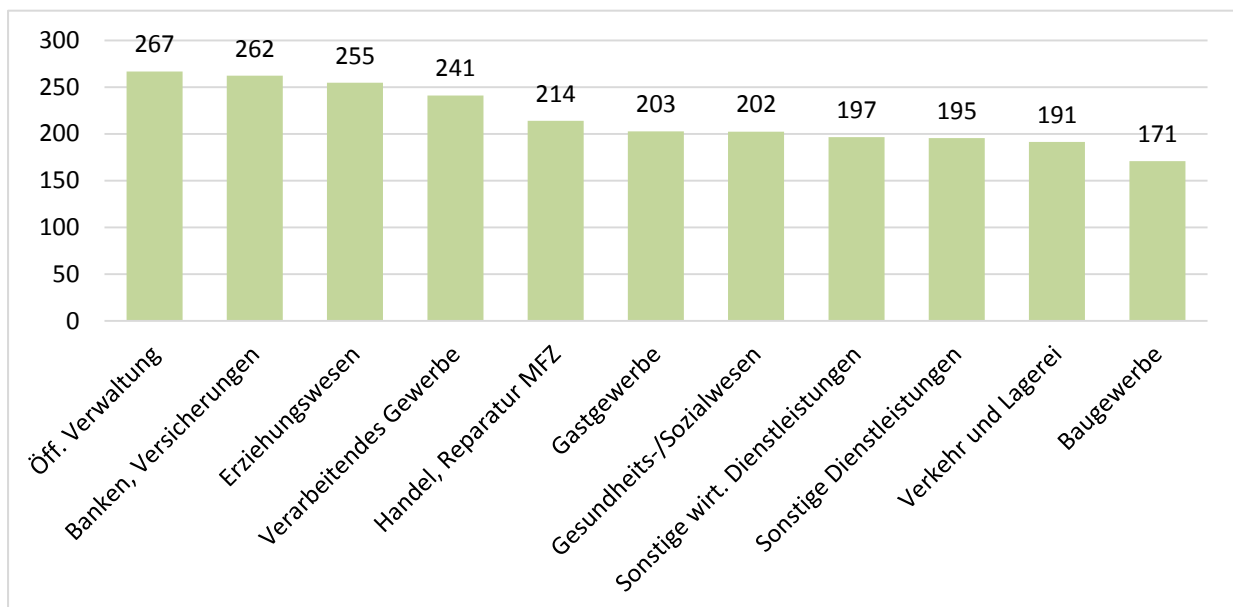
Während Anstellungsgrad, Position im Betrieb und Verdienst sich nach Arbeitsunfähigkeitsdauer nicht unterscheiden, spielen Branche, Unternehmensgrösse und Anstellungsdauer eine Rolle (es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass Fälle mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von unter 15 Tagen nicht erfasst wurden):

Versicherte in grossen Unternehmen weisen längere AUF-Dauern auf (im Durchschnitt 230 Tage gegenüber 193-200 Tagen bei den KMU). Dies erklärt womöglich auch teilweise die Unterschiede nach Branche: besonders lange Arbeitsunfähigkeitsdauern zeigen sich bei Versicherten, die in der öffentlichen Verwaltung, in der Finanzbranche, im Erziehungswesen und im verarbeitenden Gewerbe tätig sind. Vergleichsweise kürzere Krankschreibungen finden sich im Baugewerbe und in der Logistik.

Ob sich die Branchen unterscheiden nach *Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfällen*, kann hier nicht beantwortet werden. Aber sie unterscheiden sich nach durchschnittlicher *Dauer der Fälle*. Die vorliegenden

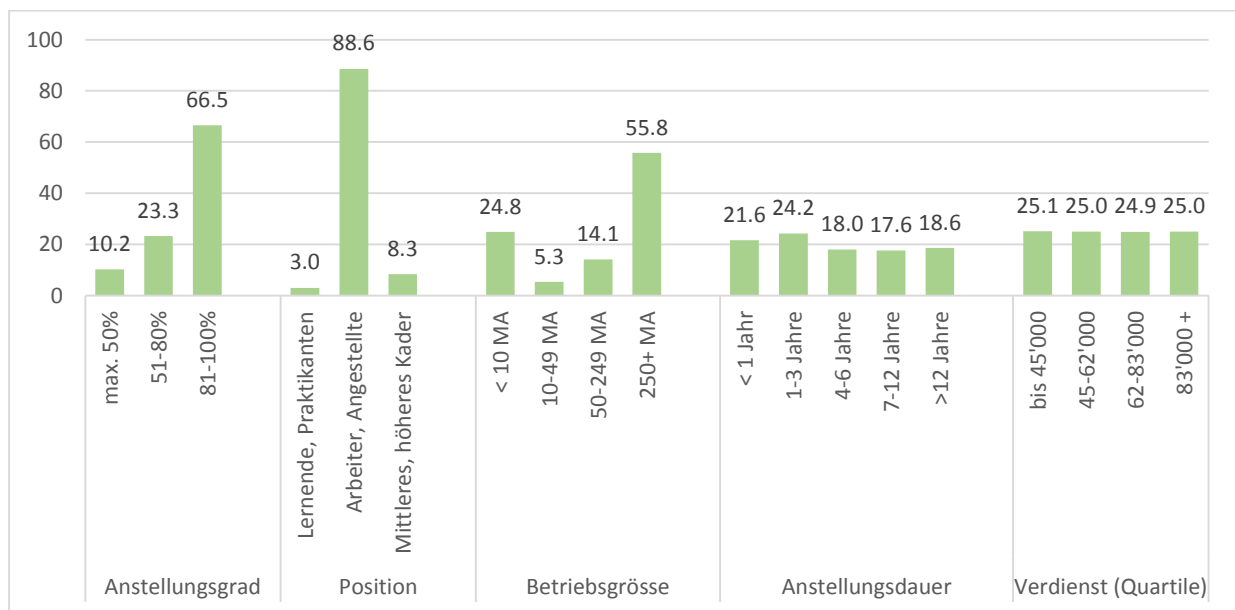
Bei den 3 Branchen mit der durchschnittlich längsten Dauer handelt es sich sehr oft um grosse Unternehmen respektive Departemente. Warum die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Gewerbe mit den meist kleineren und mittleren Unternehmen relativ hoch ist (der Durchschnitt für unsere Stichprobe insgesamt liegt bei 218 Tagen; zur Erinnerung: AUF-Fälle mit weniger als 15 Tagen Dauer sind hier nicht eingeschlossen), ist unklar.

Abbildung 32: Durchschnittliche AUF-Dauer in Tagen nach Branche (mit n>30 Versicherte)



Auch die Anstellungsdauer hängt signifikant mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammen: Bei seit 4-6 Jahren im Betrieb Tätigen beträgt sie 233 Tage (und bei den noch kürzer Angestellten noch tiefer), bei der Gruppe der seit 7-12 Jahren Angestellten 243 Tage und bei den seit mehr als 12 Jahren Angestellten 270 Tage.

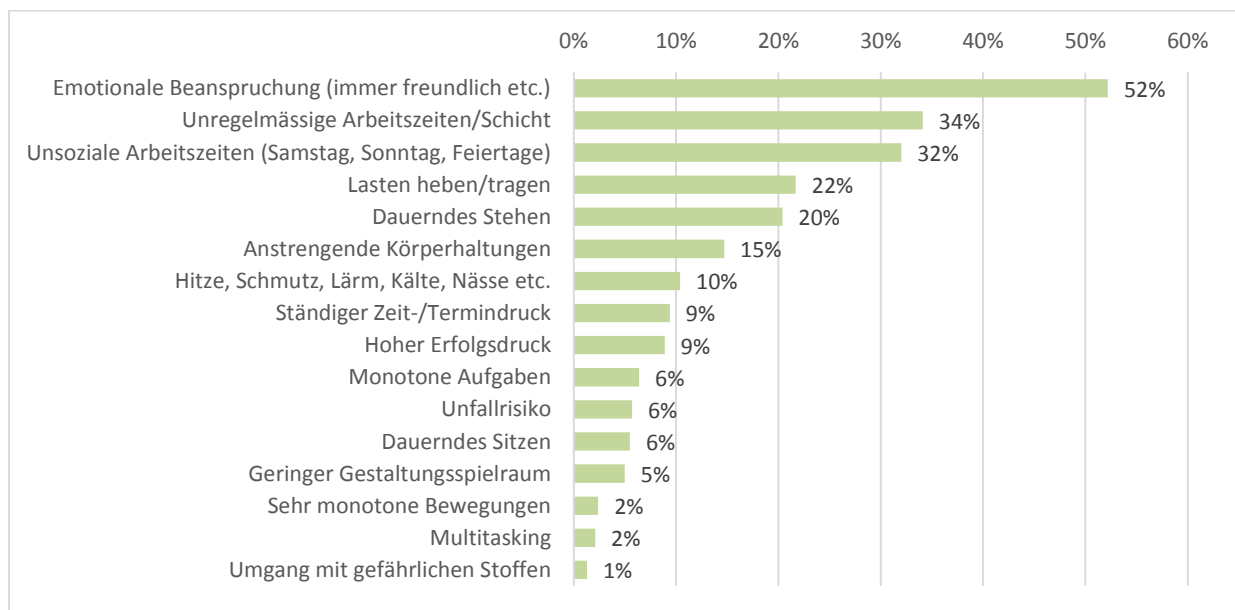
Abbildung 33: Anstellungsmerkmale der Versicherten



Aufgrund der erfassten Tätigkeiten der Versicherten wurden die damit verbundenen belastenden Arbeitsbedingungen erfasst (Abbildung 34). Erfasst wurden diese nur dann, wenn sie als «besonders belastend» eingeschätzt wurden. Das heisst, dass zum Beispiel nicht jegliche pflegerische Tätigkeit a priori als «besonders belastend» eingeordnet wurde. «Besonders belastend» wurde zum Beispiel das «Freundlich sein müssen» eingeschätzt bei Flight Attendants oder bei Callcenter-Mitarbeitenden.

In rund der Hälfte aller psychisch kranken Versicherten liegen Hinweise vor, dass sie emotional besonders beansprucht sind bei der Arbeit (immer freundlich sein müssen, Umgang mit anspruchsvollen, 'schwierigen' Kunden etc. Es folgen unregelmässige und unsoziale Arbeitszeiten und – in geringerem Ausmass – körperliche Belastungen wie Lasten heben, dauerndes Stehen und anstrengende Körperhaltungen. Termindruck, Erfolgsdruck, Monotonie, wenig Gestaltungsspielraum und Multitasking werden relativ selten genannt.

Abbildung 34: Besonders belastende Arbeitsbedingungen

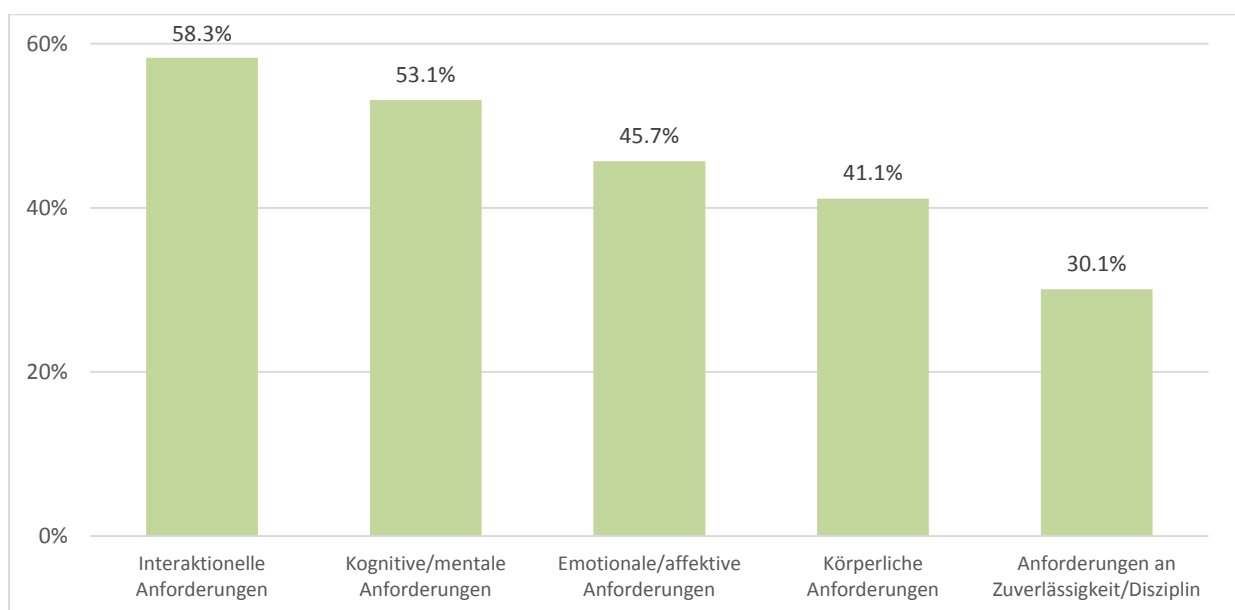


Vergleicht man die emotionale Beanspruchung der Versicherten nach der Branche, in der sie beschäftigt sind (nur häufige Branchen), so zeigt sich:

Versicherte, die im Handel, im Erziehungswesen und im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten, leiden besonders häufig unter emotionalen Beanspruchungen (in 45% / 58% und 57% der Fälle, gegenüber einem Durchschnitt von 37% über alle Branchen).

Versicherte, die im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Gastronomie arbeiten leiden besonders häufig unter unregelmässigen Arbeitszeiten/Schichtarbeit (38% / 55%). Dasselbe gilt auch für Sozialkontakte einschränkende Arbeitszeiten (Samstag, Sonntag, Feiertage) – in besonders hohem Mass für die Versicherten in der Gastronomie.

Abbildung 35: Anteile «eher hoher» Anforderungen der aktuellen Tätigkeit



In ihren Tätigkeiten (Abbildung 35) sind die psychisch kranken Versicherten besonders häufig mit interaktionellen Anforderungen konfrontiert (Freundlichkeit, Empathie etc.), gefolgt von kognitiven/mental Anforderungen (Konzentration, Planen, Organisieren etc.) und von emotionalen/affektiven Anforderungen (Ausgeglichenheit, Antrieb etc.).

- Die Tätigkeiten mit hohen interaktionellen Anforderungen sind wiederum häufig im Handel und Reparaturgewerbe, im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Erziehungswesen.
- Die Tätigkeiten mit hohen kognitiven Anforderungen sind häufig in der öffentlichen Verwaltung, im Erziehungswesen, in der Finanz- und Versicherungsbranche und in der IT.
- Die Tätigkeiten mit hohen emotionalen/affektiven Anforderungen sind häufig im Gesundheits- und Sozialwesen, im Erziehungswesen und in der öffentlichen Verwaltung.
- Die Tätigkeiten mit hohen körperlichen Anforderungen sind häufig im Gastgewerbe, im Handel und Reparaturgewerbe sowie im Baugewerbe.
- Die Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an Zuverlässigkeit und Disziplin schliesslich sind häufig in der Finanz- und Versicherungsbranche, in der öffentlichen Verwaltung.
- Auffallend anforderungsreich in verschiedener Hinsicht ist auch die Branche der Erbringung von freiberuflichen wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Dienstleistungen (allerdings kommt diese bei den hier untersuchten Versicherten eher selten vor).

In Bezug auf die Anforderungen der aktuellen Tätigkeit der Versicherten ist zu bemerken, dass diese anhand der verfügbaren Informationen im Dossier erschlossen werden mussten. Lediglich in 5.3% der Fälle ist irgendeine Beschreibung des Arbeitsplatzes oder der Tätigkeit der Versicherten vorhanden. Dies ist insofern relevant, weil in Unkenntnis der Arbeitsanforderungen teilweise gar keine fundierte Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und schon gar nicht eine Beurteilung einer möglichen Teil-Arbeitsunfähigkeit vorgenommen werden kann. In gewissen Fällen mag auf ärztlicher und Versicherungsseite eine klare Vorstellung vorhanden sein zu den Anforderungen, welche die Versicherten an ihrem Arbeitsplatz zu bewältigen haben. In anderen Fällen hingegen nicht. Innerhalb des gleichen Berufsfeldes können sich die Aufgaben, Arbeitsbedingungen und Anforderungen stark unterscheiden, was auf die potentielle Arbeitsfähigkeit einen teils erheblichen Einfluss macht. Da sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit normalerweise auf den bestehenden Arbeitsplatz bezieht, fehlt hier nahezu immer ein entscheidender Teil der Informationen.

Typologie der Arbeitsplatz-Merkmale

Auch für die Arbeitsplatzmerkmale wurde eine Typologie berechnet. Es wurden dafür folgende Merkmale berücksichtigt:

- Branche
- Anforderungen der Tätigkeit
- Belastende Arbeitsbedingungen
- Verhältnis Arbeitgeber – Arbeitnehmer
- Drohende Kündigung.

Es zeigen sich 7 unterschiedliche Typen (Abbildung 36):

Typ 1 – eher Dienstleistungssektor, psychosoziale und körperliche Anforderungen: Typisch sind hier häufige Schichtarbeit, unsoziale Arbeitszeiten, langes Stehen, Lasten heben, emotionale und interaktionelle Beanspruchungen (Umgang mit Kunden, immer freundlich sein). Typische Tätigkeiten sind beispielsweise: Chefportier, Fachfrau Gesundheit, Grafikerin, Kellnerin, Verkäufer. Die Anstellungsdauer der Versicherte beträgt hier eher selten länger als 6 Jahre.

Typ 2 – eher Dienstleistungssektor, psychosoziale Anforderungen: Typisch sind emotionale und interaktionelle Beanspruchungen, höhere Disziplinanforderungen. Typische Tätigkeiten sind: Aktivierungstherapeut, Dentalassistentin, Lehrer, Hort Mitarbeiterin, Schulleiterin.

Typ 3 - oft Industrie/Gewerbe, körperliche Anforderungen, Konflikte: Typisch sind meist körperliche Beanspruchungen, häufige Probleme zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, oft droht Kündigung. Typische Tätigkeiten sind: Logistikerin, Reinigungsmitarbeiter Waschanlage, Bäcker, Kranführer, Lagerist. Besonders häufig handelt es sich um Betriebe mit 250 und mehr Angestellten.

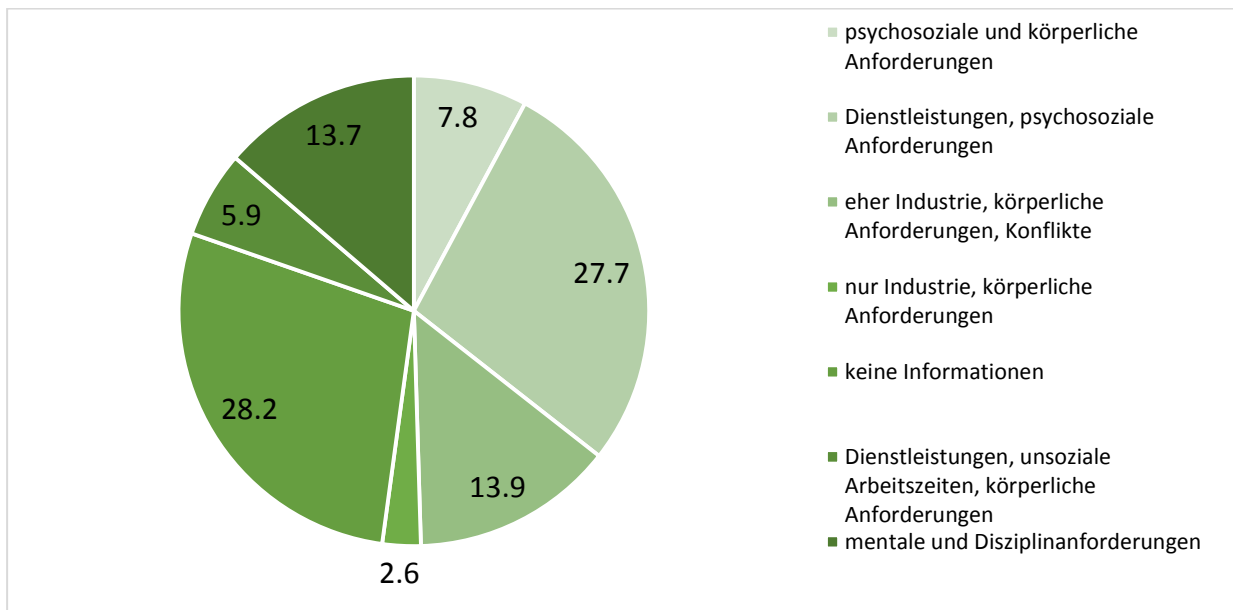
Typ 4 - nur Industrie/Gewerbe, körperliche Anforderungen: Typisch sind Schichtarbeit, Belastung durch Hitze, langes Stehen, extreme Körperhaltungen, Lasten heben, wenig Handlungsspielraum. Typische Tätigkeiten sind: Küchenhilfe, Produktionsmitarbeiter, Dishwasher, KassiererIn, Chauffeur. Besonders häufig handelt es sich um Betriebe mit 250 und mehr Angestellten.

Typ 5 – keine Informationen: Typisch ist hier, dass zu den Merkmalen für diese Typologie fast keine Informationen vorliegen. Bezüglich Branche handelt es sich jeweils zu einem Drittel um den Dienstleistungssektor, um den Industriesektor sowie um fehlende Angaben. Auffallend ist, dass dieser Typ mit einem Anteil von 28% die meisten Versicherten umfasst. Das heisst, dass bei einem relevanten Teil der Versicherten kaum Informationen vorliegen zur Situation und den Beanspruchungen am Arbeitsplatz.

Typ 6 – eher Dienstleistungssektor, unsoziale Arbeitszeiten, körperliche Anforderungen: Typisch sind Schichtarbeit und unsoziale Arbeitszeiten, langes Stehen. Typische Tätigkeiten sind: Koch, Sozialpädagogin, Servicetechniker, Barkeeperin. Die Anstellungsdauer ist im Vergleich besonders häufig weniger als 1 Jahr und besonders selten länger als 6 Jahre. Es handelt sich zudem besonders häufig um Kleinbetriebe mit weniger als 10 Mitarbeitenden.

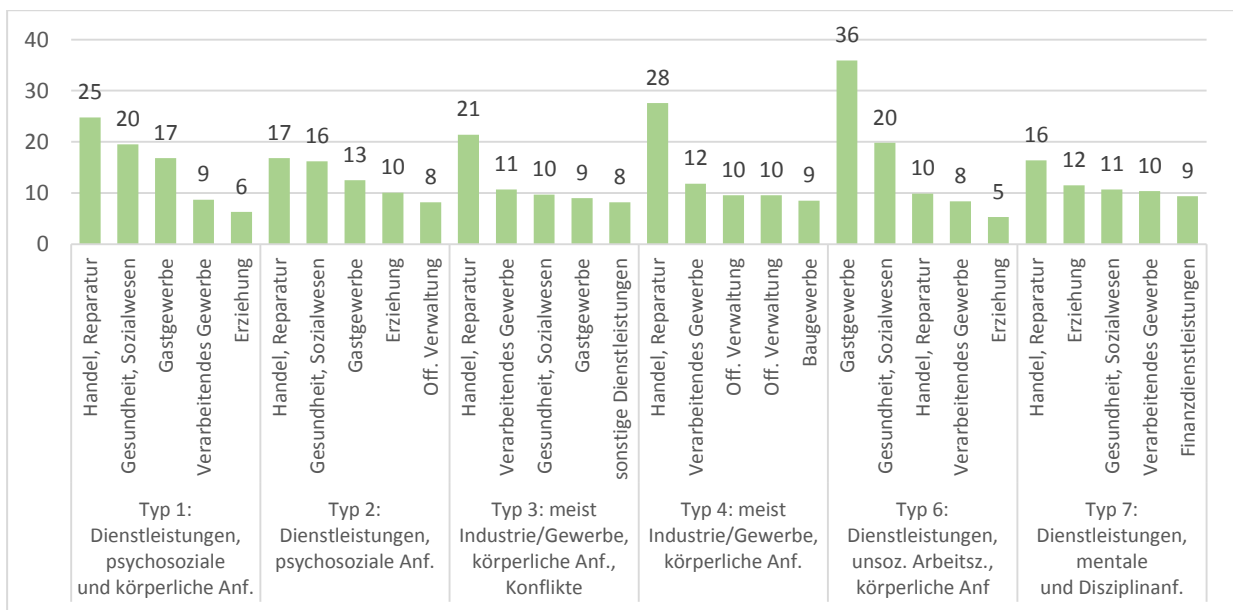
Typ 7 – eher Dienstleistungssektor, mentale und Disziplinanforderungen: Typisch sind nahezu ausschliesslich mentale Belastungen und Anforderungen an die Disziplin. Relativ oft droht Kündigung. Typische Tätigkeiten sind: Ingenieur, Finanzberaterin, Projektleiter, Inkassoangestellte, Patientenadministrator. Es handelt sich häufig um Kleinbetriebe mit weniger als 10 Mitarbeitenden.

Abbildung 36: Typologie der Arbeitsplatzmerkmale



Betrachtet man die je nach Typ häufigsten Branchen (Abbildung 37), so handelt es sich bei den Typen 1 und 2 besonders häufig um das Handels- und Reparaturgewerbe sowie das Gesundheits- und Sozialwesen. Die Typen 3 und 4 beziehen sich vor allem auf das Handels- und Reparaturgewerbe sowie das verarbeitende Gewerbe. Der Typ 5 wird hier wegen fehlender Informationen in den Dossiers nicht gezeigt. Der Typ 6 bezieht sich vor allem auf das Gastgewerbe. Und der Typ 7 wieder auf das Handels- und Reparaturgewerbe sowie häufig auch das Erziehungswesen. Vergleichsweise häufig ist hier auch die Finanzbranche.

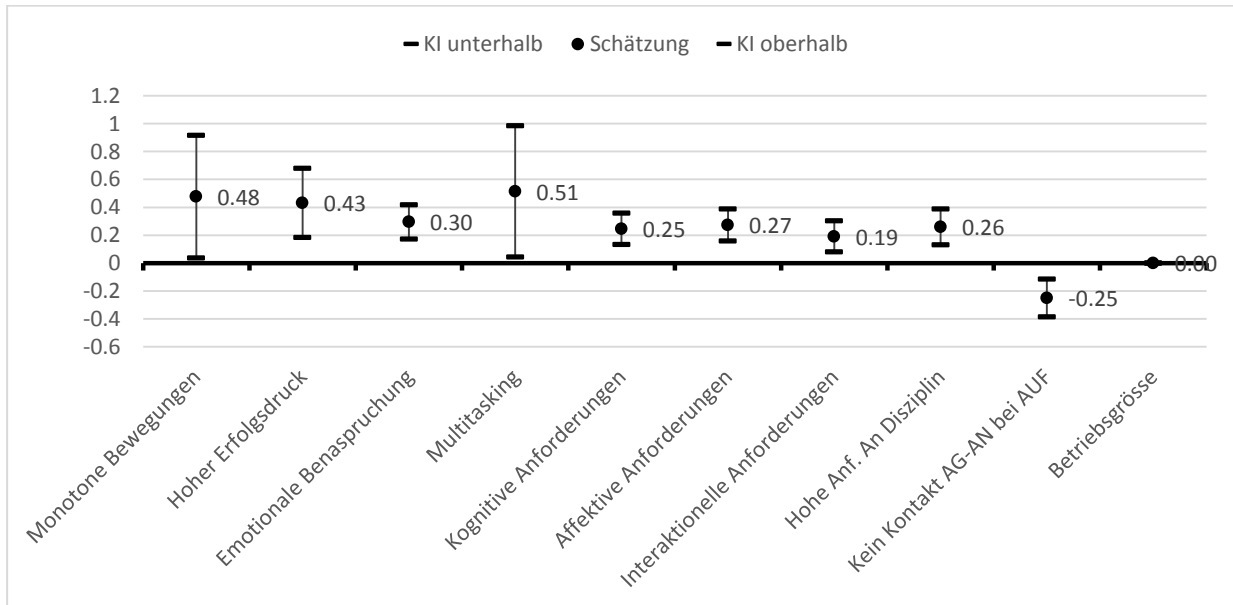
Abbildung 37: Typen von Arbeitsmerkmalen und häufigste Branchen



Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)

Eine Reihe von arbeitsplatzbezogenen Merkmalen hat univariat (für sich genommen) einen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit – mit einer Ausnahme immer einen „positiven“ Einfluss, das heisst die AUF-Dauer *verlängernden* Einfluss (Abbildung 38):

Abbildung 38: Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (univariat)



Angegeben sind jeweils die Koeffizienten auf der Log-Skala der Vorhersage der AUF.

Insbesondere hohe Belastungen der Tätigkeit verlängern die Dauer: Ein Arbeitsumfeld respektive Tätigkeiten, die häufig monotone Bewegungen fordern, mit einem hohen Erfolgsdruck, Multitasking, hohen kognitiven, emotional-affektiven und interaktionellen Anforderungen verbunden sind sowie mit hohen Anforderungen an Zuverlässigkeit und Disziplin, verlängern die AUF-Dauer.

Auch die Betriebsgrösse spielt eine Rolle: Je mehr Mitarbeitende ein Unternehmen hat, desto länger ist die AUF-Dauer. Dass der entsprechende Wert sehr nahe bei Null liegt, hängt damit zusammen, dass die Verlängerung der AUF-Dauer sich auf jeden einzelnen zusätzlichen Mitarbeitenden bezieht: Mit jedem zusätzlichen Mitarbeitenden steigt die AUF-Dauer um einen geringen Wert. In der Summe kann dies jedoch bedeutsam sein.

Schliesslich gibt es ein Merkmal – das Fehlen eines telefonischen Kontaktes zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer während der Arbeitsunfähigkeit – das einen negativen, die Dauer verkürzenden – Einfluss hat. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass ein solcher Kontakt vor allem bei bestehenden Arbeitskonflikten fehlt. Und Versicherte mit Arbeitsplatzkonflikten haben kürzere Arbeitsunfähigkeiten als Personen ohne Konflikte (weil Erstere an sich meist arbeitsfähiger sind).

Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

In der multivariaten Analyse der Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer zeigen sich nun teilweise andere Faktoren als wichtig und einige der univariat signifikanten Faktoren fallen hier weg, weil ihr Informationsbeitrag schon durch andere Variablen im Modell berücksichtigt ist. Da es sich bei der Dauer der AUF aber um ein multifaktoriell bestimmtes Geschehen handelt, kommt die multivariate

Analyse einer Abbildung des komplexen Geschehens jedenfalls näher als die Betrachtung isolierter Einzeleffekte (Abbildung 39).

Verkürzend auf die AUF-Dauer wirken sich zum einen ein hohes Unfallrisiko (ein allerdings sehr seltener Umstand in den vorliegenden Fällen) in der bestehenden Tätigkeit (minus 154 Tage) sowie das Fehlen eines Kontaktes zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aus (minus 46 Tage). Letzteres wiederum wegen der Arbeitskonflikte, siehe Ausführungen oben.

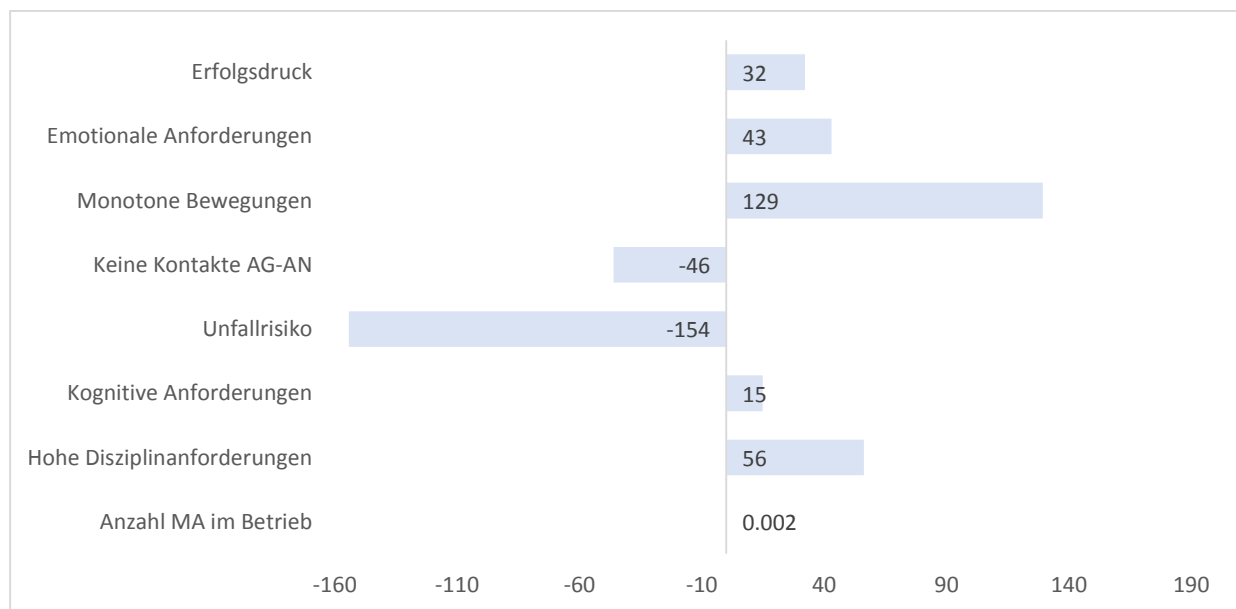
Dass Tätigkeiten mit hohem Unfallrisiko ein Faktor sind, der die Dauer deutlich reduziert, hängt damit zusammen, dass es sich hier eher um Versicherte mit körperlichen Problemen handelt, die in der Baubranche arbeiten. Versicherte mit körperlichen Einschränkungen haben kürzere Dauern als psychisch Kranke. Zudem betrifft dieses Unfallrisiko in der vorliegenden Untersuchung lediglich 6% der psychisch kranken Versicherten.

Auch der Faktor der «monotonen Bewegungen» (plus 129 Tage) muss entsprechend gewertet werden – er betrifft lediglich 2% der hier erhobenen psychisch kranken Versicherten. Das heisst, dieses Resultat ist gesichert, aber sehr selten.

Häufiger kommen hingegen Beanspruchungen wie hoher Erfolgsdruck, emotionale Anforderungen, kognitive und hohe Disziplinanforderungen vor. Alle diese Faktoren bewirken ein Plus an AUF-Tagen von durchschnittlich 15-56 AUF-Tagen.

Pro zusätzlichen Mitarbeitenden im Betrieb steigt die AUF-Dauer durchschnittlich um 0.002 Tage. Bei sehr grossen Unternehmen spielt dieser Faktor eine Rolle. Beim einem besonders grossen Unternehmen wie der Post beispielsweise mit rund 62'000 Angestellten, wäre dies eine zusätzliche Dauer von 124 Tagen – nur aufgrund der Betriebsgrösse.

Abbildung 39: Arbeitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (multivariat)



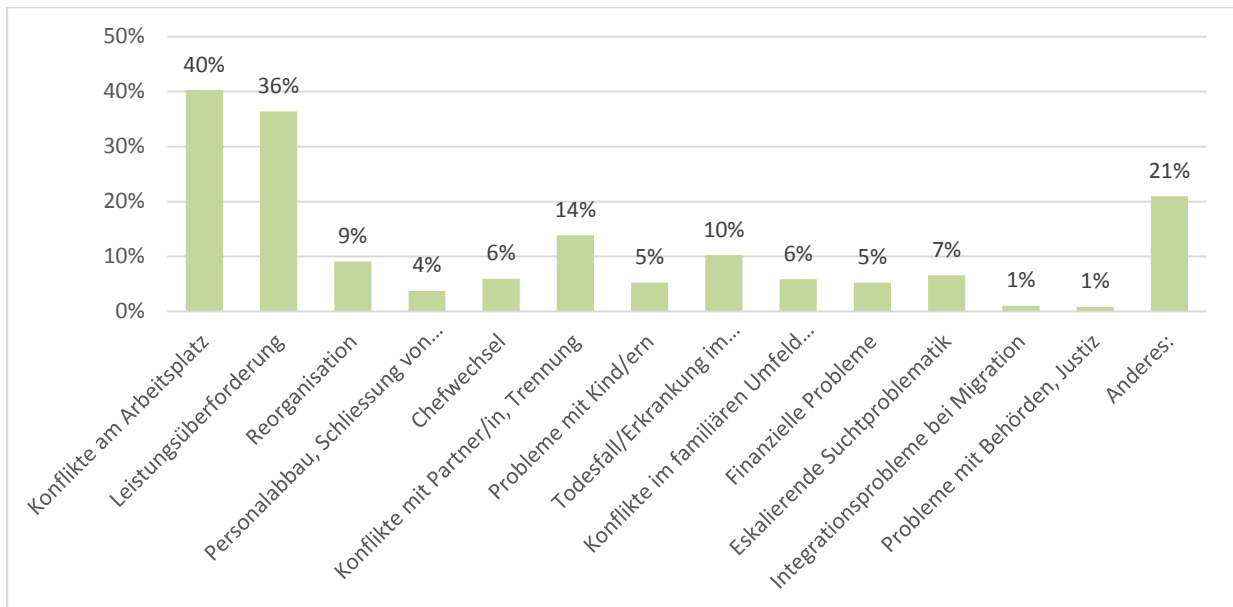
Potentiell auslösende Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit

Hinsichtlich potentieller Faktoren, welche die Arbeitsunfähigkeit (mit)ausgelöst haben, gibt es in den Unterlagen in erster Linie Hinweise auf Konflikte am Arbeitsplatz sowie auf Leistungsüberforderung.

Auch waren nicht selten betriebliche Reorganisationen (9%) oder Chefwechsel (6%) (mit)auslösende Faktoren (Abbildung 40). Oft bestand der auslösende Faktor auch einfach in Verhaltensauffälligkeiten oder Erkrankungen der Versicherten – dies wurde dann unter «Anderes» kodiert.

Ebenfalls häufig sind Konflikte mit Partner/in (14%) oder anderen Familienmitgliedern (6%), sonstige familiäre Belastungen, finanzielle (5%) oder Suchtprobleme (7%).

Abbildung 40: Mögliche Auslösende Faktoren für die AUF (Mehrfachantworten)



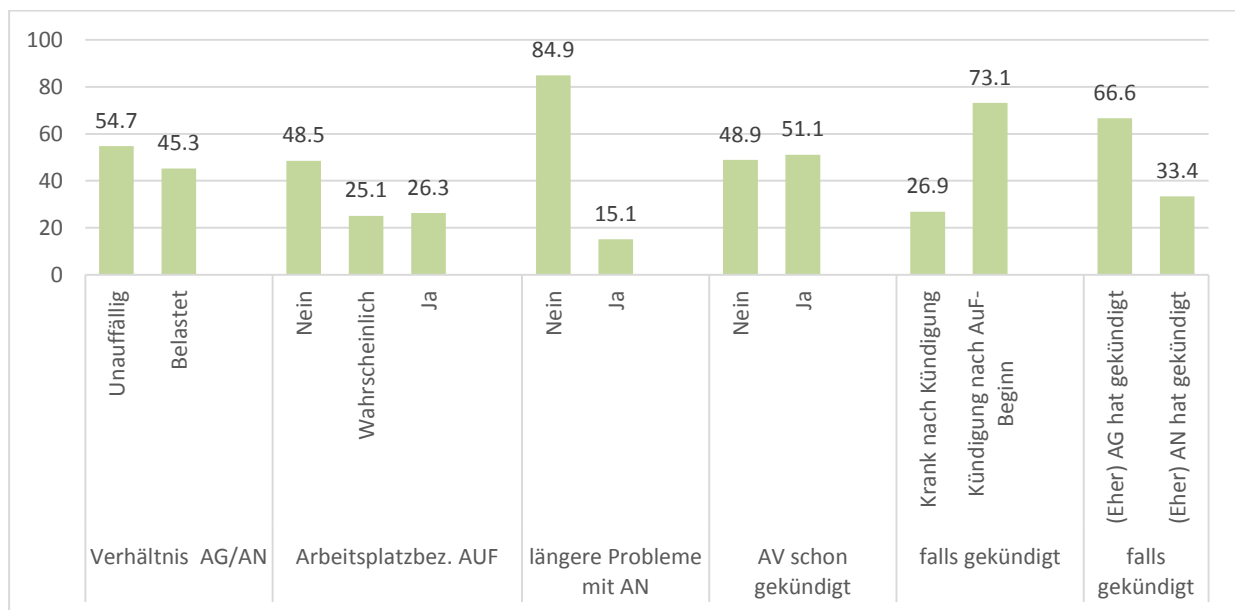
Die Abbildung zeigt unter anderem, dass in 40% der Fälle Arbeitsplatzkonflikte einen auslösenden Faktor für die Arbeitsunfähigkeit darstellten. Dies bedeutet nicht, dass es in 60% der Fälle nicht zu Arbeitsplatzkonflikten, Belastungen zwischen Versicherten und Arbeitgebern oder zu Auflösungen der Arbeitsverhältnisse kam.

Abbildung 41 präsentiert einige Merkmale zum Verhältnis von Versicherten und Arbeitgebern:

In rund 45% der Fälle ist das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer belastet. In rund 15% der Fälle gibt es Hinweise, dass der Arbeitgeber schon seit längerem Probleme mit dieser Mitarbeiterin / diesem Mitarbeiter hatte. Entsprechend wird in 51% der Fälle aufgrund der Dossierinformationen auch von einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen.

Hinzu kommt, dass insgesamt 51% der Arbeitsverhältnisse im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aufgelöst werden. Zwei Drittel dieser Auflösungen wurden vom Arbeitgeber initiiert, ein Drittel vom Arbeitnehmer. In etwas mehr als einem Viertel der Fälle (27%) erfolgte die Arbeitsunfähigkeit nach der Kündigung, in 73% der Fälle erfolgte die Kündigung im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit.

Abbildung 41: Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer



Die Bedeutung von Konflikten am Arbeitsplatz

Nimmt man alle Fälle zusammen, in denen es a) zu einer Kündigung kam oder eine solche b) vom Arbeitgeber beabsichtigt ist oder wo das gegenseitige Verhältnis als belastet beschrieben wird, kommt man auf einen Anteil von 61% (Abbildung 42 a-c: Verhältnis AG-AN, Kündigung/Kündigungsabsicht und Konflikte).

Von diesen 61% der hier untersuchten Fälle mit Belastungen werden im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit 73.4% der Arbeitsverhältnisse aufgelöst (insgesamt 51.3% aller Fälle; alle Kündigungen gehören zur Gesamtmenge der belasteten Verhältnisse; Abbildung 42 b).

Arbeitsplatzkonflikte spielen demnach eine entscheidende und auch häufige Rolle bei Entstehung und Verlauf von Arbeitsunfähigkeiten. Insgesamt ist aufgrund der Dossier-Informationen davon auszugehen, dass rund 57% aller Arbeitsunfähigkeiten als Reaktion auf eine Kränkung oder einen Arbeitsplatzkonflikt entstehen (Abbildung 42 c).

Die in Abbildung 42 dargestellten, teils überlappenden Zusammenfassungen verdeutlichen, wie wesentlich ein belastetes Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer für das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen ist. In 6 von 10 Fällen war das Verhältnis schon vor der Krankschreibung belastet, teils seit längerem. Rund drei Viertel dieser belasteten Fälle führen zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Und 57% der Krankschreibungen sind insgesamt als Reaktionen auf Konflikte und Kränkungen zurückzuführen.

Das bedeutet, dass Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen mehrheitlich einem ganz anderen Muster folgen, als man üblicherweise bei einer Krankschreibung unterstellen würde: der Zweck einer Krankschreibung liegt an sich in einer Entlastung mit dem Ziel, rascher zu genesen und nach einiger Zeit wieder fit und arbeitsfähig zu sein. Die hier vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass dieses Muster für die Mehrheit der psychisch kranken Versicherten nicht zutrifft. Zwar geht es letztlich auch bei ihnen um akute Belastungen oder Störungen, die letztlich zur Arbeitsunfähigkeit führen. Aber diese Krisen sind meist begründet in Konfliktsituationen und Kränkungserlebnissen am Arbeitsplatz – und nicht primär in einer autonomen psychiatrischen Erkrankung. Das bedeutet, dass die Idee von

Entlastung zwecks Gesundung/Arbeitsfähigkeit auf viele Krankschreibungen aus psychischen Gründen nur bedingt zutrifft: psychische Störungen aufgrund von Arbeitsplatzkonflikten und Kränkungserlebnissen führen auch bei Arbeitsentlastung meist nicht zu einer sich zunehmend verbessernden Arbeitsfähigkeit. Vielmehr sind gerade bei langwierigen Konflikten wohl alle Beteiligten eher erleichtert, wenn die Arbeitsunfähigkeit andauert.

Abbildung 42 a-c: Verhältnis AG-AN, Kündigung/Kündigungsabsicht und Konflikte

Abb. 42 a: Arbeitsverhältnis belastet/gekündigt

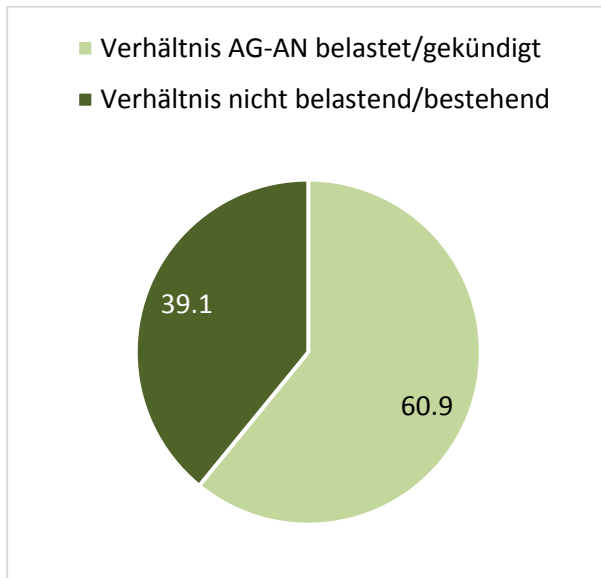


Abb. 42 b: Kündigung erfolgt/beabsichtigt

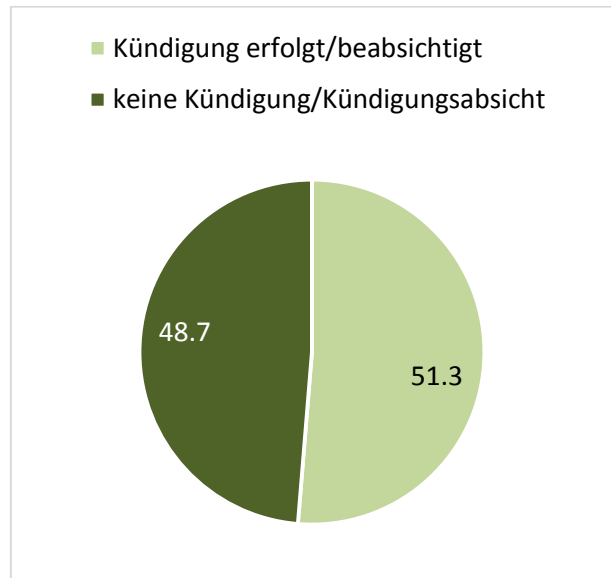
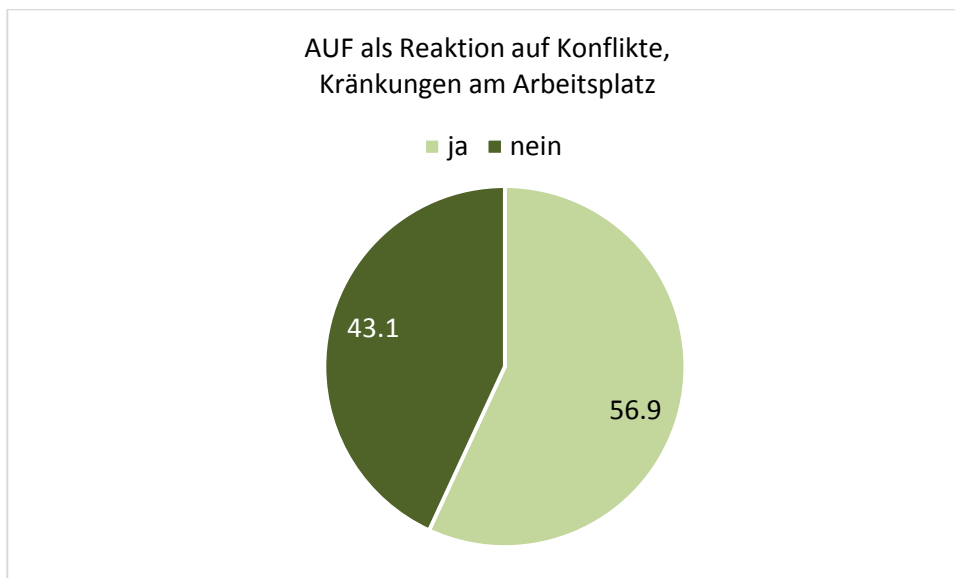


Abb. 42 c: Arbeitsunfähigkeit als Reaktion auf Kränkungen und Konflikte

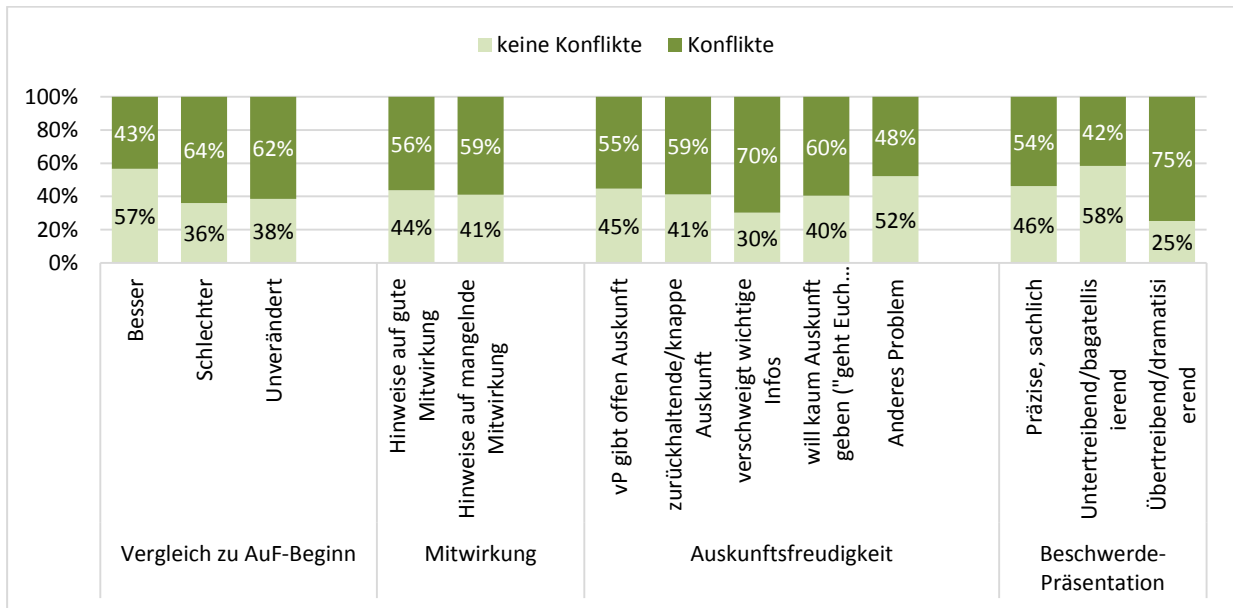


Entsprechend macht es oft einen relevanten Unterschied auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, ob Konflikte und Kränkungen vorhanden sind (Abbildung 43, Abbildung 44, Abbildung 45, Abbildung 46).

Versicherte, deren Arbeitsunfähigkeit Konflikte und Kränkungen am Arbeitsplatz zugrunde liegen ...

- Sind untervertreten bei den Personen, die im Erstkontakt (Wochen bis Monate nach AUF-Beginn) über eine Verbesserung der gesundheitlichen Beschwerden (43%)
- Sind übervertreten bei den Personen, die im Erstkontakt wichtige Informationen verschweigen (70%)
- Sind übervertreten bei den Personen, die ihre Beschwerden in übertreibender, dramatisierender Form vortragen (75% der Fälle).

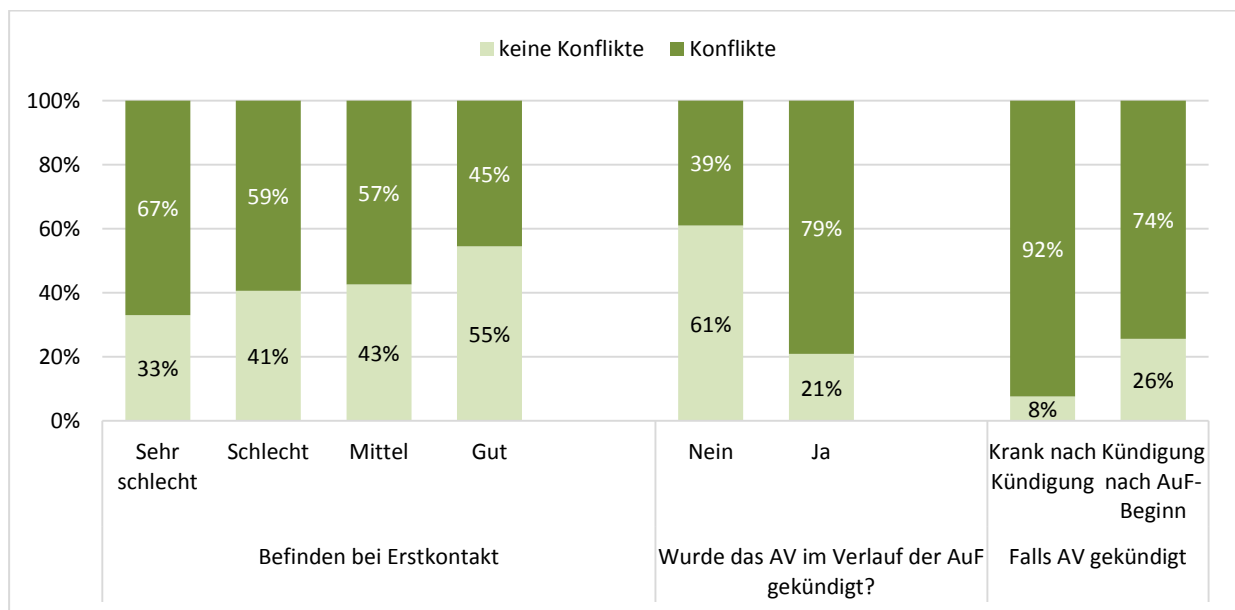
Abbildung 43: Verhalten im Erstkontakt und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte



Zudem haben Versicherte, deren Arbeitsunfähigkeit Konflikte und Kränkungen am Arbeitsplatz zugrunde liegen ...

- häufiger im Erstkontakt über ein negatives Befinden: Je schlechter das berichtete Befinden im Erstkontakt, desto häufiger liegt ein Arbeitskonflikt vor
- viel häufiger eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu gewärtigen (79% bei Versicherten mit Arbeitsplatzkonflikten gegenüber 39% bei Versicherten ohne Konflikte)
- häufiger eine Krankschreibung nach Kündigung: Krankschreibungen nach einer Kündigung betreffen fast immer (in 92% aller Fälle) Versicherte mit Arbeitskonflikten. Bei Kündigungen anschliessend an eine Krankschreibung sind es zwar auch sehr viele Versicherte, aber mit einem Anteil von 74% doch deutlich weniger (dass bei den Kündigungen nach einer Krankschreibung auch so viele Versicherte mit Konflikten sind, liegt daran, dass Kündigungen bei Konflikten generell sehr häufig sind – vor und nach der Krankschreibung).

Abbildung 44: Befinden im Erstkontakt, Kündigung und AUF als Reaktion auf Kündigung

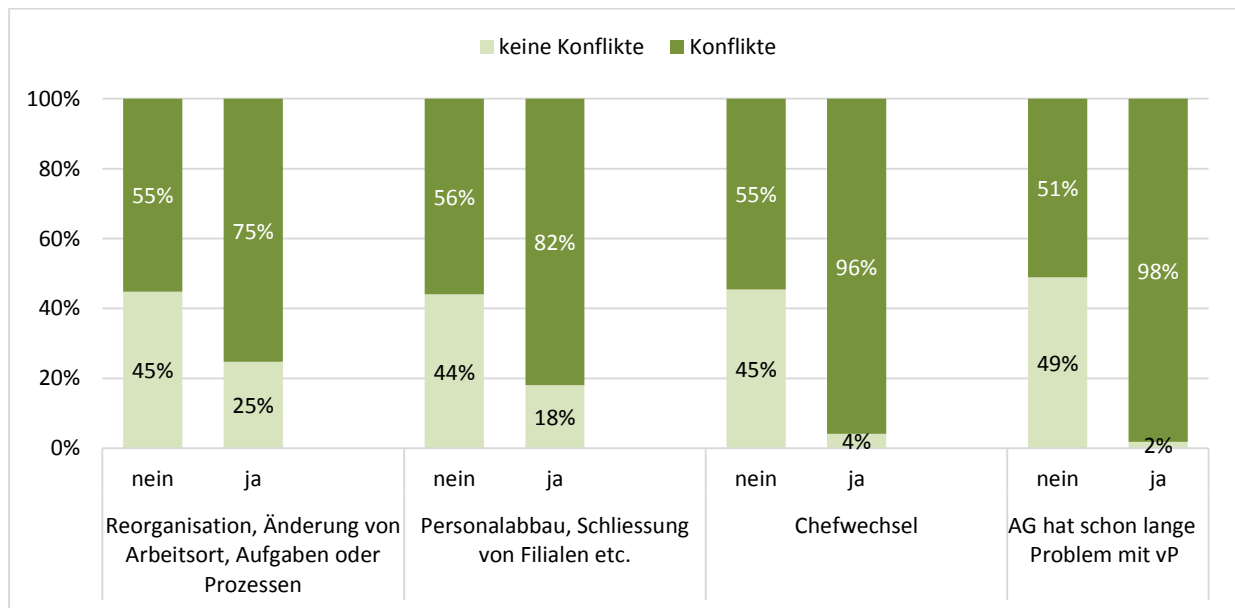


Arbeitsunfähigkeiten wegen Konflikten und Kränkungen am Arbeitsplatz hängen auch eng mit Merkmalen/Veränderungen des Arbeitsplatzes zusammen. So sind solche Krankschreibungen häufiger, wenn ...

- es zu Änderungen im Betrieb kommt wie Reorganisationen oder Änderungen von Arbeitsort, Arbeitsaufgaben oder Arbeitsprozessen (75%)
- es zu Personalabbau oder Schliessung von Filialen kommt (82%)
- ein Wechsel des Vorgesetzten erfolgt ist (96%)
- wenn der Arbeitgeber berichtet, dass er schon länger Probleme mit der versicherten Person habe (98%).

Solche Veränderungen im Betrieb sind insgesamt selten in den Dossiers dokumentiert, weil die Versicherten Dossiers nicht auf solche Informationen ausgelegt sind. Man muss wohl davon ausgehen, dass solche betrieblichen Veränderungen deutlich häufiger im Hintergrund von Krankschreibungsfällen anzutreffen sind als hier dokumentiert. Dies bedeutet nicht, dass diese betrieblichen Veränderungen ursächlich für die Krankschreibungen sind. Es kann aber bedeuten, dass vulnerable Versicherte in solchen betrieblichen Veränderungsprozessen anfälliger sind auf Zustandsverschlechterungen und konflikthafte Verhalten. Gleichzeitig bedeuten diese Zusammenhänge womöglich auch, dass die Betriebe und die Vorgesetzten zu wenig in der Lage sind, solche Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass Mitarbeitende diese psychisch bewältigen können.

Abbildung 45: Arbeitsplatzmerkmale und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte

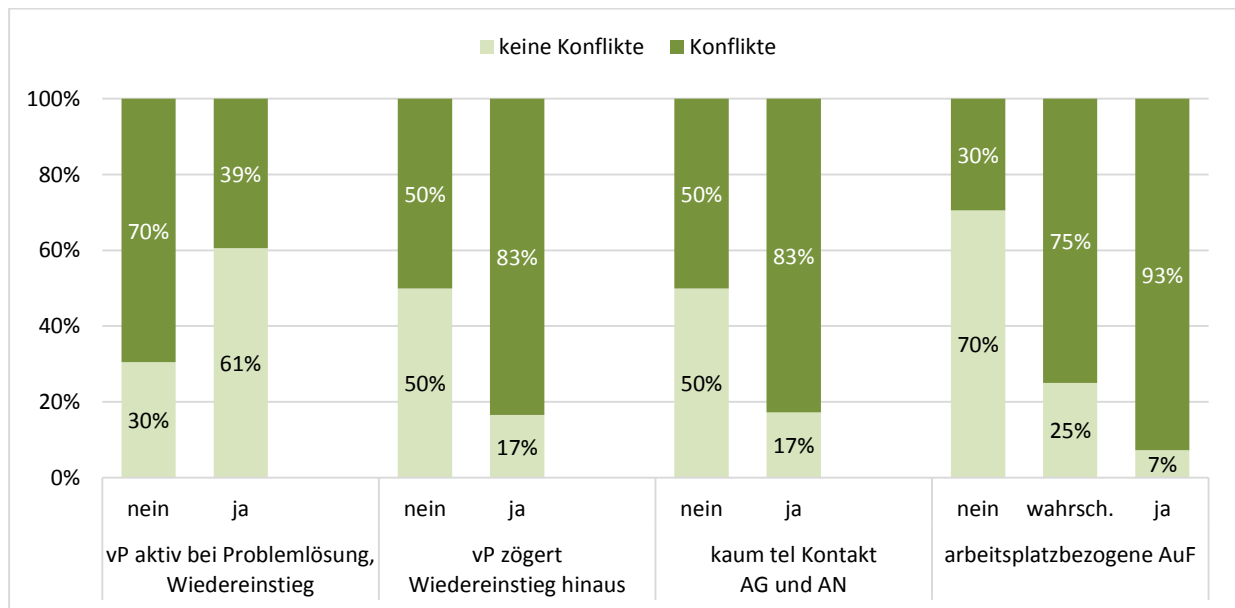


Schliesslich verhalten sich auch die Versicherten im Rahmen der Krankschreibung unterschiedlich je nachdem, ob sie wegen Arbeitskonflikten arbeitsunfähig geschrieben wurden oder nicht:

Arbeitsunfähigkeiten wegen Konflikten und Kränkungen am Arbeitsplatz hängen damit zusammen, dass Versicherte ...

- deutlich seltener aktiv um einen Wiedereinstieg bemüht sind (39%)
- überwiegend den Wiedereinstieg in die Arbeit hinauszögern (83%)
- kaum einen telefonischen Kontakt zum Arbeitgeber haben (83%)
- nahezu immer eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit aufweisen statt eine generelle – das heisst, dass sie fast immer an sich arbeitsfähig wären, sich aber am aktuellen Arbeitsplatz nicht mehr als arbeitsfähig erleben.

Abbildung 46: Bemühen um Wiedereinstieg und AUF als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte



Typologie der Merkmale der aktuellen Arbeitsunfähigkeit

Aus den dargestellten Merkmalen der aktuellen Arbeitsunfähigkeit wurde wiederum eine Typologie berechnet. Für die Berechnung wurden folgende Merkmale berücksichtigt:

- Potentiell auslösende Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Juristische Eskalation
- Art der Erkrankung
- Frühere Belastungen und Auffälligkeiten
- Vorbehandlung vor aktueller Arbeitsunfähigkeit
- Kündigung
- Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit
- Hospitalisierung im Rahmen der aktuellen Arbeitsunfähigkeit.

Es ergeben sich 7 unterschiedliche Typen, wobei der letzte Typ (8.1% der Versicherten) durch gänzlich fehlende Informationen gekennzeichnet ist (Abbildung 47).

Der Typ 1 «Arbeitskonflikte, psychiatrische Vorgeschichte» (11.7% der Versicherten) ist gekennzeichnet durch einen sehr hohen Anteil von Versicherten (rund 90%) mit Konflikten am Arbeitsplatz, teils auch mit Partnerkonflikten (20%). Ihre Erkrankungsart ist ebenfalls in rund 90% der Fälle als Reaktion auf Kränkungen und Konflikte einzuordnen.

Häufig (65% der Fälle) handelt es sich gleichzeitig um eine gesundheitliche Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems – mit ebenso häufiger Vorbehandlung. Zwei Drittel dieser Versicherten zeigen Belastungen und Auffälligkeiten in der Vorgeschichte. 70% der Arbeitsunfähigkeiten sind als arbeitsplatzbezogen zu beurteilen. Rund ein Drittel der Versicherten wird im Rahmen der Krankschreibung stationär behandelt.

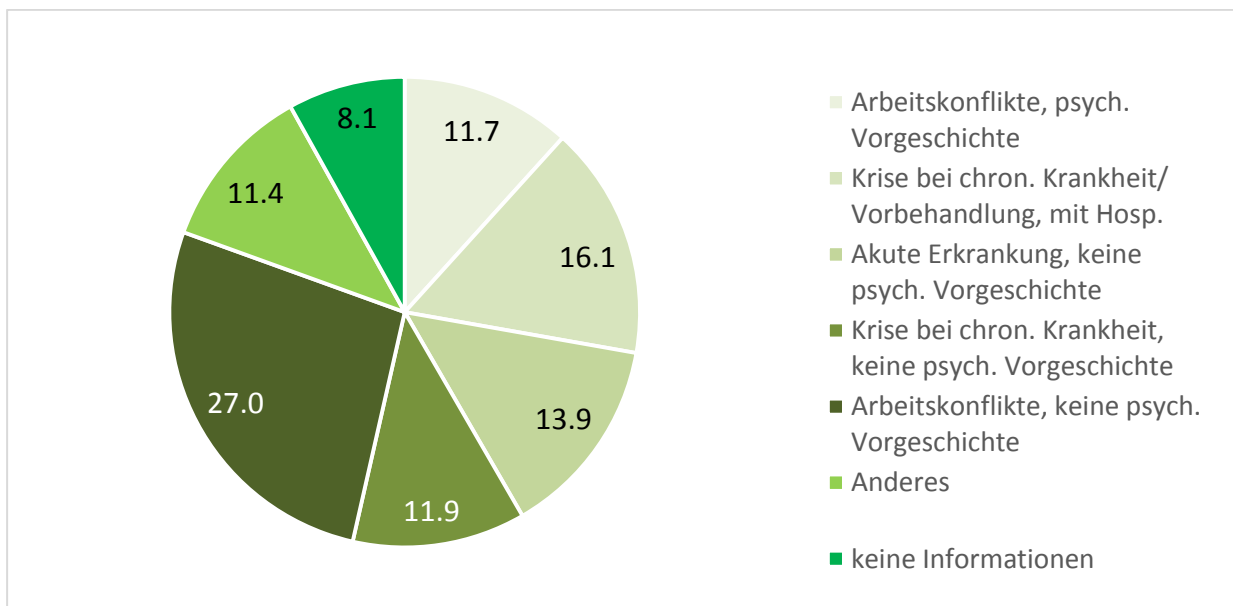
Im Vergleich relativ häufig ist es hier am Arbeitsplatz zu einem Wechsel des Vorgesetzten gekommen (rund 20%) – solche Umstände sind generell sehr selten dokumentiert. Auffällig ist bei dieser Gruppe schliesslich ein besonders hoher Anteil von Personen mit frühen familiären Belastungen sowie schulischen und beruflichen Problemen in der Biografie (57%).

Der Typ 2 «Krise bei chronischer Krankheit, vorbehandelt, hospitalisiert» (16.1%) zeigt ein anderes Bild als Typ 1: Hier handelt es sich in rund 85% der Fälle um eine Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems und fast nie (5%) um eine Reaktion auf Kränkungen und Konflikte am Arbeitsplatz. Rund 80% dieser Versicherten sind schon länger in Behandlung und 75% sind im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit auch in stationärer Behandlung.

Am Arbeitsplatz fallen diese Personen ausschliesslich durch Leistungsüberforderung auf. Auch bei dieser Gruppe liegt ein besonders hoher Anteil von früh familiär belasteten Personen mit schulischen und früheren beruflichen Problemen auf (52%). Alle anderen Typen zeigen diesbezüglich Anteile von 'lediglich' einem Drittel auf.

Der Typ 3 «Akute Erkrankung ohne psychiatrische Vorgeschichte» (13.9%) fällt praktisch ausschliesslich durch häufige Überforderung am Arbeitsplatz (45% der Fälle) sowie durch eine akute Erkrankung ohne Vorgeschichte auf. Eine Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte ist relativ selten (20%). Hospitalisierungen sind hingegen eher häufig (40%). In einem Drittel der Fälle ist von einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Abbildung 47: Typologie der AUF-Merkmale



Der Typ 4 «Krise bei chronischer Krankheit ohne psychiatrische Vorgeschichte» (11.9%) ist vor allem dadurch charakterisiert, dass es sich krankheitsbezogen ausschliesslich um die Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems handelt, ohne Arbeitskonflikte, in zwei Dritteln ohne Vorbehandlung. Hospitalisierungen sind mit einem Anteil von 40% relativ häufig. Am Arbeitsplatz fallen diese Personen relativ häufig (in rund 40% der Fälle) durch Leistungsüberforderung auf.

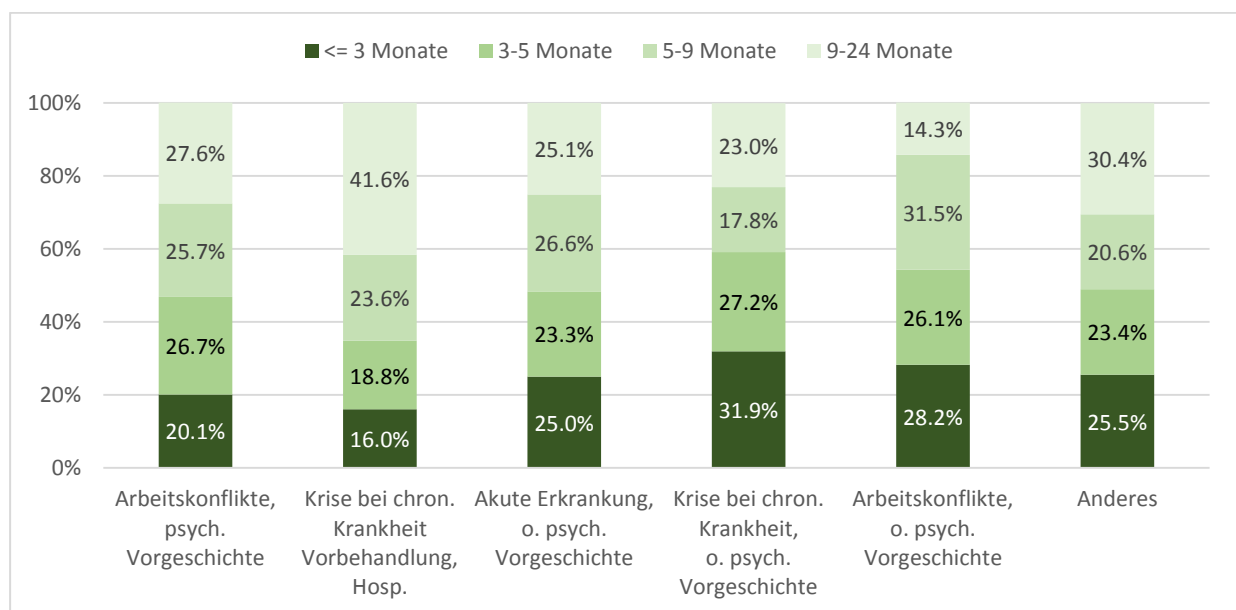
Der Typ 5 «Arbeitsplatzkonflikte ohne psychiatrische Vorgeschichte» (27% der Versicherten) ist durch das Vorliegen von Arbeitsplatzkonflikten (80%), Erkrankungen als Reaktionen auf Kränkungen und

Konflikte (100%) sowie arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeiten (95%) gekennzeichnet. Vergleichsweise häufig (15% der Fälle) sind Restrukturierungsprozesse am Arbeitsplatz dokumentiert. In zwei Drittel der Fälle ist die Kündigung erfolgt oder droht eine solche.

Der Typ 6 «Anderes» (11.4% der Versicherten) ist nicht in erster Linie durch Arbeitsprobleme gekennzeichnet, sondern durch belastende private Ereignisse (Unfall, Erkrankung, Tod eines Familienmitgliedes etc.) respektive durch körperliche Gesundheitsprobleme (Unfall, schwere somatische Erkrankung). Ein Drittel dieser Versicherten fällt bei der Arbeit durch Leistungsüberforderung auf und ebenfalls ein Drittel ist im Rahmen der Krankschreibung hospitalisiert.

Diese Typen unterscheiden sich untereinander auch in Bezug auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 48: Den höchsten Anteil an langdauernden (9-24 Monate) Arbeitsunfähigkeiten weist der Typ 2 der vorbehandelten chronisch kranken Versicherten auf (42%) – den geringsten Anteil der Typ 5 der Personen mit Arbeitskonflikten ohne psychiatrische Vorgeschichte (14%). Den höchsten Anteil an kurzen (bis 3 Monate) Arbeitsunfähigkeiten weist der Typ 4 der Personen mit Krisen bei vorbestehenden Erkrankungen ohne psychiatrische Vorgeschichte auf.

Abbildung 48: AUF-Typen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit



Einschätzung der Arbeitsunfähigkeiten

Zum Schluss der gesamten Erfassung der Dossier-Informationen wurde eine Gesamteinschätzung vorgenommen zu folgenden Fragen:

- Ist die Arbeitsunfähigkeit insgesamt stimmig?
- Wurden parallel zur Arbeitsunfähigkeit Massnahmen zum Wiedereinstieg getroffen?
- Hat die Arbeitsunfähigkeit den Erhalt der Arbeitsstelle gefährdet?
- Wäre diese versicherte Person vor 30 Jahren auch arbeitsunfähig gewesen?
- Wie ist die Arbeitsmarktprognose für diese versicherte Person?

Die folgende Abbildung 49 zeigt, dass bei 4 dieser 5 Einschätzungsfragen einen deutlichen Zusammenhang mit dem Vorliegen von Arbeitsplatzkonflikten besteht:

Wird die Arbeitsunfähigkeit insgesamt als «unstimmig» eingeschätzt, liegen in 71% der Fälle Arbeitsplatzkonflikte vor während dies bei den «stimmigen» Verläufen lediglich in 47% der Fälle zutrifft.

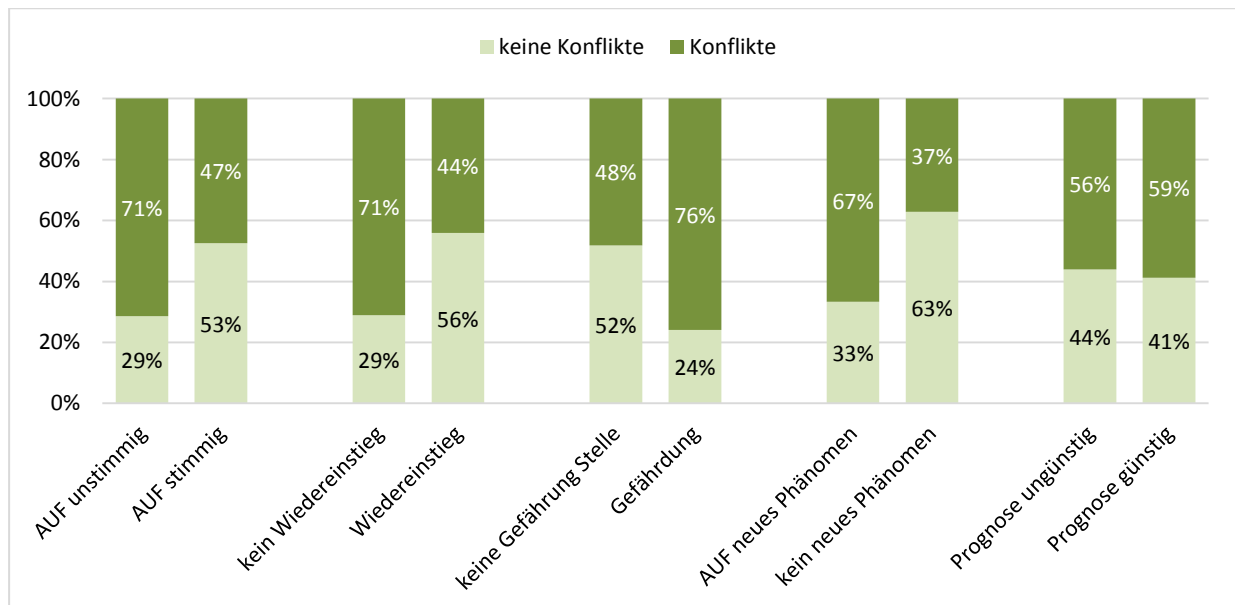
Bei Arbeitsunfähigkeiten, in denen parallel keine Wiedereinstiegsmaßnahmen stattfanden, liegen ebenfalls in 71% der Fälle Arbeitsplatzkonflikte vor – gegenüber lediglich 44% bei den Fällen mit Massnahmen.

Dort, wo die Arbeitsunfähigkeit zu einer Gefährdung des Stellenerhalts geführt hat, liegen in 76% der Fälle Arbeitsplatzkonflikte vor – gegenüber 48% bei den Fällen, wo es nicht zu einer Stellegefährdung kam.

Fälle, bei denen hypothetisch eingeschätzt wurde, dass diese «vor 30 Jahren» nicht arbeitsunfähig geschrieben worden wären, sind in zwei Dritteln geprägt durch Arbeitsplatzkonflikte – gegenüber lediglich einem Drittel der Fälle, bei denen eingeschätzt wurde, dass diese wohl auch schon früher zu einer Krankschreibung geführt hätten.

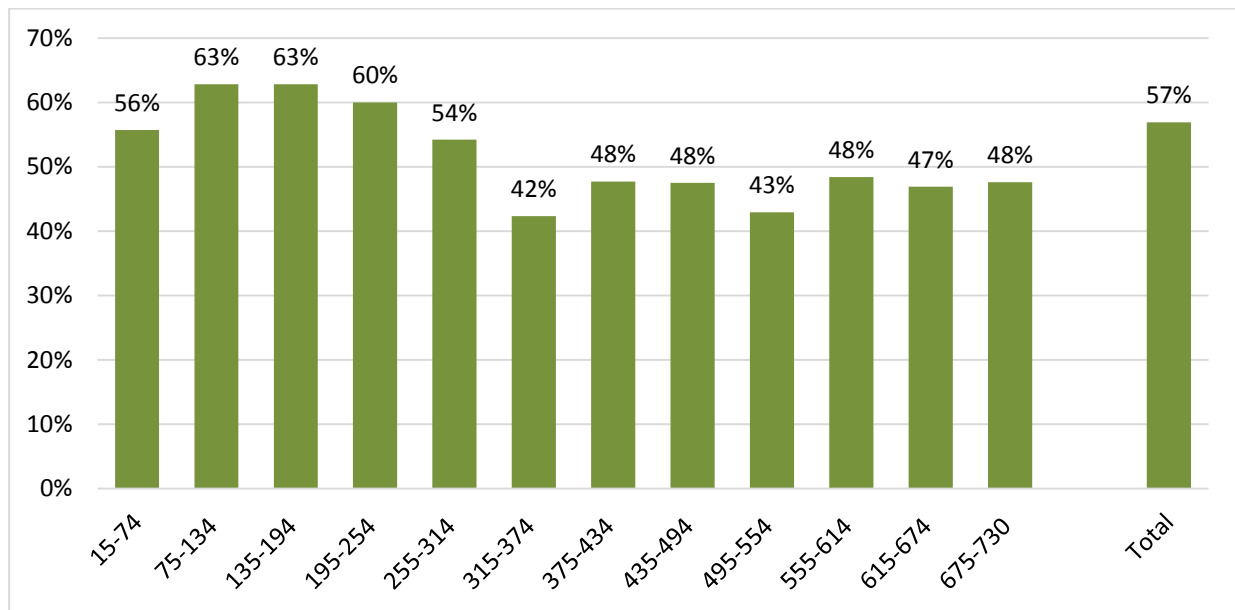
Keinen Unterschied machen Arbeitsplatzkonflikte lediglich bezüglich der Frage nach der Arbeitsmarkt-Prognose der Versicherten: sowohl bei den Fällen mit günstiger Prognose wie auch bei denjenigen mit ungünstiger Prognose ist der Anteil mit Arbeitsplatzkonflikten fast gleich hoch (56% respektive 59%). Dies ist nachvollziehbar, da Versicherte mit Arbeitsplatzkonflikten und meist damit verbundenen arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit zwar in mehrfacher Hinsicht auffällig, aber eben doch oft an sich arbeitsfähig sind.

Abbildung 49: Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und Vorliegen von Arbeitsplatzkonflikten



Die folgende Abbildung 50 zeigt den Anteil der durch Arbeitsplatzkonflikte und Krankheiten ausgelösten Arbeitsunfähigkeiten nach Dauer der Krankschreibung.

Abbildung 50: Anteil der AUF-Fälle mit Arbeitsplatzkonflikten nach AUF-Dauer



Die Anteile konflikthafter Arbeitsunfähigkeiten liegt in den ersten 10 Monate besonders hoch und fällt dann bis zur Maximaldauer von 24 Monaten auf 42-48%. Bemerkenswert ist, dass dieser Anteil nicht viel deutlicher fällt, da es sich meistens nicht um eine generelle Arbeitsunfähigkeit handelt, sondern 'lediglich' um ursprünglich interaktionelle Probleme am Arbeitsplatz.

Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)

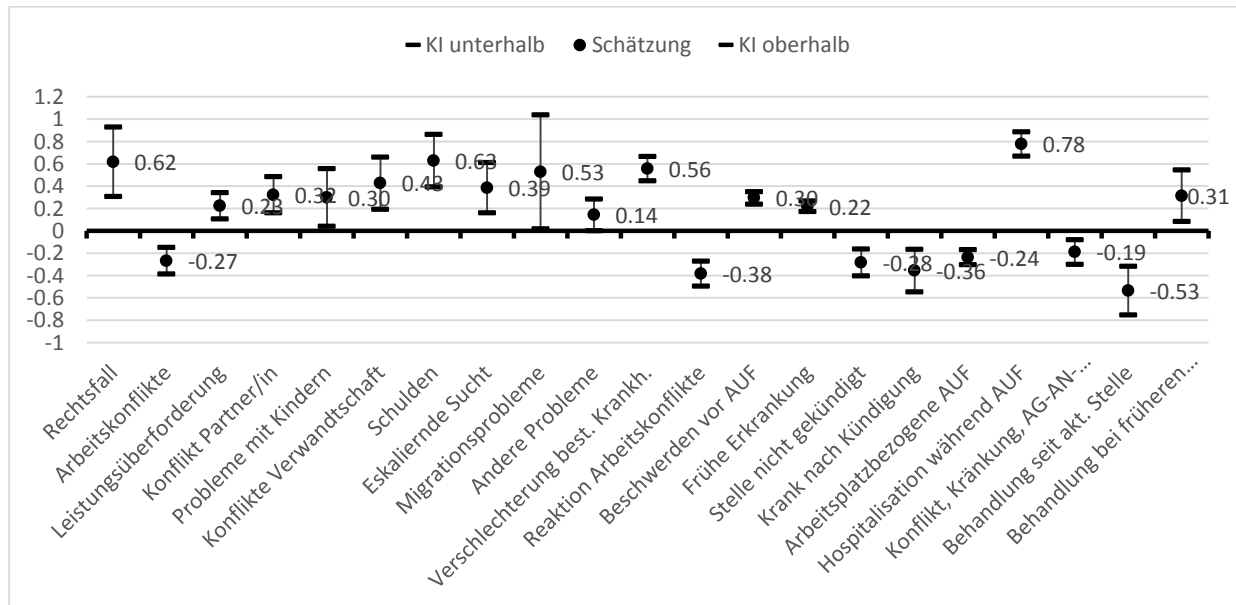
Die folgende Abbildung 51 zeigt die univariaten Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Univariat bedeutet, dass all diese Faktoren je für sich genommen einen Zusammenhang mit der Dauer haben. Ob sie auch unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen mit anderen Faktoren einen Einfluss haben, bleibt hier vorerst unklar. Es kann zum Beispiel sein, dass der Faktor «Arbeitskonflikte» zwar für sich genommen einen Einfluss hat, dass dieser Einfluss aber nicht mehr signifikant ist, wenn man den Faktor «Rechtsfall» gleichzeitig auch berücksichtigt – wenn beispielsweise Arbeitskonflikte nur bedeutsam wären für die Dauer, weil sie zu Rechtsfällen führen.

Es werden hier nur signifikante Faktoren gezeigt. Einen engen, im statistischen Sinne ‚positiven‘ (verlängernden) Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigt sich, wenn es zu einem Rechtsfall kommt: liegt ein Rechtsfall vor, verlängert dies die Dauer. Weitere deutliche positive Zusammenhänge zeigen sich bei Konflikten in der Familie und Verwandtschaft, beim Vorhandensein von Schulden und Suchtproblemen sowie bei Problemen im Zusammenhang mit der Einwanderung. Erkrankungen, die als Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems einzuordnen sind, zeigen ebenfalls eine längere Dauer, ebenso Verläufe, in denen es zu einer stationären Behandlung kommt. Auch ein frühes Ersterkrankungsalter hängt mit einer längeren Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammen.

Umgekehrt hängen Arbeitskonflikte mit einer kürzeren Dauer zusammen – deshalb Minuswerte. Dasselbe gilt, wenn die Erkrankung als Reaktion auf Kränkungen und Konflikte am Arbeitsplatz zu beurteilen ist. Wurde das Arbeitsverhältnis nicht aufgelöst, ist die Dauer eher kürzer – ebenso, wenn Versicherte nach der Kündigung krankgeschrieben werden. Befinden sich Versicherte erst seit der aktuellen Stelle in einer Behandlung ist die Dauer deutlich kürzer. Befanden sie sich hingegen schon

während früheren Arbeitsstellen in Behandlung, ist die Dauer verlängert. Dies ist ein Hinweis auf die Bedeutung längerdauernder gesundheitlicher Beschwerden, insofern möglicherweise auch für die Relevanz der Einschränkungen.

Abbildung 51: Merkmale der AUF – Einflussfaktoren auf die Dauer (univariat)



AUF-Merkmale - Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

Von all den analysierten Faktoren bleiben 13 auch multivariat als Prädiktoren mit einem eigenständigen, nicht durch andere Variablen erklärbaren Einfluss übrig. Wie immer zeigt auch diese multivariate Analyse das sparsamste Modell, welches die Einflüsse auf die Dauer statistisch am besten erklärt (Abbildung 52).

Lediglich zwei Faktoren führen zu einer verkürzten Arbeitsunfähigkeit: Wenn es sich um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit handelt (minus 35 Tage) und wenn die Erkrankung als Folge von Kränkungen und Konflikten am Arbeitsplatz zu beurteilen ist (minus 68 Tage).

Kommt hingegen zu den Arbeitskonflikten noch eine belastete Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer hinzu, so verlängert sich die AUF-Dauer um durchschnittlich 12 Tage.

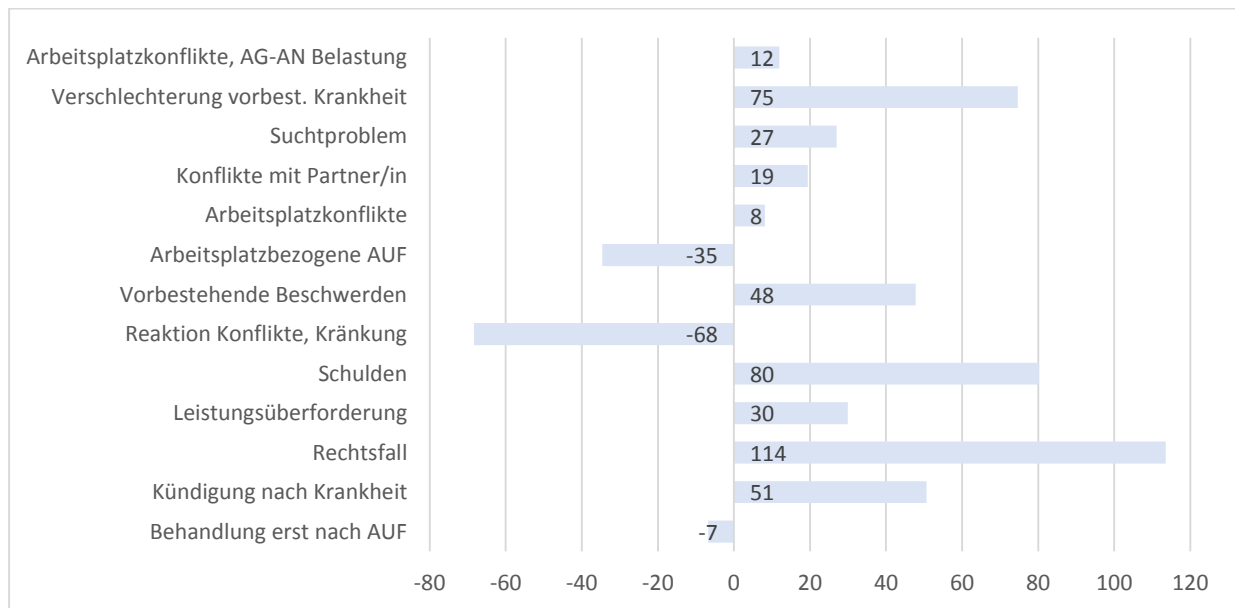
Wesentliche verlängernde Faktoren sind der Umstand, dass es sich bei der aktuellen Erkrankung um eine Verschlechterung einer vorbestehenden Erkrankung handelt (plus 75 Tage) und entsprechend auch die Tatsache, dass die Versicherten schon früher Beschwerden hatten (plus 48 Tage).

Versicherte mit finanziellen Problemen (Schulden) haben eine um 80 Tage verlängerte Arbeitsunfähigkeitsdauer gegenüber versicherten ohne Schulden. Dies betrifft allerdings lediglich 5% der Versicherten.

Die Bedeutung einer juristischen Eskalation wurde schon erwähnt (plus 114 Tage in diesem Modell). Rechtsfälle kommen insgesamt aber selten vor (<5%).

Versicherte, denen erst im Verlauf der Erkrankung gekündigt wird, haben eine längere Dauer als Versicherte, die gar nicht gekündigt wurden respektive erst nach der Kündigung arbeitsunfähig geschrieben wurden (plus 51 Tage).

Abbildung 52: Merkmale der AUF – Einflussfaktoren auf die Dauer (multivariat)



Das Wichtigste auf einen Blick

- Die Branchenverteilung der Versicherten unterscheidet sich vom CH-Durchschnitt vor allem in der hier mit einem Anteil von 13% übertretenen Gastronomie und ist sonst vergleichbar.
- Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit variiert je nach Branche; besonders lange dauert sie in der öffentlichen Verwaltung, in der Finanzbranche und im Erziehungswesen.
- Die grossen Unternehmen (250 und mehr Mitarbeitende) sind hier eher übervertreten. Das ist bedeutsam, da die Unternehmensgrösse statistisch positiv mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer (über die Anzahl der Fälle kann in der vorliegenden Untersuchung nichts gesagt werden) zusammenhängt. Vielleicht reduziert die Anonymität auch die Hemmungen vor Absenzen.
- Je länger die Versicherten im Betrieb angestellt sind, desto länger dauert die Krankschreibung. Das hängt wohl auch eng mit dem Alter zusammen.
- Emotionale und interaktionelle Belastungen wie zum Beispiel durch häufigen anspruchsvollen Kundenkontakt sowie unregelmässige und unsoziale Arbeitszeiten sind die am häufigsten festgestellten belastenden Arbeitsbedingungen.
- Je nach Branche unterscheiden sich teils die typischen Arbeitsanforderungen
- Hohe emotionale, kognitive, körperliche und disziplinbezogene) Arbeitsanforderungen hängen positiv mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammen.
- Besonders häufige (mit)auslösende Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit sind Arbeitsplatzkonflikte, Leistungsüberforderung und Arbeitsveränderungen (total 77% der Fälle) und in 25% der Fälle private Probleme (Konflikte mit Partner/in, Probleme mit Kindern, finanzielle Probleme etc.), wobei mehrere gleichzeitig zutreffen können. Partnerschaftskonflikte und Verschuldung hängen positiv mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammen. Aber gerade bei privaten und finanziellen Problemen wäre es umso wichtiger, dass die Versicherten arbeiten gingen.

- In 57% aller Fälle ist die Arbeitsunfähigkeit eine Reaktion auf Kränkungen oder Konflikte am Arbeitsplatz.
- Konflikt- respektive Kränkungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten zeigen ein spezifisches Muster und wirken häufig unstimmig. Sie sind zwar im Durchschnitt eher kürzer, aber auch bei den Arbeitsunfähigkeiten mit maximaler Dauer (2 Jahre) liegt ihr Anteil immer noch nahe bei 50%.

6.4 Krankheit, Beeinträchtigung und Behandlung

Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation, zu Alltagsbeeinträchtigungen und in den ärztlichen Berichten dokumentierten Funktionseinschränkungen sowie zur Behandlungssituation vorgestellt.

Die Daten zur gesundheitlichen Situation und zu den Alltagsbeeinträchtigungen basieren zum einen auf den Aussagen der Versicherten im telefonischen Erstkontakt (siehe auch Kap. 6.1) und zum anderen auf dem Dossier insgesamt. Für Einschätzungen aufgrund der gesamten Dossierinformationen wurden auch andere verfügbaren medizinischen Informationen genutzt, zum Beispiel Austrittsberichte von Kliniken/Spitälern oder Abklärungsberichte.

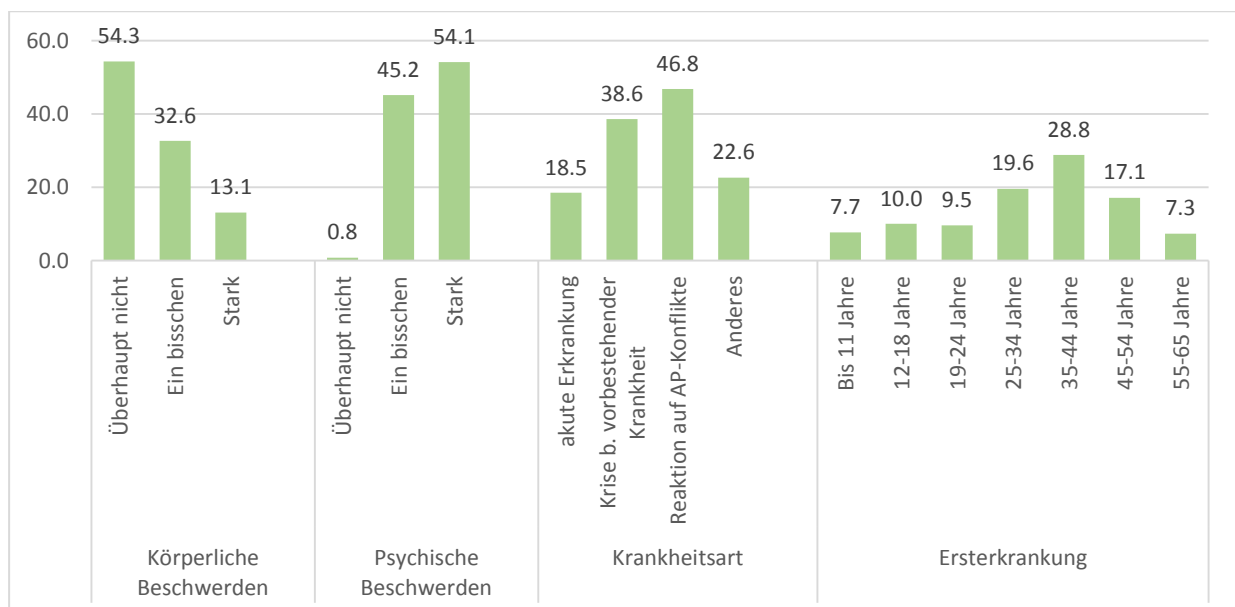
Die Daten zu den Funktionseinschränkungen basieren auf den Angaben in den ärztlichen Berichten.

Es wurden in allen Dossiers mehrere Arztberichte (falls vorhanden) analysiert: Berichte von Hausarzt, Facharzt (bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten Psychiater/in) sowie Gutachter/in. Lagen jeweils mehrere Berichte vor, wurde derjenige Bericht kodiert, der sich erstmals zur Arbeitsunfähigkeit äussert, diese also quasi begründet hat.

Gesundheitliche Beschwerden, Erkrankungsart und -beginn

Abbildung 53 zeigt zunächst die gesundheitliche Situation der Versicherten mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten (siehe auch Kap. 6.1). Mehr als die Hälfte der Versicherten berichtet starke psychische Schmerzen, rund jeder Achte starke körperliche Beschwerden.

Abbildung 53: Gesundheitliche Beschwerden und Ersterkrankungsalter



Die Erkrankung lässt sich am häufigsten einordnen als Reaktion auf Kränkungen/Konflikte am Arbeitsplatz (47%) und als Krise bei vorbestehender Krankheit (39%). Akute Erkrankungen sind mit 19% vergleichsweise selten. In fast einem Viertel der Fälle handelt es sich um andere Zusammenhänge (somatische Erkrankung, Unfall etc.).

Die Krankheitsart «Reaktionen auf Kränkungen/Konflikte am Arbeitsplatz» hat einen etwas geringeren Anteil an Personen mit starken psychischen Beschwerden (dafür einen leicht erhöhten Anteil mit

starken körperlichen Beschwerden). Die «Krisen bei vorbestehender Krankheit» zeigen einen höheren Anteil an Personen mit starken psychischen Beschwerden, ebenso die Kategorie «Anderes».

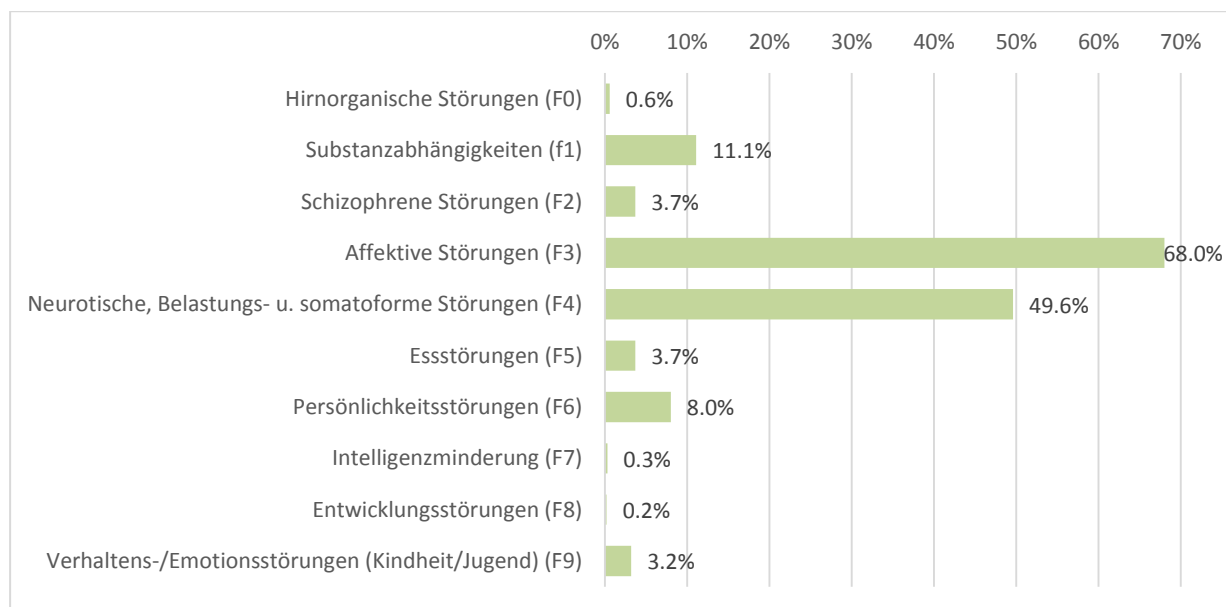
Das Durchschnittsalter der hier erfassten Versicherten liegt bei rund 42 Jahren (im Jahr 2019). Knapp die Hälfte der Versicherten ist jedoch schon vor dem 35. Altersjahr erstmals psychisch erkrankt, rund ein Viertel spätestens im frühen Erwachsenenalter. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der früh erkrankten Personen in den vorliegenden Berichten unterschätzt wird, da der Fokus der meisten Berichte auf dem aktuellen Befinden und der aktuellen Situation liegt. Da in den Hausarztberichten zudem sehr oft keine psychiatrische Anamnese vorliegt, wurde hier die Variable «Ersterkrankungsalter» ausschliesslich aufgrund der behandelnden Psychiater – und wo nicht vorhanden – der psychiatrischen Gutachter erhoben. Dennoch bestätigen die Daten, dass oft schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit und teils seit längerer Zeit eine psychische oder komorbide (psychische und somatische) Gesundheitsproblematik vorliegt.

Diagnosen

Sämtliche in den Hausarzt- und Facharztberichten enthaltenen Diagnosen wurden im Wortlaut abgeschrieben und anschliessend kodiert (ICD-10 Codes, dreistellig). Im Durchschnitt entfallen pro Versicherten rund 1.5 psychiatrische Diagnosen.

Die folgende Abbildung 54 zeigt die Verteilung der Diagnose-Hauptkategorien der jemals in den erfassten Arztberichten (Hausarzt, Facharzt) enthaltenen Diagnosen: Die häufigste Diagnose-Hauptkategorie ist diejenige der Affektiven Störungen (vor allem depressive Episoden F32 und rezidivierende depressive Störungen F33) mit einem Anteil von rund zwei Dritteln an allen Diagnosen.

Abbildung 54: ICD-10 Diagnose-Hauptkategorien der Versicherten



Dies ist ein typisches Resultat, das auch andernorts gefunden wurde, zum Beispiel bei den IV-Rentnern aus psychischen Gründen in der Schweiz (Baer, Frick, Fasel, Wiedermann, 2009) oder bei erwerbstätigen psychiatrischen Patienten mit Arbeitsproblemen in der Schweiz (Baer, Frick, Aebi, Rota) – auch in diesen nationalen Studien beträgt der Anteil von Personen mit jemals diagnostizierten affektiven Störungen zwei Drittel.

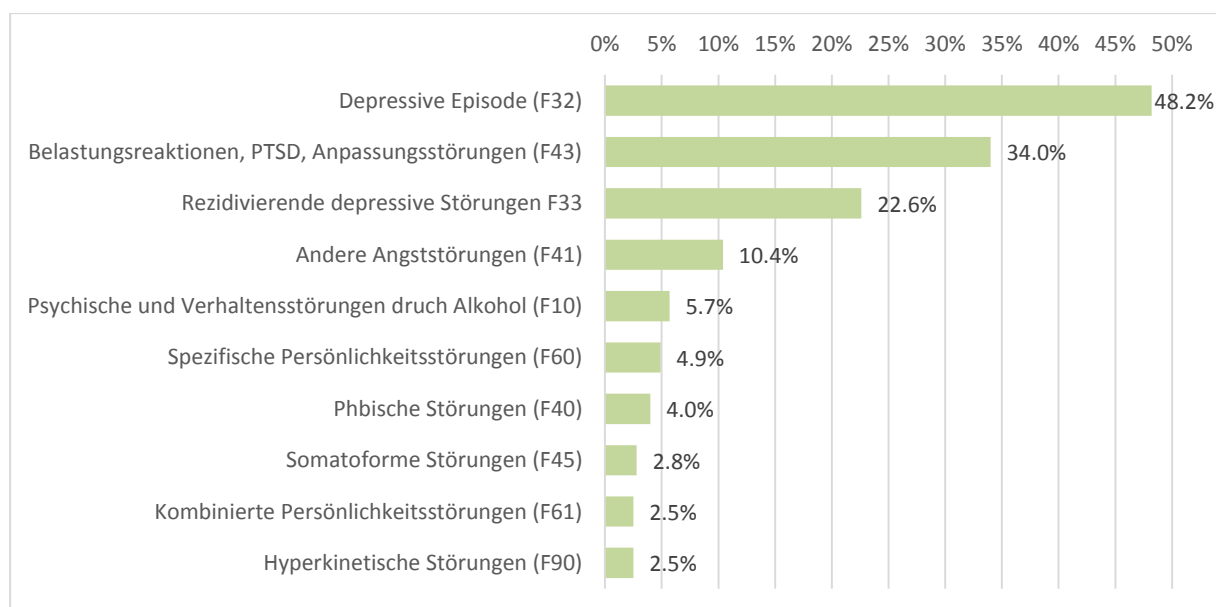
Die zweithäufigste Gruppe sind die neurotischen, Belastungs- und Anpassungsstörungen mit einem Anteil von rund 50% an allen Diagnosen. Hier sind besonders häufig Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und Panikattacken.

An dritter Stelle folgen mit einem Anteil von 11% die psychischen Störungen infolge Konsum von psychotropen Substanzen, wobei hier meist Alkoholabhängigkeit respektive –missbrauch gemeint ist.

An vierter Stelle kommen die Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil von 8%, gefolgt von schizophrenen Erkrankungen, Essstörungen und Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend – letztere meistens eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Insgesamt wirkt die Verteilung nach Diagnose-Hauptkategorien gegenüber den oben genannten vergleichbaren Untersuchungen wie auch gegenüber der epidemiologischen Lage etwas undifferenziert: Depressionen und Anpassungsstörungen wirken stark übervertreten und andere Störungen wie beispielsweise die Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen, die bei Arbeitsproblemen besonders häufig anzutreffen sind, untervertreten.

Abbildung 55: Die 10 häufigsten 3stelligen ICD-10 Diagnosen

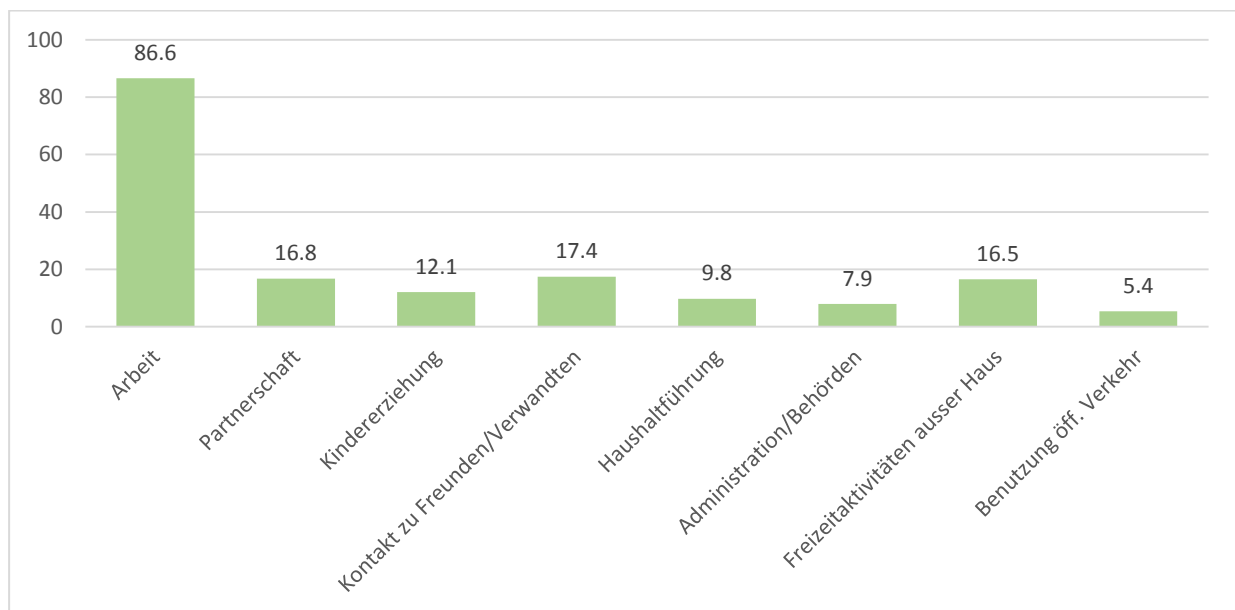


Auf der Ebene der etwas präziseren 3stelligen Diagnosecodes zeigt die Abbildung 55 die 10 häufigsten Einzeldiagnosen: neben den Depressionen, den akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen gehören auch die Angststörungen, die Störungen infolge Alkoholkonsum, die spezifischen und kombinierten Persönlichkeitsstörungen, die somatoformen Störungen und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen zu den 10 häufigsten Diagnosen.

Beeinträchtigung in verschiedenen Alltagsbereichen

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 (Abbildung 56).

Abbildung 56: Alltagsbeeinträchtigungen



Rund 87% sind bei der Arbeit beeinträchtigt (bemerkenswerterweise trifft dies nicht auf alle zu), aber lediglich jeweils rund 5-17% wurden als in anderen Lebensbereichen krankheitsbedingt beeinträchtigt dokumentiert. Am ehesten zeigen sich beeinträchtigende Folgen in der Partnerschaft, im sozialen Umfeld und hinsichtlich Freizeitaktivitäten ausser Haus. Probleme in der Haushaltsführung, im Kontakt mit den Kindern, in administrativen Belangen und Behördenkontakten sowie in der Mobilität (öV) sind selten.

Lässt man die Kategorie der Arbeitsbeeinträchtigungen beiseite, leiden 68% der Versicherten unter Beeinträchtigungen in maximal einem Lebensbereich. Rund 13% der Versicherten haben Beeinträchtigungen in 2 Lebensbereichen, 8% in 3 Bereichen und 11% in 4 und mehr Bereichen.

Die folgenden Abbildung 57 und Abbildung 58 verdeutlichen die Relevanz eines frühen Ersterkrankungsalters für Arbeitsunfähigkeit und Alltagsbeeinträchtigung: Je früher jemand erstmals psychisch erkrankt ist, desto häufiger hatte er schon frühe schulische und frühere berufliche Probleme. Bei einem Ersterkrankungsalter vor dem 25. Altersjahr werden bei 39-44%% der Versicherten schulische und berufliche Probleme (Mobbing, Verhaltensauffälligkeit, Leistungsprobleme etc.) berichtet. Dieser Anteil sinkt dann stetig auf 13% bei den 55-65jährigen.

Ebenso ist der Anteil der aktuell im Alltag schwerer Beeinträchtigten bei den im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter Erkrankten (viel) höher (81% respektive 61% respektive 53%) als bei den später erkrankten Personen.

Umgekehrt nehmen die arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeiten mit späterem Ersterkrankungsalter nahezu stetig und deutlich zu. Bei den im Kindesalter Erkrankten beträgt der Anteil 30% - und damit lediglich halb so viel wie die erst ab dem 45. Altersjahr Erkrankten (61%).

Abbildung 57: Frühere Probleme, Beeinträchtigungen, Art AUF nach Ersterkrankungsalter

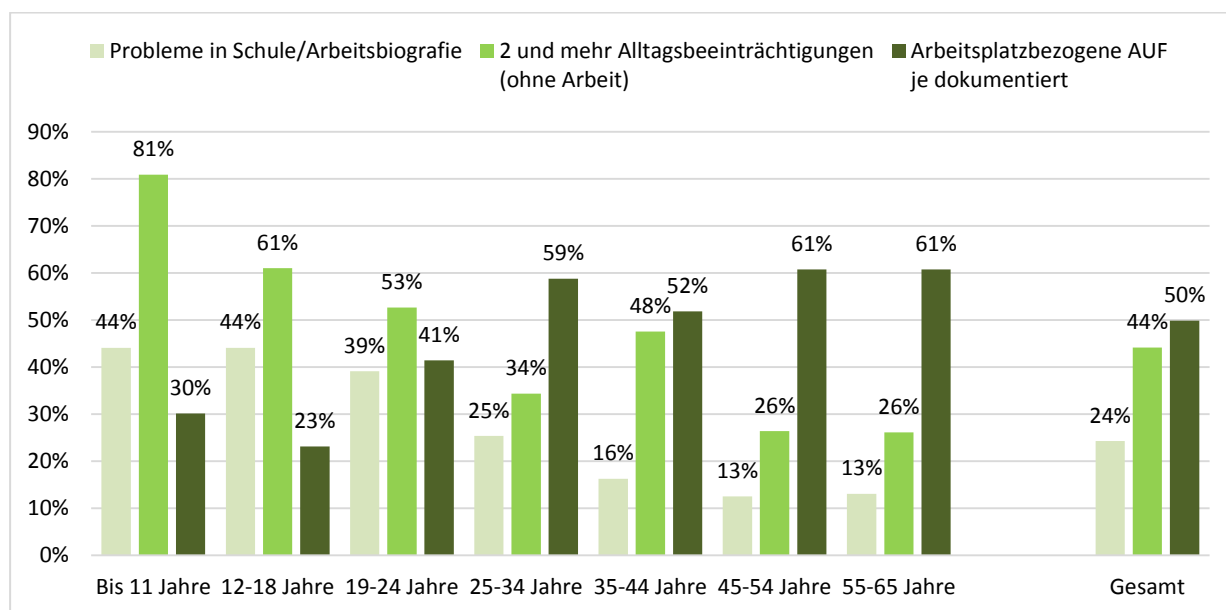
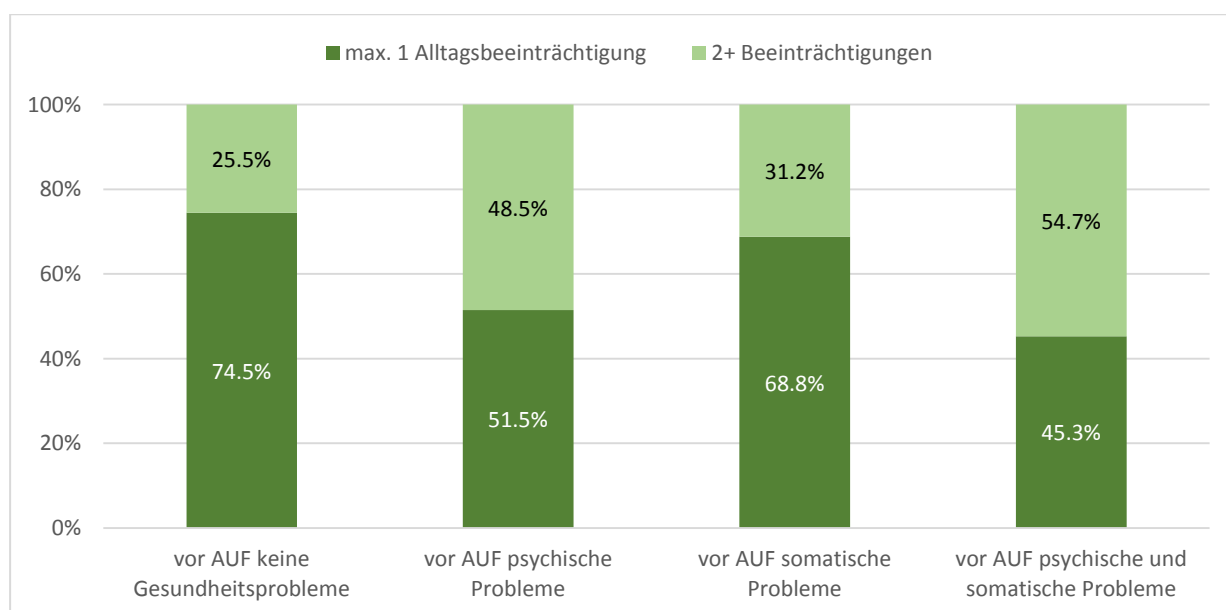


Abbildung 58 verdeutlicht anhand einer anderen Variable (Bestanden schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit gesundheitliche Probleme?) die Bedeutung des Krankheitsbeginns:

Rund ein Viertel der Versicherten, die vor der aktuellen Krankschreibung keine Gesundheitsprobleme hatten, leiden unter 2 und mehr Alltagsbeeinträchtigungen (exklusive den Bereich Arbeit). Bei Versicherten, die früher somatische Probleme hatten, steigt der Anteil auf knapp ein Drittel und bei Versicherten mit früheren psychischen und/oder komorbiden Gesundheitsproblemen auf rund 50%. Dass gerade Versicherte mit komorbiden Problemen häufigere Alltagsbeeinträchtigungen aufweisen, ist nachvollziehbar, da zum Beispiel Haushaltsarbeiten und Freizeitaktivitäten wegen der körperlichen Beschwerden erschwert sein können.

Abbildung 58: Beginn der Gesundheitsprobleme und Ausmass der Beeinträchtigungen



Funktionseinschränkungen

Hausarzt-, Facharzt- und Gutachterberichte wurden auch auf dokumentierte Funktionseinschränkungen der Versicherten analysiert.

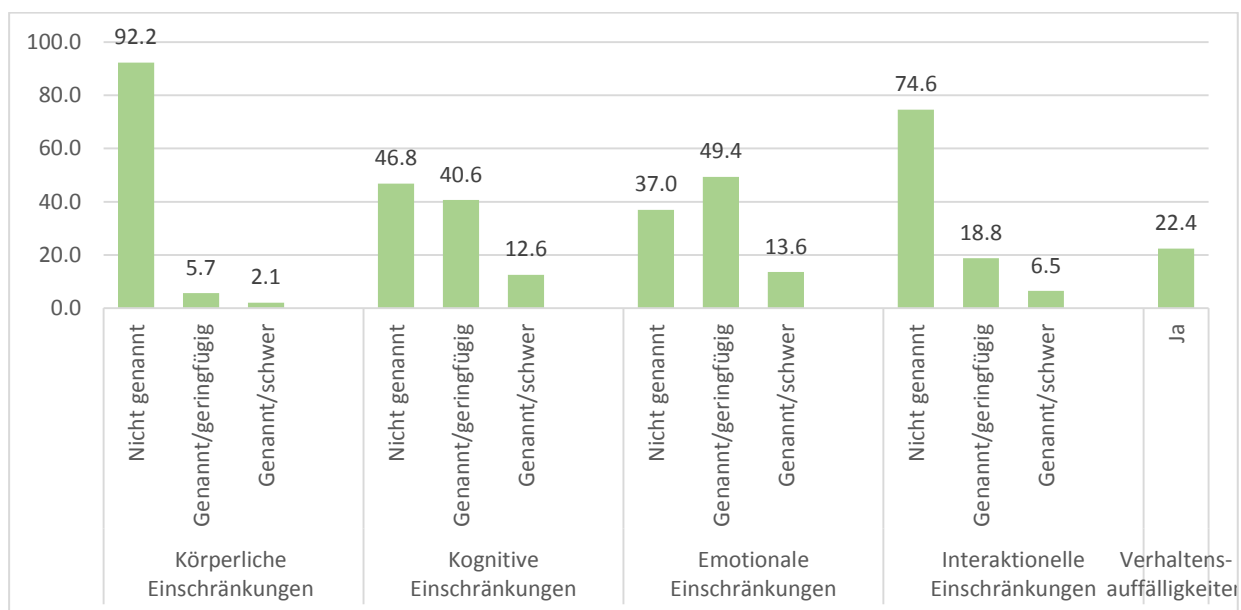
Dabei wurden zusammengefasst 4 Gruppen von Funktionseinschränkungen erhoben: körperliche, kognitive (Konzentration, Situationseinschätzung, Planen, Organisieren etc.), emotionale/affektive (Ausgeglichenheit, Sachbezogenheit, Eigeninitiative, Durchhaltefähigkeit etc.) und interaktionelle (Freundlichkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Zuverlässigkeit, Selbständigkeit etc.).

Funktionseinschränkungen beschreiben, worin eine Person eingeschränkt ist, was sie nicht tun kann. Dies ist grundsätzlich nicht dasselbe wie die Beschreibung von Krankheitssymptomen - auch wenn es Überschneidungen gibt, so sind beispielsweise Konzentrationsprobleme ein Symptom wie auch eine Funktionseinschränkung. Aber Symptome wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Schuldgefühle etc. sagen a priori nicht darüber aus, ob und bei welchen Funktionen/Tätigkeiten jemand eingeschränkt ist. In die folgenden Auswertungen wurden reine Krankheitssymptome, die keinen Hinweis auf Funktionseinschränkungen geben, nicht berücksichtigt.

Die folgende Abbildung 59 zeigt die Einschätzung der behandelnden Psychiater/innen respektive wo nicht vorhanden der psychiatrischen Gutachter/innen: körperliche Funktionseinschränkungen wurden selten (in 8% der Fälle) genannt, kognitive sowie emotional/affektive Einschränkungen in etwas mehr als der Hälfte respektive bei rund zwei Dritteln der Versicherten. Interaktionelle Funktionseinschränkungen wurden bei einem Viertel der Versicherten genannt. Meist handelt es bei den Funktionseinschränkungen um geringfügige Defizite: lediglich in 7% (interaktionell) bis 14% (kognitiv sowie emotional/affektiv) sind die Einschränkungen schwergradig.

Abgesehen von diesen Funktionseinschränkungen werden in den psychiatrischen Berichten in 22% der Fälle Verhaltensauffälligkeiten erwähnt (Rückzugsverhalten, beschuldigendes Verhalten, undiszipliniertes oder überangepasstes, vermeidendes Verhalten etc.).

Abbildung 59: In Facharzt- und Gutachterberichten erwähnte Funktionseinschränkungen

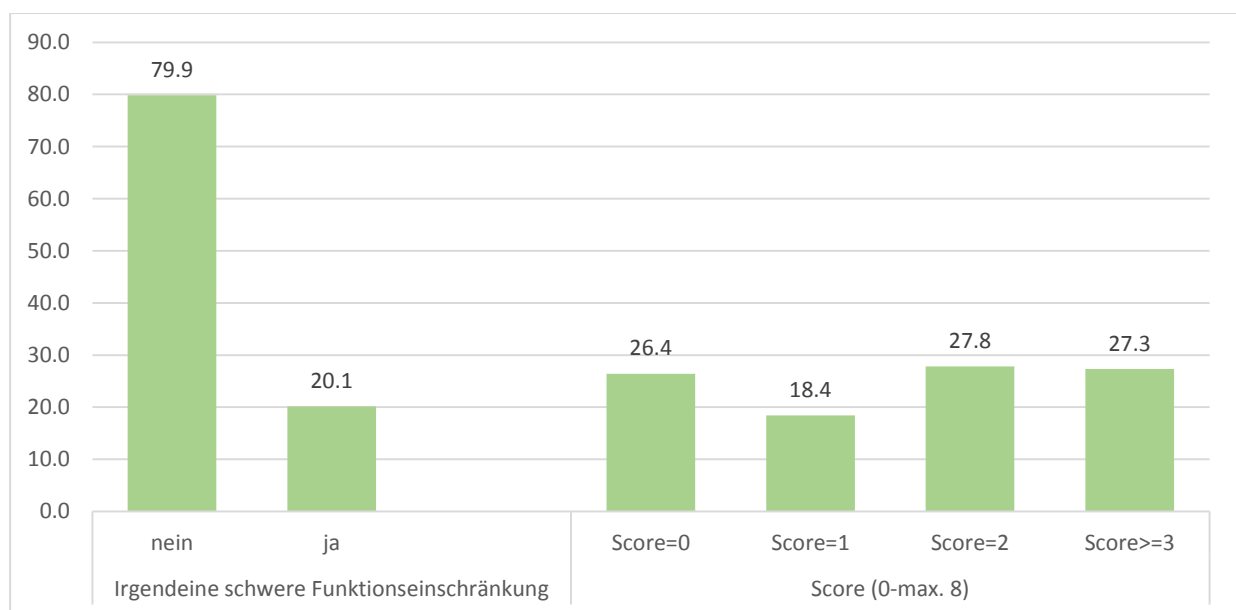


Die Funktionseinschränkungen wurden mit '0' kodiert (keine genannt), '1' (genannt, geringfügig) und '2' (genannt, schwer). Daraus lässt sich ein Einschränkungs-Score bilden von '0' (keine der 4 Funktionseinschränkungen genannt) bis '8' (alle 4 Funktionseinschränkungen sind schwer).

Abbildung 60 zeigt zum einen, dass insgesamt ein Fünftel der Versicherten mindestens eine «schwere» Funktionseinschränkung hat. Bei den restlichen 80% sind entweder gar keine oder lediglich geringfügige Funktionseinschränkungen genannt.

Die Einschränkungs-Scores lassen sich in 4 etwa gleich häufige Gruppen unterteilen: rund ein Viertel der Versicherten ohne dokumentierte Funktionseinschränkung, gegen ein Viertel mit 1 leichten Einschränkung, ein Viertel mit 2 leichten oder 1 schweren Einschränkung und ein Viertel mit häufigeren/schwereren Einschränkungen (mindestens ein Score von 3 von 8).

Abbildung 60: Verteilung / Schweregrad der dokumentierten Funktionseinschränkungen

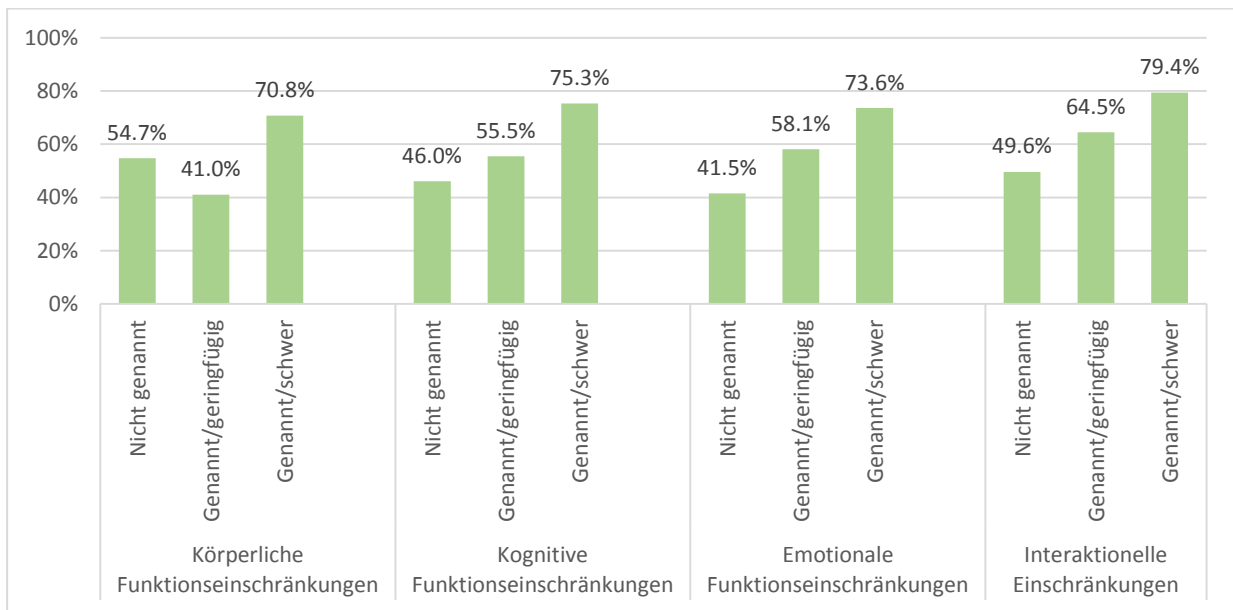


Vergleicht man die psychiatrisch dokumentierten Funktionseinschränkungen mit frühen Belastungen in Familie, Schule und Arbeitsbiografie zeigt sich auch hier ein klarer Zusammenhang (Abbildung 61):

Mit zunehmendem Grad der jeweiligen aktuellen Funktionseinschränkungen steigt auch der Anteil der Versicherten, die früh familiär belastet waren und Auffälligkeiten in der Schulzeit und an früheren Arbeitsstellen zeigten. Ist eine schwere Funktionseinschränkung erwähnt, liegt der Anteil der früh Belasteten je nach Art der Einschränkung zwischen 70 und 80%.

Wie oben dargestellt sind schwere Funktionseinschränkungen relativ selten, aber wenn sie dokumentiert sind, kann man bei rund 75% der Fälle von langdauernden Belastungen respektive Erkrankungen mit frühem Beginn ausgehen.

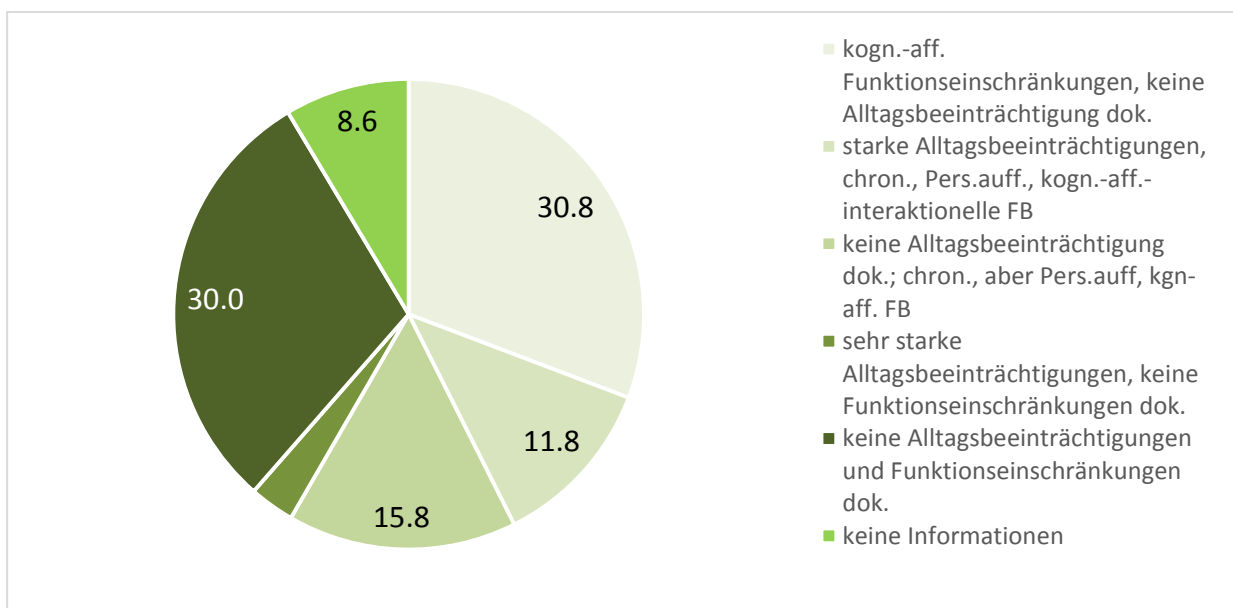
Abbildung 61: Prozent frühere Belastungen nach Grad der Funktionseinschränkungen



Typologie der Beschwerden, Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen

Anhand der gezeigten Daten zu den gesundheitlichen Beschwerden, den Alltagsbeeinträchtigungen, der Erkrankungsart, der dokumentierten Funktionseinschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten und einiger weiterer Merkmale wurde eine Typologie der Einschränkungen berechnet (Abbildung 62). Es ergeben sich 6 unterschiedliche Typen, wobei der letzte Typ dadurch gekennzeichnet ist, dass Informationen nahezu vollständig fehlen (8.6% der Versicherten).

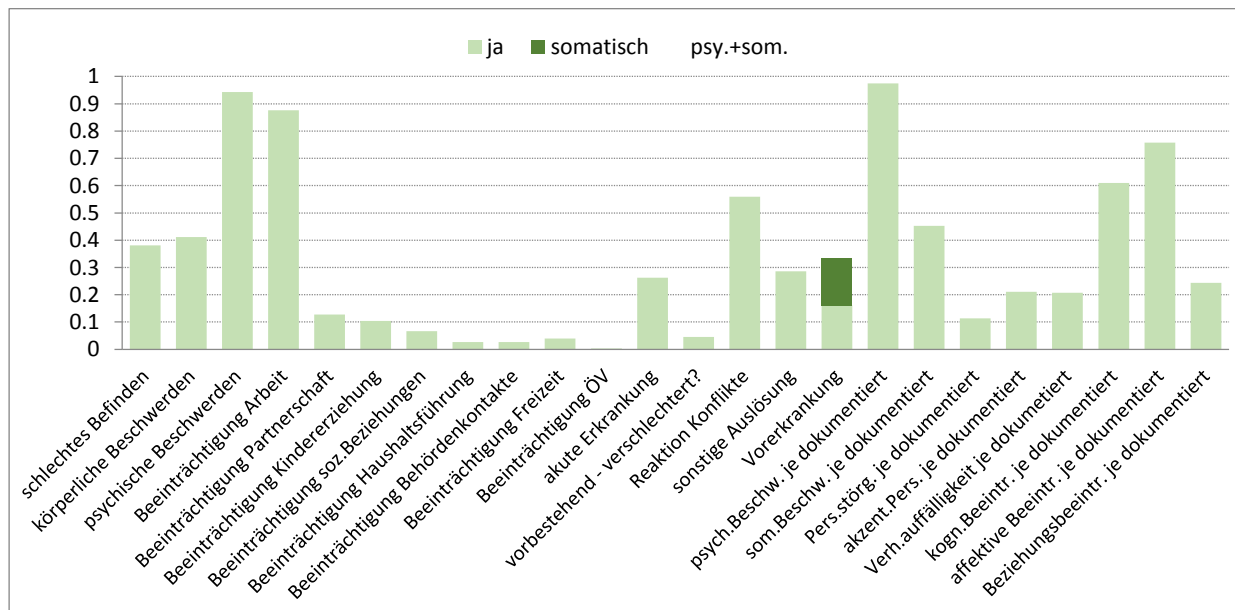
Abbildung 62: Typologie der Beschwerden, Alltagsbeeinträchtigungen, Funktionseinschränkungen



Beim Typ 1 handelt es sich um Versicherte mit kognitiven und affektiven Einschränkungen, die fast keine Alltagsbeeinträchtigungen aufweisen (Abbildung 63).

Der Typ 1 umfasst rund 30% der Versicherten. Versicherte dieses Typs sind nahezu ausschliesslich bei der Arbeit beeinträchtigt, in allen anderen Lebensbereichen nicht. Ein hoher Anteil (56%) entwickelte eine Krise als Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte. Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten sowie interaktionelle Probleme sind bei rund einem Fünftel dieser Versicherten vorhanden. Häufig (zu 615 respektive 76%) sind in den Arztberichten kognitive und affektive Funktionseinschränkungen dokumentiert.

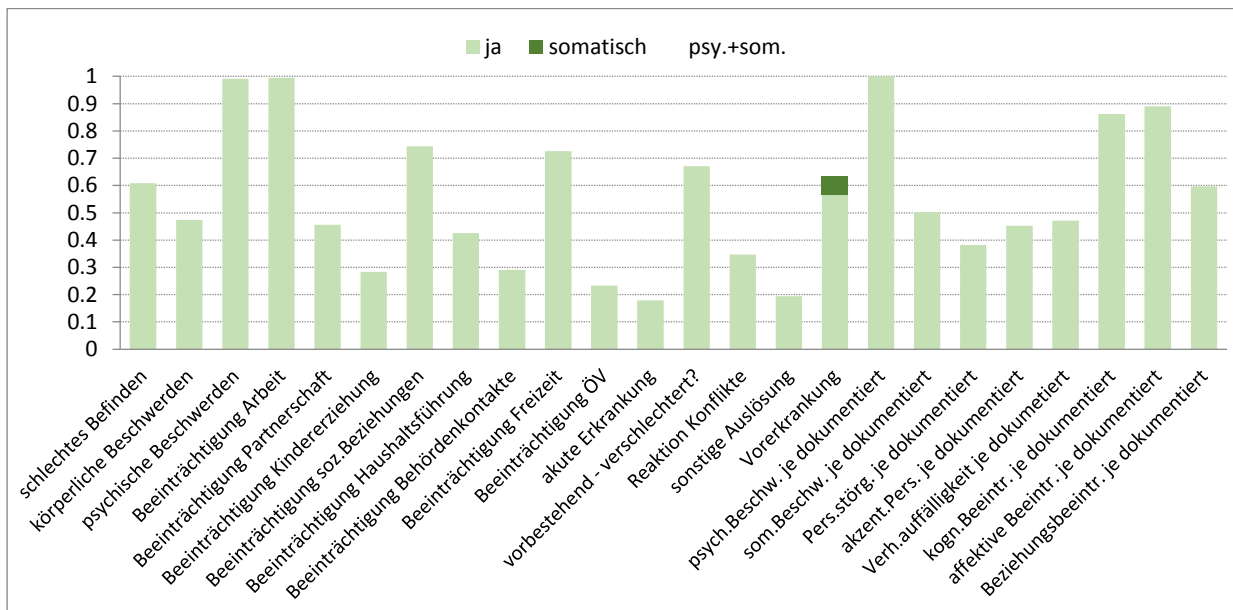
Abbildung 63: Typ 1 (30.8%): Kognitive/affektive Einschränkungen, keine Beeinträchtigungen



Bei Typ 2 handelt es sich um Versicherte mit starken Alltagsbeeinträchtigungen, einem chronischen Verlauf und häufigen Verhaltens-Auffälligkeiten (Abbildung 64).

Diese Gruppe von Versicherten ist deutlich eingeschränkter als der Typ 1: Es bestehen häufige Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen, vor allem in den sozialen Beziehungen und in Freizeitaktivitäten (74 respektive 73%), auch in den ärztlichen Berichten sind in 60% der Fälle interaktionelle Probleme genannt. Häufig (bei 38% der Versicherten dieses Typs) ist ärztlicherseits auch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, häufig sind auch Verhaltensauffälligkeiten dokumentiert (47%). In zwei Drittel der Fälle handelt es sich um eine Krise bei einem vorbestehenden Gesundheitsproblem. Kognitive und emotionale/affektive Funktionseinschränkungen sind sehr häufig erwähnt.

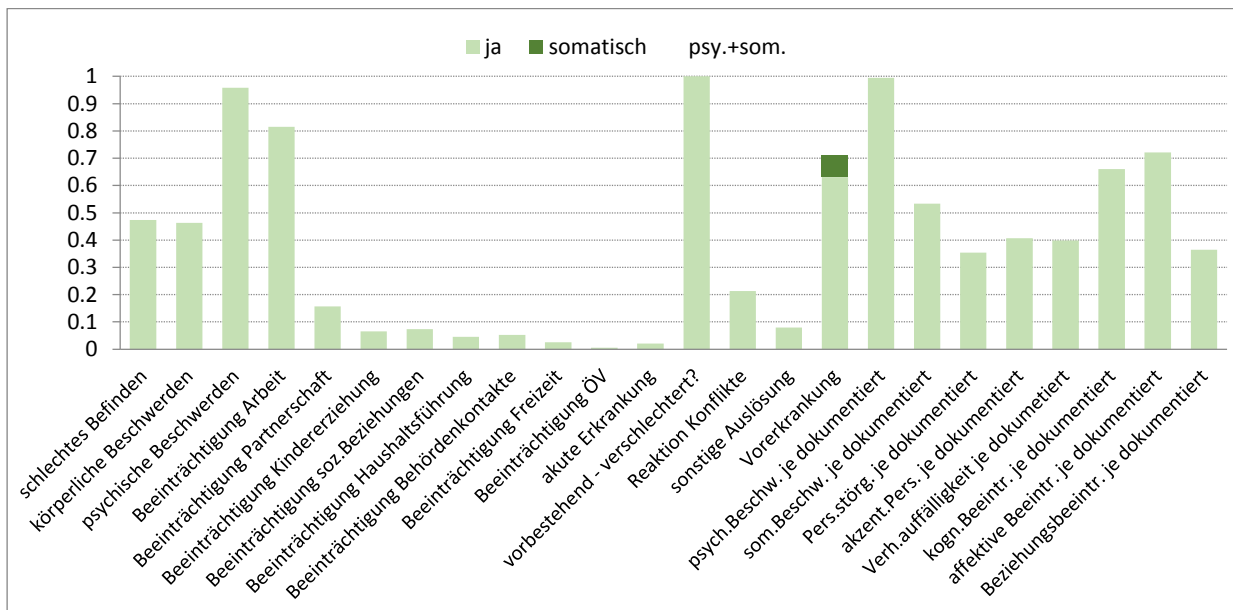
Abbildung 64: Typ 2 (11.8%): Starke Beeinträchtigungen, chronischer Verlauf, div. Auffälligkeiten



Beim Typ 3 handelt es sich um Versicherte ohne Alltagsbeeinträchtigungen, aber mit chronischem Verlauf und häufigen Verhaltens-Auffälligkeiten (Abbildung 65).

Hier fällt auf, dass Beeinträchtigungen im Alltag nahezu fehlen mit Ausnahme in den sozialen Beziehungen, aber auch dort sind sie selten (16%). Auch in den Arztberichten sind interaktionelle Probleme bei rund einem Drittel dieser Versicherten erwähnt. Relativ häufig sind jedoch Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten (Persönlichkeitsstörung respektive –akzentuierung, Verhaltensauffälligkeiten bei jeweils rund 40% der Personen. Es handelt sich krankheitsbezogen in dieser Gruppe immer um die Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems, entsprechend sind auch in den Arztberichten in rund 70% der Fälle Vorerkrankungen festgehalten. Kognitive und emotionale/affektive Funktionseinschränkungen sind sehr häufig dokumentiert.

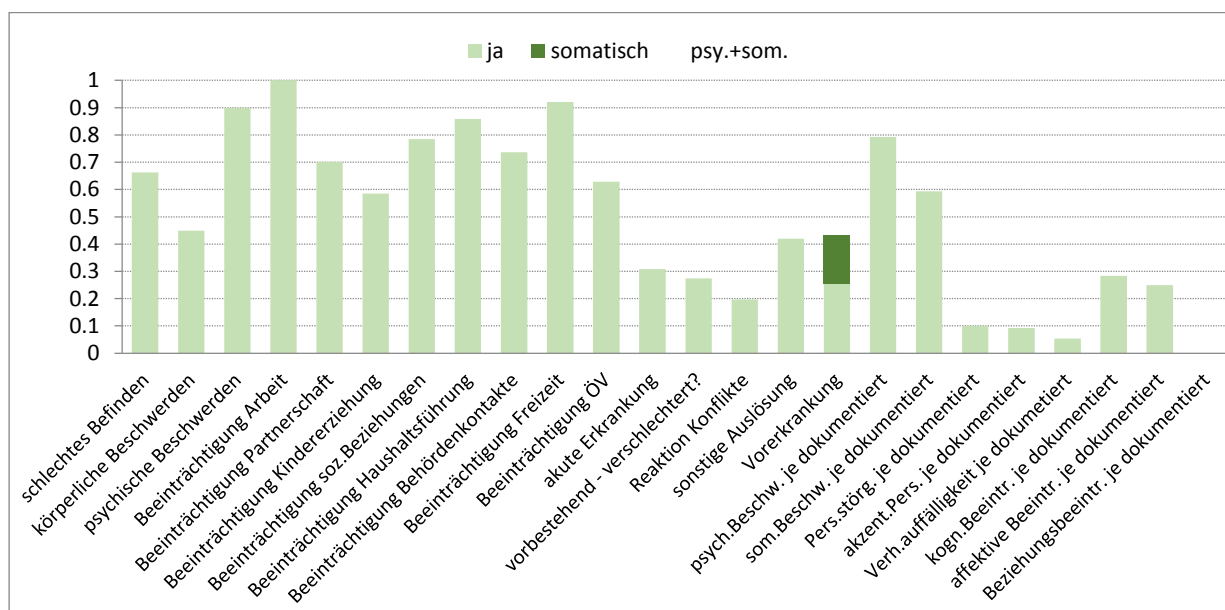
Abbildung 65: Typ 3 (15.8%): Keine Beeinträchtigungen, chronischer Verlauf, diverse Auffälligkeiten



Beim Typ 4 handelt es sich um Versicherte mit sehr starken Alltagseinschränkungen, aber nahezu ohne Verhaltensauffälligkeiten und Funktionseinschränkungen (Abbildung 66).

Diese zahlenmässig sehr kleine Gruppe von Versicherten ist im Alltag sehr häufig und breit – in nahezu allen Lebensbereichen – eingeschränkt (in rund 60-90% der Fälle). Gleichzeitig sind in den Arztberichten nur bei rund einem Viertel der Personen kognitive und emotionale/affektive Funktionseinschränkungen erwähnt. Auffallend ist hier auch der relativ hohe Anteil von Personen mit körperlichen Beschwerden, was sich auch bei den Vorerkrankungen zeigt, die in fast der Hälfte der Fälle somatischer Art waren. In den Arztberichten werden denn auch bei rund 60% körperliche Beschwerden erwähnt. Auf der Persönlichkeits- und Verhaltensebene zeigen sich hingegen fast keine Einschränkungen.

Abbildung 66: Typ 4 (3.1%): starke Beeinträchtigungen, kaum Auffälligkeiten und Einschränkungen



Beim Typ 5 handelt es sich um Versicherte ohne Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen, deren Problematik eine Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte ist (Abbildung 67).

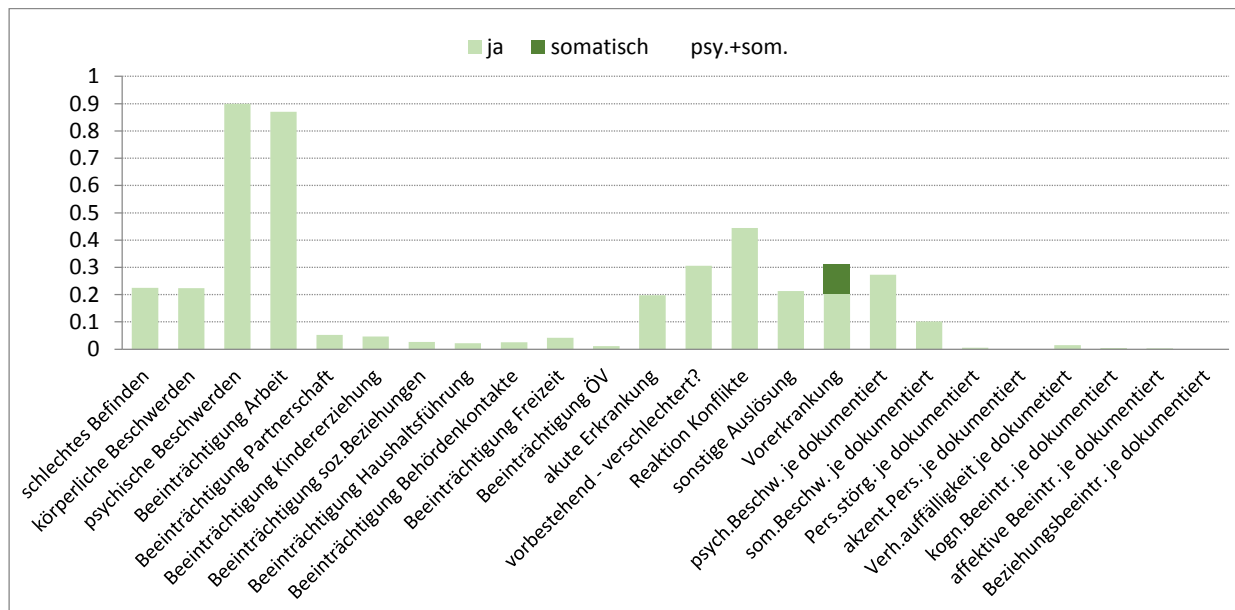
Der zahlenmässig umfangreiche Typ 5 ist dadurch gekennzeichnet, dass – abgesehen von der Arbeit – weder Alltagsbeeinträchtigungen noch Funktionseinschränkungen dokumentiert sind. In 44% der Fälle handelt es sich bei der Arbeitsunfähigkeit um eine Reaktion auf Konflikte/Kränkungen am Arbeitsplatz.

Das Fehlen von dokumentierten Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen liegt für diese Gruppe in besonderem Mass jedoch auch daran, dass hier oft nur wenige Informationen im Dossier vorhanden sind. In 45% dieser Fälle sind die vorliegenden Unterlagen knapp bis ungenügend, insbesondere fehlen oft ärztliche Berichte. Deshalb stützen sich besonders bei dieser Gruppe die Informationen aus dem telefonischen Erstkontakt.

Generell sind (teils umfassende) ärztliche Berichte vor allem in denjenigen Fällen vorhanden, in denen es sich um schwerere Alltagsbeeinträchtigungen und komplexere Verläufe handelt. Bei den zahlenmässig grössten Gruppen – Typ 1 und Typ 5 – wo es sich vergleichsweise um Fälle mit geringerer Beeinträchtigung handelt, liegen auch eher weniger Arztberichte vor. Auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit spielt eine Rolle: bei allen 3 Versicherten-Typen mit geringen oder fehlenden Alltagsbeeinträchtigungen (Typen 1, 3 und 5) dauern rund 50% (Typ 1: 45%, Typ 2: 45%, Typ 3: 64%) der Krankschreibungen nicht länger als 5 Monate. Zum Vergleich: bei den 2 Gruppen mit deutlicher Alltagsbeeinträchtigung (Typen 2 und 4) dauern zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeiten länger als 5 Monate.

Das häufige Fehlen von Unterlagen erklärt aber nicht, warum Alltagseinschränkungen und Funktionseinschränkungen fast vollständig fehlen – immerhin sind in 55% dieser Fälle genügend (ärztliche) Informationen vorhanden.

Abbildung 67: Typ 5 (30%): Keine Alltagsbeeinträchtigungen, keine Einschränkungen, Konflikte



Die folgende Abbildung 68 zeigt die diagnostische Zusammensetzung der verschiedenen Beeinträchtigungstypen. Die Diagnose-Hauptkategorien F0 (Organische und symptomatische Störungen), F7 (Intelligenzminderung) und F8 (Entwicklungsstörungen) werden in der Übersicht wegen sehr geringer Häufigkeiten nicht gezeigt.

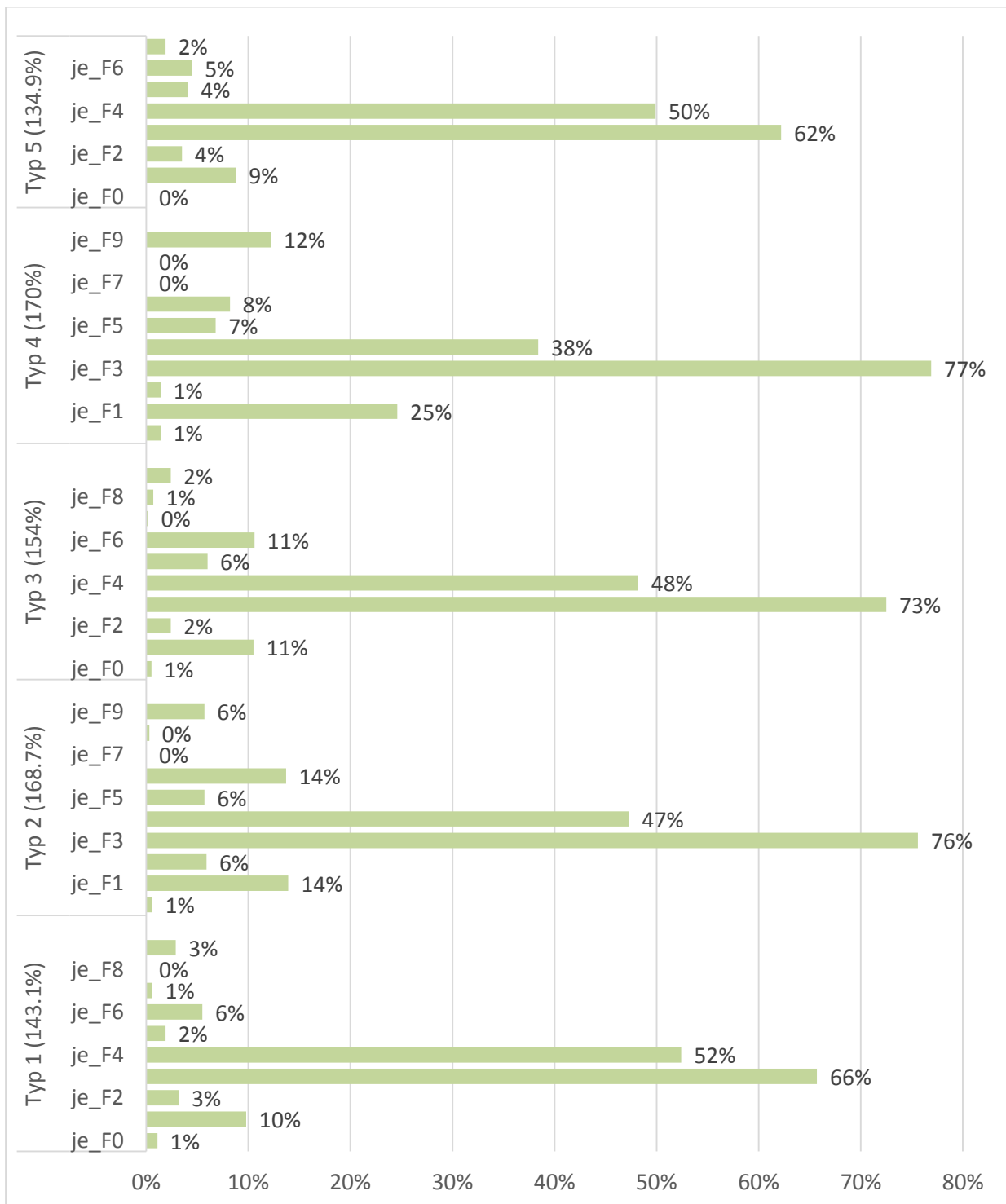
Auf den ersten Blick unterscheiden sich die Diagnosen je nach Beeinträchtigungstyp kaum. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Diagnostik bei Krankschreibungen wenig aussagekräftig ist. Es überwiegen bei weitem die affektiven Störungen (F3) mit Anteilen von jeweils 62-77%, gefolgt von Neurotischen Störungen (F4; v.a. Belastungsreaktionen, PTSD, Anpassungsstörungen) mit Anteilen von jeweils 38-52%.

Interessanter scheinen eher die anderen, seltener gestellten Diagnosen: Die beiden schwereren Beeinträchtigungstypen 2 (14%) und 4 (25%) zeigen deutlich höhere Anteile von Substanzabhängigkeit (F1) sowie Persönlichkeitsstörungen (F6) oder ADHS (F9) – die beide oft sehr ähnliche Auswirkungen hinsichtlich auffälligem Verhalten aufweisen. Bei den Typen 2 und 4 machen F6 und F9 zusammen einen Anteil von 20% aus.

Bei den Typen 1, 3 und 5 betragen die Anteile von Substanzabhängigkeit demgegenüber nur maximal 11% und betragen die Anteile bei Persönlichkeitsstörungen und ADHS total lediglich 7, 9 und 13%.

Dieser Überblick wie auch weitere Analysen weisen darauf hin, dass die bei Arbeitsunfähigkeiten sehr häufigen Diagnosen aus dem Depressions- und neurotischen Spektrum nur bedingt zum Problemverständnis beitragen. Vielmehr gilt, dass depressive Symptome auch sehr häufig vorhanden sein können, wenn andere Störungen vorliegen, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, Substanzabhängigkeit, ADHS etc. Das ist hier auch daran erkennbar, dass die Versicherten im Durchschnitt mehr als eine Diagnose erhalten haben. Bei den weniger beeinträchtigten Typen 1, 3 und 5 sind es durchschnittlich 1.3 – 1.4 Diagnosen, bei den stärker beeinträchtigten Typen rund 1.7 psychiatrische Diagnosen (ohne F0, F7 und F8).

Abbildung 68: Psychiatrische Diagnosen der Beeinträchtigungstypen



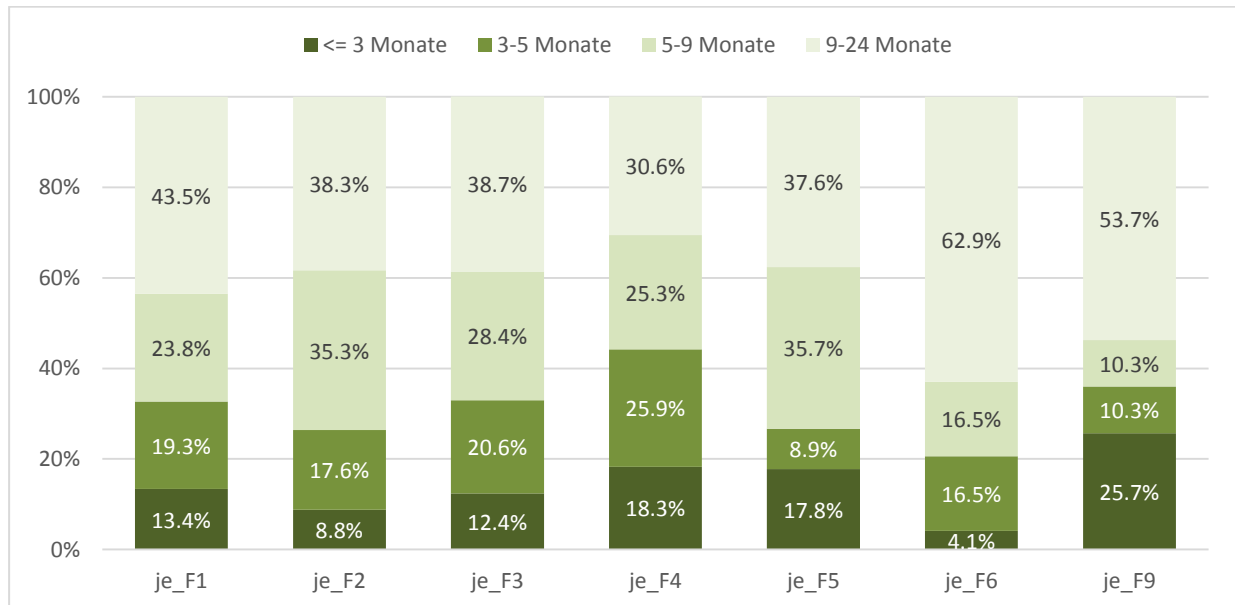
Die folgende Auswertung (Abbildung 69) verdeutlicht die Wichtigkeit von Diagnosen ausserhalb des Depressions-/Neurosenspektrums:

Wenn jemals die Diagnose einer Substanzabhängigkeit (F1), einer schizophrenen Störung (F2), einer affektiven Störung (F3) oder vor allem einer Persönlichkeitsstörung (F6) gestellt wurde, handelt es sich sehr selten um eine sehr kurze Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Monate).

Umgekehrt handelt es sich häufig um eine besonders lange Arbeitsunfähigkeit, wenn Persönlichkeitsstörungen (F6), ADHS (F9) und Substanzabhängigkeit (F1) diagnostiziert wurden. Den grössten Anteil von sehr langen Arbeitsunfähigkeiten haben Versicherte, bei denen jemals eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde.

Insgesamt eher kurze Arbeitsunfähigkeiten bestehen bei F4-Diagnosen (F4; v.a. Belastungsreaktionen, PTSD, Anpassungsstörungen).

Abbildung 69: Jemals gestellte Diagnosen und Dauer der Arbeitsunfähigkeit



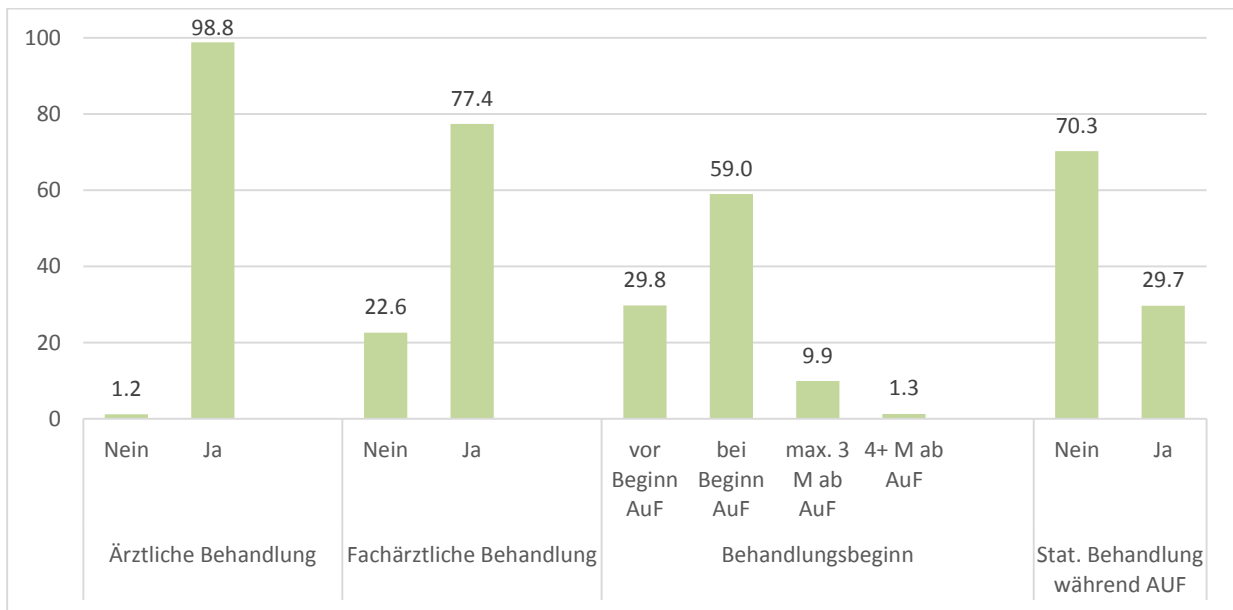
Behandlungsmerkmale

Nahezu alle Versicherten sind im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit in Behandlung (Abbildung 70), was nicht erstaunlich ist, da schon nur das Vorliegen eines AUF-Zeugnisses als Beleg für die Inanspruchnahme einer Behandlung gewertet wurde. Rund drei Viertel der psychisch kranken Versicherten sind in fachärztlicher, fast immer psychiatrischer, Behandlung.

Dabei hat sich der Grossteil der Versicherten (rund 60%) erst bei Arbeitsunfähigkeitsbeginn in Behandlung begeben. Rund 30% der Versicherten waren schon vor Beginn ihrer Arbeitsunfähigkeit in Behandlung und rund 10% erst nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei rund 30% der Versicherten kommt es im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu einer stationären Behandlung.

Abbildung 70: Behandlungsmerkmale der versicherten Personen

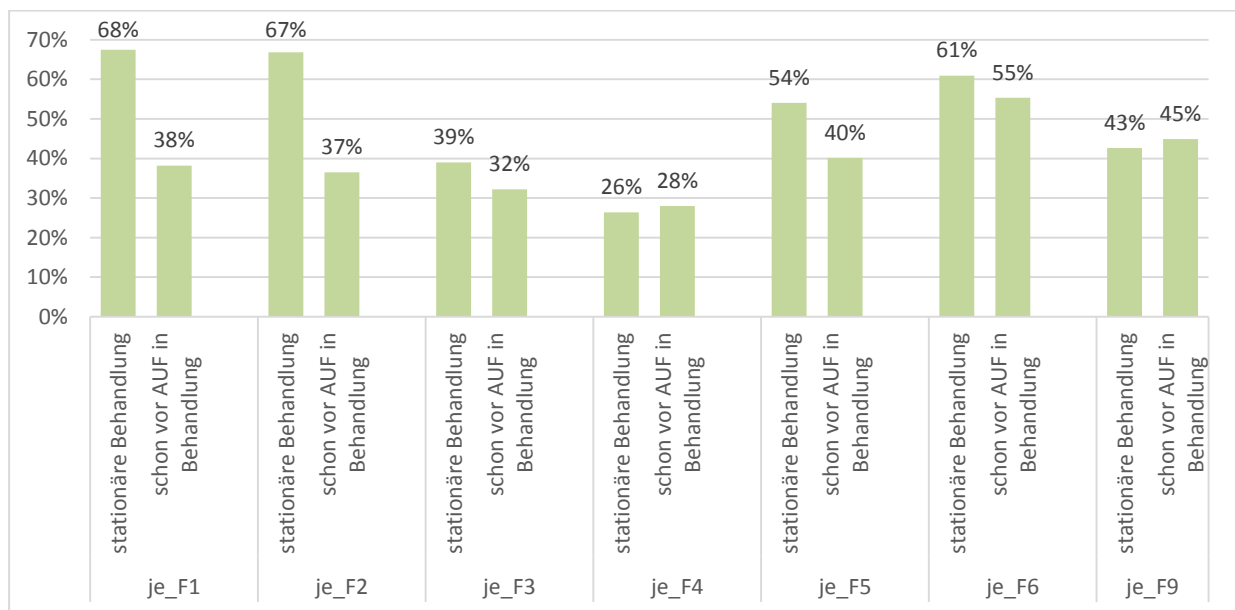


Vergleicht man den Behandlungsbeginn und das Vorliegen einer stationären Behandlung mit den Diagnosen der Versicherten, zeigen sich wiederum Unterschiede (Abbildung 71):

Personen, bei denen jemals von den berichterstattenden Hausärzten und Psychiatern eine Substanzabhängigkeit (F1), eine schizophrene Erkrankung (F2) oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Personen mit Depressionen (F3) und neurotischen Störungen (F4). Bei Ersteren liegen die Anteile zwischen 60 und 70%, bei Letzteren bei 26 bis 39%.

Häufiger schon vor der aktuellen Krankschreibung in Behandlung sind vor allem Personen mit Persönlichkeitsstörungen (55%), ADHS (45%) und Essstörungen (40%) – alles psychische Störungen, die besonders früh beginnen, normalerweise spätestens im Jugendalter. Personen mit Depressionen und Angststörungen waren seltener schon vor der Krankschreibung in Behandlung.

Abbildung 71: Stationäre Behandlung und Behandlungsbeginn vor AUF nach Diagnose



Typologie der Behandlungsmerkmale

Aus den erhobenen Merkmalen zur Behandlung wurde eine personenbezogene Typologie berechnet (Abbildung 72). Es ergeben sich 6 unterschiedliche Typen, wobei einer davon durch das Fehlen entsprechender Informationen gekennzeichnet ist.

Der Behandlungs-Typ 1 umfasst Versicherte, die aktuell im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit hausärztlich behandelt werden und sich teilweise (30% der Fälle in dieser Gruppe) früher auch schon in psychiatrischer Behandlung befanden. Rund 20% der Versicherten gehören zu dieser Gruppe.

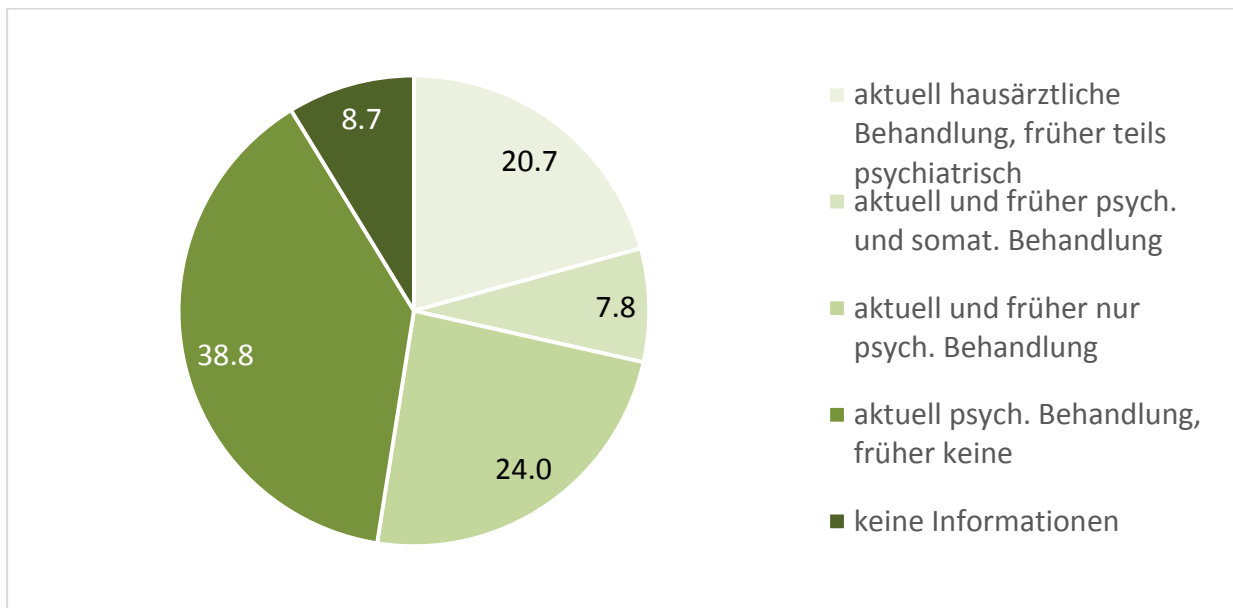
Der Behandlungs-Typ 2 umfasst mit rund 8% eine eher kleine Personengruppe. Aktuell sind alle diese Personen in fachärztlicher (psychiatrischer) Behandlung. Rund 85% dieser Versicherten befanden sich schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit in (fast immer) psychiatrischer Behandlung. Rund ein Drittel der Versicherten wurden im Rahmen der Krankschreibung auch stationär behandelt.

Der Behandlungs-Typ 3 umfasst einen Viertel der Versicherten. Alle Personen dieses Typs sind in psychiatrischer Behandlung (nur 3% bei einem somatischen Facharzt) und waren dies schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit. Bei über 70% dieser Personen liegen Vorbehandlungen vor.

Der Behandlungs-Typ 4 ist mit 39% die grösste Gruppe. Alle zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten sind in psychiatrischer Behandlung und rund 40% im Rahmen der Krankschreibung auch in stationärer Behandlung. In 75% der Fälle hat die Behandlung schon vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit begonnen – sonstige Vorbehandlungen sind hier aber nicht dokumentiert.

Zum Behandlungs-Typ 5 fehlen entsprechende Informationen.

Abbildung 72: Typologie der Behandlungsmerkmale

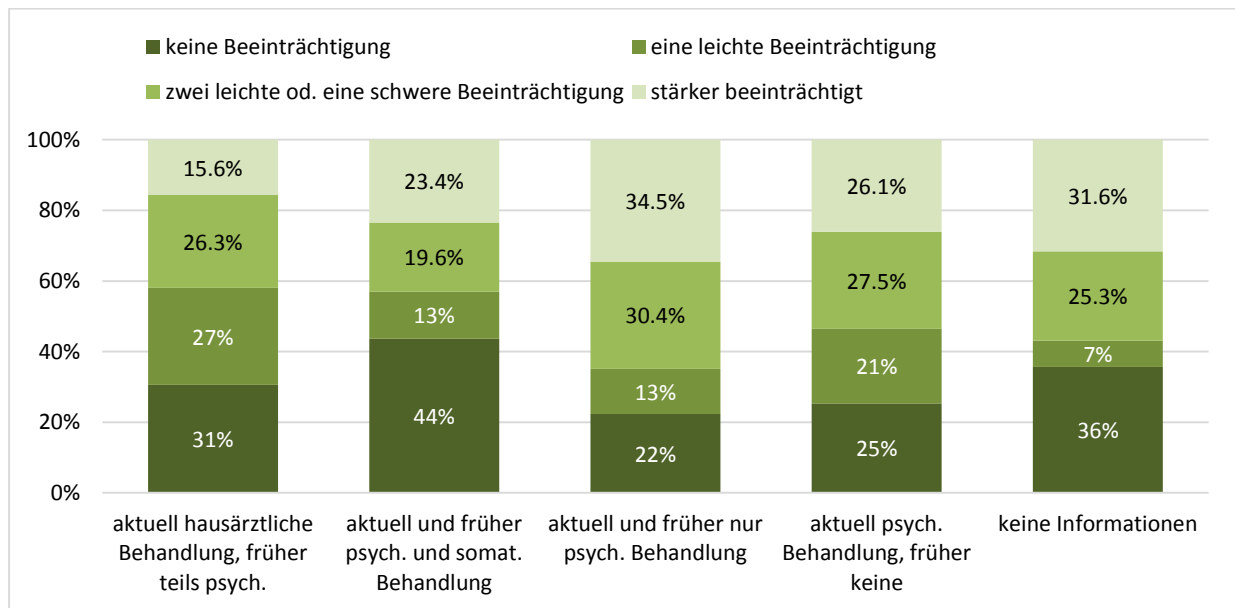


Vergleicht man diese Behandlungs-Typen mit dem Ausmass der Funktionseinschränkungen (Score von 0 - max. 8) zeigt sich, dass abgesehen vom Typ mit den fehlenden Informationen vor allem die rein psychiatrischen Behandlungs-Typen schwerer eingeschränkt sind (Abbildung 73): Typ 3 (24%) und Typ 4 (39%).

Bei Typ 3 weisen rund zwei Drittel der Versicherten vergleichsweise stärkere/häufigere Funktionseinschränkungen auf, beim Typ 5 sind es rund 54%.

Demgegenüber weisen 'lediglich' etwas mehr als 40% der Typen 1 und 2 stärkere/häufigere Funktionseinschränkungen auf. Deutlich werden die Unterschiede vor alle, wenn man nur die jeweiligen Anteile der «stärker Beeinträchtigten» betrachtet: Typ 3 mit den rein psychiatrischen Behandlungen hat einen mehr als doppelt so hohen Anteil stärker Beeinträchtigter als der Typ 1 mit den ausschliesslich hausärztlich Behandelten. Dass stärker eingeschränkte Versicherte eher psychiatrisch behandelt werden, scheint nachvollziehbar. Umgekehrt befindet sich doch auch ein gewisser Teil der stärker Beeinträchtigten (16%) ausschliesslich in hausärztlicher Behandlung.

Abbildung 73: Behandlungsarten und Ausmass der Funktionseinschränkungen



Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)

Die univariate Analyse der krankheitsbezogenen Faktoren für die AUF-Dauer ergibt wiederum eine Vielzahl von Merkmalen (Abbildung 74).

Es zeigen sich lediglich zwei Faktoren, die die Dauer verkürzen: Wenn die Behandlung erstmals im Rahmen der aktuellen Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen wurde und bei einem späten Ersterkrankungsalter (je später, desto kürzer die Krankschreibung).

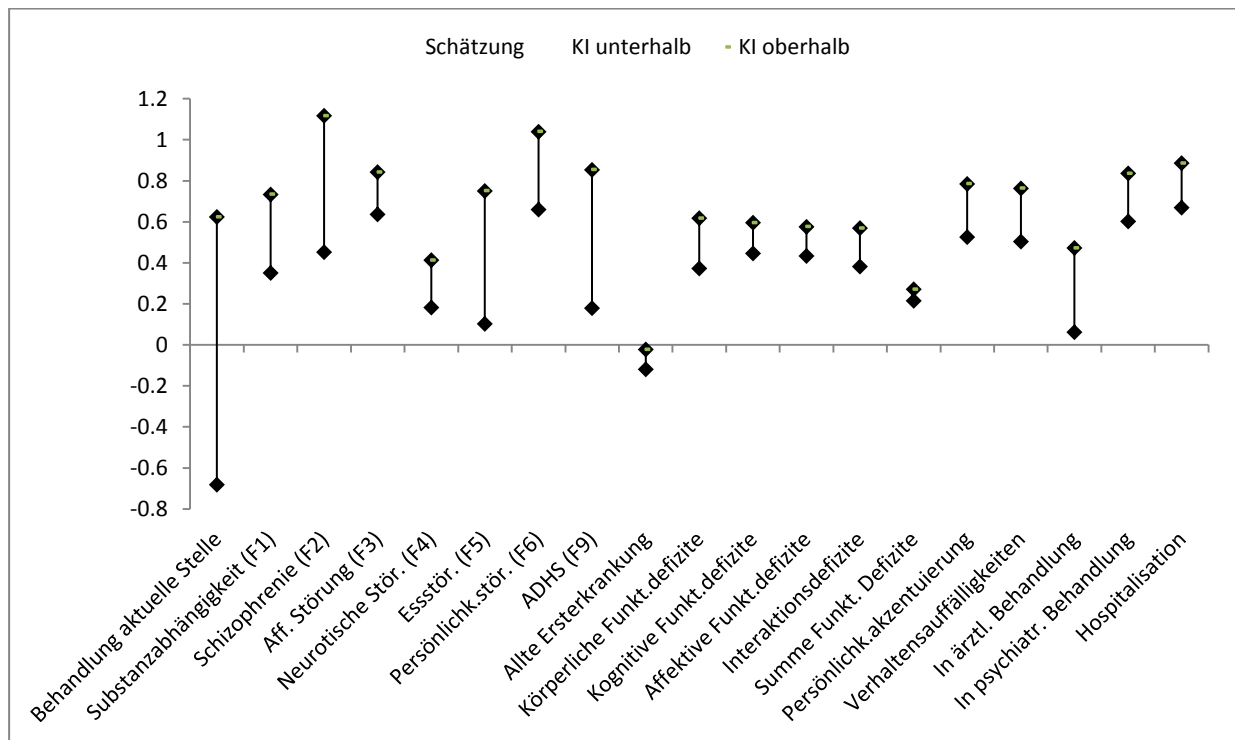
Viele Merkmale verlängern die AUF-Dauer: In erster Linie das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung (F2), einer affektiven Erkrankung (F3) und vor allem einer Persönlichkeitsstörung (F6).

Ebenso haben die dokumentierten Funktionseinschränkungen (körperlich, kognitiv, affektiv und interaktionell) einen verlängernden Einfluss. Dies hängt sehr wahrscheinlich damit zusammen, dass diese Funktionseinschränkungen in ärztlichen Berichten erst dann explizit erwähnt werden, wenn es sich schon um eine längere Arbeitsunfähigkeit handelt.

Relevant ist zudem das Vorliegen von Persönlichkeitsakzentuierungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Schliesslich verlängern sich die Krankschreibungen, wenn es zu einer stationären Behandlung (Hospitalisation) kommt.

Abbildung 74: Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (univariat)



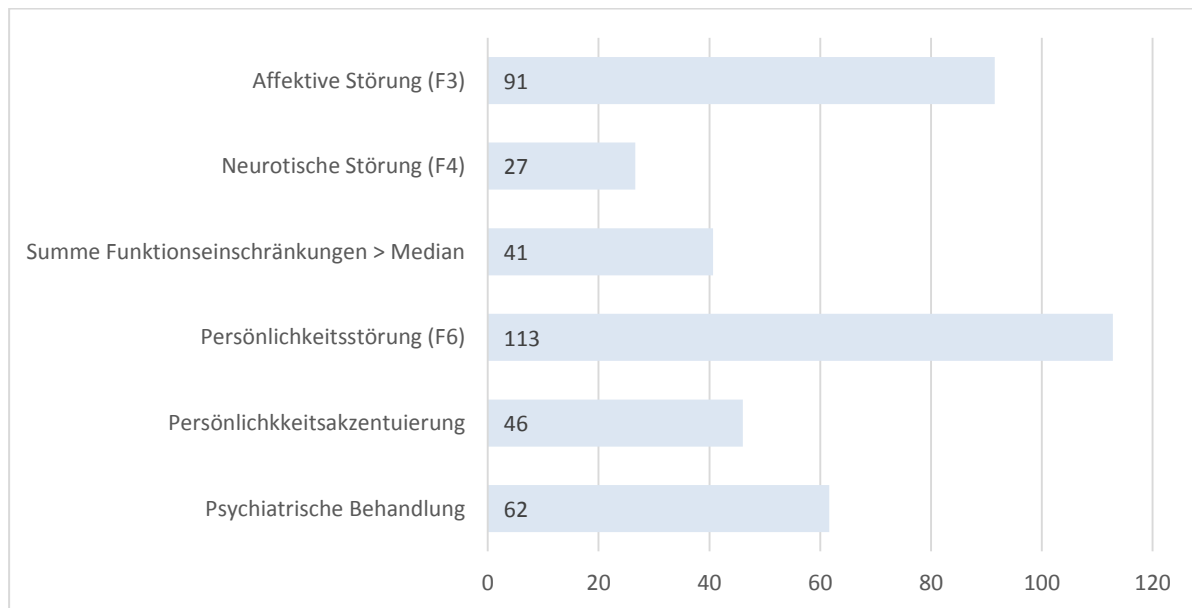
Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

In der multivariaten Analyse der Einflussfaktoren bleiben wiederum (weil viele Einflussfaktoren untereinander eng verknüpft sind) nur einige wenige Merkmale mit einem eigenständigen Beitrag übrig (Abbildung 75):

Alle Merkmale haben einen positiven, das heisst hier (z.T. deutlich) verlängernden Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Von besonderer Bedeutung ist das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (plus 113 Tage), die Diagnose einer affektiven Störung (plus 91 Tage), die Inanspruchnahme einer psychiatrischen (statt einer somatischen) Behandlung (plus 62 Tage), das Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung (plus 46 Tage) und stärkere Funktionseinschränkungen (plus 41 Tage) sowie eine neurotische Störung (plus 27 Tage).

Bemerkenswert ist hier, dass sowohl die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wie auch das Vorliegen einer so genannten Persönlichkeitsakzentuierung (welche weniger ausgeprägt ist als eine diagnostizierbare Persönlichkeitsstörung) unabhängig voneinander zu einer AUF-Verlängerung führen. Dies weist auf die zentrale Bedeutung der Persönlichkeit (und nicht nur der Erkrankung) für das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen hin.

Abbildung 75: Krankheitsbezogene Einflussfaktoren auf die AUF-Dauer (multivariat)



Das Wichtigste auf einen Blick

- Diagnostisch handelt es sich grossmehrheitlich um Depressionen und neurotische Störungen wie Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen. Die Diagnostik wirkt etwas vordergründig (depressive Symptome zeigen sich auch bei vielen anderen Störungen) und Persönlichkeitsstörungen scheinen unterdiagnostiziert.
- In 40% der Fälle handelt es sich bei der aktuellen Krankschreibung um ein Rezidiv einer vorbestehenden Krankheit.
- Je früher der Erkrankungsbeginn, umso häufiger kam es schon in Schule und Arbeitsbiografie zu Problemen. Je später die Ersterkrankung, desto häufiger handelt es sich um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit.
- Beeinträchtigungen zeigen sich neben der Arbeit wenig prominent in anderen Alltagsbereichen.
- Die dokumentierten Funktionseinschränkungen sind grossmehrheitlich geringfügig, insgesamt haben ‚lediglich‘ 20% der Versicherten zumindest eine als stark eingeschätzte Einschränkung (körperlich, kognitiv, affektiv oder interaktionell). Falls eine solche vorhanden ist, liegen in 75% der Fälle schon frühe schulische oder arbeitsbiografische Probleme vor.
- Liegen deutliche Alltagsbeeinträchtigungen vor, bestehen diagnostisch relativ häufig Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und ADHS.
- 60% der Versicherten beginnen die (meist psychiatrische) Behandlung bei AUF-Beginn, 30% waren schon in Behandlung und 10% beginnen die Behandlung erst im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit.
- Psychiatrisch behandelte Versicherte sind länger krankgeschrieben als hausärztlich Behandelte. Von besonderer Bedeutung für die AUF-Dauer sind das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und – davon unabhängig – auch das Vorliegen von subklinischen Persönlichkeitsakzentuierungen.

6.5 Merkmale der ärztlichen Berichterstattung

In den Dossiers der psychisch kranken Versicherten liegen unterschiedliche ärztliche Berichte und Beurteilungen vor (Abbildung 76).

Vorliegen von ärztlichen Informationen durch Behandler und Gutachter

In 21% der Fälle liegen seitens der Behandelnden ein oder mehrere Hausarztberichte vor, in rund 52% liegen psychiatrische (Facharzt) Berichte vor. Bei den behandelnden Psychiatern handelt es sich dabei in 15% der Fälle gar um mehrere Berichte.

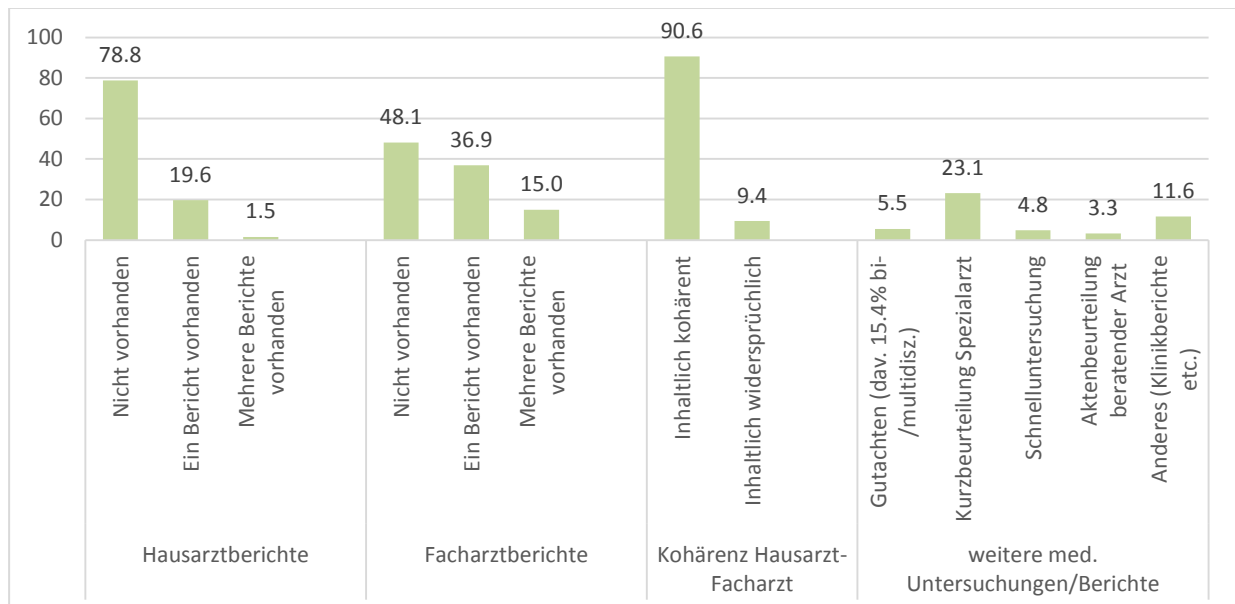
In Dossiers, wo zugleich Hausarzt- wie auch Facharztberichte vorliegen, sind diese in ihren Informationen fast immer (in 91% der Fälle) übereinstimmend. Ein gleichzeitiges Vorliegen von Hausarzt- und Facharztberichten besteht in rund 6% der Dossiers (Abbildung 77).

In einem Drittel aller Fälle liegen Gutachten (in rund 15% der Fälle bi- oder polydisziplinär), Kurzbeurteilungen, Schnelluntersuchungen oder Aktenbeurteilungen von beratenden Ärzten vor.

Hinzu kommen in rund 12% der Dossiers weitere ärztliche Berichte von Kliniken (Austrittsberichte) oder von anderen Versicherungen im Auftrag eingeholte Berichte (zum Beispiel Berichte der Unfallversicherung oder der Invalidenversicherung) etc.

Insgesamt liegen in rund 75% (1000 von 1334) erfassten Dossiers entweder Behandlerberichte, Gutachten, Aktenbeurteilungen oder Berichte Dritter vor. Hinzu kommen die wegen generell fehlender Informationen nicht kodierbaren Dossiers.

Abbildung 76: Vorliegende ärztliche Berichte und Beurteilungen

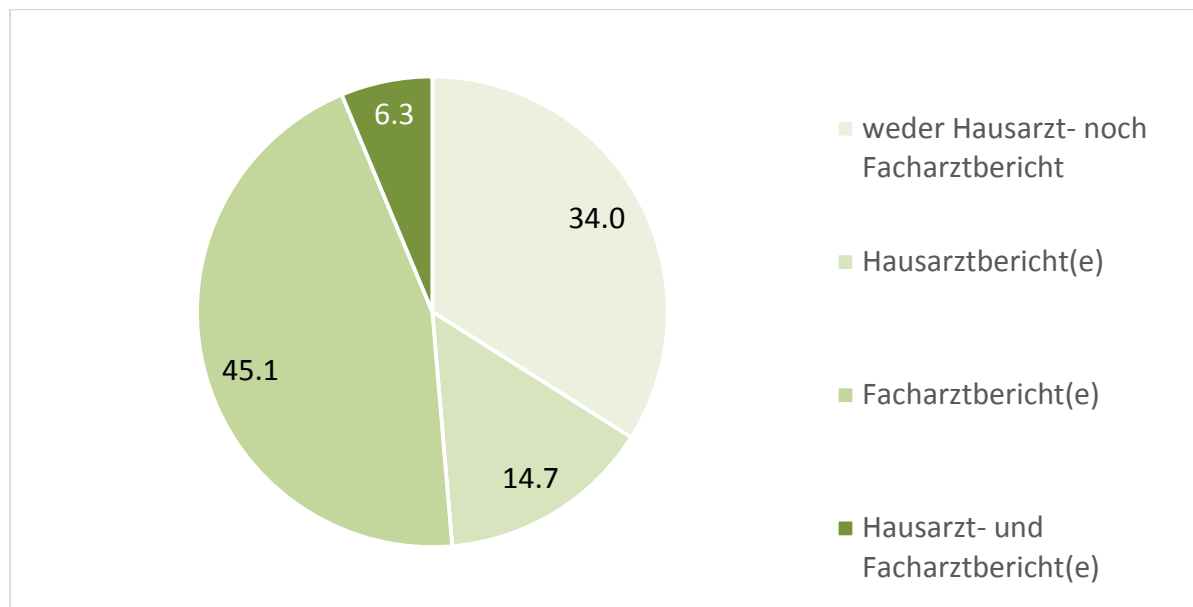


Der Grossteil der folgenden Resultate bezieht sich auf die Berichte der behandelnden Haus- und Fachärzte.

Hausarzt- und Facharztberichte sind in zwei Drittel aller hier untersuchten Dossiers von psychisch kranken Versicherten vorhanden (Abbildung 77). In 15% der Dossiers ist von Behandlungsseite

ausschliesslich ein Hausarztbericht vorhanden. In 45% der Fälle liegt ein Bericht eines Facharztes (Psychiatrie) vor und in 6% liegen sowohl Hausarzt- wie auch Facharztberichte vor.

Abbildung 77: Vorhandensein von Hausarzt-/Facharztberichten (ohne Gutachten und andere)



Welche Berichte vorliegen, und ob überhaupt Arztberichte vorliegen, ist erwartungsgemäss nicht zufällig verteilt (Abbildung 78):

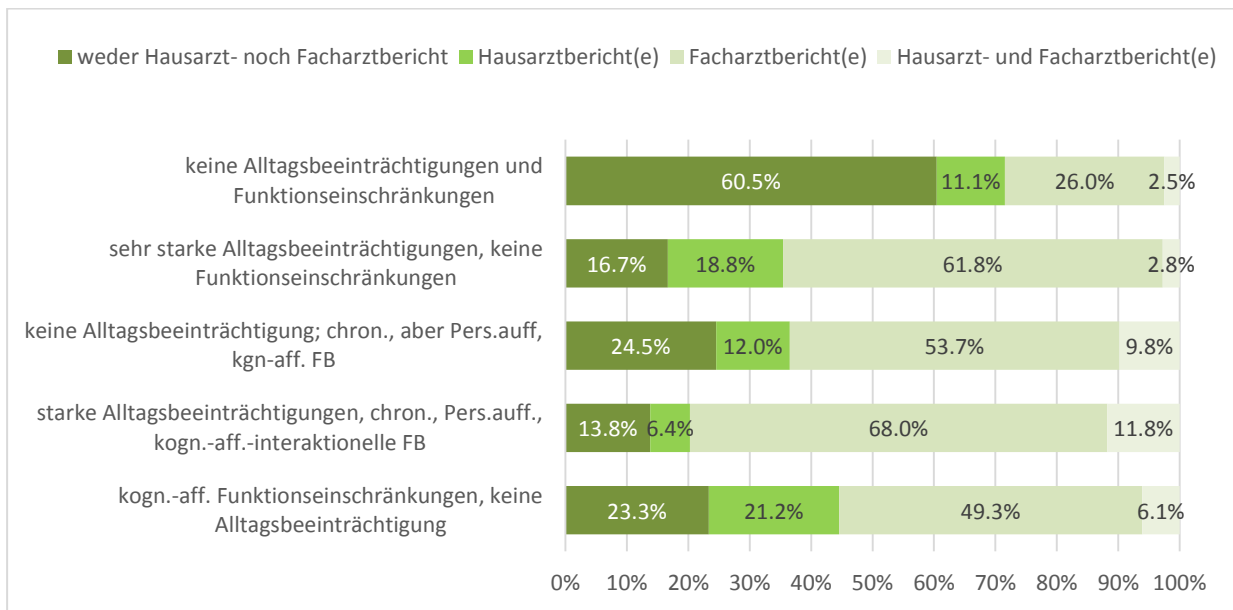
Vergleicht man das Vorliegen von Behandlerberichten mit den Beeinträchtigungstypen der Versicherten, zeigt sich, dass bei allen Typen mit fehlender Alltagsbeeinträchtigung (diese wurde vor allem im telefonischen Erstkontakt erhoben) relativ häufig keine Behandlerberichte vorliegen.

Besonders häufig ist dies bei denjenigen Versicherten der Fall, bei denen weder eine Alltagsbeeinträchtigung noch Funktionseinschränkungen dokumentiert sind (rund 61% der Fälle). Diese Versichertengruppe hat zwar vergleichsweise eine kürzere Arbeitsunfähigkeitsdauer (durchschnittlich 154 Tage gegenüber 215 Tagen bei allen hier erfassten psychisch kranken Versicherten). Aber es handelt sich bei dieser Versichertengruppe – gemeinsam mit der in der obigen Abbildung – auch um diejenige Gruppe mit dem höchsten Anteil an Arbeitsplatzkonflikten.

Es ist nachvollziehbar, dass gerade bei Versicherten mit eher kürzeren Arbeitsunfähigkeiten häufiger keine Behandlerberichte vorliegen. Gleichzeitig handelt es sich hier um Versicherte, die oftmals an sich arbeitsfähig wären (aber Konflikte haben), und die ein hohes Risiko haben, ihre Stelle im AUF-Verlauf zu verlieren. Dies gilt analog auch für die beiden anderen Versichertengruppen mit fehlenden Alltagsbeeinträchtigungen.

So verständlich es ist, dass vor allem bei den schwerer beeinträchtigten Versicherten Behandlerberichte, Gutachten und sonstige Berichte vorliegen, so wird womöglich unterschätzt, welche Bedeutung den drei deutlich weniger beeinträchtigten Versichertengruppen zukommt: hinsichtlich persönlichem Leiden, Aufwand für die Unternehmen wie auch in finanzieller Hinsicht. Diese drei Gruppen umfassen 75% aller hier erfassten psychisch kranken Versicherten. Es wäre zu überlegen, ob man nicht auch mehr ärztliche/psychologische Abklärungstätigkeit auf diese eher arbeitsfähigeren Versicherten ausrichten sollte.

Abbildung 78: Vorliegende Hausarzt- und Fachberichte nach Beeinträchtigungs-Typ



Wenn sowohl Berichte von Hausärzten als auch Psychiatern vorliegen handelt es sich besonders häufig um längerdauernde (9-24 Monate) Arbeitsunfähigkeiten (Abbildung 79): Nahezu die Hälfte der Krankschreibungen dauern in diesen Fällen mehr als 9 Monate und knapp ein Drittel 5-9 Monate. Kürzere Arbeitsunfähigkeiten sind selten.

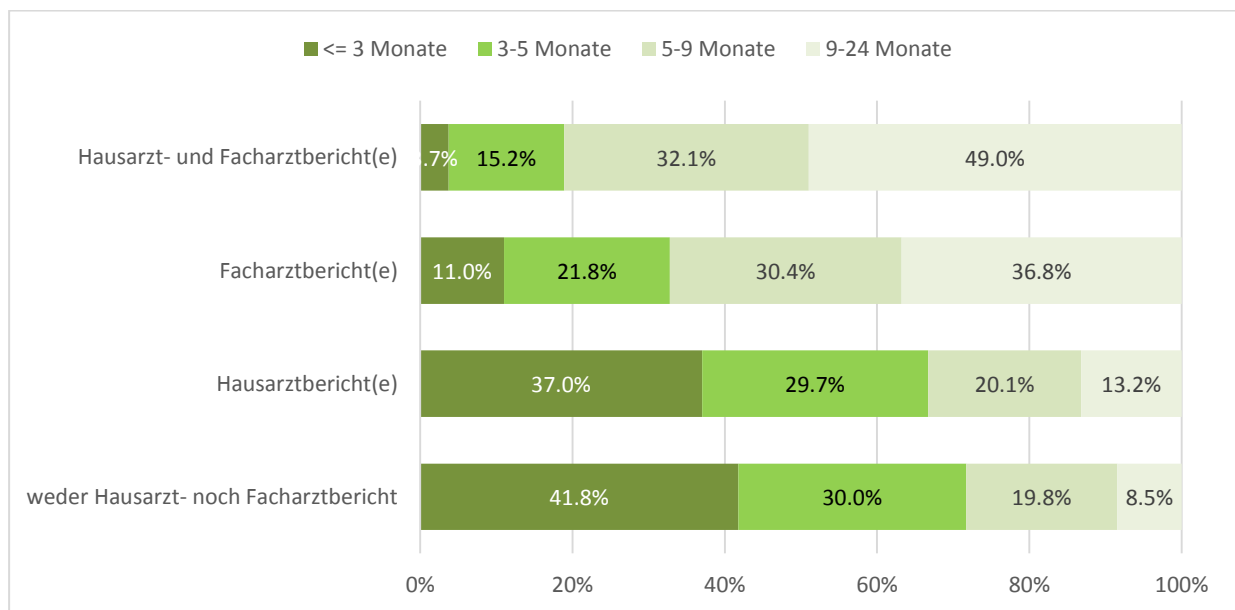
Ein ähnliches Muster der Krankschreibungsdauer zeigt sich, wenn ausschliesslich Facharztberichte vorliegen: In zwei Drittel der Fälle handelt es sich hierbei um lange (5-9 Monate) und sehr lange (9-24 Monate) Arbeitsunfähigkeiten.

Liegen lediglich Hausarztberichte vor oder liegen gar keine Arztberichte vor, sind die AUF-Dauern sehr ähnlich: Mindestens zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeiten sind von eher kurzer Dauer (maximal 5 Monate).

Das ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass Versicherte, die sich ausschliesslich in hausärztlicher Behandlung befinden, eine spezialisierte Behandlung nicht benötigen und vergleichsweise rasch wieder an den Arbeitsplatz zurückkommen. Jedoch kann dies auch bedeuten, dass bei eher kürzeren Arbeitsunfähigkeiten *noch* kein Hausarzt- oder Psychiaterbericht vorliegt.

Dennoch kann man insgesamt davon ausgehen, dass Versicherte, die ausschliesslich oder zusätzlich in psychiatrischer Behandlung sind, eher stärker eingeschränkt sind.

Abbildung 79: Vorliegende Hausarzt- und Facharztberichte nach AUF-Dauer (Quartile)



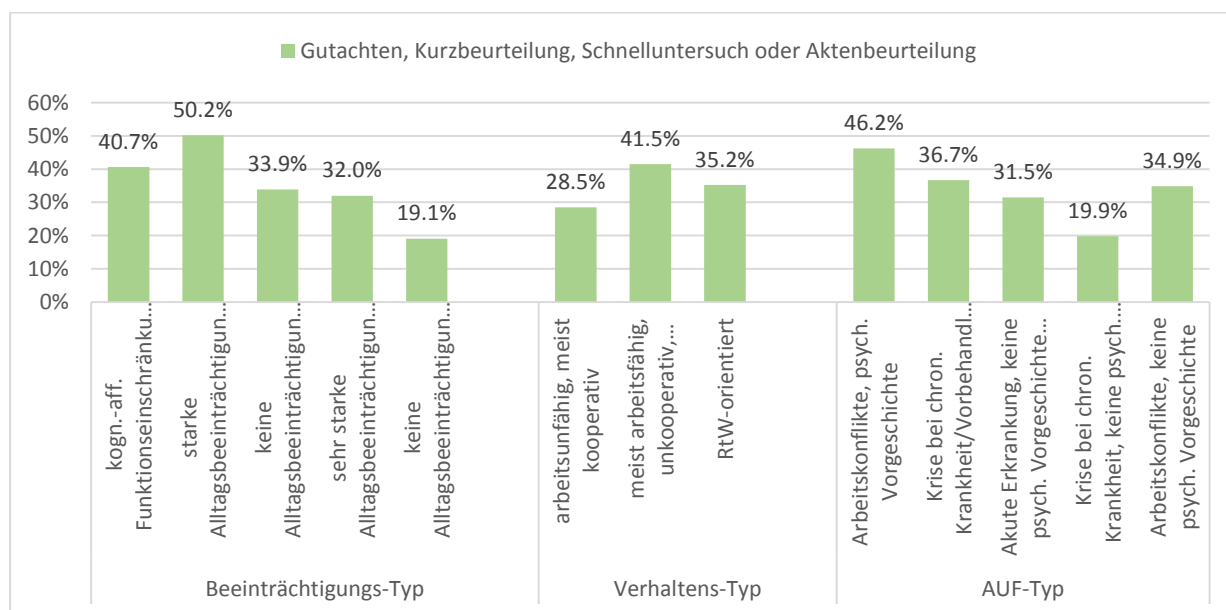
Vergleicht man die – bei rund einem Drittel aller Dossiers vorliegenden – Gutachten, Untersuchungen und Beurteilungen mit dem Beeinträchtigungs-Typ und dem Verhaltens-Typ der Versicherten sowie mit den Arbeitsunfähigkeits-Typen (Abbildung 80), so wird deutlich, dass diese Beurteilungen besonders häufig durchgeführt werden bei Versicherten mit starken Alltagsbeeinträchtigungen, vorbestehenden Gesundheitsproblemen, einem oft chronischen Verlauf sowie Auffälligkeiten in Persönlichkeit und Verhalten.

Beim Beeinträchtigungs-Typ «keine Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionsdefizite dokumentiert» sind Gutachten und andere Untersuchungen, wie schon bei den Hausarzt- und Psychiaterberichten, selten. Dies verdeutlicht nochmals, dass es sich hier teils um Versicherte handelt, die vielleicht solche Einschränkungen haben, aber noch nicht ärztlich gesehen wurden.

Hinsichtlich Verhalten der Versicherten werden solche Beurteilungen vor allem bei übertreibend anmutender Beschwerdepräsentation durchgeführt sowie bei Versicherten, die sich aktiv um den Wiedereinstieg bemühen, aber doch relativ beeinträchtigt wirken.

In Bezug auf die Merkmale der Arbeitsunfähigkeit werden vor allem dann ärztliche Beurteilungen in Auftrag gegeben, wenn es sich um Versicherte handelt mit Arbeitsplatzkonflikten, vorbestehendem Gesundheitsproblem und psychiatrischer Behandlungsgeschichte.

Abbildung 80: Vorliegende Gutachten nach Beeinträchtigung, Verhalten und AUF-Typ



Merkmale der Berichterstattung durch Hausärzte und Psychiater

Es wurden zahlreiche Merkmale der Hausarzt- wie auch der Facharzt- (fast immer Psychiater) Berichte erhoben, jeweils in völlig analoger Kodierung. Die folgende Abbildung zeigt einige erste Merkmale der ärztlichen Behandlung und Berichterstattung (Abbildung 81).

In rund einem Viertel der Fälle hat die ärztliche Behandlung erst maximal einen Monat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit begonnen. Das lässt darauf schliessen, dass ein erheblicher Teil der Versicherten erst dann eine Behandlung aufgesucht hat, als sich ihr Gesundheitszustand respektive ihre Arbeitsplatzproblematik zuspitzte. Das bedeutet auch, dass die behandelnden Ärzte zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit ihre Patientinnen und Patienten noch nicht so gut kennen.

Versicherte in hausärztlicher Behandlung erhalten in rund zwei Drittel eine Medikation, bei den Versicherten in psychiatrischer Behandlung sind es rund drei Viertel. Ob dies mit einer höheren Krankheitsschwere der psychiatrisch behandelten Versicherten zusammenhängt oder mit einem unterschiedlichen Behandlungsregime von Psychiatern und Hausärzten, bleibt unklar. Anzunehmen ist jedoch aufgrund der weiteren Daten, dass die psychiatrisch behandelten Versicherten etwas schwerer und längerdauernder krank sind als die hausärztlich behandelten Patienten.

Trotz der recht häufigen pharmakologischen Behandlung sind Laborberichte eher selten, sowohl bei Hausärzten wie auch bei Psychiatern (rund 15%). Ob dieser Anteil adäquat ist, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen.

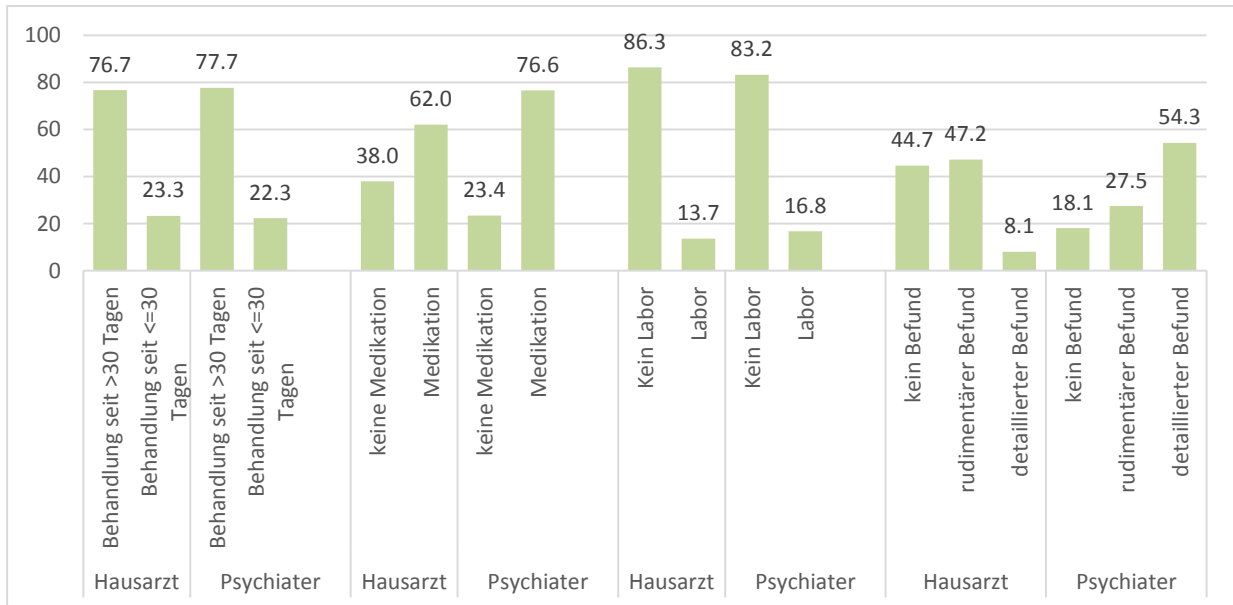
Schliesslich zeigt sich, dass in 45% der Hausarztberichte kein psychiatrischer Befund vorliegt. Wenn ein Befund vorliegt, ist er fast immer rudimentär formuliert. Lediglich bei rund 8% der Versicherten liegt von Seite der Hausärzte ein detaillierter Befund vor.

Hier zeigt sich erwartungsgemäss bei den psychiatrischen Berichten ein anderes Bild: in mehr als 80% der Fälle liegt ein Befund vor, davon mehrheitlich ein detaillierter Befund.

Ein adäquater psychiatrischer Befund ist für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit noch keine ausreichende Bedingung, aber es ist eine Voraussetzung. Im Befund werden die psychopathologischen

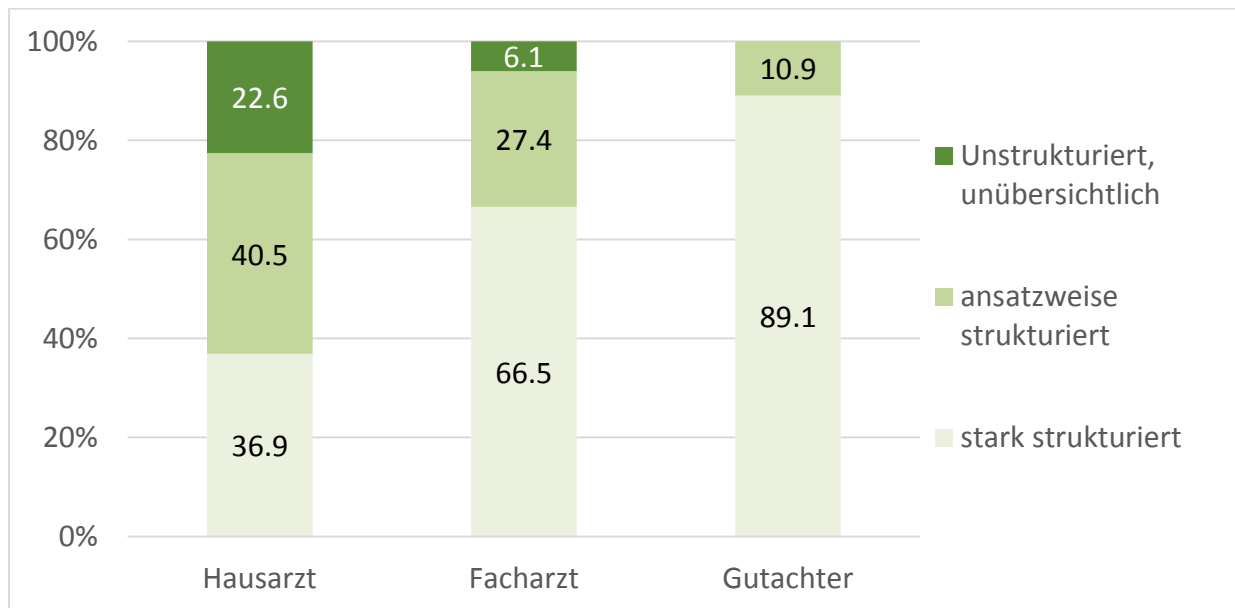
Auffälligkeiten beurteilt (Bewusstsein, Orientierung, Denken, Affektivität, Antrieb, Zwänge, Persönlichkeit etc.). Der psychopathologische Befund (welche Symptome hat der Patient?) wäre an sich die Grundlage für die Formulierung von Funktionseinschränkungen (was kann der Patient nicht tun bei der Arbeit infolge seiner Symptome?).

Abbildung 81: Hausärztliche und psychiatrische Behandlung und Berichterstattung



Weiter wurde auch eingeschätzt (Abbildung 82), wie strukturiert die Behandlerberichte sind («stark strukturiert», «ansatzweise strukturiert» respektive «unstrukturiert / unübersichtlich»). Stark strukturiert sind rund 37% der Hausarztberichte, 66% der Psychiaterberichte und – zum Vergleich – 89% der Gutachterberichte. Unstrukturiert / unübersichtlich sind 23% der Hausarztberichte und 6% der Psychiaterberichte. Die Gutachterberichte sind nie unstrukturiert.

Abbildung 82: Strukturiertheit der ärztlichen Berichte



Dieses formale Resultat ist auch insofern – und zudem für die unten folgenden Resultate interessant, als die Versicherung den Behandelnden und GutachterInnen einen Fragebogen zuschickt, der sehr stark strukturiert ist. Abgefragt werden u.a. Anamnese, Befund, Medikation, Labor, Funktionseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit aktuell und prognostisch in der bisherigen und angepassten Tätigkeit, nötige Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit etc.

Die Analyse der Dossiers zeigt, dass dieser durch die Fragen vorgegebenen Gliederung oft nicht gefolgt wird und dass oft ein Teil der Fragen gar nicht beantwortet wird. Dies ist etwas unbefriedigend, weil die vorgegebenen Fragen nicht nur möglichen Versicherungsinteressen dienen, sondern vor allem für die Planung des Wiedereinstiges wichtig wären.

Ausführlichkeit der ärztlichen Informationen

Wiederum rein formal wurden die Hausarzt-, Psychiater- und Gutachterberichte auf den Umfang der Angaben untersucht. Dabei wurden unter anderem die Länge der Angaben (in Textzeilen) analysiert in Bezug auf:

1. Umfang medizinischer Angaben (ohne Fragen und Formalien)
2. Umfang der Anamnese (Krankheitsgeschichte)
3. Umfang der Angaben zur beruflichen Anamnese respektive zur bisherigen Funktionsfähigkeit.

Die folgende Abbildung 83 gibt eine Übersicht:

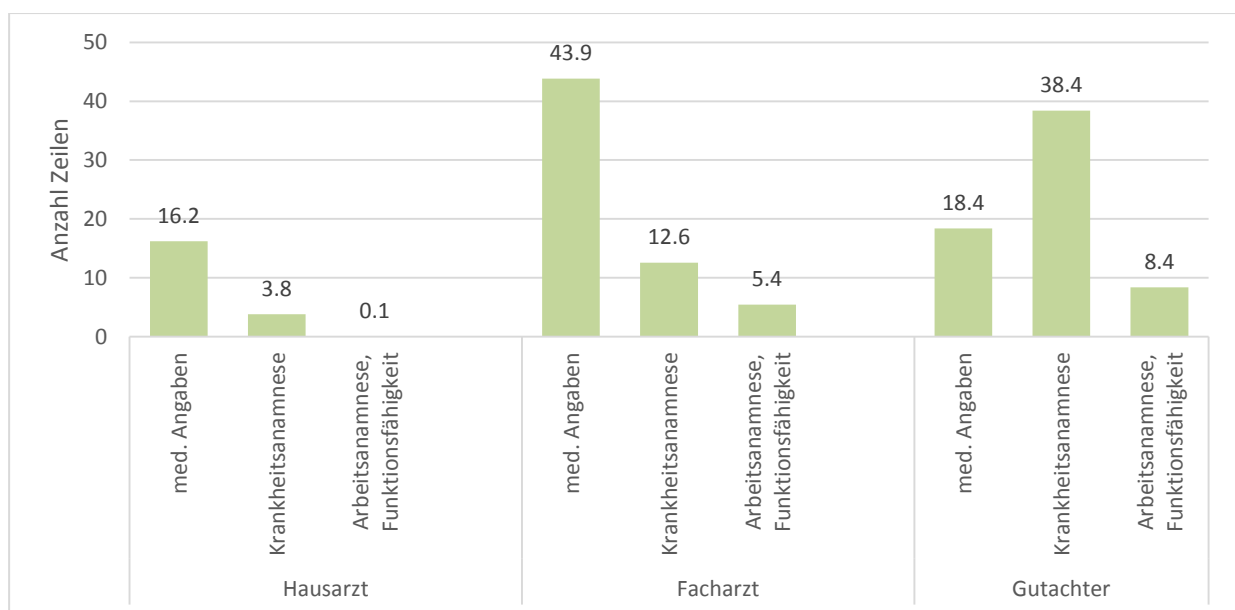
Vergleichsweise kurz sind die hausärztlichen Berichte mit insgesamt durchschnittlich 16 Zeilen zu medizinischen Angaben (ohne Fragen und Formalien). Die psychiatrischen Berichte zuhanden der Versicherung sind fast dreimal so ausführlich mit durchschnittlich 44 Zeilen. Die Gutachterberichte sind demgegenüber leicht knapper mit 38 Zeilen insgesamt.

Anders sieht es teilweise bei der Ausführlichkeit der Krankheitsanamnese aus: Diese ist in Hausarztberichten in durchschnittlich knapp 4 Zeilen geschildert, in Psychiaterberichten in rund 13 Zeilen und in Gutachterberichten deutlich umfangreicher (38 Zeilen).

Die Arbeitsanamnese respektive Hinweise zur bisherigen beruflichen Funktionsfähigkeit sind in Hausarztberichten nahezu inexistent: Pro Bericht gibt es hierzu 0.1 Zeilen, anders ausgedrückt in jedem 10. Hausarztbericht 1 Zeile. In den psychiatrischen Berichten sind es pro Bericht rund 5 Zeilen und in Gutachten rund 8 Zeilen. Betrachtet man, in wie vielen Berichten die Arbeitsanamnese überhaupt erwähnt wird (wie knapp auch immer), liegen die Anteile bei den Hausärzten bei 16% und bei den Psychiatern bei 29%.

Angesichts des oben mehrfach dargestellten Resultates, dass ein grosser Teil der arbeitsunfähigen Versicherten schon bei früheren Arbeitsstellen oder gar in der Schulzeit oder noch früher Zeit erstmals erkrankt ist, ist es bemerkenswert, dass die Krankheitsanamnese und erst Recht die Arbeitsanamnese kaum gewürdigt wird.

Abbildung 83: Ausführlichkeit der med. Berichte (Anzahl Zeilen; inkl. Gutachten)



Aus rein medizinisch / psychiatrischer Sicht ist die Krankheitsanamnese natürlich von grosser Bedeutung. Dies spiegelt sich in der Ausführlichkeit in den Berichten der behandelnden und begutachtenden Psychiater. Aber für die *Beurteilung der Arbeitsfähigkeit* wäre eine ausreichende Beschreibung der Arbeitsanamnese von ebenso grosser Bedeutung. Viele Versicherte / Patienten hatten an früheren Arbeitsstellen schon Probleme oder Auffälligkeiten. An gewissen Arbeitsstellen zeigten sie ein besseres Funktionsniveau, an anderen ein schlechteres. Vielleicht kam es früher schon zu (langen) Arbeitsunfähigkeiten und vielleicht zeigt sich auch ein Muster – zum Beispiel bei Versicherten / PatientInnen, die sich bei Arbeitsproblemen typischerweise krankschrieben liessen (im Sinne einer Bewältigungsstrategie) – aus dem Schlussfolgerungen für die aktuelle Situation ziehen liessen.

Dass die Arbeitsanamnese kaum beschrieben ist, weist darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeit fast immer ausschliesslich aufgrund der aktuellen Situation beurteilt wird. Medizinisch und sozialversicherungsrechtlich mag dies formal unproblematisch sein. Der Fragenkatalog der Versicherungen enthält auch gar keine expliziten Fragen zur Arbeitsanamnese. Arbeitsunfähigkeit hat jedoch normalerweise eine Geschichte. Diese zu kennen, wäre oft entscheidend für eine fundierte Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wie auch zur Planung allfälliger Wiedereingliederungsmassnahmen.

Wenn man die Arbeitsunfähigkeiten verkürzen will, dann müssen solche Informationen in den Berichten vorhanden sein.

Einschränkend ist festzuhalten, dass wie oben gezeigt, ein erheblicher Teil der hausärztlichen und psychiatrischen AUF-Zeugnisse ausgestellt werden für PatientInnen, die erst seit maximal 30 Tagen vor der AUF-Attestierung gesehen wurden. In dieser kurzen Zeitspanne ist es oft nicht möglich, die Arbeitsanamnese genauer zu erheben.

Dennoch kann man sich fragen, ob es nicht sinnvoll wäre, bei neuen Patienten, die mit einer Arbeitsproblematik eine Behandlung aufsuchen – oft mit einem Wunsch nach Krankschreibung – die Arbeitsanamnese in einem Gespräch gezielt durchzugehen, bevor ein AUF-Attest ausgestellt wird. Dass dies nur sehr selten gemacht wird, deutet womöglich darauf hin, dass AUF-Zeugnisse nicht als relevanter Teil der Behandlung angesehen werden. Womöglich ist den Behandelnden nicht immer bewusst, dass Arbeitsunfähigkeiten auch schaden können. Hier wäre zu diskutieren, ob das Ausstellen von AUF-Zeugnissen möglicherweise ein – auch therapeutisch wichtiges – Signal ist: Im Sinne von 'dem Patienten etwas zutrauen' oder eben nicht.

Zusätzlich zur Beurteilung ihrer Ausführlichkeit (Anzahl Zeilen) wurden die Berichte von Hausärzten, Psychiatern und Gutachtern auch in Bezug auf ihren Informationsgehalt zur beruflichen Anamnese respektive früheren beruflichen Funktionsfähigkeit eingeschätzt:

Informationen liegen vor *detailliert* bei 2%, *rudimentär* bei 14% respektive *gar nicht* vor bei 84% der Hausarztberichte. Bei den psychiatrischen Berichten betragen die Anteile 6%, 22% respektive 82% und bei den Gutachtern 17%, 32% respektive 51%.

Befunderhebung und -beurteilung

Ein wichtiger Teil der medizinischen Beurteilung ist der Befund. Bei psychischen Störungen gehören hier die Beurteilung der psychopathologischen Kategorien wie Orientierung, Denken, Gedächtnis, Wahrnehmung, Antrieb, Affektivität etc. dazu. Der Befund stützt sich zwar auch auf die Aussagen der Patienten, geht aber als Beurteilung darüber hinaus. Oben wurde dargestellt, dass bei fast der Hälfte der Hausarztberichte kein Befund vorliegt, hingegen bei rund 80% der Psychiaterberichte.

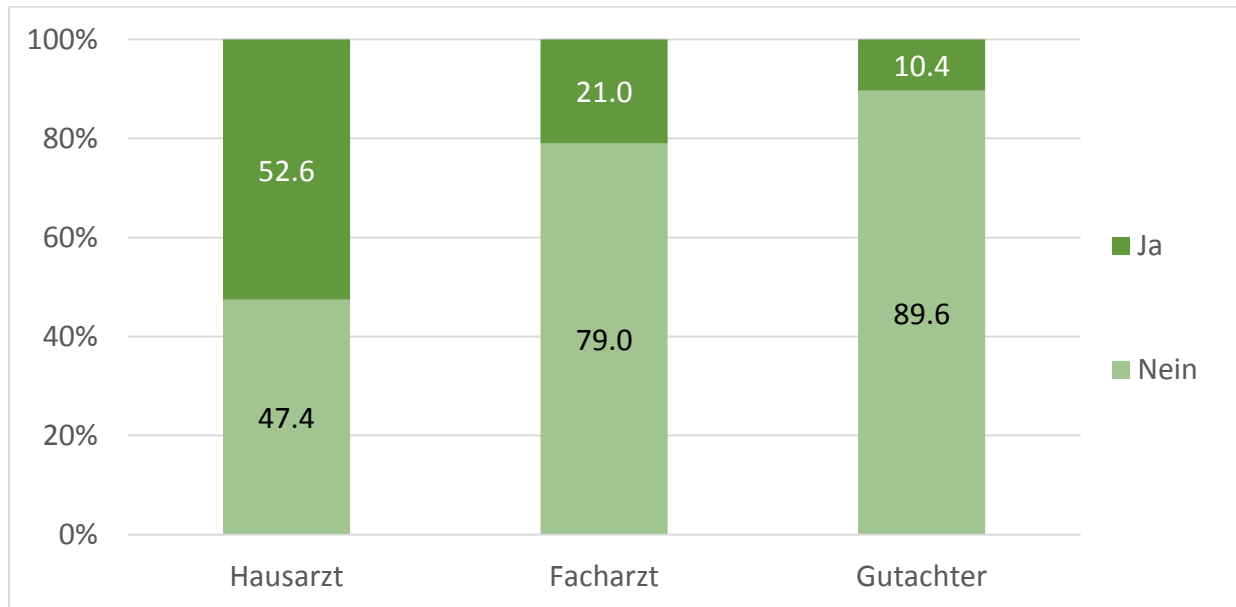
Weiter wurde hier auch untersucht, ob sich die medizinischen Befunde (Beurteilungen) im Bericht insgesamt «nur» auf die Angaben der Patienten stützen (Abbildung 84) oder darüber hinaus gehen.

In über der Hälfte der Hausarztberichte stützt sich der Befund ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Patienten. Bei den psychiatrischen Berichten ist dies bei rund einem Fünftel der Fall und bei den Gutachten noch in einem von 10 Berichten. Damit liegen bei rund der Hälfte der hausärztlichen Berichterstattungen keine vollständigen respektive aussagekräftigen Befunde vor.

Die Angaben der PatientInnen können vollumfänglich zutreffen, sie können aber auch etwas verzerrt sein infolge der Erkrankung, der Befindlichkeit, der Beschwerdepräsentation etc. Deshalb sollten angegebene Beschwerden durch gezielte Fragen / Exploration oder -wo sinnvoll und möglich- durch Leistungsüberprüfungen verifiziert werden. Auch die Beobachtung des Verhaltens, der Aufmerksamkeit etc. im Gespräch oder die Erhebung des aktuellen Tagesablaufes sowie das Einholen von Informationen Dritter kann die subjektiven Aussagen der Patienten besser einordnen. Eine Beurteilung, die sich lediglich auf die Patientenangaben stützt, ist keine ärztliche Beurteilung und damit auch nur bedingt verlässlich.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden jegliche Hinweise, dass die Aussagen der Patienten vom berichterstattenden Arzt reflektiert, bestätigt oder relativiert wurden, als Beleg genommen, dass die Beurteilung nicht ausschliesslich auf den Patientenangaben beruhen.

Abbildung 84: Befunderhebung aufgrund subjektiver Angaben

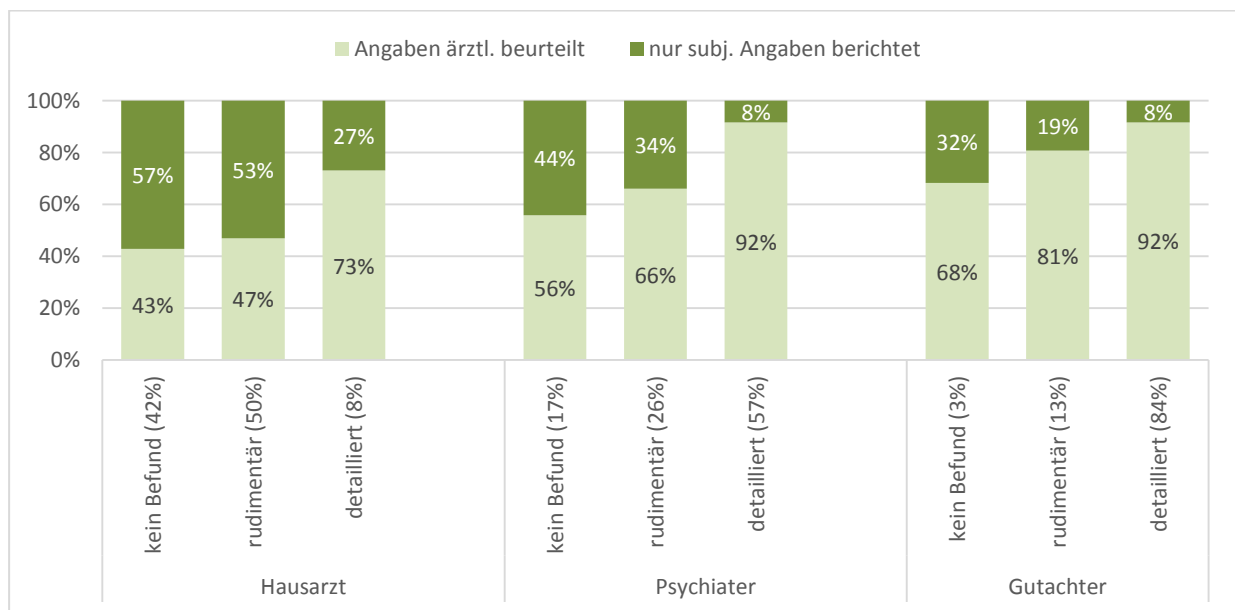


Die Merkmale, a) ob und wie detailliert ein expliziter psychopathologischer Befund vorliegt und b) ob insgesamt im Arztbericht eine medizinische Beurteilung stattfindet oder lediglich die Angaben der Patienten referiert werden, zeigen einen Zusammenhang (Abbildung 85): Je detaillierter der psychopathologische Befund, desto geringer der Anteil der Berichte, die sich ausschliesslich auf subjektive Angaben stützen.

Liegt bei Hausärzten kein oder nur ein rudimentärer psychopathologischer Befund vor, so werden in Berichterstattung insgesamt in mehr als der Hälfte der Fälle die Patientenangaben referiert. Liegt hingegen ein detaillierter Befund vor, so ist dies nur bei einem Viertel der Fall.

Bei Berichten von Psychiatern und Gutachtern enthält der Bericht beim Vorhandensein eines expliziten psychopathologischen Befundes meistens bis fast immer auch eine Beurteilung statt lediglich eine Wiedergabe der Patientenauskünfte.

Abbildung 85: Befunderhebung und Beurteilung der Patientenangaben im Bericht



Bei der Befunderhebung / Beurteilung insgesamt spielen Informationen von Dritten eine wichtige Rolle, beispielsweise Auskünfte anderer Ärzte, vom Partner vom Arbeitgeber etc. Die folgende Abbildung 86 zeigt, wie häufig solche Drittinformationen in den Berichten erwähnt werden.

In Hausarztberichten werden Drittinformationen sehr selten erwähnt: In 11% der Hausarztberichte werden «andere» Dritte erwähnt (das heisst andere als der Arbeitgeber), wohl nahezu immer andere Arztberichte. Nur in rund 1 von 11 Fällen liegen dem Hausarzt Informationen des Arbeitgebers vor.

Bei den Psychiaterberichten sieht dies nur leicht anders aus: Informationen von «anderen» Dritten liegen in 11.5% der Fälle vor, Auskünfte von Arbeitgebern in rund 5% der Berichte.

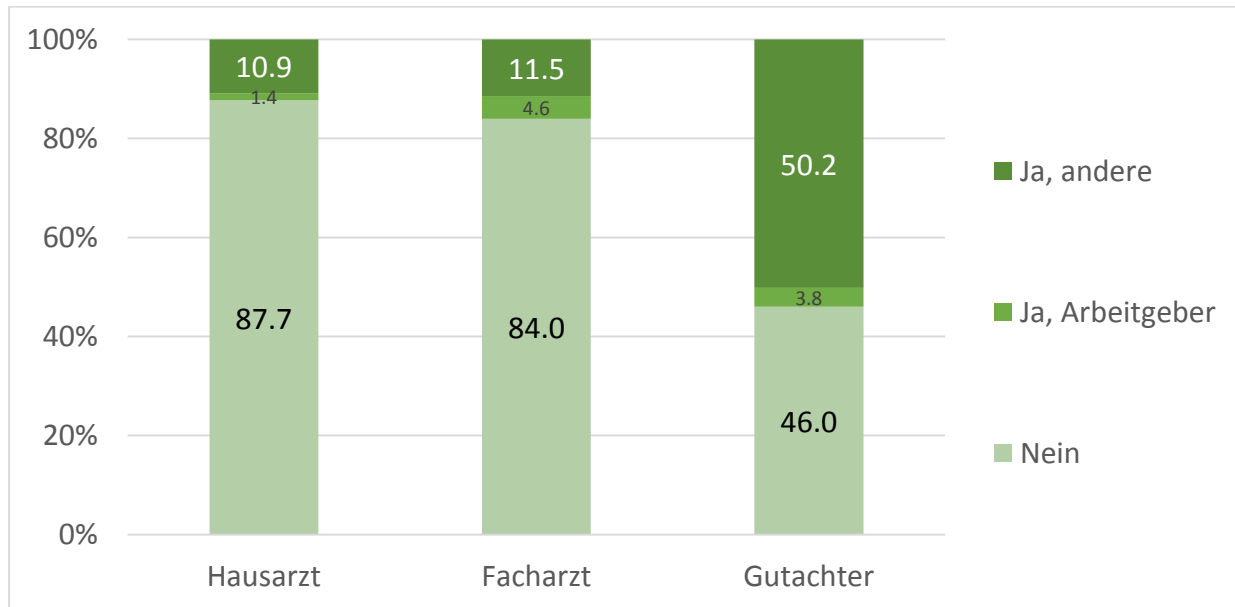
Bei den Gutachterberichten liegen zwar in der Hälfte der Berichte Auskünfte von «anderen» (Ärzten) vor, aber auch fast nie Auskünfte von Arbeitgebern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass – in Bezug auf die Arbeitsplatzsituation – praktisch ausschliesslich Informationen der Patienten vorliegen. Aus rein ärztlicher Sicht ist nachvollziehbar – gerade bei Hausärzten mit eng getakteten Patientenkonsultationen – dass Informationen von Arbeitgebern nicht oder kaum eingeholt werden. Dazu trägt sicher auch das Tarifsystem (Tarmed) bei, welches Leistungen in Abwesenheit der Patienten stark limitiert. Mit Blick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, und nur darum geht es in den vorliegenden Arztberichten, sind die fehlenden Arbeitgeberinformationen jedoch problematisch.

Zum einen fehlen damit je nachdem auch ausreichende Kenntnisse über die bestehenden Arbeitsanforderungen und -belastungen, mit denen die Patienten konfrontiert sind. Zum anderen fehlt die Wahrnehmung von Leistung und Verhalten aus Arbeitgebersicht. Weiter fehlen auch Informationen, ob beispielsweise der Erhalt der Arbeitsstelle gefährdet ist etc. Bedenkt man, wie häufig die vorliegenden Arbeitsunfähigkeiten eine Reaktion auf Arbeitsplatzkonflikte sind, ist das Fehlen der Arbeitgebereinschätzung besonders 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 an sich nicht nur für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wesentlich, sondern auch für die Behandlung hilfreich. Die Kenntnis der Arbeitgebersicht hätte womöglich auch Auswirkungen auf Therapieziele und –vorgehen.

Abbildung 86: Einbezug von Informationen Dritter



Funktionseinschränkungen

Arbeitsunfähigkeit wird begründet durch krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen. Krankheitssymptome sind selbstverständlich relevant, begründen aber per se noch keine Arbeitsunfähigkeit: rund 70% der Personen mit psychischen Erkrankungen sind erwerbstätig und am Arbeitsplatz präsent. Psychiatrische Symptome bedeuten deshalb nicht a priori, dass eine Person nicht arbeitsfähig ist oder sein kann.

Die folgende Abbildung 87 zeigt, wie häufig von Hausärzten, Psychiatern und Gutachtern krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen dokumentiert werden. Erfasst wurden hier 4 Bereiche von Funktionseinschränkungen: körperliche, kognitive/mentale, affektive/emotionale sowie interaktionelle Einschränkungen. Jeweils konnte mit «0=nicht vorhanden», «1=vorhanden, geringfügig» und «2=vorhanden, relevant» geantwortet werden. Dies ergibt im Maximum einen Score von 8 (in allen 4 Bereichen relevante Defizite), im Minimum einen Score von 0 (in keinem Bereich ein Defizit vorhanden).

In den Hausarztberichten ist in der Mehrheit der Fälle keine Funktionseinschränkung explizit genannt (53% der Berichte). Bei den psychiatrischen und gutachterlichen Berichten sind es mit 24 bis 30% weniger Fälle, aber in gleicher Grössenordnung.

1-2 Funktionseinschränkungen sind bei den Hausärzten bei rund 40% der Berichte explizit erwähnt, bei den Psychiatern und Gutachtern sind es zwischen 43 und rund 50%.

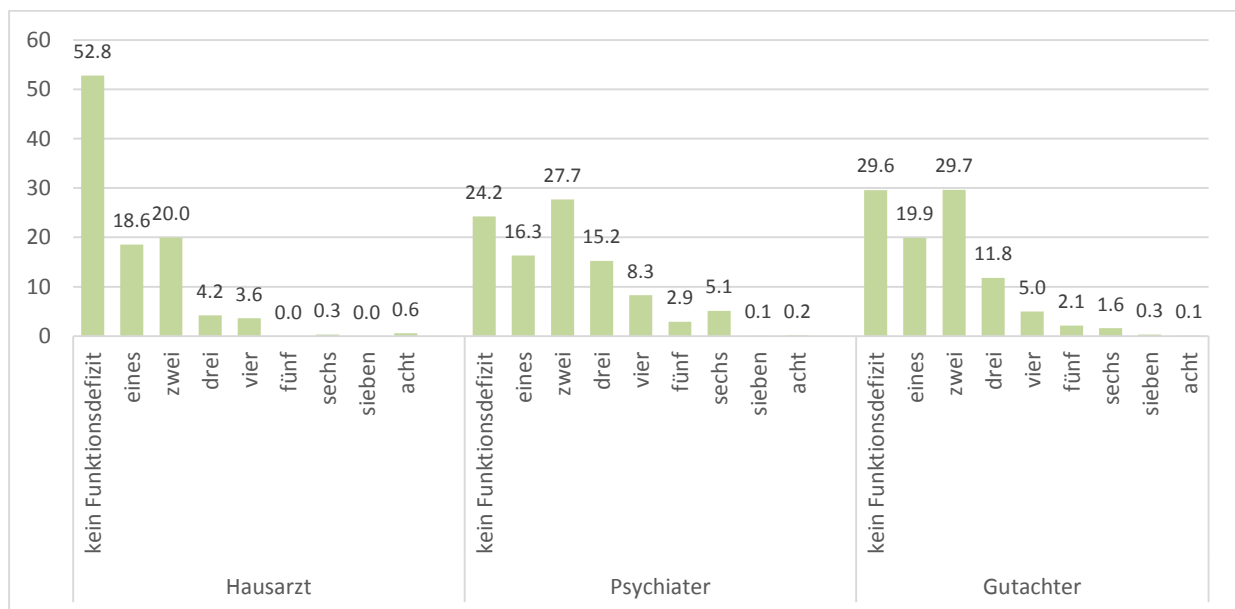
Insgesamt fällt auf, dass nur relativ selten ein Score von 3 und mehr erzielt wird. Dies heisst, dass die hier erfassten Versicherten selten 3 geringfügige (3 mal 1) oder 1 relevantes und 1 geringfügiges Funktionsdefizit (2 plus 1) aufweisen. Bei den Hausarztpatienten sind dies lediglich etwa 9%, bei den

psychiatrischen Patienten immerhin rund 30% und bei den gutachterlich Untersuchten etwas über 20%.

Hierbei sei daran erinnert, dass Hausärzte, Psychiater und Gutachter nur zu einem geringen Teil als Mehrfachdiagnostik dieselben Versicherten beurteilt haben. Insofern bleibt unklar, ob Psychiater und Gutachter denselben Versicherten effektiv anders beurteilt hätten als die Hausärzte. Auf der anderen Seite handelt es sich hier immer um Versicherte, die arbeitsunfähig geschrieben worden sind. Bei den hausärztlich behandelten Patienten bleibt demnach in etwas mehr als der Hälfte der Fälle unklar, warum sie nicht arbeiten können – bei den Psychiatern in einem Viertel der Fälle und bei den Gutachtern in 30% der Fälle.

Schliesslich bleibt unklar, ob bei den Versicherten, bei denen keine Funktionseinschränkungen genannt werden, effektiv auch keine vorhanden sind. Da wir auch die Alltagsbeeinträchtigungen erfasst haben (aber auch diese sind nicht immer dokumentiert), lässt sich dies nur als untere Grenze abschätzen.

Abbildung 87: Funktionseinschränkungen in HA-, FA- und GA-Berichten (Prozent)

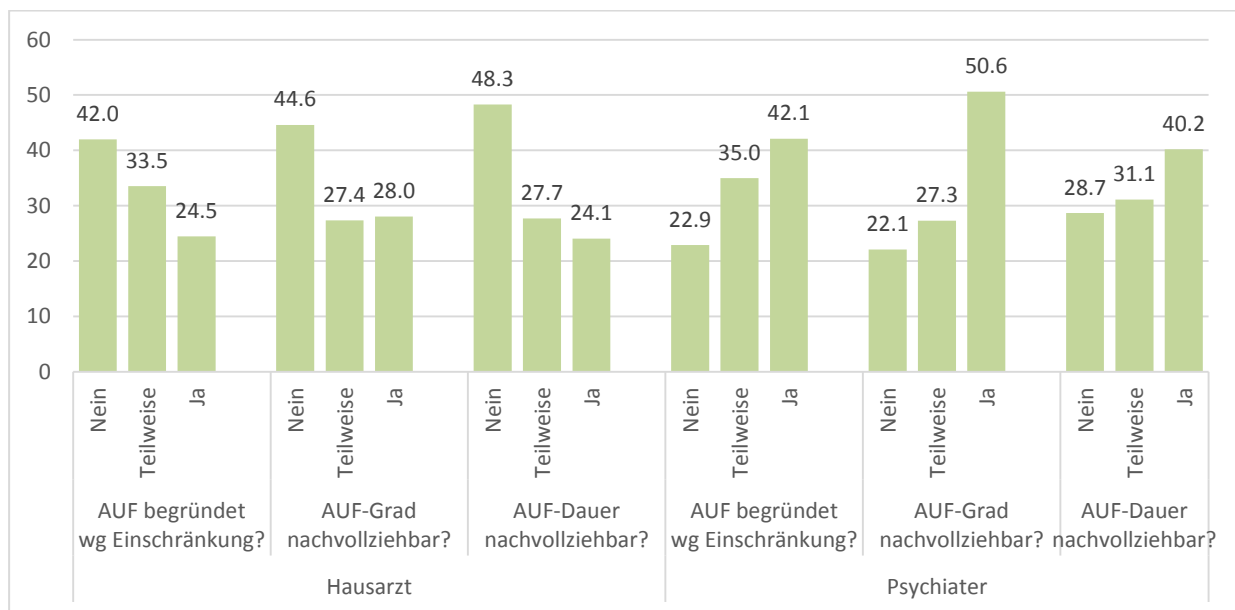


Eine mögliche Konsequenz der oft fehlenden Nennung von Funktionseinschränkungen liegt darin, dass die Arbeitsunfähigkeit nur bedingt nachvollziehbar ist (Abbildung 88).

Bei den Versicherten mit hausärztlicher Berichterstattung ist lediglich bei rund einem Viertel der Fälle die Arbeitsunfähigkeit klar («Ja») begründet aufgrund der Einschränkungen, bei einem weiteren Drittel ist sie «Teilweise» begründet. In etwa dasselbe Bild zeigt sich bei der Nachvollziehbarkeit von AUF-Grad sowie AUF-Dauer.

Bei den Versicherten mit psychiatrischer Berichterstattung sind die Verhältnisse nahezu umgekehrt: Nur jeweils rund ein Viertel der Arbeitsunfähigkeiten sind nicht durch Einschränkungen respektive haben einen nicht nachvollziehbaren AUF-Grad und –Dauer. Dies hängt zum Teil damit zusammen, dass die psychiatrisch behandelten Patienten insgesamt schwerer krank und beeinträchtigt wirken. Aber es hängt auch damit zusammen, dass Psychiater häufiger Funktionseinschränkungen benennen.

Abbildung 88: Nachvollziehbarkeit von Grad/Dauer der AUF aufgrund der Einschränkungen

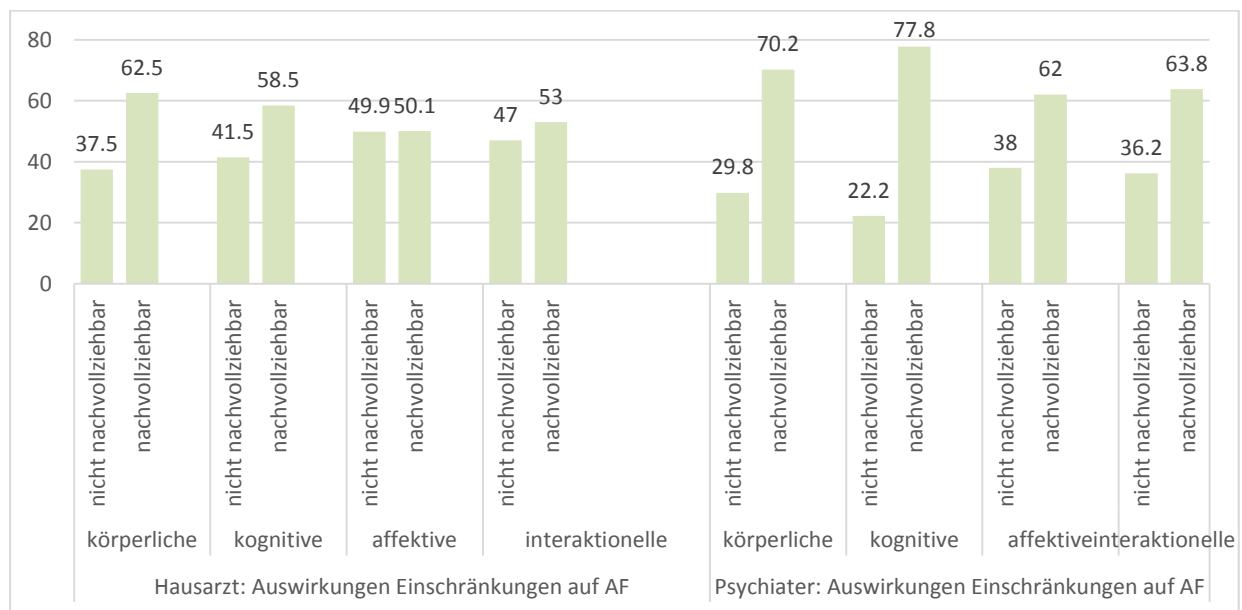


Ein wesentlicher Grund für die teils fehlende Nachvollziehbarkeit von Grad/Dauer der Arbeitsunfähigkeit liegt in der mangelnden Begründung, wie sich die genannten Funktionseinschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Abbildung 89). Als «nicht nachvollziehbar» wurden Einschränkungen zum Beispiel dann bewertet, wenn diese schon lange vorliegen, bisher aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten und auch nicht begründet wird, warum sie nun die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

Die in den Hausarztberichten genannten Funktionseinschränkungen wurden in rund einem Drittel (37.5%) bis der Hälfte (50%) der Fälle als nicht nachvollziehbar bewertet. Dies betrifft mehrheitlich die von den Hausärzten genannten geringfügigen Einschränkungen. Die genannten schweren Einschränkungen wurden meist als nachvollziehbar gewertet.

Die in den Psychiaterberichten genannten Funktionseinschränkungen wurden in rund einem Fünftel (22.2%) bis einem Drittel (38%) der Fälle als nicht nachvollziehbar bewertet. Auch hier sind es wiederum die zwar genannten, aber geringfügigen Einschränkungen, bei denen nicht nachvollziehbar ist, wie sie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.

Abbildung 89: Nachvollziehbarkeit der Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf die AF



Hinweise für den Wiedereinstieg

Der Fragebogen an die behandelnden Ärzte beinhaltet zudem auch einige Fragen, die aus rehabilitativer Sicht wichtig sind. Zum Beispiel ob die Funktionseinschränkungen besserungsfähig sind und ob Massnahmen nötig sind (Abbildung 90).

In sämtlichen Berichten – sowohl von Hausärzten wie auch von Psychiatern – werden jeweils in rund 40-50% der Fälle keine medizinischen oder beruflichen Massnahmen erwähnt, und es wird auch nicht erwähnt, ob die Einschränkungen besserungsfähig sind. Fast nie werden private Massnahmen erwähnt, welche zu einer verbesserten Arbeitsfähigkeit beitragen könnten.

Dies, obwohl doch bei einem relevanten Teil der Versicherten private Probleme oder Belastungen erwähnt werden. 28.3% aller psychisch kranken Versicherten haben Belastungen im Privatleben, die für die Arbeitsunfähigkeit als (mit)auslösend geschildert werden: Konflikte mit Partnerin/Partner (12.7%), Probleme mit den Kindern (4.8%), Todesfall/Erkrankung/Unfall im familiären Umfeld (9.4%), Konflikte mit der Verwandtschaft (5.4%), Schulden (4.8%) oder Probleme im Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus (1%) sowie mit Behörden/Polizei/Justiz (0.8%).

In den Hausarztberichten wird eine Betterungsfähigkeit und werden dazu nötige Massnahmen kaum je detailliert geschildert. Bei den Psychiaterberichten liegen – mit Ausnahme allfälliger privater Massnahmen - doch in rund 15-25% der Fälle detaillierte Informationen vor.

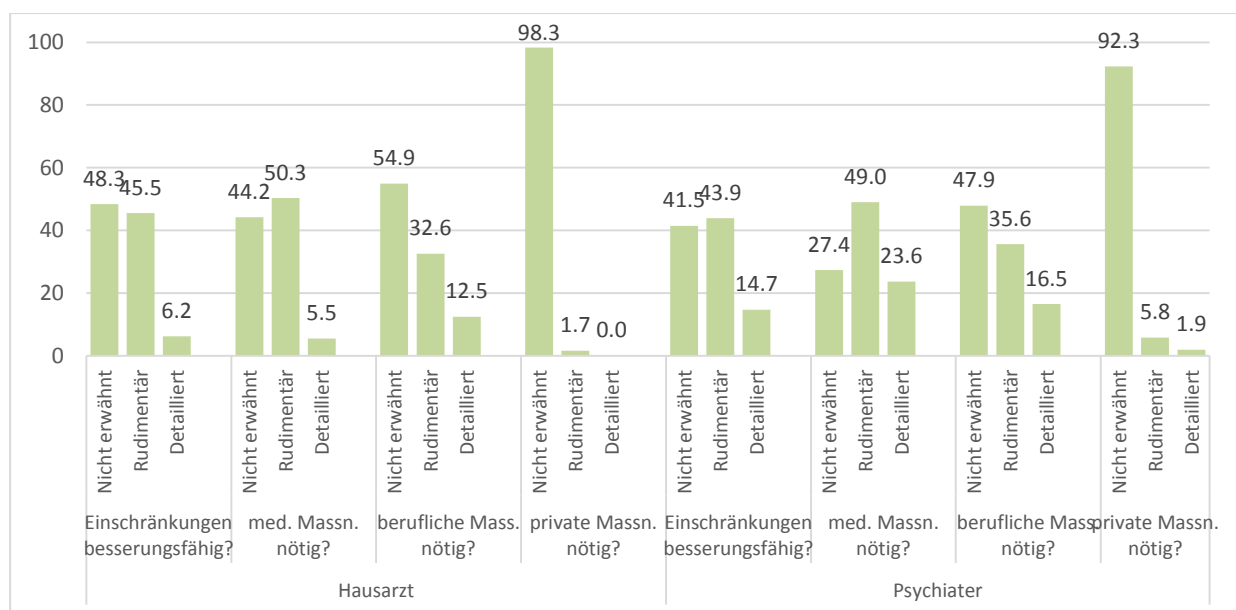
Insgesamt liegen jedoch in einem Drittel bis der Hälfte der Berichte Hinweise in rudimentärer Form vor bezüglich Betterungsfähigkeit der Einschränkungen und nötigen medizinischen sowie beruflichen Massnahmen. Als «berufliche Massnahme» wurde hier auch schon gewertet, wenn eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit empfohlen wurde.

Aus rehabilitativer Sicht sind solche Hinweise relevant. Ob die Einschränkungen besserungsfähig sind, bestimmt letztlich auch die rehabilitative Strategie: Wenn sie besserungsfähig sind, würde man vielleicht versuchen, eine Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit und Pensum anzustreben. Wenn die Defizite nicht besserungsfähig, sondern als bleibend angesehen werden, würde man vielleicht Anpassungen der aktuellen Tätigkeit oder gar eine neue Tätigkeit anstreben. Wenn zudem relevante

private Belastungen vorliegen, die auch die aktuelle Arbeitsunfähigkeit ausgelöst haben, könnte man beispielsweise mit einem Care Management versuchen, hier unterstützend respektive entlastend zu wirken – viele Taggeldversicherungen offerieren, in unterschiedlichem Ausmass, solche Unterstützungsleistungen. Die behandelnden Ärzte wissen über solche Belastungsfaktoren grundsätzlich am besten Bescheid. Entsprechende Informationen könnten zu einem gezielteren Vorgehen beitragen.

Dass solche Informationen meist nicht detailliert genannt werden, hängt womöglich auch damit zusammen, dass die Behandler die Bedeutung einer Arbeitsunfähigkeit respektive die Unterstützungsmöglichkeiten der Versicherungen unterschätzen oder gar fehleinschätzen («Versicherungen benötigen solche Informationen nicht» o.ä.).

Abbildung 90: Aussagen über Besserungsfähigkeit der Einschränkungen und nötige Massnahmen



Zu den wichtigen rehabilitativen Informationen gehört auch die Diskussion einer möglichen Teil-Arbeitsunfähigkeit. Ein zumindest teilzeitiger Verbleib am Arbeitsplatz kann für den Wiedereinstieg sehr hilfreich sein, weil die Versicherten den Kontakt zum Arbeitsplatz erhalten können und weil damit das Risiko reduziert wird, dass die Versicherten zuhause 'abtauchen' und sich einen Wiedereinstieg je länger desto weniger vorstellen können, z.B. infolge von zunehmenden Befürchtungen etc.

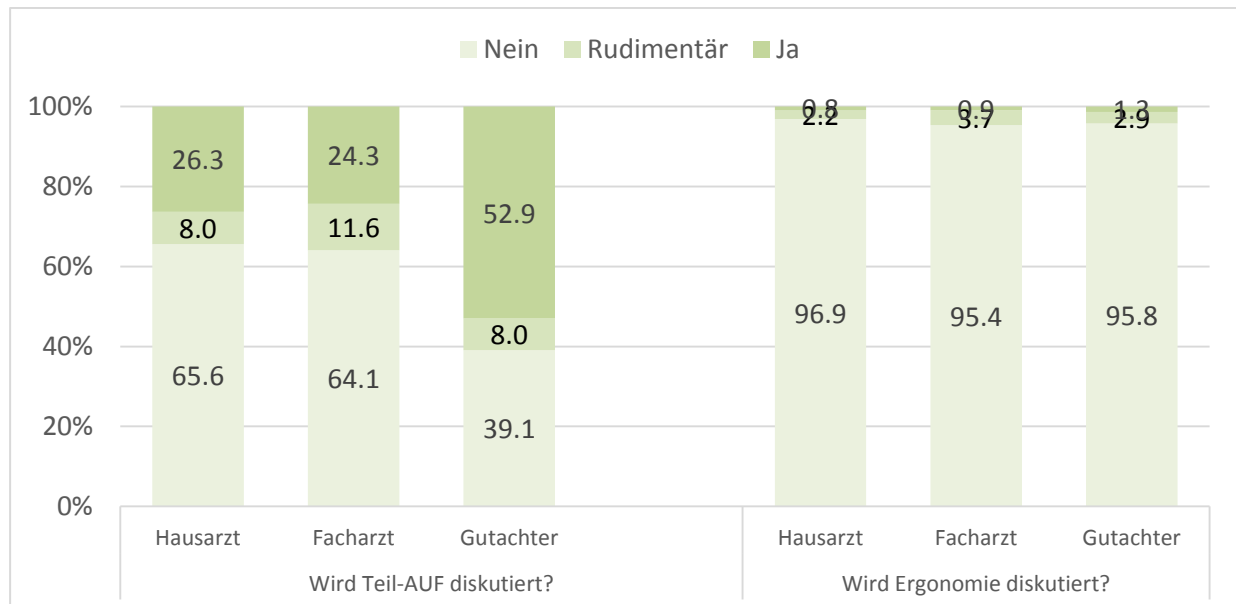
Eine Teilzeit-Arbeitsfähigkeit wird jedoch insgesamt von Hausärzten und Psychiatern eher selten attestiert (Abbildung 91):

In jeweils rund einem Viertel der Fälle wird von Hausärzten respektive Psychiatern *im Verlauf der gesamten Krankschreibung* eine teilweise Arbeitsfähigkeit detailliert überlegt (zu Beginn handelt es sich praktisch immer um eine Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit). Insgesamt wird in all diesen Fällen zu rund zwei Dritteln die Thematik einer Teilarbeitsfähigkeit gar nie angesprochen.

In den gutachterlichen Berichten sieht dies anders aus: In etwas mehr als der Hälfte aller begutachteten Fälle wird eine Teilarbeitsfähigkeit besprochen. Dass dies von Seiten der Behandelnden zu Beginn fast gar nie und im weiteren Verlauf wie hier dargestellt auch eher selten gemacht wird, hängt mit der Schwere der Beeinträchtigung zusammen – aber anders als man vermuten würde: Bei Versicherten mit schwereren Beeinträchtigungen wird häufiger eine Teilarbeitsfähigkeit besprochen

als bei Versicherten mit leichteren Einschränkungen. Dies liegt womöglich daran, dass bei kooperativen, arbeitswilligen Personen eher Teilarbeitsfähigkeiten diskutiert werden – auch wenn sie relativ eingeschränkt sind. Bei Versicherten, die zwar vielleicht teilarbeitsfähig wären, sich aber wenig kooperativ geben, wird eine Teilarbeitsfähigkeit in den Arztberichten seltener erörtert.

Abbildung 91: Diskussion von Teilarbeitsfähigkeit / Arbeitsressourcen und Ergonomie



Oft wäre ein schrittweiser Wiedereinstieg in die Arbeit möglich, wenn (vorübergehend) gewisse Anpassungen der Tätigkeit – zum Beispiel vorübergehend kein Kundenkontakt - oder der Rahmenbedingungen – zum Beispiel späterer Arbeitsbeginn wegen depressionsbedingtem Morgentief – vorgenommen würden. Voraussetzung wären entsprechende ärztliche Informationen im Bericht. Solche Informationen sind jedoch nahezu inexistent.

Lediglich in 5% der Arztberichte werden (rudimentär) solche Überlegungen angestellt. Dabei spielt es keine Bedeutung, ob es sich um einen hausärztlichen, psychiatrischen oder gutachterlichen Bericht handelt. Während bei körperlichen Einschränkungen ergonomische Anpassungen (keine schweren Lasten heben, wechselbelastete Tätigkeit etc.) selbstverständlich sind, sind diese bei psychischen Einschränkungen kaum ein Thema. Hier liegt ein Potential, nicht zuletzt für vermehrte Teilzeit-Arbeitsunfähigkeiten.

Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und Prognose

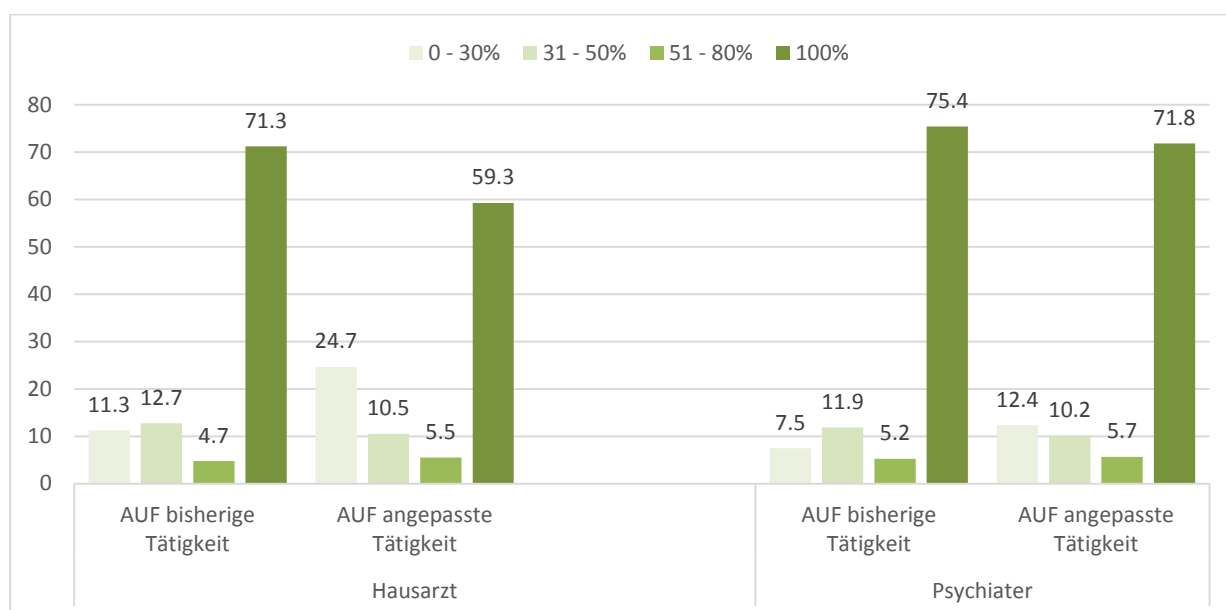
Das Fehlen von Informationen über unterstützende Anpassungen am Arbeitsplatz hat womöglich auch Konsequenzen auf die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der «bisherigen» respektive einer «angepassten» Tätigkeit (Abbildung 92).

Während es sich bei den Arbeitsunfähigkeiten zu Beginn fast immer um Vollzeit-Arbeitsunfähigkeiten handelt, werden diese im weiteren Verlauf in den Arztberichten angepasst, wobei hier in der «bisherigen» Tätigkeit noch in je rund drei Viertel aller Fälle von einer 100%-Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wird (zur Erinnerung: Arztberichte liegen je nach Fall und vertraglichen Vereinbarungen mit den versicherten Unternehmen erst Wochen bis Monate nach Start der AUF vor).

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wird diese in Hausarztberichten noch in knapp 60% aller Fälle als Vollzeit-AUF beurteilt. Dafür steigt der Anteil der gar nicht oder nur sehr geringen (0-30% AUF) Arbeitsunfähigkeiten von 11% auf rund 25%. In Hausarztberichten wird demnach ein gewisser Unterschied gemacht zwischen «bisheriger» und «angepasster» Tätigkeit.

Dies ist in den psychiatrischen Berichten kaum der Fall: Der Anteil der Vollzeit-Arbeitsunfähigen unterscheidet sich kaum nach «bisheriger» (75%) oder «angepasster» (72%) Tätigkeit. Dieser Unterschied zwischen hausärztlicher und psychiatrischer Beurteilung der AUF in bisherigen/angepassten Tätigkeiten hat zum einen mit der etwas unterschiedlichen Klientel zu tun, zum anderen wahrscheinlich aber auch mit einem mangelnden Bewusstsein für die Bedeutung eines «angepassten» Arbeitsplatzes respektive für die Bedeutungen von Arbeitsplatzanpassungen (Ergonomie) generell.

Abbildung 92: AUF-Beurteilung in bisheriger und angepasster Tätigkeit durch HA und FA



Die folgende Abbildung 93 verdeutlicht, dass «angepasste» Tätigkeiten von den Ärzten lediglich dann separat beurteilt werden, wenn es sich bei der Krankschreibung um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit handelt:

Handelt es sich um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit, so macht es bei den Hausärzten einen grossen Unterschied, wie sie die AUF in «bisheriger» (durchschnittliche AUF von 88%) und «angepasster» (durchschnittliche AUF von 58%) Tätigkeit beurteilen.

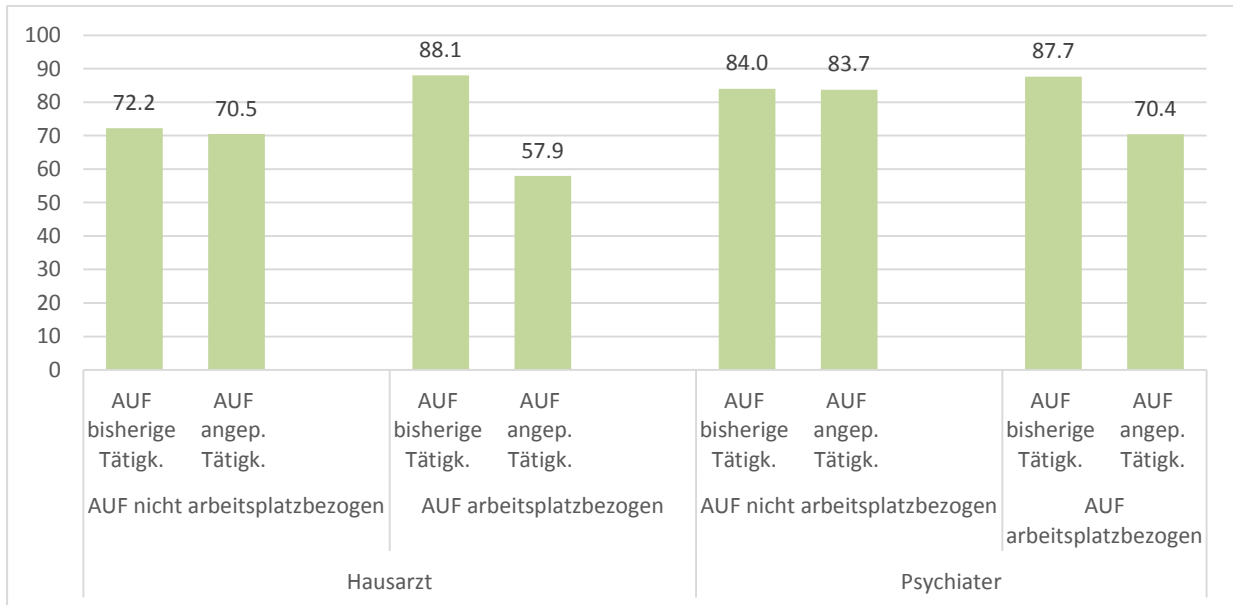
Auch bei den Psychiatern reduziert sich bei den arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeiten die durchschnittliche AUF von 88% (bisherig) auf 70% (angepasst).

Handelt es sich jedoch *nicht* um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit, machen sowohl Hausärzte wie auch Psychiater keinen Unterschied zwischen bisherigem und angepasstem Arbeitsplatz.

Das bedeutet, unter «angepasster Tätigkeit» wird wahrscheinlich fast immer ein Stellenwechsel verstanden – denn darum geht es normalerweise bei den arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeiten: die Versicherten sind spezifisch am bestehenden Arbeitsplatz arbeitsunfähig, an einer anderen Stelle hingegen nicht. Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass das Verständnis von angepassten Tätigkeiten

respektive von Arbeitsanpassungen generell eher eng ist. Hinzu kommt schliesslich, dass sowohl bei den Hausärzten wie auch bei den Psychiatern, die eine AUF-Beurteilung für die bisherige Tätigkeit vorgenommen haben, in jedem fünften Fall gar keine Angabe zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemacht wurde.

Abbildung 93: Generelle und arbeitsplatzbezogene AUF und AUF-Beurteilung (Durchschnitt AUF)

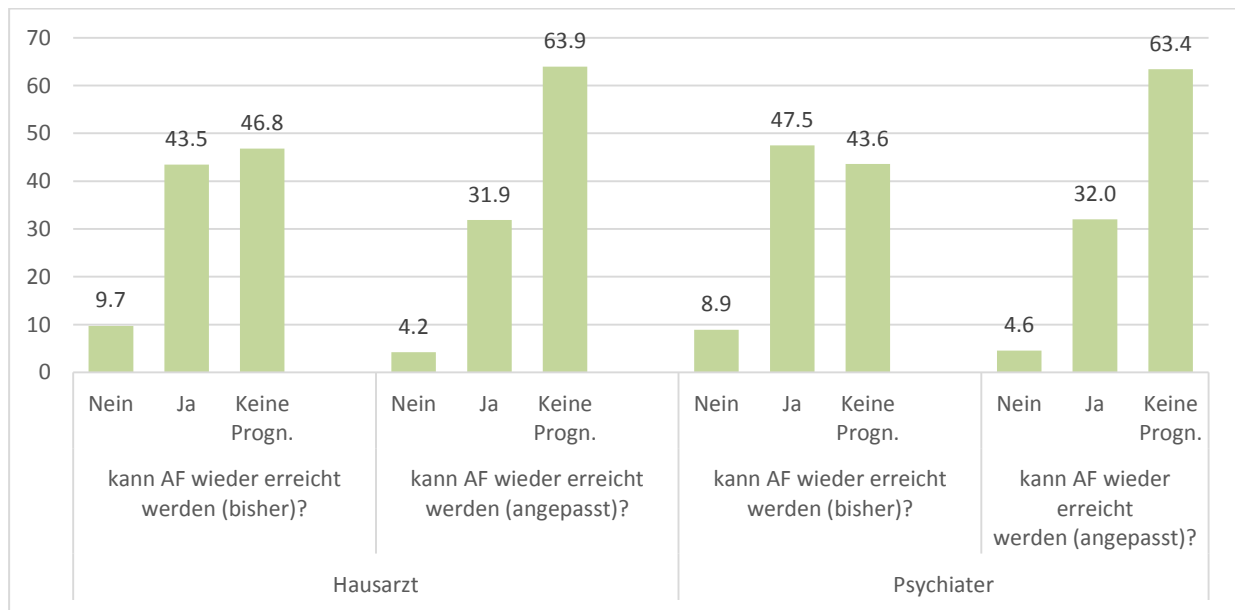


Eine Prognose, ob die bisherige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden kann fehlt häufig (Abbildung 94):

Bei der Prognose hinsichtlich der «bisherigen Tätigkeit» wird von den Hausärzten in 47% der Fälle keine Prognose gemacht, von den Psychiatern in 44% der Fälle. Eine Prognose hinsichtlich einer «angepassten Tätigkeit» fehlt in rund zwei Drittel sowohl der Hausarzt- wie auch der Psychiaterberichte.

Dort wo eine Prognose gemacht wurde, ist sie in Bezug auf die «bisherigen Tätigkeit» lediglich in 1/5 bis 1/6 Fällen negativ. In Bezug auf eine «angepasste Tätigkeit» ist nochmals seltener negativ mit 1/9 Fällen – sowohl bei Hausärzten wie auch bei Psychiatern.

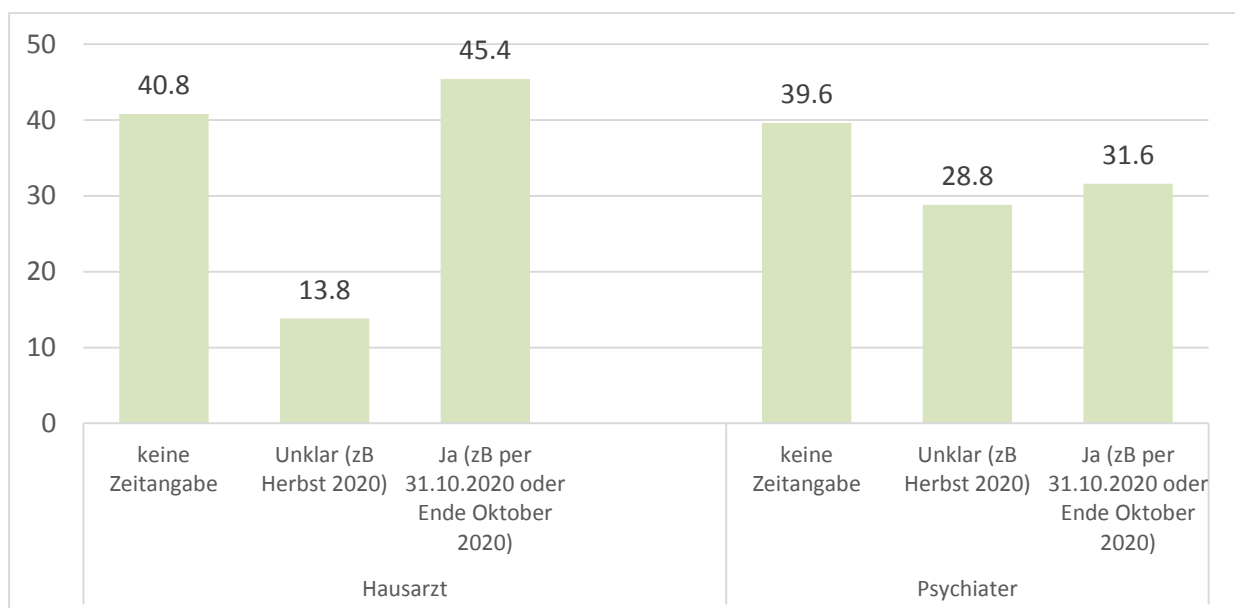
Abbildung 94: Arbeitsfähigkeits-Prognose in bisheriger und angepasster Tätigkeit



Wenn eine positive Prognose gestellt wurde – sei es für die bisherige oder auch angepasste Tätigkeit – bleibt häufig unklar, zu welchem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden kann (Abbildung 95):

Bei den in Hausarztberichten vorhandenen positiven Prognosen (Arbeitsfähigkeit kann wieder erreicht werden), fehlen zeitliche Angaben ganz (41%) oder sind vage (14%). Bei den Psychiaterberichten mit positiver Prognose fehlen zeitliche Angaben komplett in 40% der Fälle oder sind vage in 29% der Fälle. Ein klares Datum, wann die bisherige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden kann liegt demnach nur bei 45% der Hausarztberichte und 32% der Psychiaterberichte vor.

Abbildung 95: Zeitliche Angaben zur Prognose



Ein Vergleich der Präzisierung der zeitlichen Prognose zur Erlangung der bisherigen Arbeitsfähigkeit hängt relativ eng mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zusammen (Abbildung 96): Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist hier in Quartilen (25%-Anteilen) gezeigt, entsprechend sind hier alle davon deutlichen abweichenden Anteilen von Interesse.

Bei den psychiatrischen Berichten ohne zeitliche Prognose handelt es sich besonders oft (42%) um längere Arbeitsunfähigkeiten über 9 Monate, bei Berichten mit klaren Angaben sind längere Arbeitsunfähigkeiten eher selten (14%). Auch bei zeitlich vagen Prognosen dominieren längere Arbeitsunfähigkeiten: 72% dieser Fälle haben eine Dauer über 5 Monate.

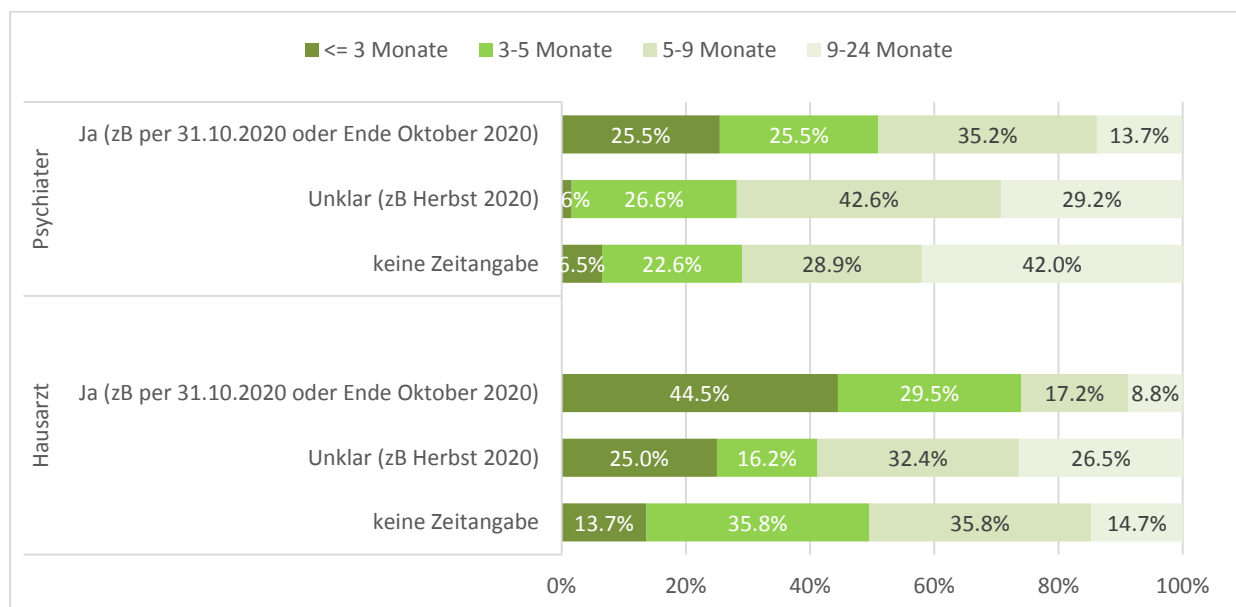
Bei den Hausarztberichten fällt vor allem auf, dass es sich bei vorhandener expliziter zeitlicher Prognose besonders häufig (in 45% der Fälle) um kurze Arbeitsunfähigkeiten unter 3 Monaten handelt. Bei fehlenden Zeitangaben handelt es sich häufig um mittellange Krankschreibungen (3-9 Monate). Ansonsten zeigen sich keine klaren Muster.

Bei der Interpretation dieser Zusammenhänge ist denkbar, dass schwerere Beeinträchtigungen mit langen AUF-Dauern verbunden sind und auch eine genaue Zeitangabe erschweren – bei den Psychiatern zeigt sich ein gewisser, nicht sehr starker Zusammenhang zwischen Zeitangaben und Schwere der Funktionseinschränkungen, jedoch ein leichter Zusammenhang mit vorliegenden interaktionellen Funktionseinschränkungen und Persönlichkeitsauffälligkeiten bei den Versicherten.

Bei den Hausärzten gibt es keinen Zusammenhang zwischen Zeitangaben und Beeinträchtigungsschwere, jedoch einen leichten Zusammenhang zwischen unklaren Zeitangaben («Herbst») und dem Vorliegen von Arbeitskonflikten und unkooperativem, übertreibendem Verhalten.

Es scheint, dass Verhalten und Persönlichkeit das Festhalten einer zeitlich klaren Prognose (mit) beeinflussen. Entsprechend ist auch denkbar, dass bei bestimmten Konstellationen der Versicherten unklare oder gar fehlende prognostische Vorstellungen längere Arbeitsunfähigkeiten begünstigen.

Abbildung 96: Zeitliche Prognose und Dauer der Arbeitsunfähigkeit



Es ist bekannt, dass die Einschätzung der zeitlichen Prognose bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten als schwierig wahrgenommen wird: Von den Psychiatern in der Schweiz wird die Prognose als häufigstes fachliches Problem beim Umgang mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen genannt

(Baer et al., 2017). Häufig geben Psychiater zudem auch Probleme an, die mit der therapeutischen Beziehung zu tun haben – zum Beispiel bei Patienten, die den Wiedereinstieg laufend hinauszögern oder solchen, die ein Zeugnis wünschen, ohne dass es eine medizinische Notwendigkeit dafür gibt.

Hier wäre zum einen zu diskutieren, ob es effektiv 'unmöglich' ist, eine zeitlich klare Prognose zu machen, und zum anderen, ob es nicht gerade sinnvoll ist, dem Patienten auch zeitlich ein klares Signal zu geben. Es handelt sich hier ausschliesslich um die «positiven» Prognosen, in denen die Ärzte den Versicherten zutrauen, ihre bisherige Arbeitsfähigkeit wieder zu erreichen. Ein zeitlich klarer Horizont könnte die Botschaft verstärken, dass der Arzt dem Patienten diesen Schritt zutraut und dem Patienten sowie dem Arbeitgeber Orientierung geben und die Planung des Wiedereinstieges ermöglichen. Dass die zeitlichen Angaben oft fehlen, hängt womöglich auch mit der Dynamik der Arzt-Patient Beziehung zusammen: der Arzt spürt beispielsweise, dass der Patient einen Wiedereinstieg aus einer Angst oder wegen sonstiger Umstände vermeidet und weitere Schonung sucht, und trägt dann diese Vermeidung, indem er das Datum für den Wiedereinstieg offenlässt. Damit erleichtert er den Patienten, aber die Behandlung verliert an Realitätsnähe, weil es zu keiner Konfrontation kommt.

Hinweise auf protektive Berichterstattung

Die ärztlichen Berichte wurden auch daraufhin analysiert, ob sich Hinweise auf eine 'protektive' Berichterstattung finden lassen. Der Hintergrund dieser Analyse liegt darin, dass aus der Befragung der Schweizer Psychiater (Baer et al., 2017) bekannt ist, dass Schutzimpulse gegenüber Versicherungen häufig sind – in Bezug auf die Krankentaggeldversicherungen äussern mehr als 40% der Psychiater, dass sie bei erwerbstätigen Patienten den Eindruck hatten, diese gegenüber einer «unfairen oder diskriminierenden Behandlung» schützen zu müssen.

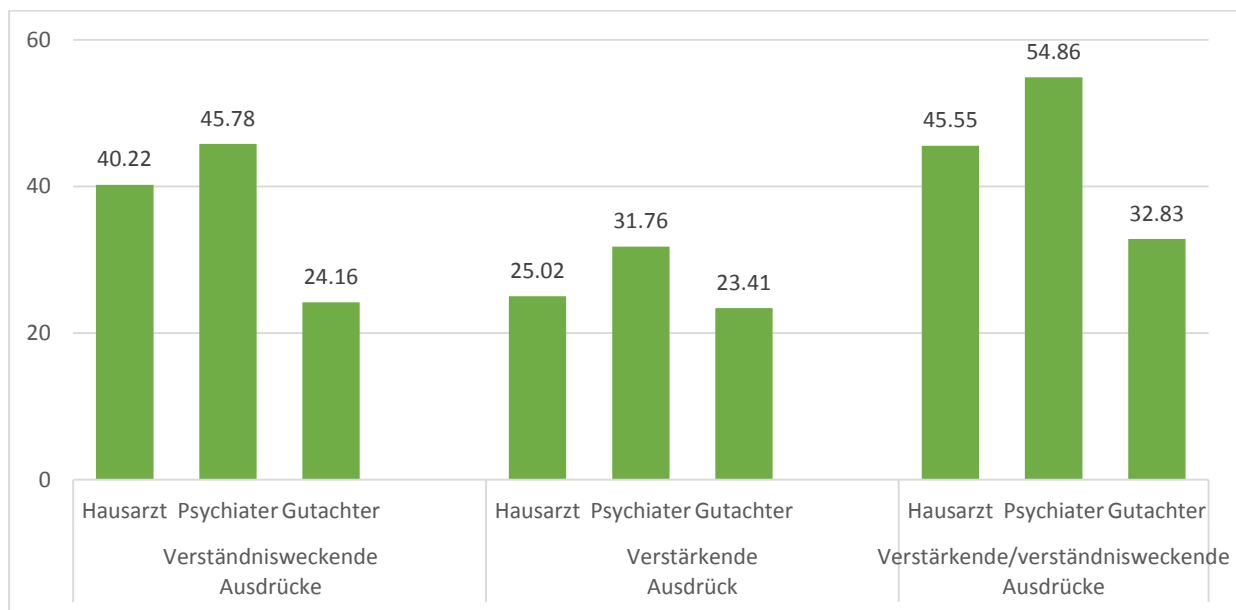
In der vorliegenden Untersuchung wurde eine allfällige protektive Berichterstattung indirekt erhoben: zum einen wurde gezählt, ob und wie viele potentiell verständnisweckende Äusserungen in den Berichten vorhanden sind (zum Beispiel Hinweise darauf, dass die Versicherten Opfer sind wegen Mobbing am Arbeitsplatz, Traumatisierung, infolge hoher Arbeitsmotivation und Verausgabung oder infolge besonders belastender Lebensereignisse etc.).

Zum anderen wurden verstärkende Ausdrücke im Bericht gezählt («sehr», «völlig», «enorm», «immer», «nie», «äusserst» etc.). Verstärkende Ausdrücke, die von den Versicherten stammen, aber vom Arzt reflektiert, respektive in indirekter Form genannt werden – «die Patientin berichtet, sie habe äusserst starke Schlafprobleme» - wurden *nicht* gezählt.

Abbildung 97 verdeutlicht, dass verständnisweckende und verstärkende Ausdrücke in sämtlichen Arztberichten relativ häufig vorkommen.

Am häufigsten kommen verständnisweckende und verstärkende Ausdrücke/Beschreibungen in psychiatrischen Berichten vor, am zweithäufigsten bei Hausärzten und etwas seltener bei Gutachtern. Nimmt man beide Kategorien zusammen, kommen verständnisweckende oder verstärkende Beschreibungen in 46% der Hausarztberichte, 55% der Psychiaterberichte und 33% der Gutachterberichte vor.

Abbildung 97: Hinweise auf 'protektive' Berichterstattung



Hierzu ist zu bemerken, dass verstärkende Ausdrücke wie «sehr», «absolut», «nie» etc. selbstverständlich erstens zutreffen und zweitens auch einfach so verwendet können. Es handelt sich in der hier berichteten Zählung um eine unspezifische Erfassung als Versuch, gegebenenfalls eine mögliche 'protektive' Haltung operationalisiert zu erheben. Dasselbe gilt für verständnisweckende Beschreibungen, welche die Versicherten als Leidtragende von negativen Umständen schildern. Auch dies mag im Einzelfall durchaus zutreffen. Beachtenswert sind aber die Gruppenunterschiede je nach Quelle des Berichtes.

Zudem zeigen die folgenden Auswertungen (Abbildung 98, Abbildung 99, Abbildung 100) einige bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen verständnisweckenden/verstärkenden Beschreibungen (im Folgenden zusammengefasst als 'protektiv' bezeichnet) und Merkmalen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens:

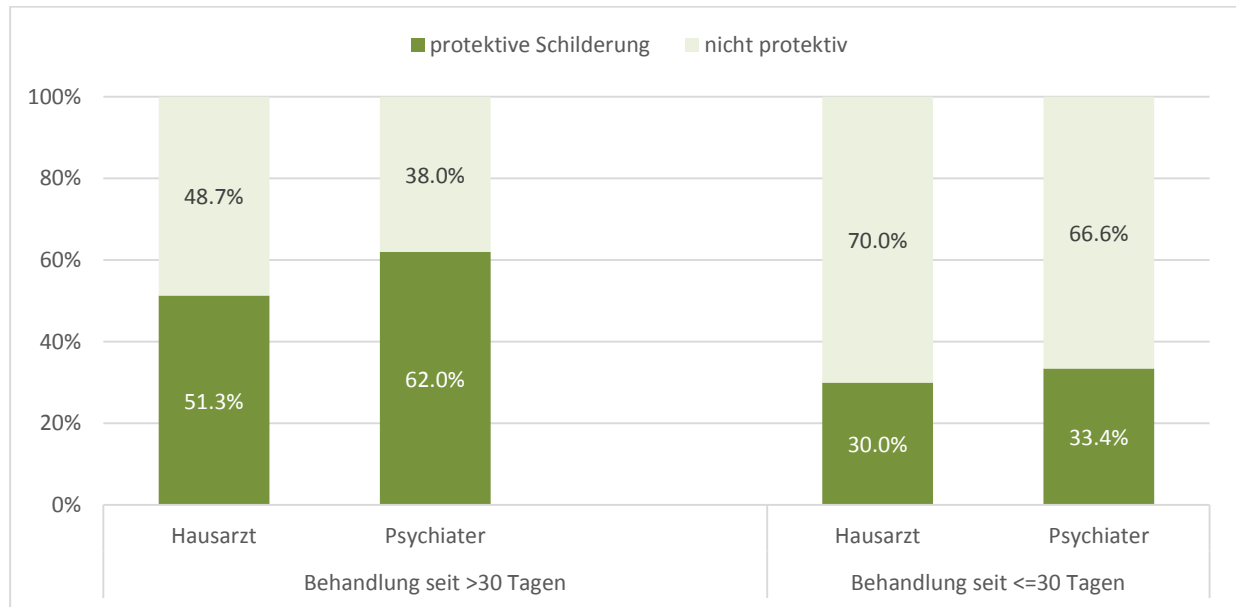
'Protektive' Beschreibungen kommen sowohl bei Hausärzten wie auch bei Psychiatern deutlich häufiger vor, wenn diese die Versicherten schon länger behandeln – der cut-off liegt hier bei 30 Tagen. Sind die Versicherten weniger als 30 Tage in ärztlicher Behandlung, sind 'protektive' Beschreibungen relativ selten. Dies gilt sowohl für Hausärzte (30% solcher Beschreibungen) wie auch für Psychiater (33%).

Sind die Versicherten hingegen seit mehr als 30 Tagen in ärztlicher Behandlung, kommen 'protektive' Beschreibungen in 51% (Hausärzte) respektive in 62% (Psychiater) der Fälle vor.

Dies ist bemerkenswert, ergibt sich hier doch ein Hinweis darauf, dass mit zunehmender Dauer der therapeutischen Beziehung die Schutzimpulse steigen. Dies würde auch die Resultate der Schweizer Psychiaterstudie (Baer et al., 2017) spiegeln, wo sich zeigte, dass Psychiater bei den ihnen gut bekannten Patienten sehr viel mehr Einschränkungen (zwei- bis dreimal so viele) sehen als sie theoretisch bei Patienten mit derselben Erkrankung erwarten würden. Dies betrifft wahrscheinlich nicht nur die Ärzte, sondern ist womöglich ein genereller Effekt einer längeren und guten Beziehung. Zudem ist ein Schutzimpuls respektive sind verstärkende/verständnisweckende Ausdrücke zuerst einmal ein Zeichen von Empathie und Engagement gegenüber den Patienten. Die Frage, die sich hier stellt, ist jedoch, ob diese Beziehungsdynamik den Patienten letztlich wirklich hilft.

Der hier dargestellte Unterschied nach Dauer der Behandlung ist jedenfalls so deutlich (trotz der nur sehr groben Operationalisierung durch Zählen von bestimmten sprachlichen Ausdrücken), dass er diskutiert werden sollte.

Abbildung 98: Hinweise auf 'protektive' Berichterstattung nach Behandlungsdauer

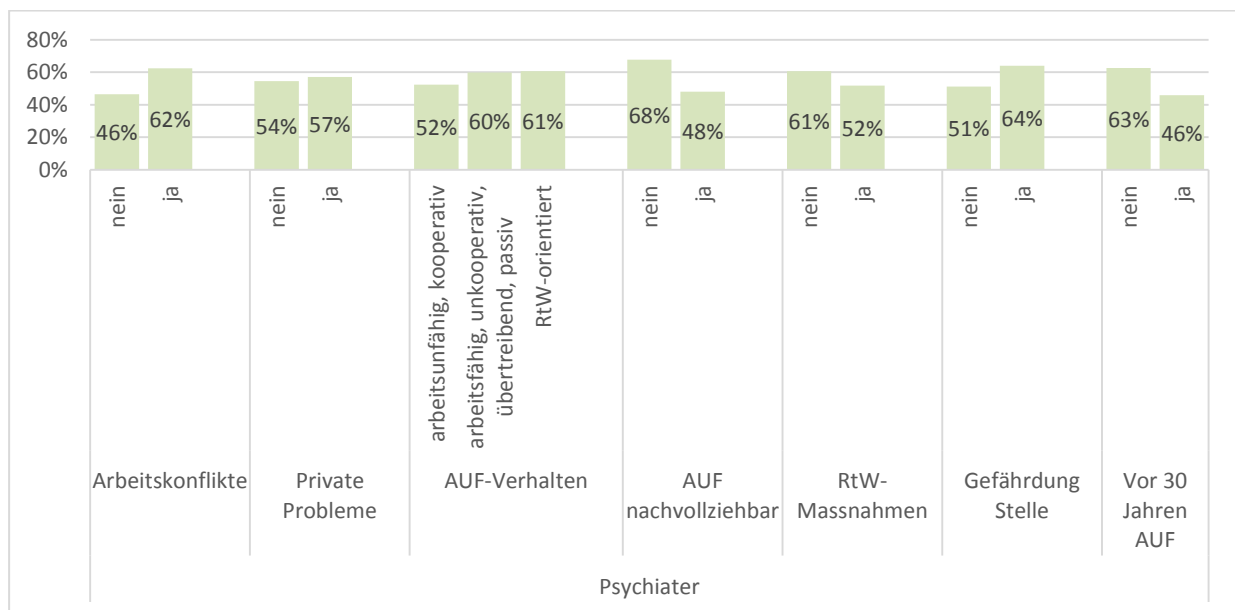


Im Folgenden werden einige weitere Zusammenhänge mit 'protektiven' Beschreibungen gezeigt, zunächst in der psychiatrischen Berichterstattung (Abbildung 99) und anschliessend in den hausärztlichen Berichten (Abbildung 100).

Eine häufigere 'protektive' Berichterstattung (alle Unterschiede sind signifikant, wenn auch nicht durchgehend relevant/deutlich) zeigt sich in den Psychiaterberichten beim Vorliegen von Arbeitsplatzkonflikten und Kränkungen (62 vs 46%) und bei arbeitsfähigen aber gegenüber der Versicherung unkooperativen und passiven Versicherten (60%) - gegenüber arbeitsunfähigen und kooperativen Versicherten (52%). Wenn bei den Versicherten auch private Probleme vorliegen, ist eine 'protektive' Haltung ebenfalls leicht häufiger.

In Bezug auf die vom Kodierteam vorgenommenen generellen Einschätzungen zum Schluss der Dossieranalyse zeigt sich, dass 'protektive' Beschreibungen deutlich häufiger vorkommen bei Fällen, in denen a) die Arbeitsunfähigkeit in Dauer oder Grad insgesamt als nicht nachvollziehbar bewertet wurde, b) keine parallelen Bemühungen zum Wiedereinstieg vorgenommen wurden, c) die Krankschreibung den Stellenerhalt gefährdet hat und d) die Versicherten «vor 30 Jahren» mutmasslich nicht arbeitsunfähig geschrieben worden wären.

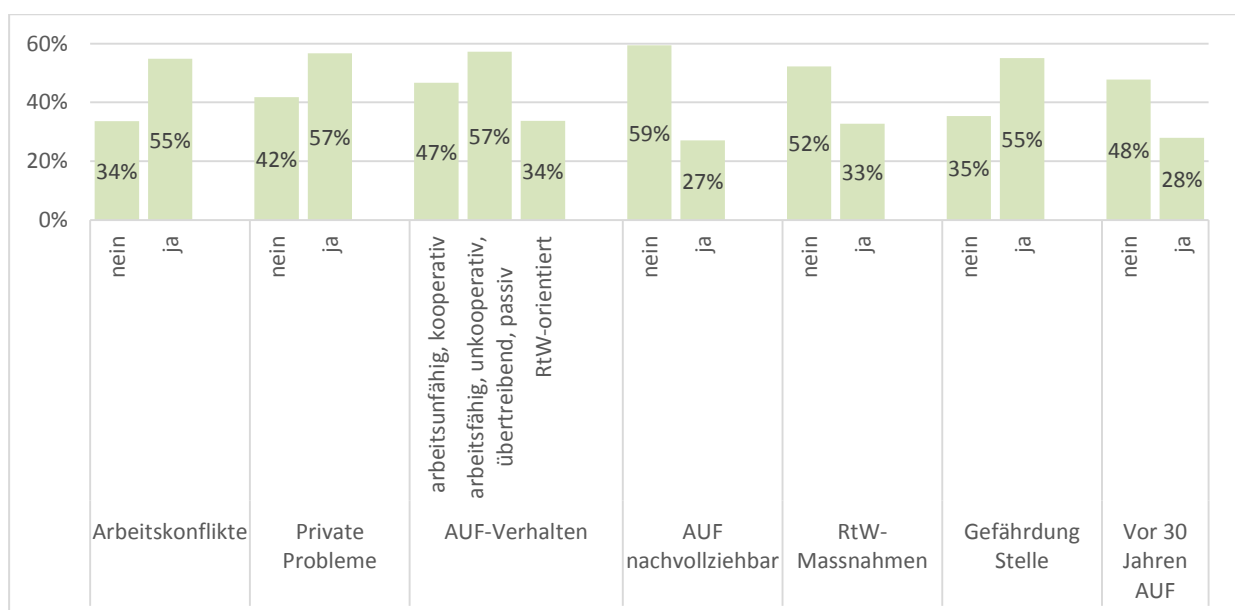
Abbildung 99: Anteil protektiver Berichterstattung bei versch. Merkmalen (Psychiater)



Bei den Hausarztberichten zeigt sich ein analoges, teils noch prägnanteres Muster:

‘Protektive’ Beschreibungen kommen häufiger vor, wenn Arbeitskonflikte vorliegen (55 vs 34%), wenn die Versicherten auch private Probleme haben (57 vs 42%) und wenn es sich um arbeitsfähige aber gegenüber der Versicherung unkooperative, passive Personen handelt (57 vs 47%). ‘Protektive’ Beschreibungen sind zudem häufiger wenn a) die Arbeitsunfähigkeit in Dauer oder Grad insgesamt von uns als nicht nach nachvollziehbar bewertet wurde (59 vs 27%), b) keine parallelen Bemühungen zum Wiedereinstieg vorgenommen wurden (52 vs 33%), c) die Krankschreibung den Stellenerhalt gefährdet hat (55% vs 35%) und d) die Versicherten «vor 30 Jahren» mutmasslich nicht arbeitsunfähig geschrieben worden wären (48 vs 28%).

Abbildung 100: Anteil protektiver Berichterstattung bei versch. Merkmalen (Hausärzte)



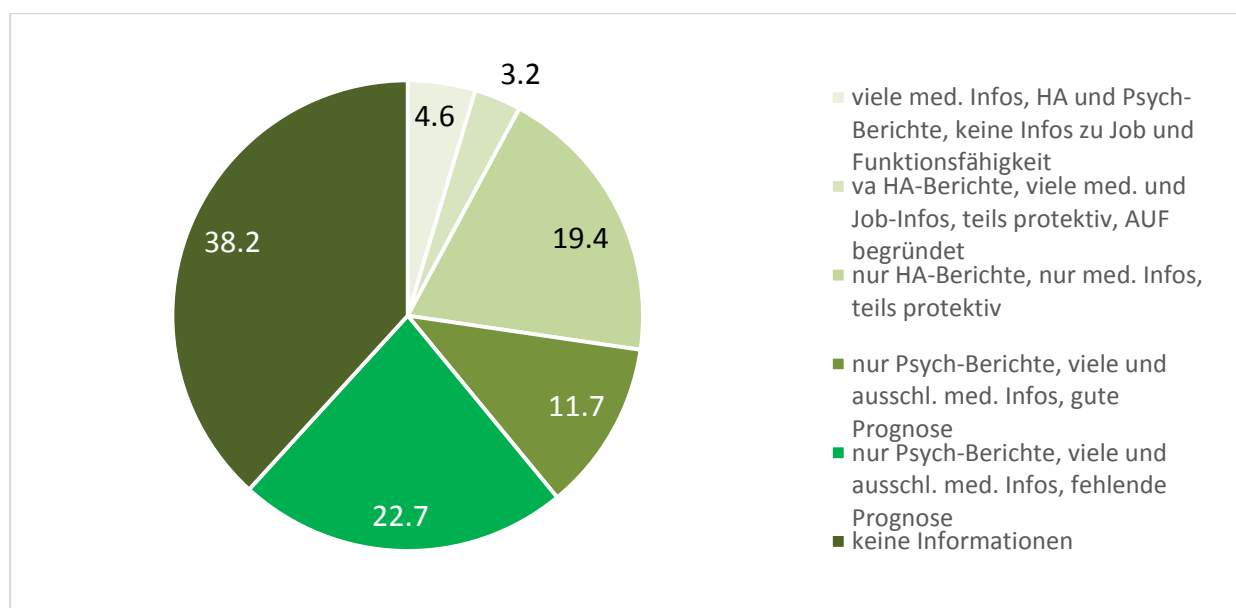
Abschliessend lässt sich festhalten, dass trotz der sehr vereinfachten Methode (Zählen von verstärkenden Ausdrücken und von Verständnis weckenden Beschreibungen in den Berichten) die sich daraus ergebenden Resultate hinweisgebend sind. Solche Beschreibungen reflektieren nur zum Teil eine besondere Schwere der Beeinträchtigung (eher noch bei den Psychiatern), sondern sind auch dann häufig, wenn es sich um Versicherte in Konfliktsituationen handelt (bei der Arbeit und in der Familie sowie teils auch gegenüber der Versicherung). Das bestätigt ebenfalls eine Erkenntnis der Schweizer Psychiaterstudie: eine protektive Haltung ist besonders häufig bei erwerbstätigen Patienten, die schon an früheren Stellen Arbeitsplatzkonflikte hatten (Baer et al., 2017).

Insofern ist eine schützende Haltung durchaus auch nachvollziehbar: Personen, die immer wieder in Konfliktsituationen geraten, benötigen Unterstützung. Fraglich ist jedoch, ob die hier erkennbare Art des Schutzes (Arbeitsunfähigkeit) den Patienten letztlich dient. Gerade bei diesen Versicherten – teils wegen der Arbeitskonflikte und teils wohl auch infolge der schützenden Haltung der Behandelnden – kommt es eher selten zu Wiedereinstiegsmassnahmen parallel zur Arbeitsunfähigkeit. Entsprechend ist häufig der Arbeitsplatzverlust gefährdet. Das Dilemma für die behandelnden Ärzte liegt auch darin, dass es in diesen Fällen oft um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit geht, wo eine Rückkehr an den Arbeitsplatz beispielsweise konfliktbedingt nicht möglich scheint, wo aber grundsätzlich eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden wäre. Hinzu kommt, dass solche Versicherten ihre Beschwerden oftmals übertreibend präsentieren, was gerade für die Hausärzte, die in solchen Fällen oft erst bei AUF-Beginn mit der Behandlung starten, nicht immer erkennbar ist. Hier wäre wohl nicht selten das Einholen einer Second Opinion nützlich.

Typologie der ärztlichen Berichterstattung

Die statistische Typologisierung der ärztlichen Berichterstattung ergibt 6 Typen, wobei der letzte und umfangreichste Typ die Missings enthält, das heisst die fehlende Berichterstattung (Abbildung 101).

Abbildung 101: Typologie der ärztlichen Berichterstattung

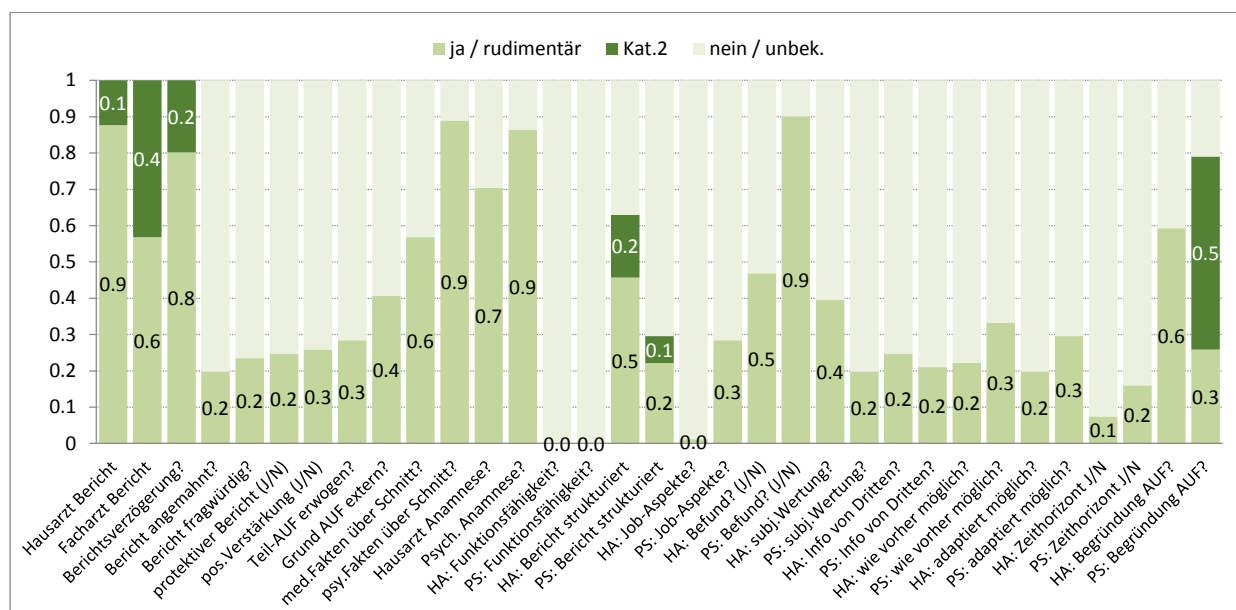


Im Folgenden werden die einzelnen Typen kurz charakterisiert (Abbildung 102, Abbildung 103, Abbildung 104, Abbildung 105, Abbildung 106):

Typ 1 (4.6%) – Med. ausführliche Berichterstattung, Arbeitsinformationen fehlen, AUF begründet: Hier liegen immer Hausarztberichte vor, selten auch mehrere, zudem immer auch psychiatrische oder somatische Facharztberichte. Die Länge der medizinischen und psychiatrischen Informationen liegt meist über dem Durchschnitt (Median). Informationen über die Arbeitsbiografie und über Funktionseinschränkungen fehlen. Die Prognose ist eher schlecht oder fehlt, das AUF-Ende ist fast nie datiert. Die AUF ist meist, und im Falle der Psychiater auch detailliert, begründet.

Dieser Berichterstattungs-Typ findet sich deutlich häufiger bei den langen Arbeitsunfähigkeiten (9 – 24 Monate) und kommt bei den kurzen Krankschreibungen (< 3 Monate) kaum vor. Arbeitskonflikte sind auch hier häufig (50% der Fälle), aber deutlich seltener als bei den restlichen Berichts-Typen. Hier handelt es sich am häufigsten um Personen mit stärkeren Funktionseinschränkungen und mit Alltagsbeschränkungen ausserhalb der Arbeit.

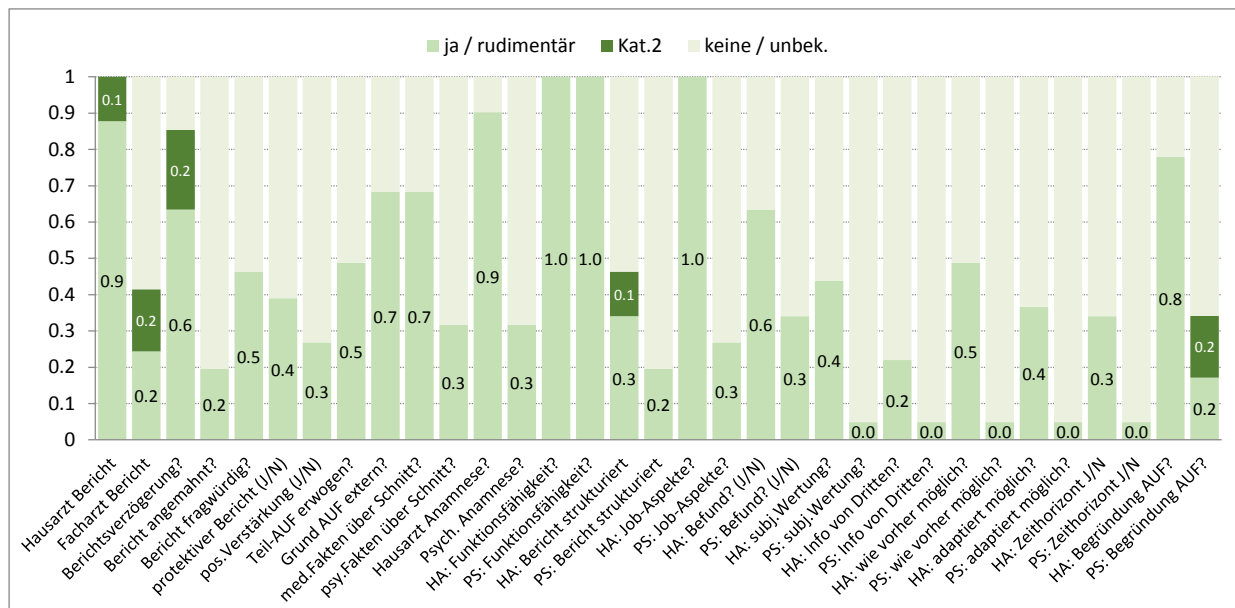
Abbildung 102: Typ 1 (4.6%) – Med. ausführlich, keine Arbeitsinformationen, AUF begründet



Typ 2 (3.2%) – Überwiegend Hausarztberichte, med. und arbeitsbezogen ausführlich: Hier liegen immer Hausarztberichte vor, in 40% der Fälle auch Facharztberichte. Neben (vor allem bei den Hausärzten) ausführlichen medizinischen Informationen liegen hier immer Informationen über die Arbeitsbiografie und über Funktionseinschränkungen vor. In der Hälfte der Fälle wird eine Teil-AUF diskutiert. Die hausärztlichen Berichte begründen die AUF sehr häufig. Die hausärztliche Prognose ist in der Hälfte der Fälle positiv. Relativ häufig sind eine protektive Berichterstattung und sonstige Auffälligkeiten wie zum Beispiel, dass der Patient erst bei oder nach Beginn der AUF erstmals gesehen wurde.

Dieser Berichterstattungs-Typ befindet sich bezüglich AUF-Dauer im Durchschnitt. Hingegen handelt es sich hier am häufigsten um Arbeitsplatzkonflikte (in fast zwei Drittel der Fälle). Gehäuft handelt es sich um mittelgradige Funktionseinschränkungen, stärkere Einschränkungen kommen hier am seltensten vor. Auch Alltagsbeeinträchtigungen ausserhalb der Arbeit sind vergleichsweise selten. Hier ist am häufigsten ein sehr frühes Ersterkrankungsalter dokumentiert (rund 30% der Fälle mit Ersterkrankung in Kindheit oder Adoleszenz). Relativ häufig handelt es sich auch um Personen, die noch nicht lange beim aktuellen Unternehmen angestellt sind (bis maximal 3 Jahre).

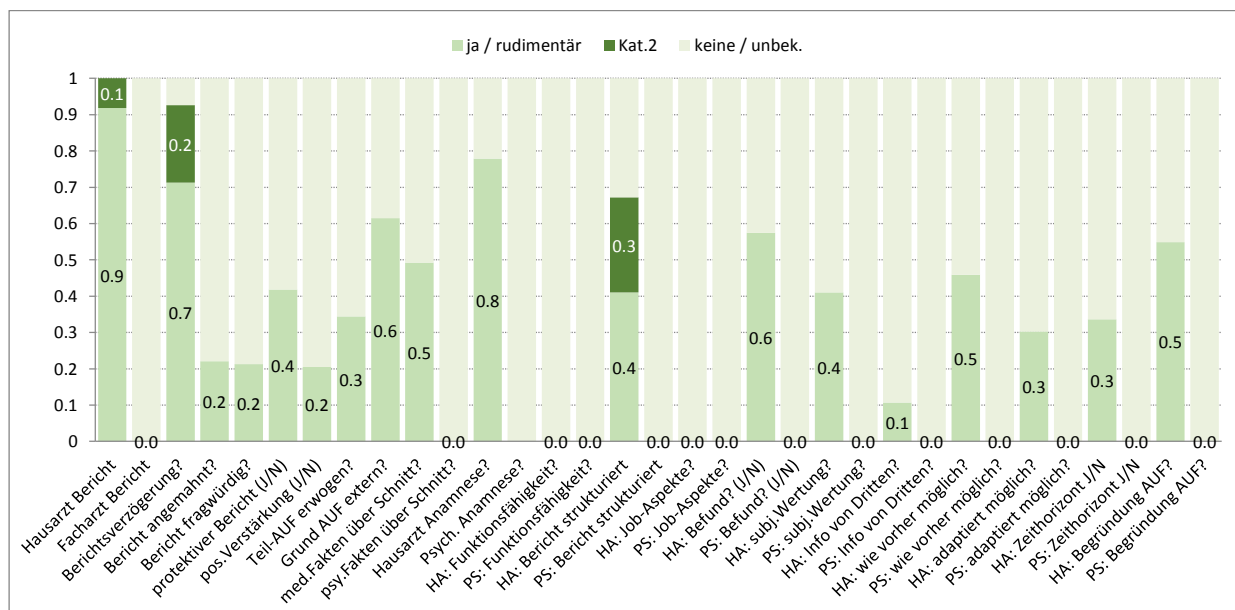
Abbildung 103: Typ 2 (3.2%) – Vor allem HA-Berichte, med. und arbeitsbezogen ausführlich



Typ 3 (19.4%) – Ausschliesslich Hausarztberichte, nur med. ausführlich: Medizinisch fundierte Berichte aber oft mit rein subjektivem Befund, ausschliesslich von Hausärzten, relativ häufig protektive Beschreibungen und Externalisierung der auslösenden Faktoren für die AUF (Probleme im Betrieb etc.). Die AUF ist in etwas mehr als der Hälfte der Fälle begründet.

Dieser Berichterstattungs-Typ hat den höchsten (und leicht höheren als Typ 1) Anteil an langen AUF-Dauern (9 – 24 Monate). Arbeitskonflikte sind häufig, im Vergleich zu den anderen Typen – ausser Typ 1 - aber mit einem etwas geringeren Anteil. Funktionell handelt es sich um die Gruppe mit dem zweithöchsten Anteil an stärkeren Einschränkungen wie auch mit Alltagseinschränkungen (nach Typ 1). Typisch sind hier Versicherte mit starker Orientierung auf einen Wiedereinstieg.

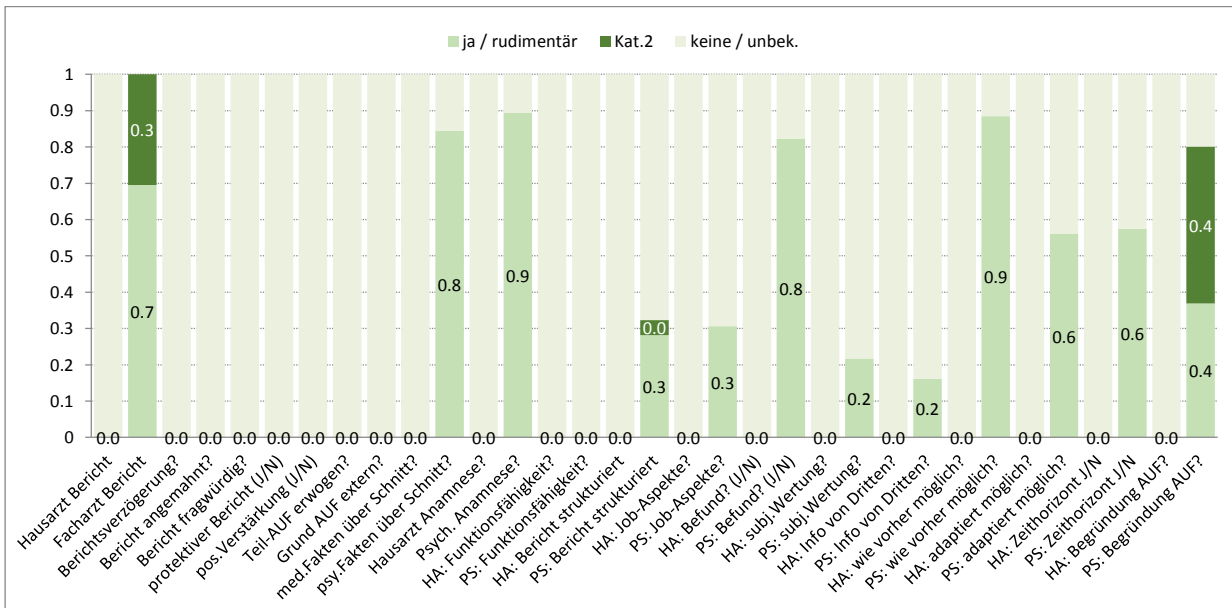
Abbildung 104: Typ 3 (19.4%) – Ausschliesslich HA-Berichte, nur med. ausführlich



Typ 4 (11.7%) – Ausschliesslich Psychiaterberichte, nur med. ausführlich, gute Prognose, AUF begründet: Ausschliesslich psychiatrische Berichte, in 30% der Fälle mehrere, ausführliche medizinische Informationen, fast immer gute Prognose, häufig mit Datierung für AUF-Ende, fast immer – und oft detailliert – begründet.

Dieser Berichterstattungs-Typ zeigt relativ selten Arbeitsunfähigkeiten mit mehr als 9 Monaten Dauer. Arbeitsplatzkonflikte kommen häufig vor. Der Anteil mit stärkeren funktionellen Einschränkungen ist gering, es dominieren eher mittelgradige Einschränkungen und Alltagsbeeinträchtigungen. Häufig handelt es sich um Personen, bei denen ein eher spätes Ersterkrankungsalter dokumentiert ist. Vergleichsweise häufig ist das Verhalten der Versicherten im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit unkooperativ, übertreibend oder passiv.

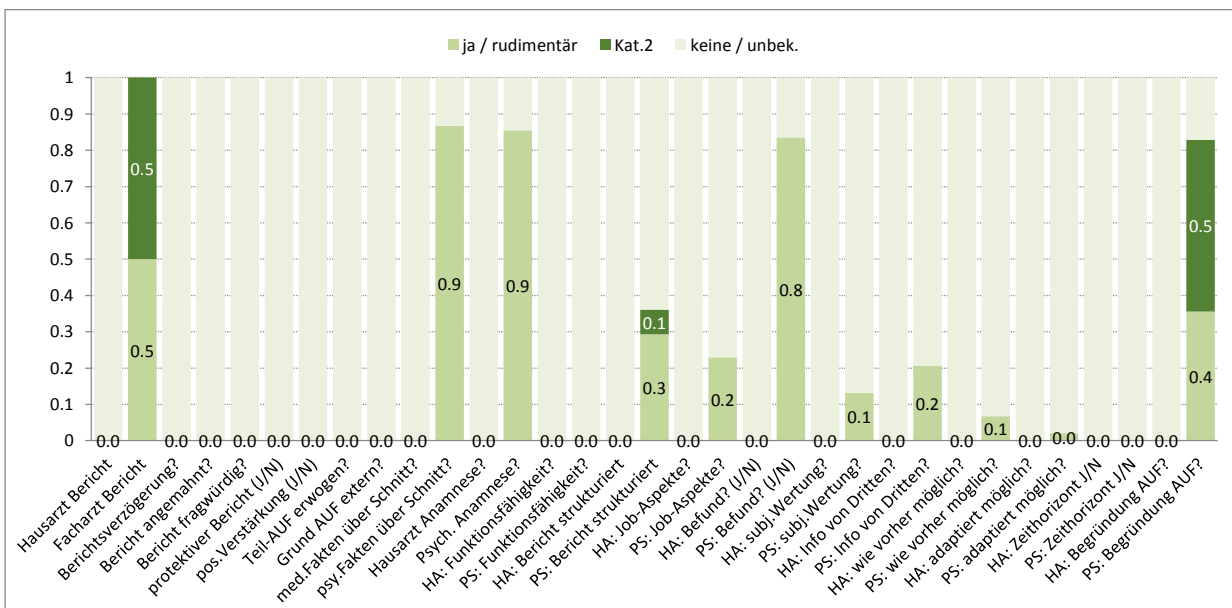
Abbildung 105: Typ 4 (11.7%) – Nur FA-Berichte, med. ausführlich, gute Prognose, AUF begründet



Typ 5 (22.7%) - Ausschliesslich Psychiaterberichte, nur med. ausführlich, fehlende Prognose, AUF begründet: Psychiatrisch fundierte Berichte, die AUF ist fast immer (detailliert) begründet. Informationen zu Arbeitsbiografie und Funktionseinschränkungen sind fast nie vorhanden. Ebenso fehlen Prognosen und arbeitsbezogene Hinweise.

Dieser Berichterstattungs-Typ gehäuft mittlere bis lange Arbeitsunfähigkeiten. Arbeitsplatzkonflikte sind häufig, aber im Durchschnitt. Die funktionellen Einschränkungen sind oft mittelgradig und auch Alltagsbeeinträchtigungen ausserhalb der Arbeit sind nicht selten (rund ein Drittel). Im Vergleich sind diese Personen häufig auf einen Wiedereinstieg orientiert (wie Typ 3).

Abbildung 106: Typ 5 (22.7%) - Nur FA-Berichte, med. ausführlich, keine Prognose, AUF begründet



Typ 6 (38.2%) – Keine ärztliche Berichterstattung.

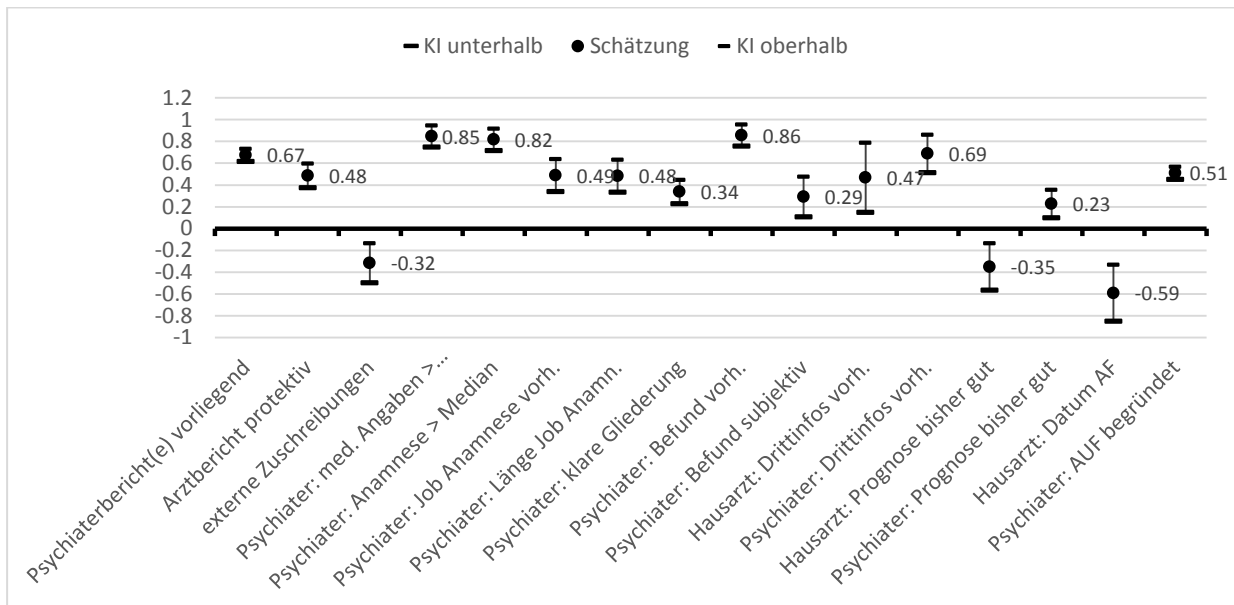
Dieser Typ ist bei den kurzen Arbeitsunfähigkeiten (< 3 Monate) am häufigsten, weshalb wohl auch Arztberichte fehlen. Arbeitskonflikte sind häufig, liegen aber im Durchschnitt. Funktionelle Einschränkungen sind besonders selten vorhanden respektive nicht dokumentiert. Alltagseinschränkungen ausserhalb der Arbeit sind besonders selten dokumentiert. Bezüglich Verhalten handelt es sich vergleichsweise häufiger um kooperative Versicherte.

Zusammenhang ärztliche Berichterstattung und Arbeitsunfähigkeitsdauer (univariat)

Aus all den dargestellten Merkmalen der ärztlichen Berichterstattung wurde zuerst univariat – ohne Berücksichtigung der gegenseitigen Abhängigkeiten – der Einfluss der Merkmale auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer berechnet.

Die folgende Abbildung zeigt sämtliche Merkmale, die einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Dauer haben (Abbildung 107):

Abbildung 107: Einflüsse der ärztlichen Berichterstattung auf die AUF-Dauer (univariat)



Merkmale, die für sich genommen einen *starken Einfluss* auf die Dauer haben:

- Vorliegen von psychiatrischen Berichten: Liegen solche vor, hat dies einen verlängernden Einfluss. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass psychiatrisch behandelte Versicherte insgesamt deutlichere Einschränkungen aufweisen als hausärztlich behandelte. Zudem liegen bei den kurzen Arbeitsunfähigkeiten generell oft noch gar keine Berichte vor.
- Länge der medizinischen Angaben in den psychiatrischen Berichten: Je ausführlicher die Berichte desto länger die Arbeitsunfähigkeit. Diesen Zusammenhang kann man auch umgekehrt interpretieren, dass mit zunehmender AUF-Dauer auch die Arbeitsunfähigkeit ausführlicher begründet wird.
- Erwähnung der Arbeitsbiografie in den psychiatrischen Berichten: Wenn die Arbeitsbiografie erwähnt ist, ist die AUF-Dauer verlängert. Dies ist auch wie oben interpretierbar. Dieses Resultat ist jedoch interessant: Bei längeren Arbeitsunfähigkeiten klären die Psychiater auch

eher die berufliche Anamnese genauer ab. Hier kann man sich fragen, ob es nicht sehr hilfreich wäre, wenn die Behandelnden dies auch schon früher tun respektive in ihren Berichten auch dokumentieren. Derartige Informationen sind für den Wiedereinstieg von zentraler Bedeutung.

- Vorhandensein eines (detaillierten) Befundes in den psychiatrischen Berichten: Auch hier ist es wohl eher die lange AUF-Dauer die zu einer genaueren Befunderhebung respektive Dokumentation Anlass gibt.
- Vorhandensein von Drittinformationen in den psychiatrischen Berichten: Wahrscheinlich analoger Zusammenhang mit obiger Interpretation. Zudem kommt es im Rahmen längerer Arbeitsunfähigkeiten auch eher zu weiteren Berichten. Und schliesslich ist denkbar, dass bei längeren (komplexeren) Arbeitsunfähigkeiten schon von vornerein weitere Berichte (zum Beispiel SUVA-Berichte) vorlagen.
- Klare Datierung, wann die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt ist in den Hausarztberichten: Bei klar datiertem Ende der Arbeitsunfähigkeit ist diese kürzer. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass bei kürzeren Krankschreibungen eine zeitliche Prognose leichter fällt als bei langen.

Insgesamt fällt bei diesen Einflussfaktoren auf, dass sie häufig genauso gut 'umgekehrt' verstanden werden können im Sinne von 'je länger die AUF dauert, umso eher liegen psychiatrische Berichte mit ausführlichen und auch arbeitsbezogenen Informationen vor'. Dies ist nachvollziehbar, folgt die ärztliche Berichterstattung in formalen Merkmalen (Ausführlichkeit etc.) doch auch dem Versicherungsprozess und dessen Anforderungen.

Zusammenhang ärztliche Berichterstattung und Arbeitsunfähigkeitsdauer (multivariat)

Schliesslich wurde wiederum eine multivariate Analyse durchgeführt, um die Einflussfaktoren zu ermitteln, die unter Berücksichtigung aller gegenseitigen Abhängigkeiten am stärksten mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zusammenhängen (Abbildung 108). Auch hier handelt es sich um das statistisch sparsamste Modell, dass unter Berücksichtigung aller Merkmale und deren Zusammenhänge die Dauer der Arbeitsunfähigkeit am besten voraussagt.

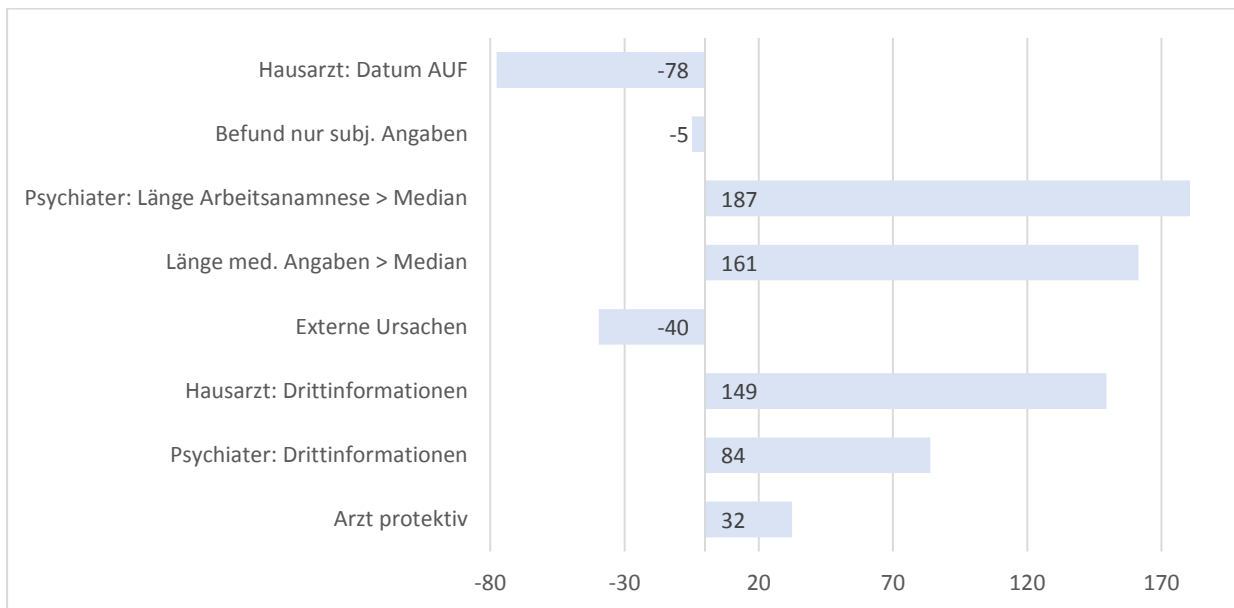
Wiederum zeigen sich Merkmale als besonders wichtig, die mit formalen Gegebenheiten der Berichterstattung zusammenhängen:

- eine ausführliche Arbeitsanamnese in psychiatrischen Berichten (länger als der Median von 5 Zeilen) geht im Vergleich mit Berichten mit einer nicht so ausführlichen Arbeitsanamnese einher mit einem Plus von 187 AUF-Tagen. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass eine Arbeitsanamnese nur in rund jedem fünften Psychiaterbericht erhoben wurde.
- ausführliche medizinische Angaben in psychiatrischen Berichten (länger als Median von 40 Zeilen) zeigen gegenüber Berichten mit weniger ausführlichen medizinischen Informationen ein Plus von 161 AUF-Tagen.
- Werden in Hausarztberichten auch Informationen von Dritten erwähnt, so erhöht sich die AUF-Dauer um 149 AUF-Tage.
- Werden in Psychiaterberichten Informationen von Dritten erwähnt, so erhöht sich die AUF-Dauer um 84 AUF-Tage.
- Wird das Ende der AUF in Hausarztberichten präzise datiert, so ist die AUF-Dauer um 78 Tage kürzer (gegenüber vager oder fehlender Datierung).
- Werden in den Berichten externe Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit beschrieben – zum Beispiel, dass betriebliche Veränderungen, Mobbing oder private Stressoren zur Krise geführt

haben etc. – reduziert sich die AUF-Dauer um 40 Tage. Dies weist zum einen darauf hin, dass Versicherte, bei denen offenbar äussere Stressoren entscheidend oder auslösend für die Krise waren, weniger eingeschränkt sind als Versicherte, die zum Beispiel auch ohne solche Stressoren arbeitsunfähig wurden. Hier handelt es sich besonders häufig um neurotische Störungen, vor allem um Anpassungsstörungen. Diese haben vergleichsweise einen geringeren Schweregrad.

- Gibt es Hinweise auf eine protektive ärztliche Berichterstattung, verlängert sich die AUF-Dauer um 32 Tage. Hier ist daran zu erinnern, dass eine protektive Berichterstattung nur teilweise einen höheren Schweregrad der Beeinträchtigung widerspiegelt, sondern auch öfter bei Versicherten vorkommt, die Arbeits- und private Konflikte haben, arbeitsfähiger wirken als sie sich präsentieren und deren Arbeitsunfähigkeit vergleichsweise selten in Dauer und Grad nachvollziehbar ist.
- Schliesslich zeigt sich die AUF-Dauer bei Fällen, wo der psychiatrische Befund ausschliesslich auf subjektiven Angaben beruht, um 5 AUF-Tage kürzer. Dies hängt womöglich damit zusammen, dass solche an sich ungenügenden Befunde eher bei Versicherten mit kürzeren Arbeitsunfähigkeiten vorkommen. Bei länger arbeitsunfähigen Personen ist der Befund zunehmend fundiert.

Abbildung 108: Einflüsse der ärztlichen Berichterstattung auf die AUF-Dauer (multivariat)



Das Wichtigste auf einen Blick

- 75% der Versichertendossiers enthalten ärztliche Berichte und Beurteilungen. Wo diese fehlen, ist die Arbeitsunfähigkeit kürzer. Gutachten kommen vor allem bei stärkeren und chronischen Beeinträchtigungen sowie bei vorhandenen Auffälligkeiten in Persönlichkeit und Verhalten zum Zuge.
- In Hausarztberichten fehlt häufig ein Befund und wo vorhanden stützt sich dieser häufig ausschliesslich auf subjektive Angaben.
- Vor allem psychiatrische Berichte sind medizinisch relativ ausführlich, wobei die Krankheitsanamnese eher kurzgehalten ist. Angaben zum früheren Funktionsniveau respektive zur Arbeitsbiografie fehlen fast gänzlich.
- Informationen von Dritten fehlen in den Behandlerberichten grossmehrheitlich, Informationen von Arbeitgebern fehlen fast gänzlich.
- In 50% der Hausarztberichte und 25% der Psychiaterberichte werden keine Funktionseinschränkungen erwähnt. Entsprechend ist der Grossteil der Berichte kaum nachvollziehbar.
- Angaben zur Besserungsfähigkeit der Einschränkungen wie auch zu allenfalls nötigen medizinischen, beruflichen und privaten Massnahmen fehlen jeweils in einem Drittel bis der Hälfte der Berichte.
- Hinweise zu unterstützenden ergonomischen Massnahmen (Anpassungen am Arbeitsplatz etc.) fehlen fast gänzlich.
- In jedem zweiten Hausarzt- oder Psychiaterbericht fehlt eine Prognose. Falls vorhanden fehlt in der Mehrheit ein definiertes Datum für den Wiedereinstieg.
- In jedem zweiten Hausarzt- oder Psychiaterbericht finden sich verstärkende oder verständnisweckende Ausdrücke. Diese kommen nicht zufällig vor, sondern gehäuft bei längeren Behandlungen, bei verhaltensauffälligen und übertreibenden Versicherten und bei vorhandenen Arbeitsplatzkonflikten. Eine protektive Berichterstattung hängt statistisch positiv mit der AUF-Dauer zusammen.
- Eine fundierte und ausführliche ärztliche Berichterstattung kommt vor allem dann vor, wenn es sich um lange oder sehr lange AUF-Dauern handelt.

6.6 Interventionen der Versicherung

Es wurden diverse Merkmale erhoben zu den Interventionen der Versicherung im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit. Hierzu zählen die Auflage von Schadenminderungspflichten und zum anderen die Initiierung rehabilitativer Massnahmen.

Insgesamt werden bei der grossen Mehrheit der Versicherten keine Probleme bei der Mitwirkung wahrgenommen (Abbildung 109): In rund drei Viertel aller Fälle wird keine mangelnde Mitwirkung vermutet, und falls doch, wird meist nicht interveniert (in 14%). In rund 7% der Fälle kommt es zu Sanktionen oder Sanktionsandrohungen, manchmal auch zu einem klärenden Gespräch.

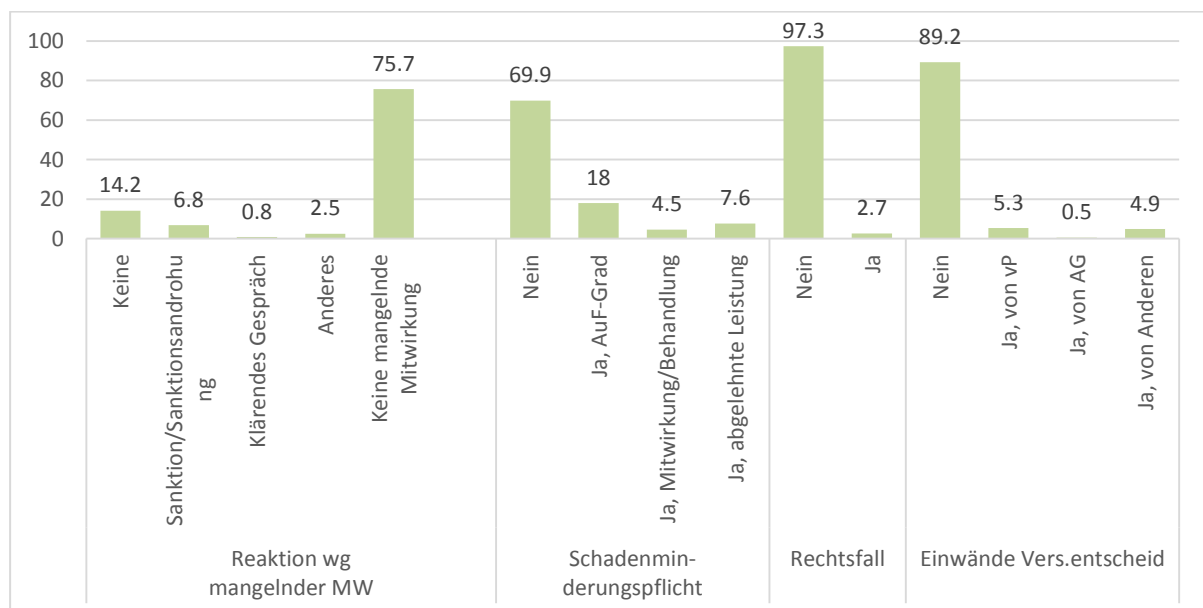
Eine mangelnde Mitwirkung wurde hier zum Beispiel dann festgestellt, wenn Versicherte Termine (mehrmals) nicht einhalten, die Vollmacht oder IV-Anmeldung nicht unterzeichnen oder zurückschicken trotz Mahnungen oder sich weigern, an einer Begutachtung teilzunehmen.

Pflichten zur Schadenminderung wurden in rund 30% der Fälle auferlegt. Am häufigsten betreffen diese den aus Versicherungssicht zu hohen Grad der Arbeitsunfähigkeit (18% der Fälle), die Inanspruchnahme einer Behandlung oder eine verbesserte Mitwirkung (4.5%) oder auch das Ablehnen von Taggelleistungen (7.6%).

In rund 11% der Fälle machen entweder die versicherten Personen (5.3%), die Arbeitgeber (0,5%) oder andere Personen (Ärzte, Anwälte etc.; 4.9%) einen Einwand gegen den Entscheid der Versicherung.

Zu einem Rechtsfall kommt es nur sehr selten, nämlich in 2.7% der Fälle.

Abbildung 109: Schadenminderung, Einwände und Rechtsfälle



In etwa gleich häufig wie das Auferlegen von Schadenminderungspflichten ist die Initiierung eines Care Managements (Abbildung 110):

In etwas mehr als einem Drittel der Fälle wurde zur Unterstützung der Versicherten und deren Wiedereinstieg ein Care Management installiert. Dabei handelt es sich fast immer um das Care Management der SWICA selbst und nur selten um ein externes CM (30 vs 4%).

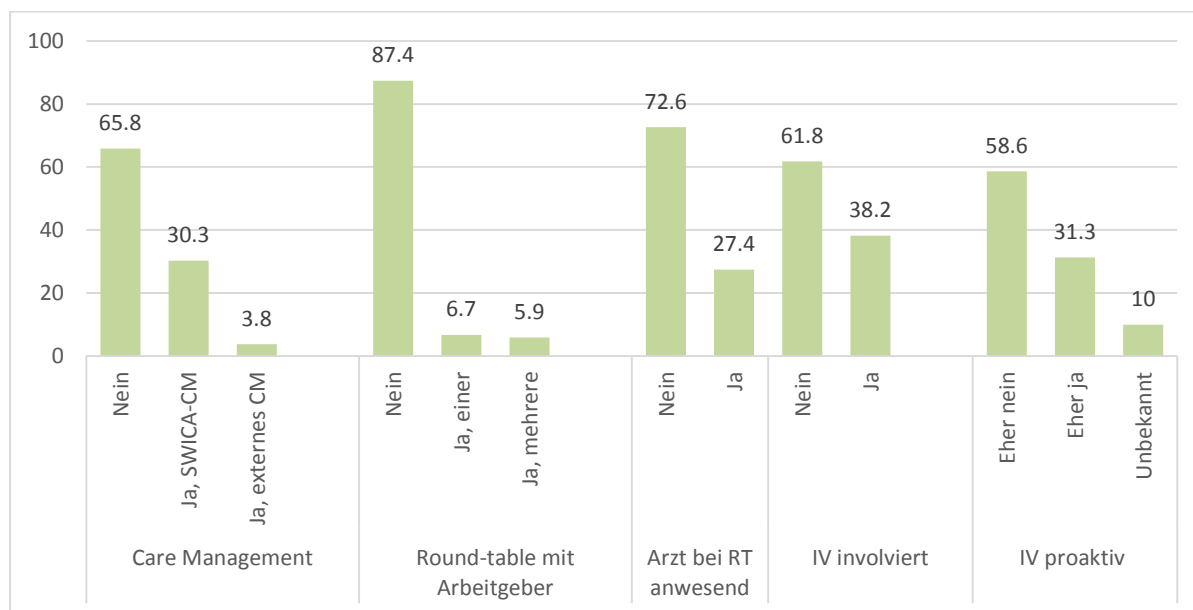
Ein Care Management dauert im Durchschnitt 30 Wochen, der mittlere Wert (Median) liegt bei 23 Wochen. Jeweils ein Viertel der Begleitungen dauert weniger als 10 Wochen, 10-22 Wochen, 23-41 Wochen sowie 42 und mehr Wochen. Besonders lange Care Managementprozesse finden sich bei Versicherten mit Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten – sei es ohne Alltagsbeeinträchtigungen wie auch mit starken Alltagsbeeinträchtigung (die Beeinträchtigungstypen 2 und 3, vergleiche Abbildung 64 und Abbildung 65).

Im Rahmen des Care Managementprozesses wurden in rund 13% der Fälle auch Round-tables mit dem Arbeitgeber durchgeführt, wobei in rund einem Viertel dieser Round-tables auch der behandelnde Arzt anwesend war.

Dass eher selten Round-tables in Anwesenheit der Arbeitgeber durchgeführt wurden, ist angesichts des sehr häufigen Vorliegens von Arbeitsplatzkonflikten bemerkenswert. Das lässt den Schluss zu, dass der weitaus grösste Teil des Care Managements vor allem aus Gesprächen mit den Versicherten selbst und teils auch ihren Behandlungs- oder Betreuungspersonen besteht.

Ein direkter Kontakt zwischen Versicherten, Arbeitgeber und Arzt/Therapeut ist die Ausnahme: in 27% aller Round-tables mit dem Arbeitgeber (die in 13% aller Care Managementprozessen stattfinden) ist der Arzt dabei – das ist ein Anteil von 4% an allen CM-Fällen. Dabei ist sicher auch zu beachten, dass in den CM-Fällen oft die Arbeitsstelle schon gekündigt wurde oder eine Kündigung geplant ist. Dennoch liegt hier ein Potential, was jedoch voraussetzt, dass noch häufiger ein Care Management früh genug initiiert werden kann, bevor die Arbeitsplatzsituation eskaliert. Entsprechende Kontakte bestehen teils auch schon mit den präventiven Angeboten für Unternehmen.

Abbildung 110: Massnahmen zu Wiedereinstieg und Rehabilitation



In etwas mehr als einem Drittel der Fälle wurde eine IV-Anmeldung gemacht, also die IV-Stelle involviert. Und in wiederum rund einem Drittel dieser Fälle wurde die IV bezüglich Eingliederungsmassnahmen als proaktiv wahrgenommen - zu rund 60% der Fälle hingegen jedoch nicht.

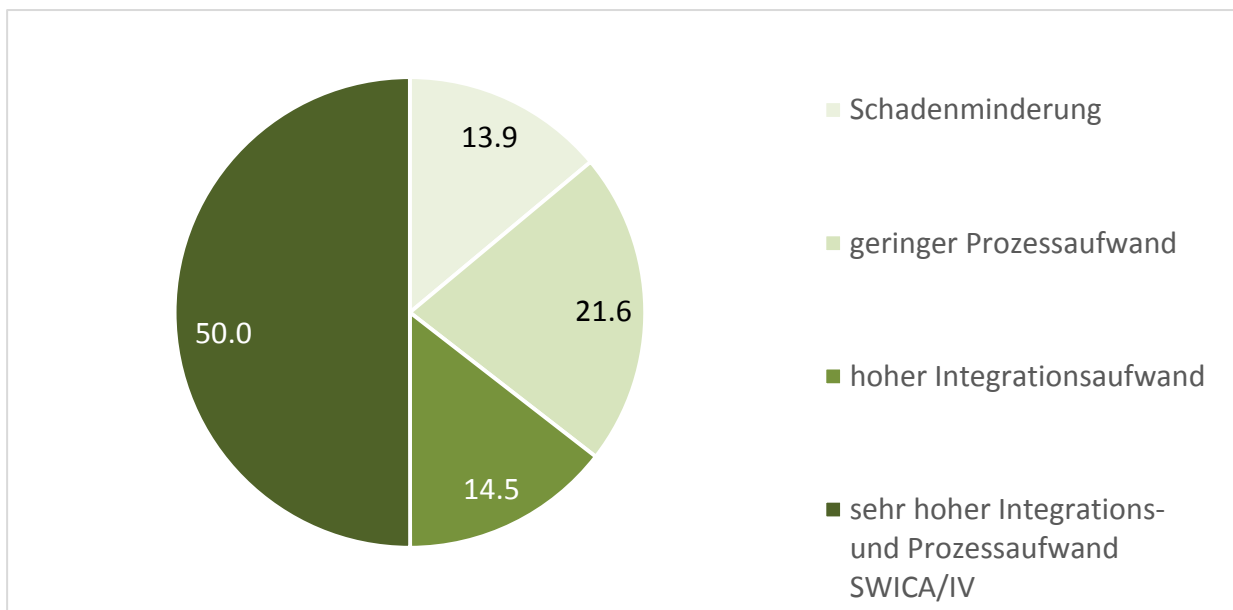
Weitere Analysen zeigen, dass (erwartungsgemäss) die IV vor allem bei Versicherten mit längeren AUF-Dauern involviert ist und auch, dass sie vor allem bei den sehr langen (> 9 Monate)

Arbeitsunfähigkeiten proaktiv reagiert. Dies ist nachvollziehbar, da die IV vor allem andauernde Arbeitsunfähigkeiten mit Invaliditätsrisiko verhindern will. Gleichzeitig wäre zu überlegen, ob die IV nicht vermehrt auch schon früher vermehrt proaktiv intervenieren könnte bei Fällen, wo beispielsweise Arbeitsplatzkonflikte vorliegen etc. Auch diese können sehr lange Arbeitsunfähigkeiten und ein erhebliches Invaliditätspotential mit sich bringen.

Typologie der Versicherungsinterventionen

Aus den Merkmalen zu den Reaktionen der Versicherung wurde wiederum eine Typologie errechnet (Abbildung 111).

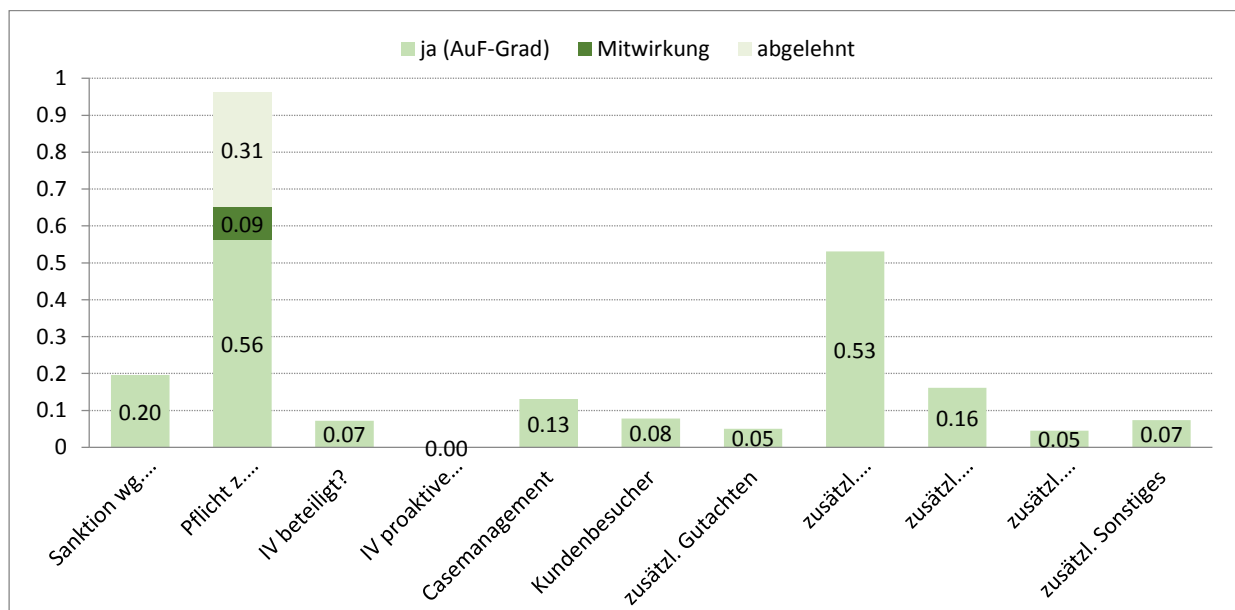
Abbildung 111: Typologie der Versicherungsinterventionen



Typ 1 (Abbildung 112) ist gekennzeichnet durch häufige Schadenminderungspflichten, vor allem durch die Auflage, den Grad der Arbeitsunfähigkeit zu senken (56%) sowie seltener auch durch die Auflage, die Mitwirkung zu verbessern. Zudem werden bei diesem Typ in über der Hälfte der Fälle (53%) spezialärztliche Kurzbeurteilungen in Auftrag gegeben. Sanktionen wegen mangelnder Mitwirkung sind zudem bei einem Fünftel der zu diesem Typ gehörigen Versicherten vorhanden.

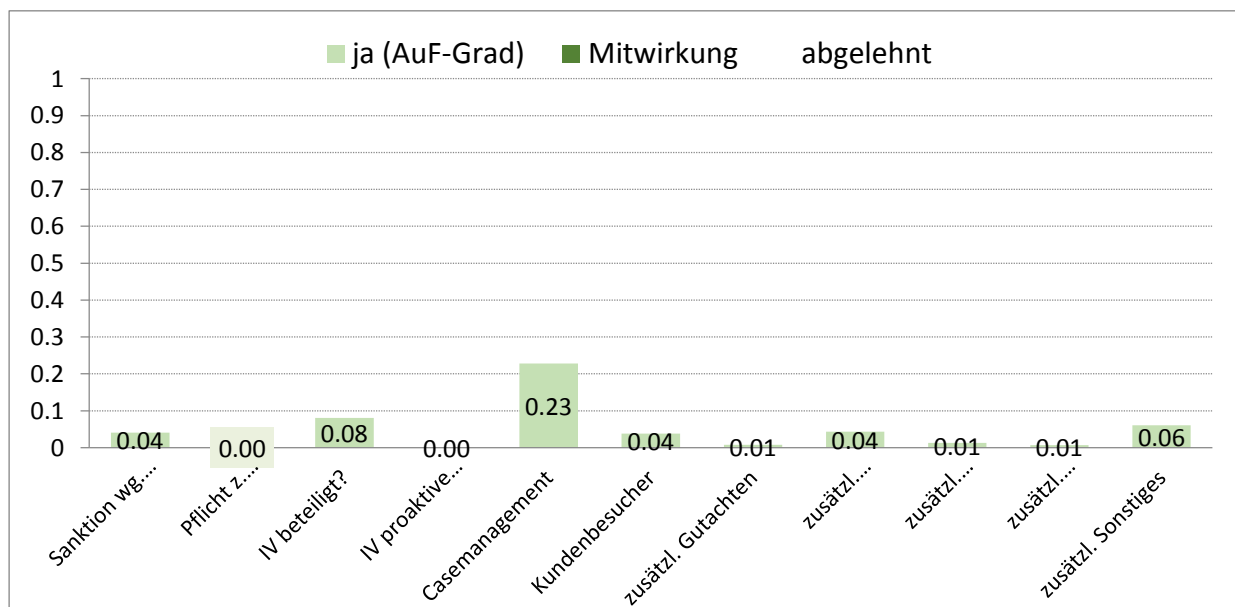
Rehabilitative Interventionen wie das Starten eines Care Managements oder die Anmeldung bei der IV sind demgegenüber sehr selten.

Abbildung 112: Typ 1 (13.9%) - Schadenminderung



Typ 2 zeichnet sich dadurch aus, dass von Versicherungsseite insgesamt kaum interveniert wird (Abbildung 113). Die Ausnahme ist die Initiierung eines Care Managements in rund einem Viertel aller Fälle sowie die Anmeldung bei der IV-Stelle in knapp jedem 10. Fall.

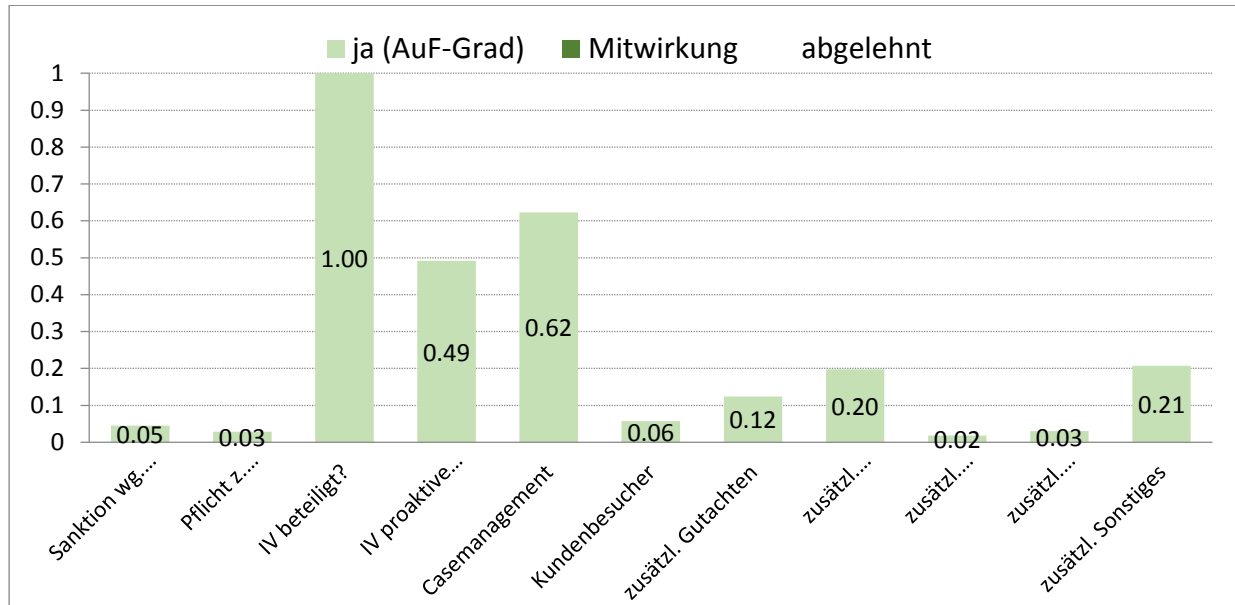
Abbildung 113: Typ 2 (21.6%) – Geringer Aufwand



Der Typ 3 ist mit einem hohen Integrationsaufwand verbunden bei gleichzeitig sehr seltenen Massnahmen zur Mitwirkung (Abbildung 114): Versicherte dieses Typs werden immer bei der IV-Stelle angemeldet. In rund der Hälfte (49% der Fälle) dieser Fälle spielt die IV hier eine proaktive Rolle, das heisst es handelt sich oft um langdauernde Arbeitsunfähigkeitsfälle. Auch ein Care Management wird hier häufig initiiert (rund 60% der Fälle). Auffällig ist hier zudem, dass vergleichsweise häufig auch

«sonstige» ärztliche Berichte vorhanden sind (in 21% der Fälle). Hier handelt es sich meist um Austrittsberichte von Kliniken etc. – auch dies ein Hinweis auf eine erhöhte Schwere der Fälle.

Abbildung 114: Typ 3 (14.6%) – Hoher Integrationsaufwand



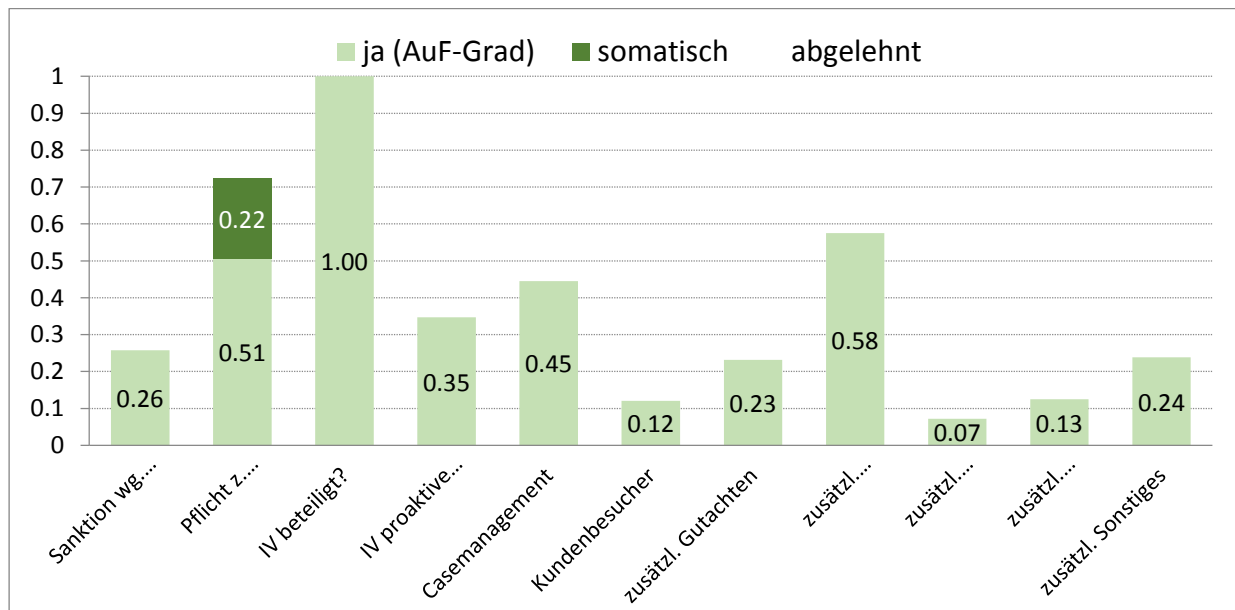
Typ 4 schliesslich ist durch einen insgesamt, rehabilitativ wie sanktionsbezogen hohen Prozessaufwand gekennzeichnet (Abbildung 115):

Bei rund einem Viertel der hier zugehörigen Versicherten wurden Sanktionen wegen mangelnder Mitwirkung ausgesprochen, bei über 70% der Fälle wurden Schadenminderungspflichten auferlegt – in 51% der Fälle bezüglich AuF-Grad und in 22% der Fälle wegen mangelnder Mitwirkung.

Alle der hier zugehörigen Versicherten wurden bei der IV-Stelle angemeldet, wobei die IV bei einem Drittel auch eine aktive Rolle spielte bezüglich Eingliederungsmassnahmen.

In 45% der Fälle wurde ein Care Management initiiert. Gleichzeitig wurden auch besonders oft Kurzbeurteilungen durch einen Spezialarzt in Auftrag gegeben (58% der Fälle) sowie Gutachten (23%) zusätzliche medizinische Aktenbeurteilungen durchgeführt (24%).

Abbildung 115: Typ 4 (50%) – Sehr hoher Integrations- und Prozessaufwand



Versicherungsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (univariat)

Univariat, das heisst für sich selbst bezogen, zeigen sich wiederum viele signifikanten Zusammenhänge der hier erfassten Merkmale mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer (Abbildung 116).

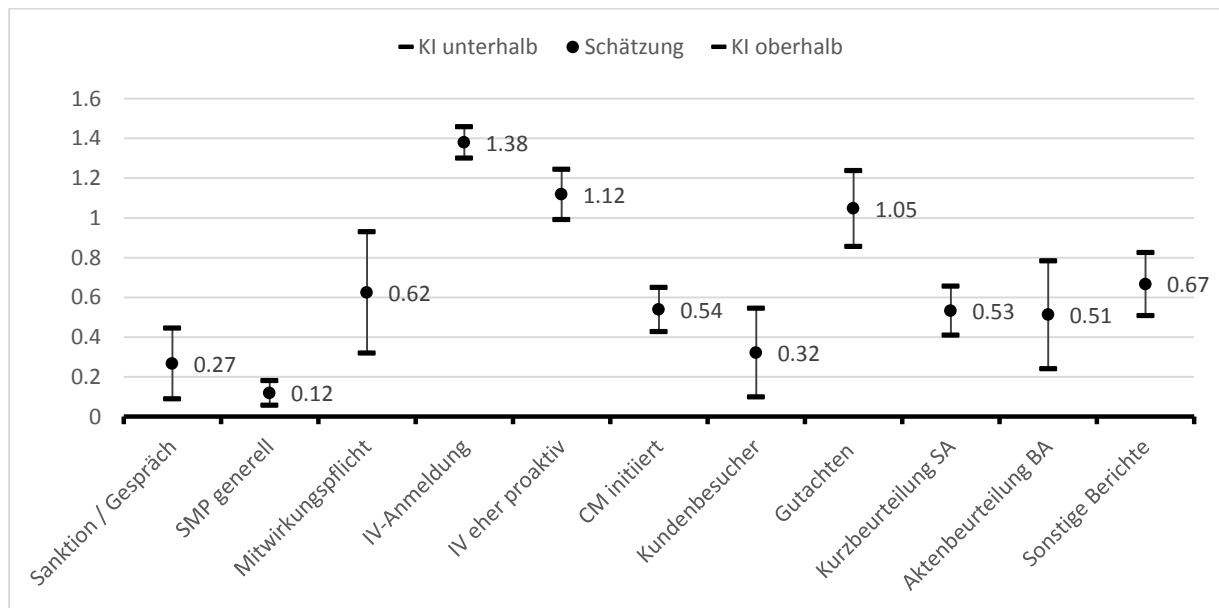
Besonders starke positive (verlängernde) Zusammenhänge zur AUF-Dauer ergeben sich, wenn Mitwirkungspflichten auferlegt wurden, wenn es zu einer IV-Anmeldung kam und die IV eher proaktiv intervenierte, wenn ein Care Management initiiert wurde und wenn Gutachten und zusätzliche ärztliche Untersuchungen in Auftrag gegeben wurden. Auch hier von Bedeutung ist das Vorliegen von «sonstigen» medizinischen Berichten (beispielsweise Austrittsberichten aus Kliniken), die auf eine erhöhte Schwere oder Komplexität der Erkrankung schliessen lassen.

Die hier dargestellten signifikanten Zusammenhänge mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer sind positiv (Koeffizienten zur Vorhersage der Log-AUF grösser Null), das heisst, sie sind alle mit einer verlängerten Dauer verbunden.

Die Aktivierung von rehabilitativen wie Schadenminderungs-Prozessen bei sich abzeichnenden Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten ist nachvollziehbar und sinnvoll. Die dargestellten (deutlichen) Zusammenhänge von Prozessen und Arbeitsunfähigkeitsdauer weist auch darauf hin, dass die gewählten Interventionen nicht zufällig, sondern gezielt eingesetzt werden. Es ist denkbar, dass diese Prozesse eine noch längere Arbeitsunfähigkeit zumindest teilweise verhindern. Ob dem so ist, kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Gleichzeitig zeigten keine der hier erfassten Interventionen der Versicherung einen präventiven Effekt: keine Merkmale des Versicherungsprozesses weisen auf eine kürzere AUF-Dauer hin. Das bedeutet vereinfacht gesagt, dass die Versicherung vor allem dann aktiv wird, wenn sich längere Arbeitsunfähigkeiten abzeichnen oder schon eingetreten sind.

Abbildung 116: Univariate Zusammenhänge zwischen Versicherungsreaktionen und AUF-Dauer



Versicherungsbezogene Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (multivariat)

Die folgende multivariate Analyse (Abbildung 117) zeigt, dass im statistisch sparsamsten Modell – unter Berücksichtigung der gegenseitigen Abhängigkeiten der univariat signifikanten Merkmale – lediglich 5 Versicherungsinterventionen einen eigenständigen Beitrag zur Aufklärung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit haben.

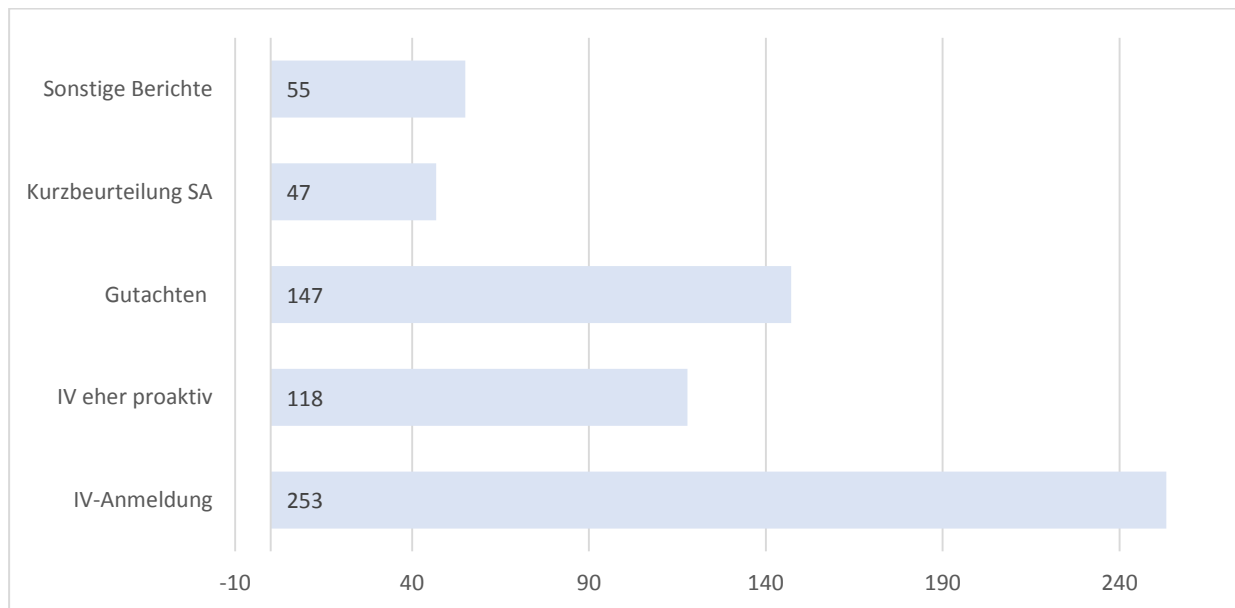
Die Beschriftung der Balken zeigt, um viele Tage beim Zutreffen des entsprechenden Merkmales im Durchschnitt die AUF länger dauert gegenüber dem nicht-Zutreffen dieses Merkmales.

- Wenn eine IV-Anmeldung vorgenommen wird, ist die AUF-Dauer um 253 Tage länger als wenn es nicht zu einer IV-Anmeldung kommt. Und eine proaktive Haltung der IV-Stelle gegenüber Eingliederungsmassnahmen verlängert die Dauer um 118 Tage.
- Wenn ein Gutachten in Auftrag gegeben wird, fällt die AUF-Dauer um 147 Tage länger aus (als wenn kein Gutachten in Auftrag gegeben wird).
- Das Vorliegen von Kurzbeurteilungen durch einen Spezialarzt (plus 47 Tage) und das Vorliegen sonstiger Berichte (plus 55 Tage) ist schliesslich ebenfalls mit längeren AUF-Dauern verbunden.

Wenn hier von «Einflussfaktoren» gesprochen wird, ist darauf hinzuweisen, dass diese Einflüsse auch umgekehrt gelesen werden können: Bei (sehr) langen Krankschreibungen liegen deutlich häufiger eine IV-Anmeldung und eine proaktive Haltung der IV vor, und werden auch viel häufiger Gutachten und sonstige medizinische Beurteilungen vor.

Das bestätigt wiederum die univariate Analyse, dass sich die hier erfassten entscheidenden Prozesse der Versicherung alle auf die Regulierung von (sehr) langen Krankschreibungsdauern beziehen.

Abbildung 117: Multivariate Zusammenhänge zwischen Versicherungsreaktionen und AUF-Dauer



Das Wichtigste auf einen Blick

- In rund einem Drittel der Fälle wird seitens der Versicherung eine Schadenminderungspflicht auferlegt. Diese betreffen meistens den Grad der Arbeitsunfähigkeit, an zweiter Stelle auch die Ablehnung von Leistungen.
- Bei einem Viertel der Versicherten wird eine mangelnde Mitwirkung wahrgenommen.
- Sehr selten sind Rechtsfälle (3%).
- Verfahren, die vor allem auf die Schadenminderung ausgerichtet sind, kommen vor allem bei Versicherten mit stärkeren Beeinträchtigungen vor.
- Ein Drittel der Versicherten wird mit einem Care Management unterstützt. Diese dauern im Durchschnitt 30 Wochen. Besonders lange Betreuungen zeigen sich bei Versicherten mit Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten.
- Im Rahmen dieser Betreuung kommt es relativ selten zu Round-tables mit Arbeitgebern (in 13% der Fälle), wobei in jedem vierten Fall der behandelnde Arzt anwesend ist.
- In 40% aller Fälle erfolgt eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung. Bei 40% der angemeldeten Versicherten reagiert die IV-Stelle proaktiv mit Eingliederungsmassnahmen.
- Verfahren, die vor allem auf die Wiedereingliederung ausgerichtet sind, kommen vor allem bei kürzeren Arbeitsunfähigkeiten und bei Versicherten mit vorhandener (Teil)Arbeitsfähigkeit zum Zuge.

6.7 Vergleich von psychischen und somatischen Arbeitsunfähigkeiten

Um die Charakteristika psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten besser einordnen zu können, wurden auch Dossiers von Versicherten mit einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit analysiert.

Da sich im Verlauf der Dossier-Erfassung rasch zeigte, dass bei somatischen Gesundheitsproblemen einige der hier erfassten Merkmale deutlich seltener dokumentiert sind (zum Beispiel das familiäre und soziale Umfeld) und erst Recht nicht bei eher kürzeren Krankschreibungen, wurden für den Vergleich nur Fälle herangezogen, deren Arbeitsunfähigkeit zwischen 365 und 730 Tagen dauerte. Es handelt sich im Folgenden demnach um eher schwerer beeinträchtigte Personen.

Die folgenden Vergleiche beziehen sich auf die beiden Zufallsstichproben von Versicherten mit psychisch bedingter AUF mit 1-2jähriger Dauer (N=552) und von Versicherten mit somatisch bedingter AUF mit 1-2jähriger Dauer (N=570). Alle folgenden Auswertungen basieren grundsätzlich auf ungewichteten Daten dieser N=1122 Personen. Je nach erhobenem Merkmal kann wie in den vorherigen Kapiteln die Anzahl wegen fehlender Unterlagen (sog. Item-weise Missing Values) etc. von dieser Gesamtheit abweichen. Die statistische Power (das heisst die Chance, auch möglicherweise kleine Unterschiede gesichert erkennen zu können) ist bei den hier vorliegenden Fallzahlen sehr gut.

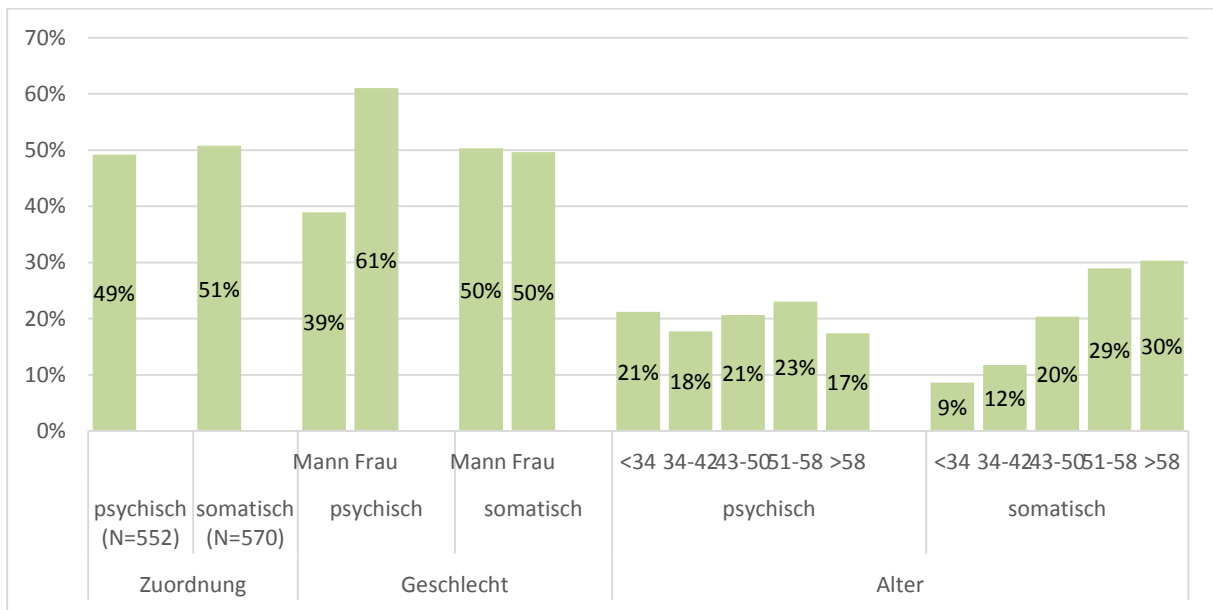
Im Folgenden werden, thematisch sortiert, Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen dargestellt. Dabei handelt es sich mit wenigen (ausgewiesenen) Ausnahmen um signifikante und auch relevante Unterschiede.

Soziodemografische, soziale und biografische Merkmale

Bei den personenbezogenen Merkmalen fällt auf, dass es sich bei den psychisch kranken Versicherten deutlich häufiger (61%) um Frauen handelt während das Verhältnis bei den somatisch Kranken ausgeglichen ist (Abbildung 118). Im Vergleich zu *allen* psychisch kranken Versicherten, wo der Anteil der Frauen bei 56% liegt, ist er bei den hier gezeigten langen Arbeitsunfähigkeiten nochmals höher. Dass Frauen von gewissen häufigen psychischen Störungen häufiger betroffen (oder häufiger in Behandlung) sind, zum Beispiel bei Depressionen und Angsterkrankungen, ist aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt.

Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich beim Alter zum Zeitpunkt der AUF: bei den somatisch kranken Versicherten steigen die Anteile mit zunehmendem Alter stetig an. Bei den psychisch Kranken zeigen sich ähnlich hohe Anteile in allen Altersgruppen. Besonders deutlich ist der Unterschied bei den jungen Versicherten, wo der Anteil bei den psychischen Arbeitsunfähigkeiten zweimal so hoch ist wie bei den somatischen. Dies spiegelt das frühere Ersterkrankungsalter bei psychischen Störungen, während physische Erkrankungen erst mit höherem Alter zunehmen.

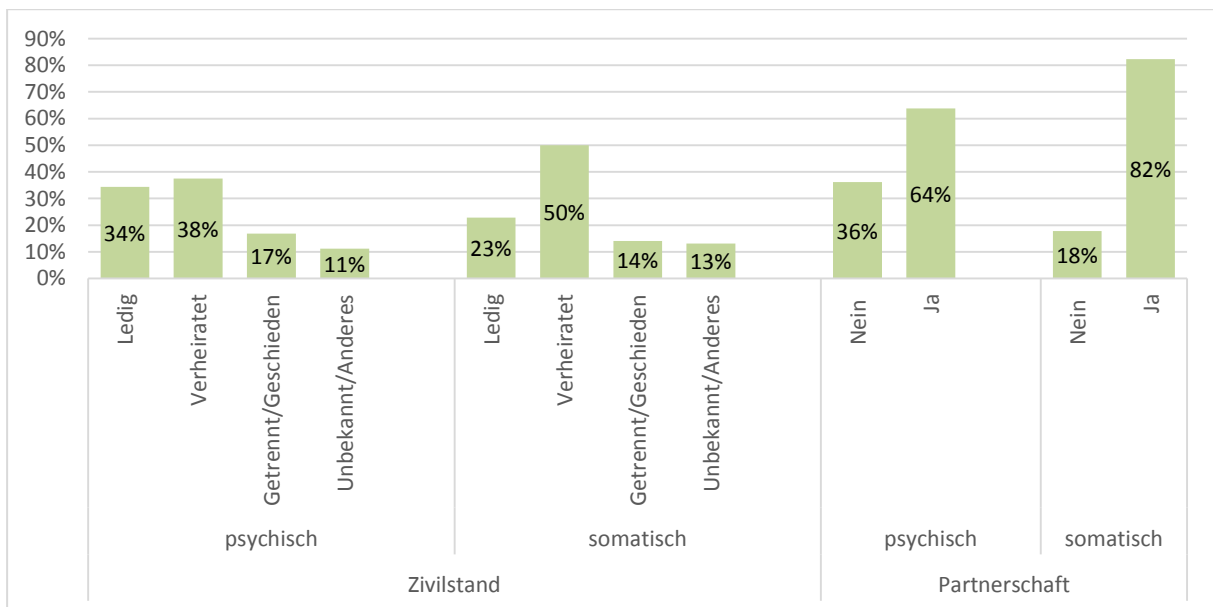
Abbildung 118: Geschlecht und Alter



Der Vergleich bezüglich Zivilstand (Abbildung 119) zeigt, dass Versicherte mit körperlichen Erkrankungen seltener ledig und entsprechend häufiger verheiratet sind als psychisch kranke Versicherte.

Dies wird noch deutlicher beim Vorhandensein einer Partnerschaft: 64% der psychisch Kranken haben eine Partnerin oder einen Partner, bei den somatisch Kranken sind es 82%. Ihr Anteil bei den Personen ohne Partner/in ist halb so hoch wie bei den psychisch kranken Personen.

Abbildung 119: Zivilstand und Partnerschaft



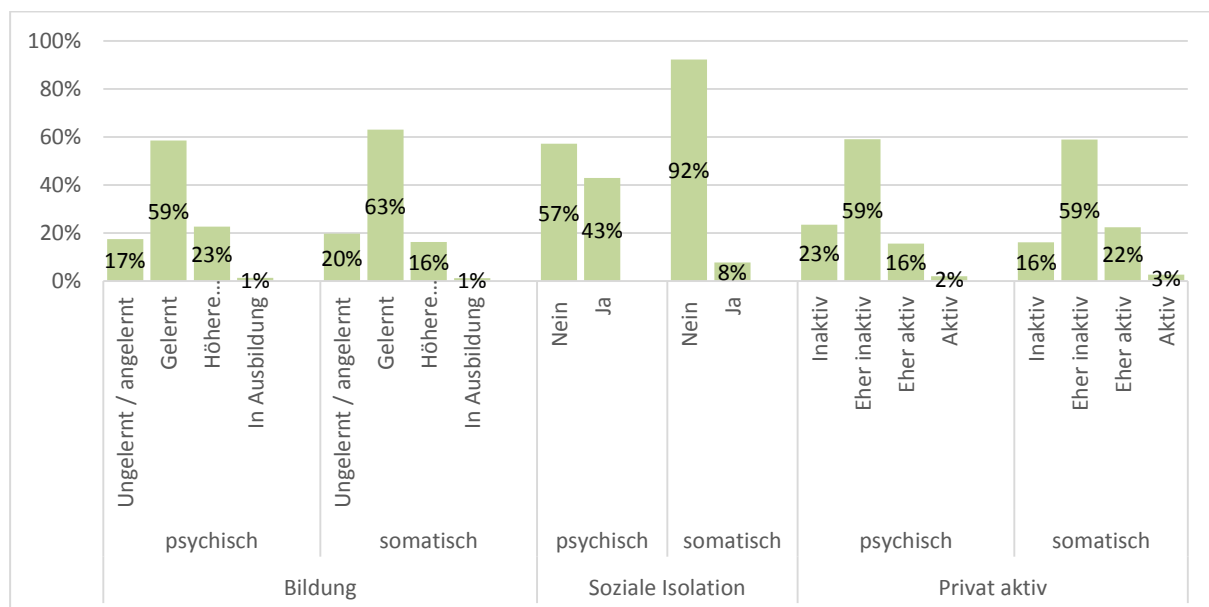
Es ist kein Zufall, dass psychisch kranke Versicherte – und hier werden nur Personen mit langer Arbeitsunfähigkeit (> 1 Jahr) und dementsprechend meist auch schwererer Beeinträchtigung gezeigt – vergleichsweise selten in einer Partnerschaft sind: Auch bei der erfassten «sozialen Isolation»

(Abbildung 120) sind sie mit einem Anteil von 43% deutlich häufiger betroffen als Personen mit körperlichen Erkrankungen (8%). Dies mag zum Teil mit einer fehlenden Dokumentation dieses Merkmals in den somatischen Dossiers zusammenhängen, aber auch der (in den Dossiers erfasste) Zivilstand zeigt in dieselbe Richtung.

Hinsichtlich privater und sozialer Aktivitäten (Hobby etc.) wirken die somatisch kranken Versicherten etwas aktiver (Abbildung 120), wobei die Unterschiede diesmal etwas geringer sind: sie sind seltener ganz inaktiv (16 vs 23%) und häufiger (eher) aktiv (25 vs 18%).

Schliesslich zeigen sich gewisse Unterschiede bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, wo somatisch Kranke häufiger über eine Berufslehre verfügen und seltener (16 vs 21%) über eine darüber hinausgehende Ausbildung (Fachhochschule, Universität). Zudem ist der Anteil der Ungelernten bei ihnen leicht höher. Dies darf nicht als höheres psychisches Krankheitsrisiko höherer Bildung missinterpretiert werden, sondern weist eher darauf hin, dass körperliche Erkrankungen bei ungelerten Personen und solchen mit einer Berufslehre – und damit verbunden oft auch manuellen Tätigkeiten – etwas häufiger sind.

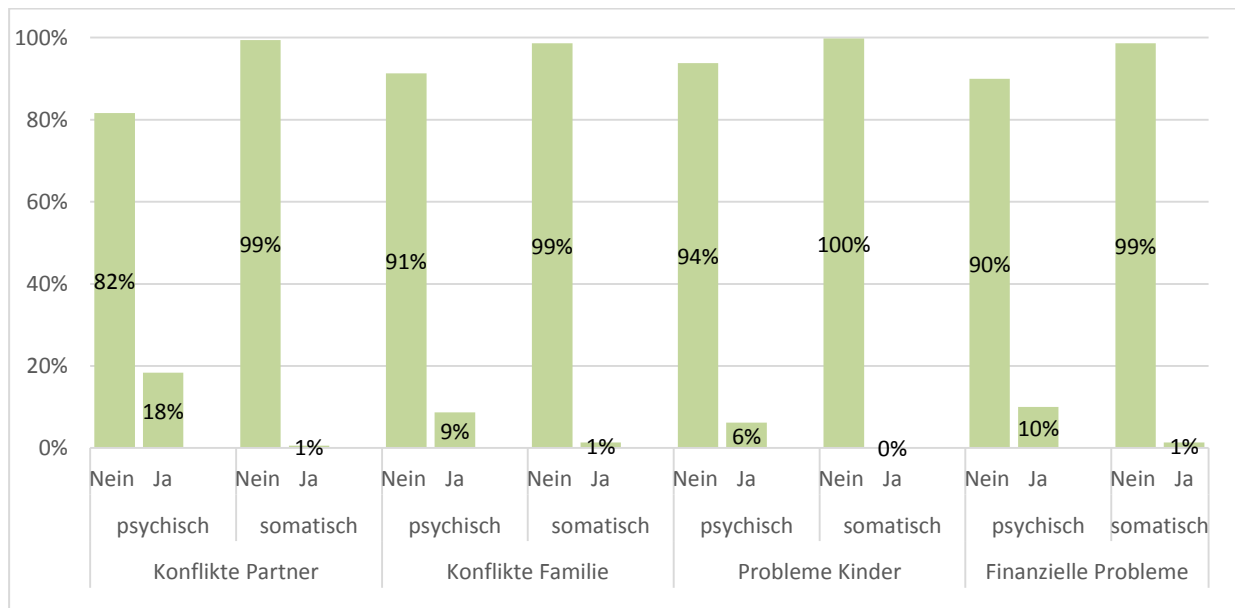
Abbildung 120: Bildung, soziale Isolation und private Aktivitäten



Bei Personen, die in einer Partnerschaft sind, liegen im Fall der psychisch Kranken relativ häufig Partnerkonflikte vor, während dies bei den somatisch Kranken fast nie der Fall respektive nicht dokumentiert ist (Abbildung 121). Man kann annehmen, dass auch somatisch kranke Versicherte etwas häufiger Partnerschaftskonflikte haben, aber wahrscheinlich zeigt sich auch hier ein nicht zufälliger Unterschied. Psychische Probleme können eine Beziehung wegen der häufigen krankheitsbedingten emotionalen und interaktionellen Schwierigkeiten direkt und relevant belasten.

Neben den Partnerkonflikten sind auch Konflikte mit dem sonstigen familiären Umfeld häufiger sowie Probleme in der Kindererziehung respektive mit den Kindern selbst. Auch finanzielle Probleme sind bei rund jedem zehnten Versicherten erwähnt.

Abbildung 121: Familiäre und finanzielle Probleme (nur „Ja“-Prozent)



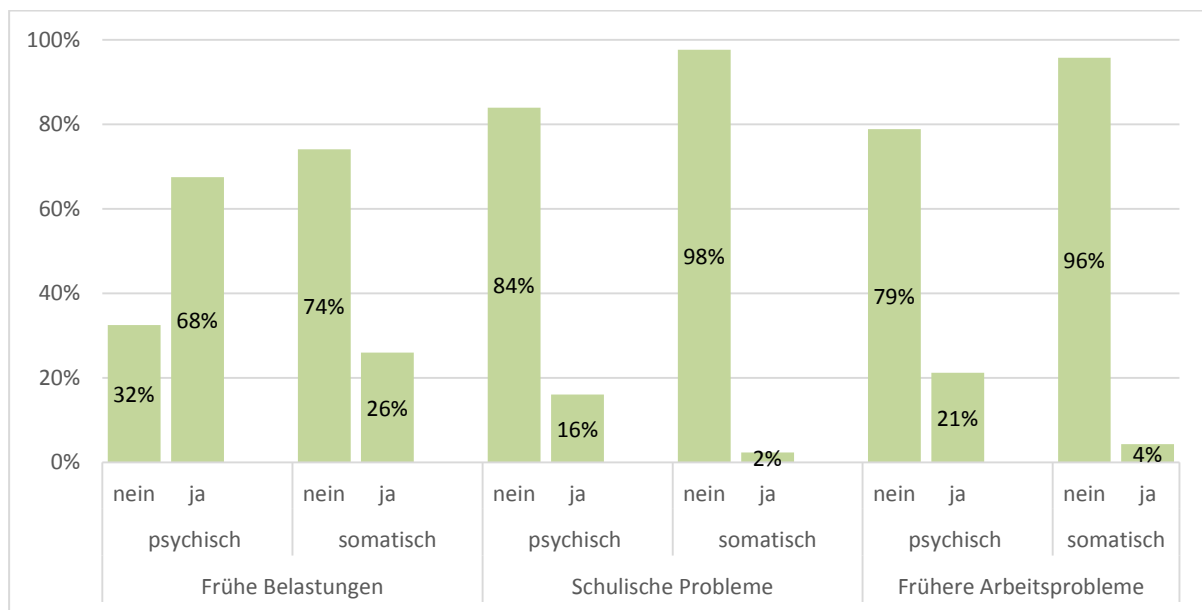
Deutliche Unterschiede ergibt auch der Vergleich hinsichtlich Vorhandensein von früheren (familiären) Belastungen, Schulproblemen respektive Problemen an früheren Arbeitsstellen (Abbildung 122):

Bei rund zwei Dritteln der psychisch kranken Versicherten sind frühe Belastungen dokumentiert gegenüber einem Viertel bei den somatisch kranken Versicherten. Dass bei Letzteren doch so häufig derartige Belastungen erwähnt sind, ist bemerkenswert. Dabei handelt es sich nicht nur um seit längerem bestehende somatische Probleme, sondern auch um belastende Lebensereignisse (Todesfälle, Suizide etc.) im persönlichen Umfeld, um eigene psychische Probleme, Unfallereignisse etc.

Hinsichtlich früherer Probleme in der Schule (Leistungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten, Mobbing etc.) ist wiederum fast ausschliesslich bei den psychisch kranken Versicherten etwas dokumentiert: 16% dieser Personen hatten Probleme in der Schulzeit und rund ein Fünftel hatte schon Probleme an früheren Arbeitsstellen.

Diese - in Realität wohl noch deutlich häufigere – persönliche «Vorgeschichte» der Arbeitsunfähigkeit unterscheidet psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten deutlich von somatisch bedingten.

Abbildung 122: Frühe Belastungen, Schul- und Arbeitsprobleme



Merkmale des Erstkontaktes

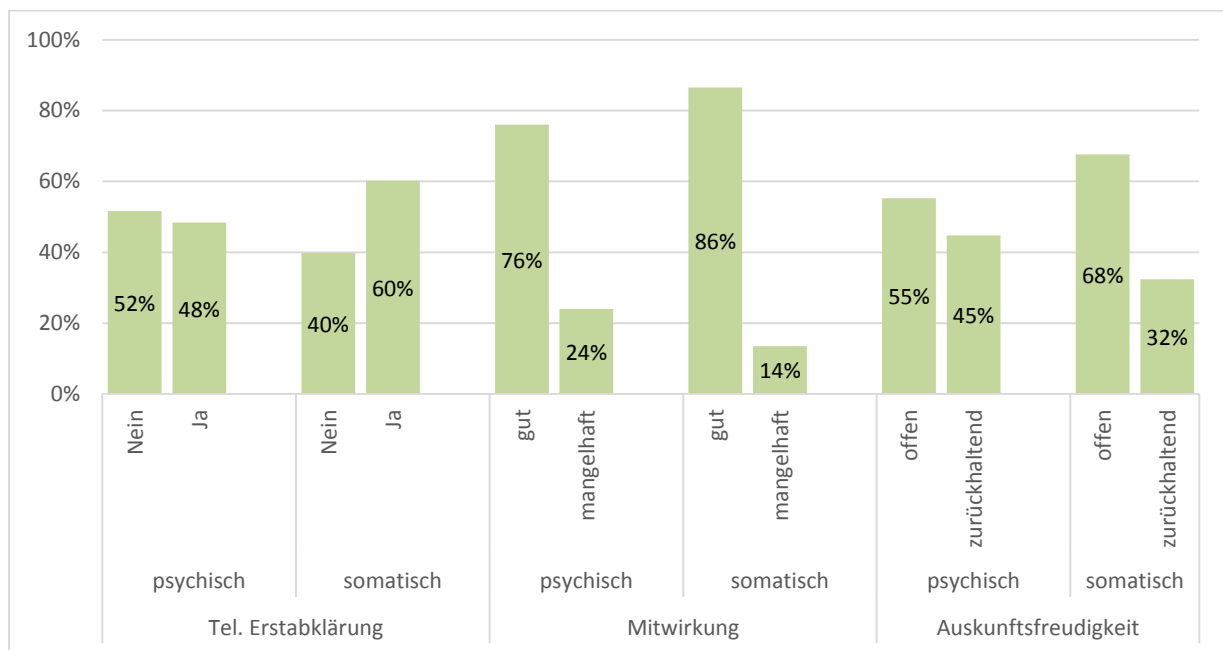
Bei Versicherten mit körperlichen Gesundheitsproblemen wird häufiger eine telefonische Erstabklärung durchgeführt (Abbildung 123) – in 60% der Fälle gegenüber knapp der Hälfte der Fälle bei den psychischen Krankschreibungen. Dies liegt nicht daran, dass sich psychisch kranke Versicherte häufiger in stationärer Behandlung befinden.

Da es sich bei der telefonischen Erstabklärung um den ersten und zudem persönlichen Kontakt mit der versicherten Person handelt – und damit um einen sensiblen und für die Arbeitsunfähigkeit wichtigen Moment - wäre es hilfreich zu verstehen, warum dieser Kontakt bei körperlich kranken Versicherten häufiger hergestellt wird.

Möglicherweise liegt einer der Gründe darin, dass Mitwirkung und Auskunftsfreudigkeit bei Versicherten mit psychischen Problemen etwas geringer ausfallen als bei Versicherten mit somatischen Problemen. Während rund ein Drittel der somatisch Kranken nur zurückhaltend Auskunft gibt, sind es bei den psychisch Kranken rund 45%, also fast jede zweite Person. Somatische Probleme werden vielleicht auch als weniger 'persönlich' wahrgenommen, was die Hemmungen reduzieren mag.

Bei der «Mitwirkung» handelt es sich oft um das Unterzeichnen und Retournieren der IV-Anmeldung oder der Vollmacht zur Einholung von medizinischen Informationen etc., um die Erreichbarkeit respektive um das Tätigen eines Rückrufes oder das Einhalten von Terminen etc. Hier zeigt ein Viertel der psychisch kranken Personen Auffälligkeiten gegenüber lediglich rund einem Achtel bei den somatisch kranken Personen. Zum Teil mag dies mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (fehlender Antrieb, Konzentrationsprobleme, ängstliche Vermeidung oder überzogenes Misstrauen etc.) zusammenhängen, da sowohl bei den psychischen wie auch den somatischen Fällen eine mangelnde Mitwirkung mit einer höheren Beeinträchtigung zusammenhängt. Zum Teil mag hier auch der Auslöser der Arbeitsunfähigkeit eine Rolle spielen: Personen mit Arbeitskonflikten zeigen tendenziell sowohl bei psychischen wie bei somatischen Fällen eine geringere Mitwirkung.

Abbildung 123: Tel. Erstabklärung, Mitwirkung und Auskunftsfreudigkeit



Die folgende Abbildung 124 verdeutlicht, dass sich bei den Versicherten körperliche und psychische Probleme nicht ausschliessen – vor allem nicht bei den Personen mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten: Rund ein Drittel dieser Personen berichten über starke körperliche Beschwerden, ein weiteres Drittel über leichte. Diese starke Überlagerung von psychischen Problemen mit somatischen Krankheiten gilt generell und nicht nur in der Schweiz (vgl. Frick & Frick, 2010). Bei den Versicherten mit somatischen Erkrankungen werden die Beschwerden nahezu immer als stark geschildert.

Umgekehrt berichtet rund ein Drittel der somatisch Kranken über leichte bis starke psychische Beschwerden. Damit berichten doppelt so viele psychisch Kranke über komorbide (psychische und körperliche) Probleme wie somatisch Kranke.

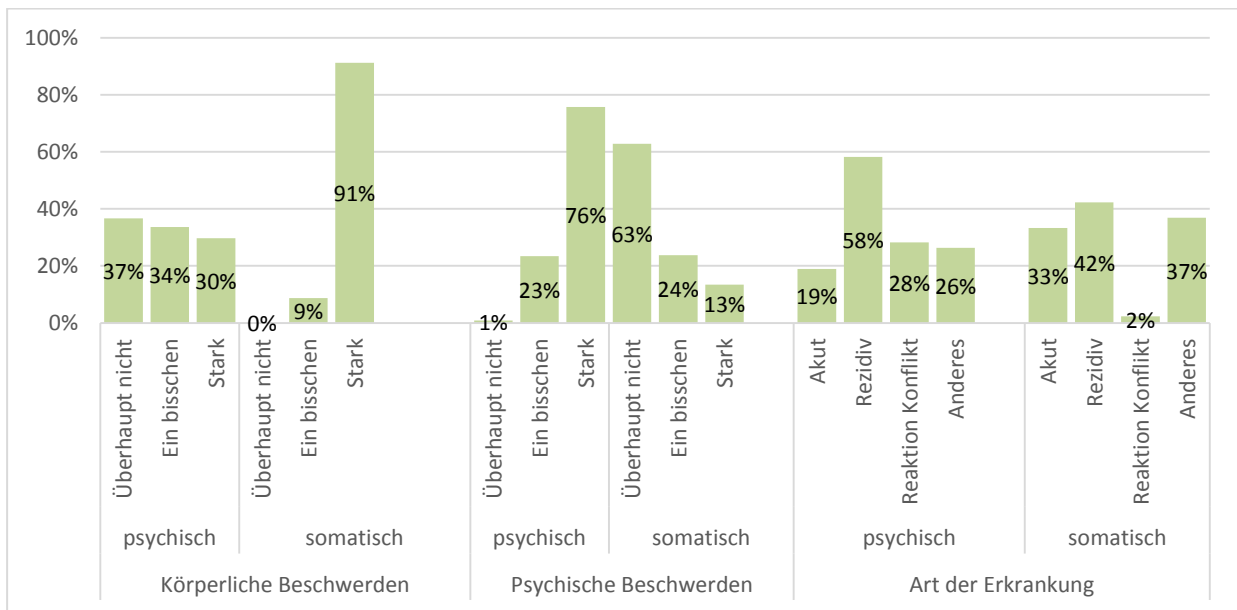
Ebenfalls deutliche Unterschiede manifestieren sich in der Art der Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat: somatische Erkrankungen sind häufiger akuter Natur (33 vs 19%) und häufiger «Anderes», das heisst zum Beispiel Folgeerkrankungen nach Unfall, Reaktion auf belastende Lebensereignisse, Behandlungsfolgen wie bspw. nach Chemotherapie etc. (37 vs 26%).

Deutlich häufiger bei den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten sind Rezidive bei vorbestehenden Krankheiten (58 vs 42%) sowie Reaktionen auf Arbeitskonflikte und Kränkungen (28 vs 2%).

Der hohe Anteil von Rezidiven bei vorbestehenden Krankheiten spiegelt die Tatsache, dass es sich bei psychischen Störungen oft um früh beginnende und häufig wiederkehrende oder gar andauernde Probleme handelt. Beides, früher Beginn und chronischer Verlauf, sind mit einer gegenüber akuten und später beginnenden Erkrankungen schlechteren Prognose verbunden.

Dass psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten viel häufiger als Reaktion auf Arbeitsplatzprobleme anzusehen sind, verdeutlicht, wie zentral Beziehungen respektive interaktionelle Probleme für die psychische Verfassung sind.

Abbildung 124: Körperliche und psychische Beschwerden; Art der Erkrankung

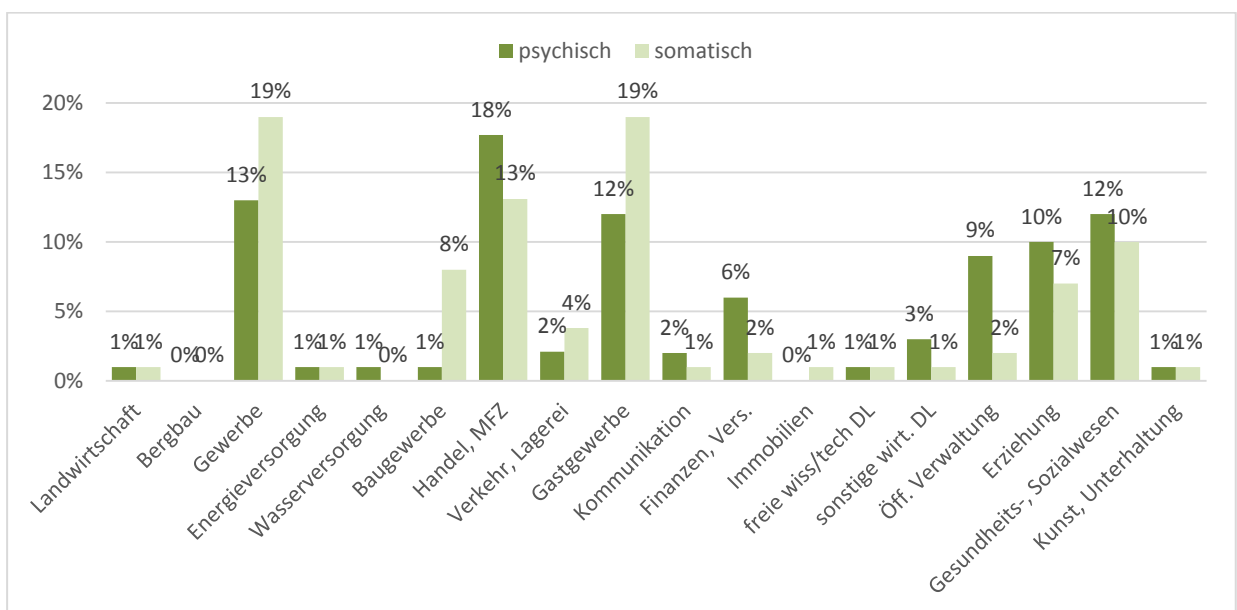


Merkmale des Arbeitsplatzes

Klare und zu erwartende Unterschiede ergibt auch der Vergleich nach Branche der Unternehmen, in denen die Versicherten tätig sind (Abbildung 125): Personen mit somatischen Problemen arbeiten häufiger in Gewerbebetrieben (19 vs 13%), im Baugewerbe (8 vs 1%) sowie im Gastgewerbe (19 vs 12%).

Personen mit psychischen Problemen sind hingegen häufiger im Handel und in der Autobranche tätig (18 vs 13%), in der Finanzbranche (6 vs 2%), in der öffentlichen Verwaltung (9 vs 2%), im Erziehungswesen (10 vs 7%) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (12 vs 10%).

Abbildung 125: Verteilung nach Branche



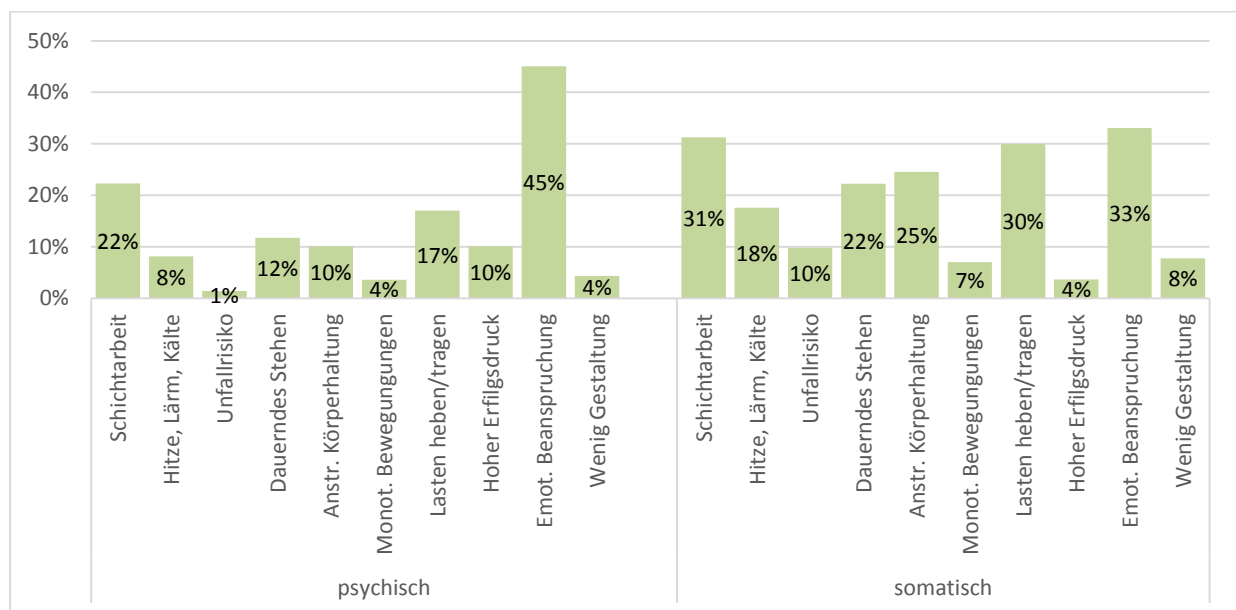
Die unterschiedliche Verteilung nach Branche schlägt sich auch im Vorhandensein von «besonders belastenden Arbeitsbedingungen» nieder (obwohl die Branche per se noch nichts über die Tätigkeit aussagt). Die folgende Abbildung zeigt den Anteil verschiedener besonderer Belastungen, denen die Versicherten in ihrer Tätigkeit ausgesetzt sind (Abbildung 126):

Gezeigt werden hier lediglich die Belastungen, in denen sich signifikante Unterschiede nach Art des Gesundheitsproblems manifestieren (Multitasking oder sehr monotone Aufgaben beispielsweise unterscheiden sich nicht nach Gesundheitsproblem).

Die meisten Unterschiede zeigen sich bei den physischen Beanspruchungen. Somatisch Kranke arbeiten häufiger Schicht (31 vs 22%), an lärmigen Arbeitsplätzen mit extremen Temperaturen (18 vs 8%) und Unfallrisiko (10 vs 1%), in Tätigkeiten mit dauerndem Stehen (22 vs 12%), anstrengenden Körperhaltungen (25 vs 10%) und in Tätigkeiten, wo schwere Lasten gehoben oder getragen werden müssen (30 vs 17%) und wenig Gestaltungsspielraum besteht (8 vs 4%).

Psychisch kranke Personen sind häufiger in Tätigkeiten mit einem hohen Erfolgsdruck (10 vs 4%) sowie vor allem in Tätigkeiten mit hoher emotionaler Beanspruchung (45 vs 33%).

Abbildung 126: Besonders belastende Arbeitsbedingungen

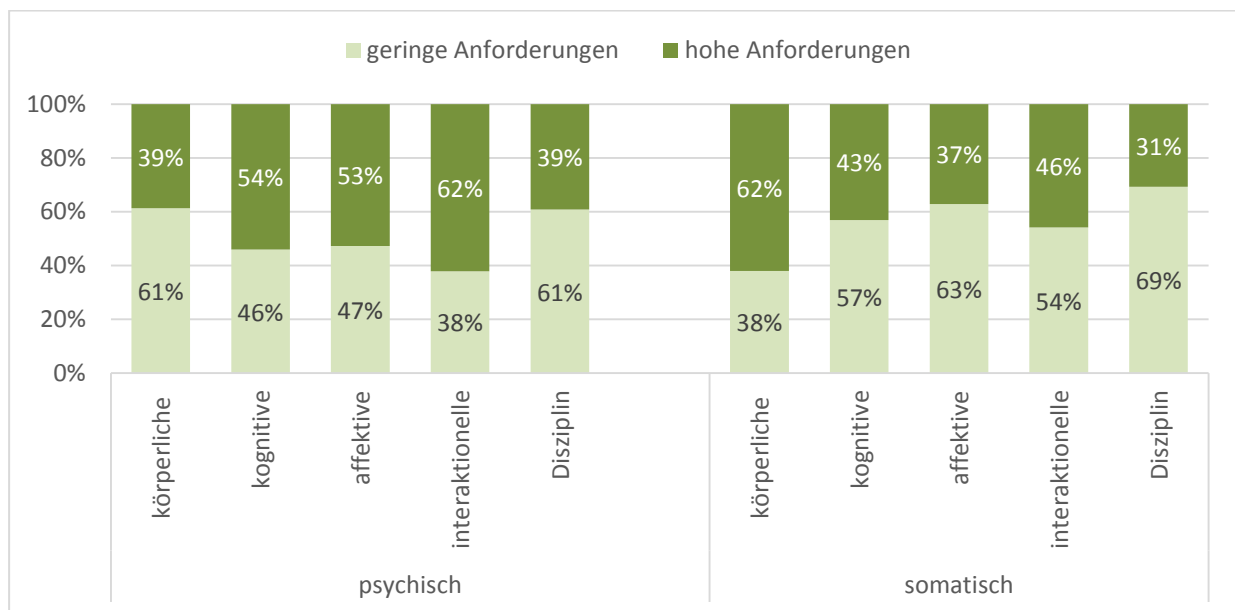


Betrachtet man generell die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Anforderungen, sind psychisch kranke Versicherte mit Ausnahme von körperlichen Anforderungen in allen weiteren Bereichen häufiger mit hohen Anforderungen konfrontiert (Abbildung 127):

Ihre Tätigkeiten beinhalten häufiger hohe kognitive (54 vs 43%), affektive/emotionale (53 vs 37%), interaktionelle (62 vs 46%) sowie Anforderungen an Zuverlässigkeit/Disziplin (39 vs 31%) als Versicherte mit physischen Gesundheitsproblemen. Diese Unterschiede sind anhand der Branchenverteilung und den beruflichen Tätigkeiten nachvollziehbar. Beispiele sind Lehrpersonen mit hohen interaktionellen Anforderungen, Pflegenden mit hohen affektiven/emotionalen Anforderungen oder Polizisten in der öffentlichen Verwaltung mit hohen Anforderungen an Disziplin und Zuverlässigkeit etc.

Umgekehrt sind Personen mit somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit deutlich häufiger mit hohen körperlichen Anforderungen konfrontiert (62 vs 39%).

Abbildung 127: Anforderungen der beruflichen Tätigkeit



Hinsichtlich Merkmalen der Beziehung zwischen Versicherten und ihren Vorgesetzten respektive Arbeitgebern manifestieren sich ebenfalls deutliche Unterschiede, die sich wahrscheinlich nicht nur damit begründen lassen, dass bei somatisch kranken Versicherten derartige Informationen einfach seltener dokumentiert sind (Abbildung 128). Über das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestehen häufig auch direkte Informationen aus der (bei somatisch Kranken häufigeren) telefonischen Erstabklärung sowie gegebenenfalls auch aus Informationen seitens Arbeitgeber:

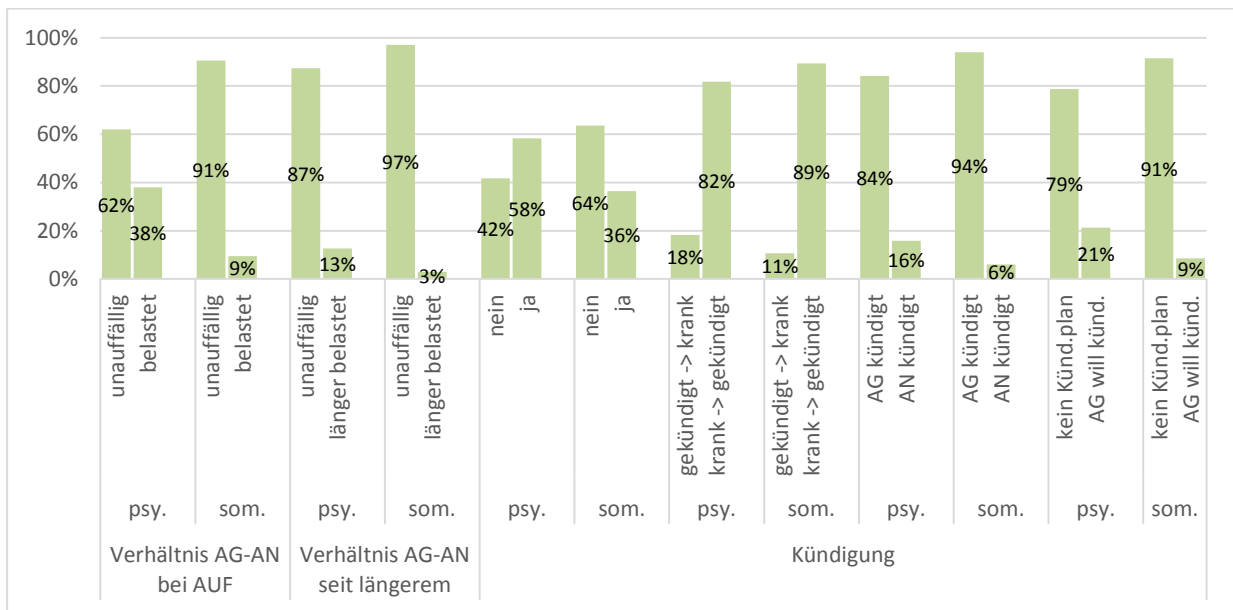
Bei psychisch kranken Versicherten besteht häufiger ein belastetes Verhältnis zum Arbeitgeber (38 vs 9%), zudem berichtet der Arbeitgeber auch häufiger, dass es schon seit längerem Probleme mit dem Versicherten gebe (13 vs 3%).

58% der Arbeitsverhältnisse bei psychisch kranken Versicherten werden im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gekündigt gegenüber 36% der Anstellungen bei somatisch Kranken. Psychisch kranke Versicherte lösen das Arbeitsverhältnis häufiger selbst auf als somatisch Kranke (16 vs 6%).

Zudem bestehen bei psychisch Kranken häufiger Hinweise, dass der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis noch aufzulösen plant (21 vs 9%).

Etwas häufiger kommt es bei psychisch Kranken auch dazu, dass die Arbeitsunfähigkeit an eine Kündigung anschliesst (18 vs 11%).

Abbildung 128: Verhältnis Arbeitgeber - Arbeitnehmer

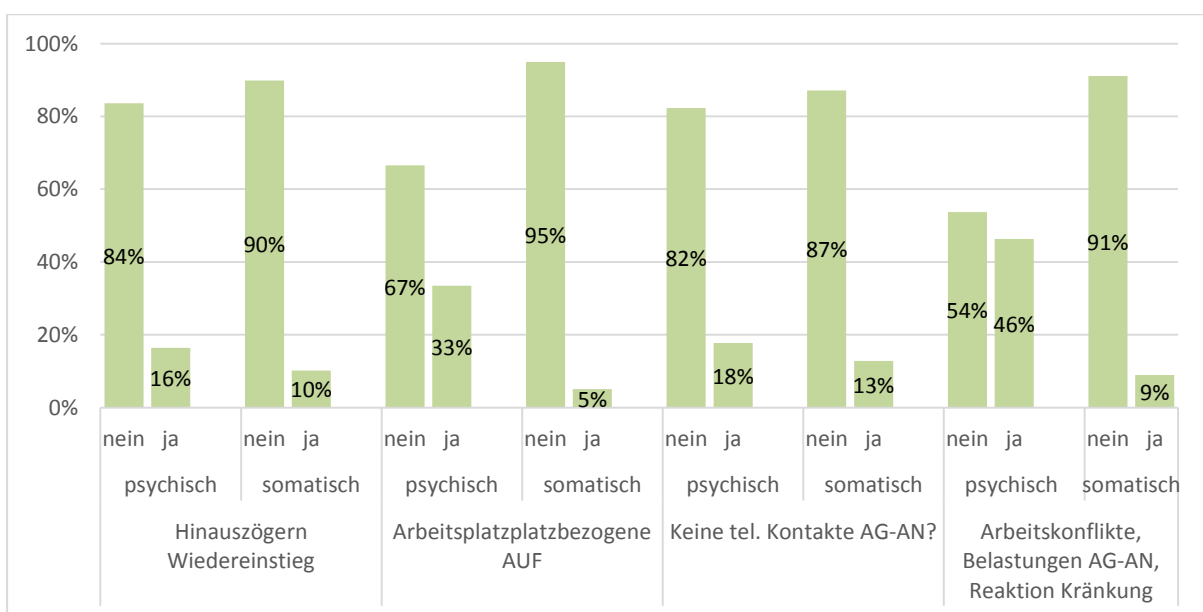


Entsprechend der häufiger belasteten Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer handelt es sich bei den hier untersuchten psychisch kranken Versicherten auch viel häufiger um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit (33 vs 5%), siehe Abbildung 129.

Die Arbeitsunfähigkeit ist bei psychisch Kranken deutlich häufiger begründet durch Arbeitsplatzkonflikte, erlebte Kränkungen und belastete Beziehungen zum Arbeitgeber als bei somatisch kranken Versicherten (46 vs 9%).

Dies manifestiert sich wohl als Folge dieser belasteten Situationen auch häufiger in einem Kontaktabbruch zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer - keine telefonischen Kontakte während AUF (18 vs 13%) sowie in einem Hinauszögern des Wiedereinstiegs (16 vs 10%).

Abbildung 129: Arbeitsplatzbezogene Merkmale der Arbeitsunfähigkeit



Krankheit, Funktionseinschränkung, Alltagsbeeinträchtigung und Behandlung

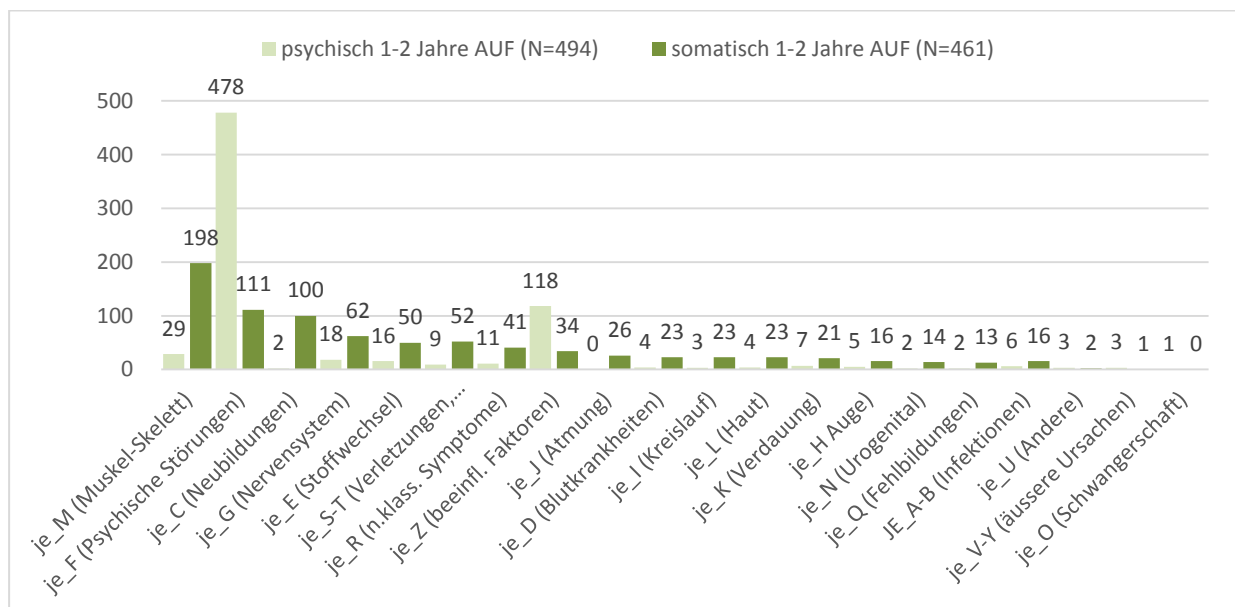
Die folgende Abbildung dient nicht nur Vergleichszwecken, sondern auch dazu, das Diagnosespektrum der Personen mit somatisch bedingter längerer Arbeitsunfähigkeit zu zeigen (Abbildung 130).

Die häufigste Diagnosegruppe stellen hier die muskuloskelettalen Erkrankungen dar (198/461), schon an zweiter Stelle gefolgt von psychischen Erkrankungen (111/461). Psychische Störungen sind demnach auch bei den aus somatischen Gründen arbeitsunfähigen Personen prominent (mit)vertreten.

An dritter Stelle folgen Neubildungen (Tumorerkrankungen; 100/461). Weiter sind relativ häufig Erkrankungen des Nervensystems (Schlaganfall, Multiple Sklerose, Migräne etc.; 62/461) und Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Störungen der Schilddrüse etc.; 50/461).

Bei psychisch kranken Versicherten deutlich häufiger vergeben werden Z-Kodierungen (188 vs 34). Diese haben nicht den Status einer Diagnose, beschreiben aber belastende Umstände oder Probleme – zum Beispiel Probleme am Arbeitsplatz oder familiäre, finanzielle und soziale Probleme etc. Dass diese bei psychisch Kranken häufiger vorkommen, bestätigt auch die oben gezeigten Unterschiede am Arbeitsplatz und im familiären Umfeld.

Abbildung 130: Jemals diagnostizierte Krankheiten (Kapitelbezeichnungen nach ICD-10)



Im Alltag sind Personen mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit – zumindest in den hier erhobenen Kategorien – häufiger beeinträchtigt als Personen mit körperlich bedingter Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 131).

Psychisch Kranke haben häufiger Probleme in der Partnerschaft (31 vs 6%), bei der Kindererziehung (19 vs 6%), bei den sozialen Kontakten (35 vs 8%), in administrativen und behördlichen Angelegenheiten (21 vs 11%), in Freizeitaktivitäten ausser Haus (34 vs 24%) und bei der Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel (15 vs 8%).

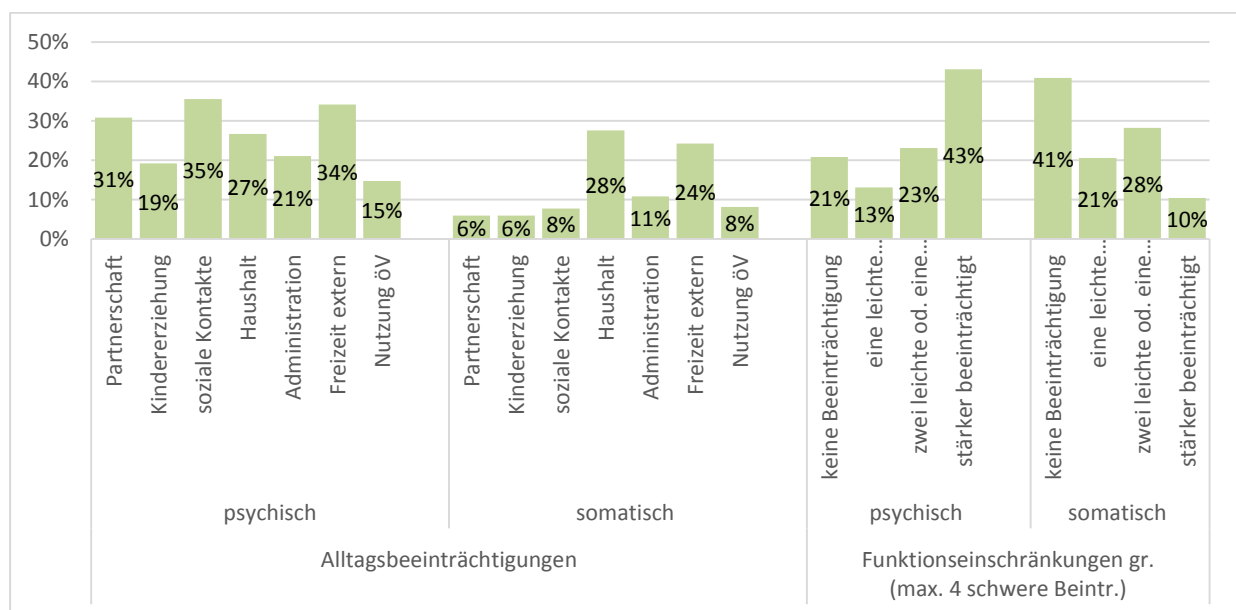
Körperlich Kranke sind vor allem im Haushalt (28%) und bei den externen Freizeitaktivitäten (24%) eingeschränkt. Das bedeutet nicht, dass die hier erfassten psychisch Kranken a priori «schwerer» beeinträchtigt sind als die somatisch Kranken. Zum einen liegt der Unterschied an den hier erfassten

Alltagskategorien, von denen beispielsweise die ersten drei (Partnerschaft, Kindererziehung, soziale Kontakte) Bereiche sind, die bei interaktionellen oder emotionalen Einschränkungen oft direkt betroffen sind. Und diese Einschränkungen sind bei psychisch Kranken deutlich häufiger als bei somatisch Kranken.

Der Vergleich verdeutlicht aber dennoch einen typischen Unterschied: eine körperliche Einschränkung beeinträchtigt alle Lebensbereiche, wo diese körperliche Funktion wichtig ist – aber alle anderen nicht. Wenn hingegen kognitive (Wahrnehmung, Denken etc.), affektive oder interaktionelle Einschränkungen vorhanden sind, sind meist mehrere Alltagsbereiche beeinträchtigt: neben verschiedenen Formen von Beziehungen zum Beispiel je nachdem auch der Kontakt zu Behörden und das Erledigen administrativer Aufgaben etc. Einschränkungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Emotionen etc. können sich letztlich in allen Situationen einschränkend auswirken.

Der Vergleich der Funktionseinschränkungen ist aus ähnlichen Gründen vorsichtig zu interpretieren: Von den aus den Arztberichten erfassten 4 Einschränkungen (körperliche, kognitive, affektive und interaktionelle) betreffen die letzten 3 vor allem psychisch kranke Personen. Auch hier lässt sich nicht auf die «Schwere» der Beeinträchtigung schliessen.

Abbildung 131: Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen



Personen mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit hatten häufiger als solche mit somatischen Problemen schon vor der aktuellen AUF gesundheitliche Probleme – 74 vs 51% (Abbildung 132):

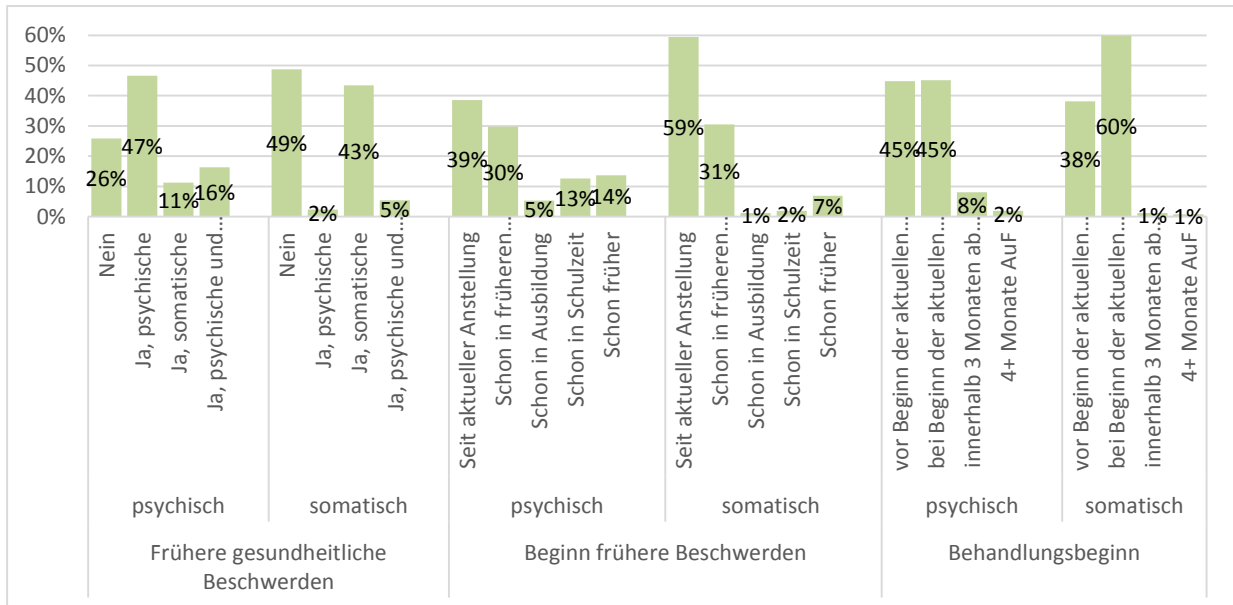
Meist handelt es sich dabei um rein psychische Probleme (47%) oder um kombinierte Probleme (16%) respektive um somatische Probleme (11%). Das zeigt, dass mehr als ein Drittel der aus psychischen Gründen arbeitsunfähigen Personen zuvor schon körperliche Gesundheitsprobleme hatte. Bei somatisch kranken Personen sind hingegen nur selten frühere psychische (2%) oder kombinierte Probleme (5%) dokumentiert.

Auch der Beginn dieser allfällig früheren gesundheitlichen Beschwerden unterscheidet sich: sehr früh (schon vor der Schulzeit, während der Schulzeit oder in der Ausbildung) haben diese gesundheitlichen Probleme bei insgesamt 10% der somatisch kranken Versicherten begonnen, während dies bei 32% der psychisch kranken Versicherten der Fall war. Der Anteil der Personen, die schon an früheren

Anstellungen Gesundheitsprobleme hatte, ist bei beiden Gruppen gleich hoch (31%). Erst in der aktuellen Anstellung haben 59% der Beschwerden bei den somatisch Kranken begonnen gegenüber 39% bei den psychisch Kranken.

Psychisch Kranke waren wegen der aktuellen Erkrankung etwas häufiger schon vor der Krankschreibung in Behandlung (45 vs 38%). Hingegen sind sie auch häufiger erst nach Beginn der Krankschreibung in Behandlung (10 vs 2%). Bei den somatisch kranken Versicherten begeben sich 60% der Personen bei Beginn der Krankschreibung auch in Behandlung.

Abbildung 132: Frühere Gesundheitsprobleme und Behandlungsbeginn

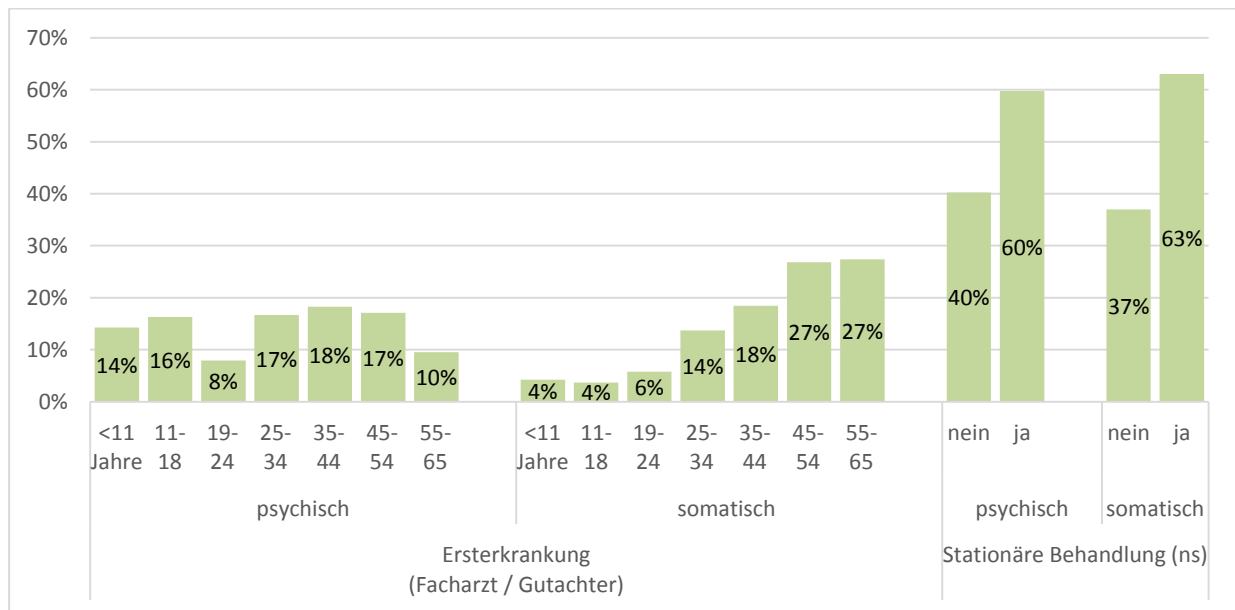


Die Berichte der Fachärzte und Gutachter verdeutlichen den früheren Beginn psychischer Gesundheitsprobleme (Abbildung 133):

Während bei den somatisch Kranken 'lediglich' 14% schon vor dem 25. Altersjahr erstmals erkrankt sind, ist dies bei 38% der psychisch Kranken der Fall. Bei den Versicherten mit somatischen Problemen steigt der Anteil der Ersterkrankungen stetig mit zunehmendem Alter und ist in den zwei höchsten Altersgruppen besonders hoch. Bei den psychisch Kranken nimmt in der höchsten Altersgruppe der 55-56-Jährigen der Anteil der Ersterkrankungen deutlich ab auf 10%.

In Bezug auf stationäre Behandlungen im Verlauf der AUF zeigen sich keine signifikanten Unterschiede: sowohl Personen mit psychischen wie auch körperlichen Gesundheitsproblemen weisen einen 60%-Anteil stationär behandelter Personen aus.

Abbildung 133: Alter bei Ersterkrankung; stationäre Behandlung bei AUF



Ärztliche Berichterstattung

Im Folgenden werden Unterschiede in der ärztlichen Berichterstattung über Patienten mit psychischen respektive somatischen Erkrankungen dargestellt.

In rund 90% aller Fälle liegen Hausarzt- oder Facharztberichte vor (Abbildung 134). Angesichts der langen AUF-Dauer der hier gezeigten Personen (1-2 Jahre) ist es bemerkenswert, dass bei beiden Gruppen je rund 10% der Falldossiers weder hausärztliche noch fachärztliche Berichte enthalten.

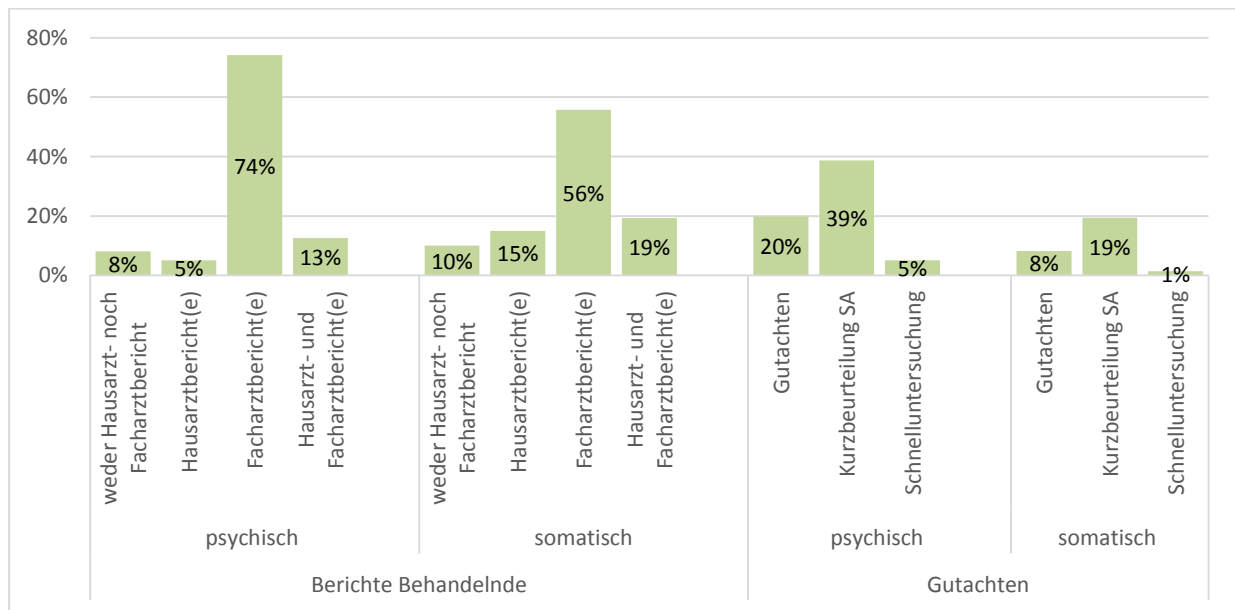
Bei psychisch kranken Versicherten liegt in drei Viertel der Fälle ein oder mehrere Facharztberichte vor während dies bei somatisch kranken Personen seltener der Fall ist (56%). Dafür liegen bei Letzteren häufiger sowohl Hausarzt- wie auch Facharztberichte vor (19 vs 13%).

Insgesamt liegen bei Versicherten mit psychischer AUF fast immer Facharztberichte vor (87% der Fälle) während dies bei Versicherten mit somatischer AUF seltener ist (75% der Fälle).

Gutachten werden bei psychisch kranken Versicherten insgesamt deutlich häufiger in Auftrag gegeben als bei somatisch Kranken: Gutachten (20 vs 8%), Kurzbeurteilungen (39 vs 19%) und Schnelluntersuchungen (5 vs 1%).

Die höheren Anteile von Gutachten/Untersuchungen bei psychisch Kranken weisen womöglich darauf hin, dass diese Fälle als unklarer, komplexer oder in Bezug auf die Arztberichte als weniger nachvollziehbar wahrgenommen werden als die somatischen Arbeitsunfähigkeiten.

Abbildung 134: Vorliegende Berichte und Gutachten



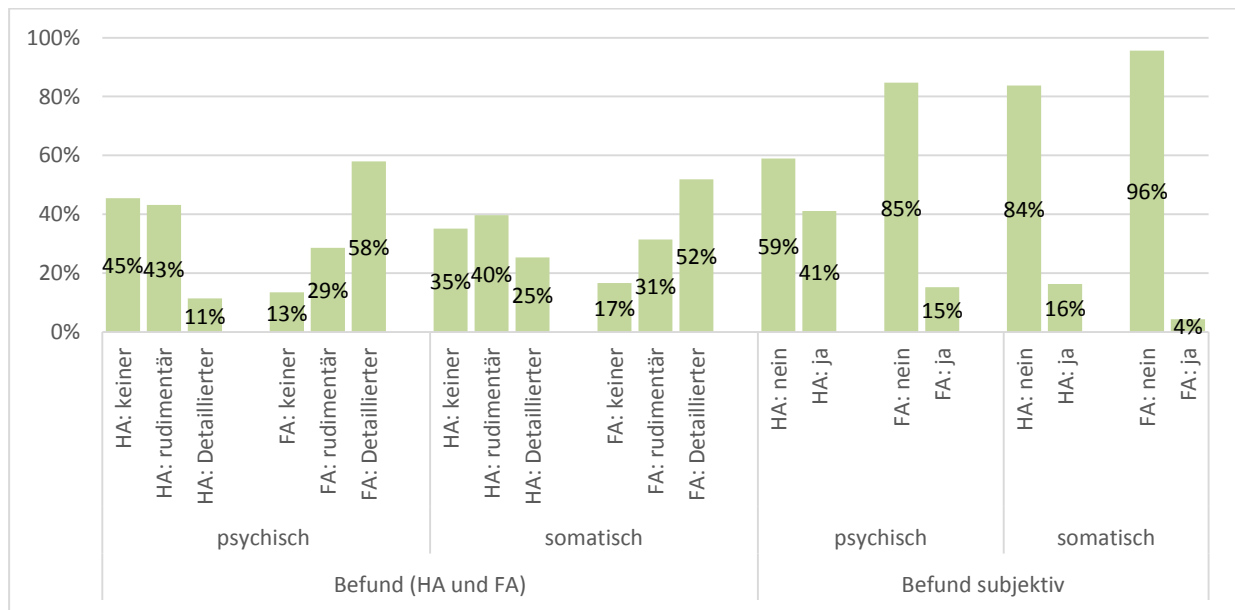
Zur Qualität der Befunderhebung (Abbildung 135): sowohl bei psychischen Arbeitsunfähigkeiten wie bei somatischen liegen seitens der Hausärzte meist keine (45 respektive 35%) oder lediglich rudimentäre (43% respektive 40%) Befunde vor. Die hausärztlichen Befunde sind bei psychisch Kranken selten (11%) detailliert, bei den somatisch Kranken beträgt der Anteil immerhin 25%.

Bei den Fachärzten sind Vorhandensein von Befund und dessen Ausführlichkeit vergleichbar: Ein Befund fehlt bei beiden Gruppen eher selten (13 respektive 17% der Fälle), rund 30% sind jeweils rudimentär und die Mehrheit detailliert (58 respektive 52% der Fälle). Der Unterschied zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Befundung ist demnach erheblich.

Rein subjektive, auf den Aussagen der Patienten beruhende Befunde finden sich auch fast ausschliesslich bei Hausärzten – im Falle psychisch kranker Patienten zudem häufig (41% der Fälle gegenüber 16% bei somatisch Kranken). Bei den Fachärzten kommen rein subjektiv geäusserte Befunde fast nur bei psychisch Kranken vor (15% der Fälle).

Bei Hausarztberichten liegt demnach besonders bei psychisch kranken Patienten meist kein Befund oder nur ein rudimentärer Befund vor – und wenn ein Befund vorliegt, ist er in rund 40% der Fälle ausschliesslich auf die Aussagen der Patienten abgestützt.

Abbildung 135: Befundung



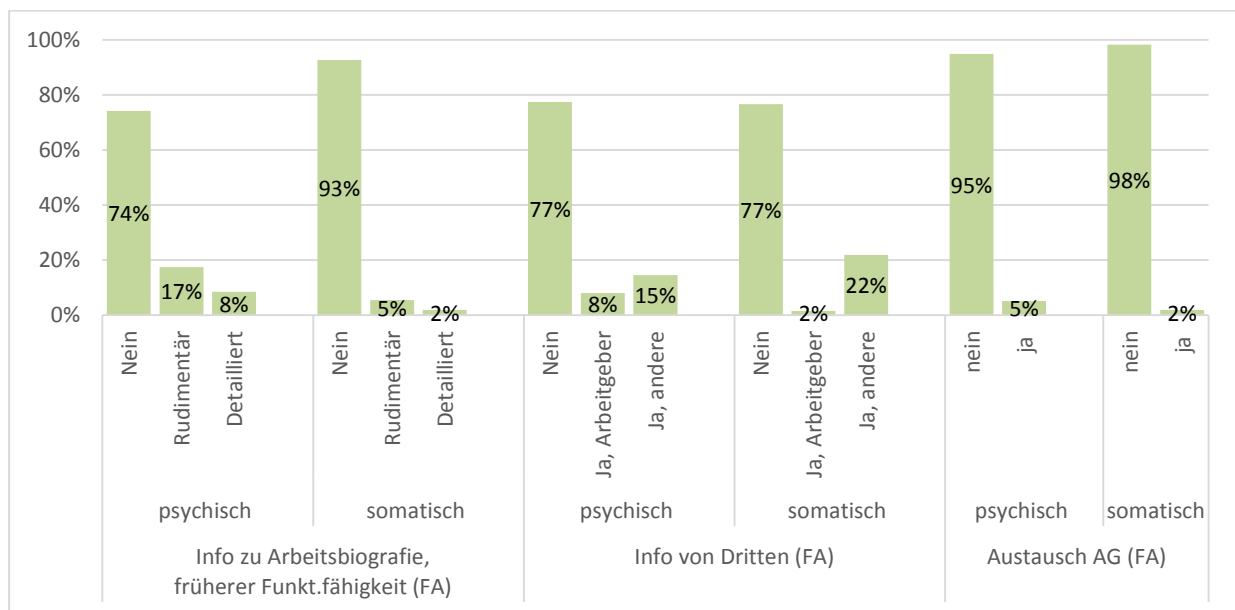
Angaben zur Arbeitsbiografie und zur früheren Funktionsfähigkeit sowie Informationen von Arbeitgeber und sonstigen Dritten kommen wie oben dargestellt kaum je vor. Ebenso kommt es praktisch nie zu einem Austausch zwischen Arzt und Arbeitgeber (Abbildung 136). Die Abbildung veranschaulicht die entsprechenden Anteile bei Facharztberichten – bei hausärztlichen Berichten sind die Anteile noch geringer.

Die Abbildung zeigt hier zudem, dass die psychiatrischen Fachärzte zwar sehr selten, aber doch markant häufiger als die somatischen Fachärzte solche Angaben treffen respektive dazu Informationen einholen: Immerhin 26% der Psychiater beschreiben die Arbeitsbiografie und frühere Funktionsfähigkeit zumindest rudimentär gegenüber lediglich 7% der somatischen Facharztberichte.

Auch Informationen von Arbeitgebern fließen bei Psychiatern häufiger in die Berichte ein als bei somatischen Fachärzten (8 vs 2%). Häufiger sind hingegen in den somatischen Facharztberichten weitere Drittinformationen erwähnt – vor allem Berichte von anderen Ärzten oder Spitälern.

Ebenso fehlen bei beiden Gruppen fast immer Hinweise zu ergonomischen Anpassungen am Arbeitsplatz: solche Hinweise finden sich (in meist rudimentärer Form) in 6% der Psychiaterberichte und 11% der somatischen Facharztberichte (Abbildung 137).

Abbildung 136: Angaben zur Arbeitsbiografie; Informationen von Dritten (nur Fachärzte)

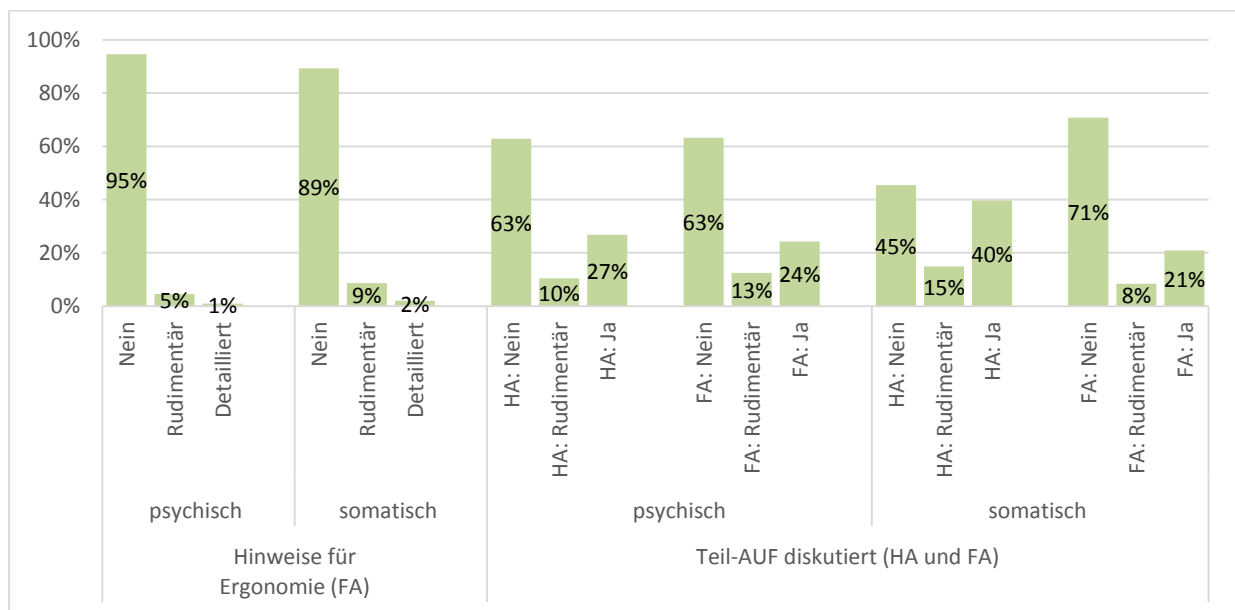


Eine teilweise Arbeitsunfähigkeit wird bei beiden Patientengruppen und in allen Arztberichten eher selten diskutiert – mit einer Ausnahme: bei somatisch kranken Patienten erwähnen vor allem die Hausärzte in der Mehrheit der Fälle die Möglichkeit einer Teilzeit-AUF.

Der grosse Unterschied zwischen den hausärztlichen und fachärztlichen Berichten bei den somatisch kranken Versicherten mag daran liegen, dass diese eher eine bezüglich Krankheitsschwere unterschiedliche Klientel behandeln.

Dass alle anderen Berichte bei beiden Krankheitsgruppen sehr selten eine Teilzeit-AUF explizit prüfen, ist bemerkenswert, da es sich hier um lange bis sehr lange Arbeitsunfähigkeiten handelt mit einer Dauer von mindestens 12 Monaten. Dass gerade die Facharztberichte dies bei 63% der psychisch Kranken und bei 71% der somatisch Kranken nicht einmal rudimentär tun, weist auf ein grosses rehabilitatives Potential hin. Bei solch langen Arbeitsunfähigkeitsdauern sollte man neben der Krankheit auch die Effekte einer solch langen Inaktivität berücksichtigen (zum Beispiel Dekonditionierung und regressive Tendenzen) und gegenüber einer vollumfänglichen Entlastung abwägen.

Abbildung 137: Hinweise zur Ergonomie; Erörterung einer Teil-AUF



Sehr grosse Unterschiede manifestieren sich hinsichtlich der Frage, ob und welche externen (sozialen) Faktoren von den Ärzten als ursächlich oder auslösend für die Arbeitsunfähigkeit angesehen werden (Abbildung 138).

Dies ist erwartungsgemäss praktisch ausschliesslich bei den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten der Fall.

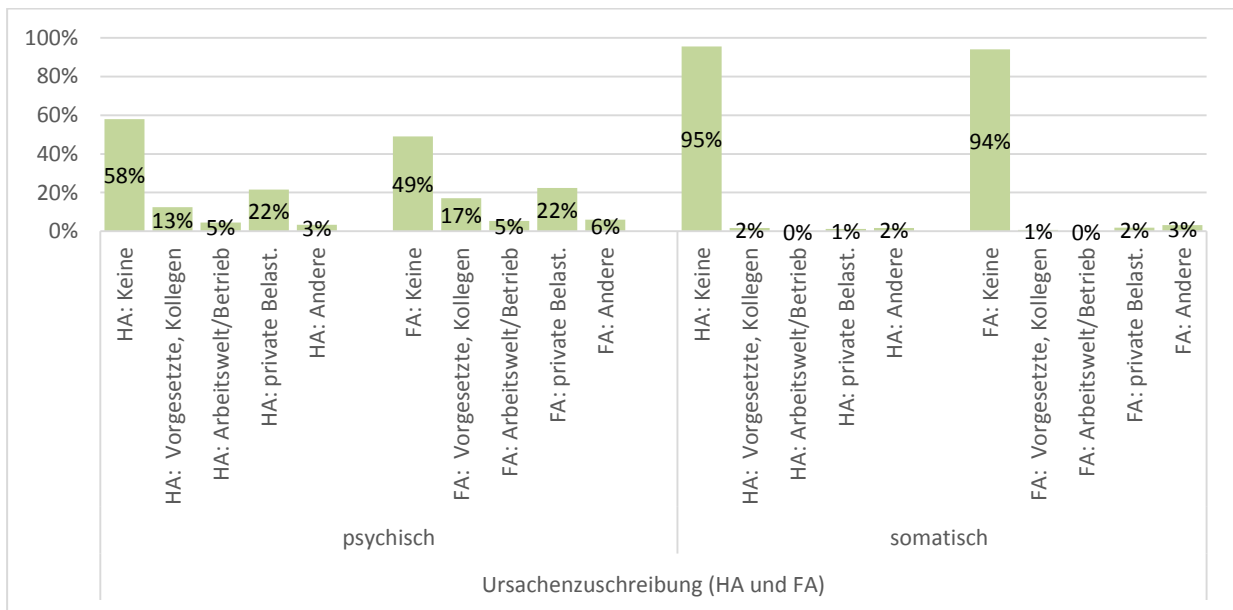
Bei diesen langen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten werden in 42% der Fälle (Hausärzte) respektive 51% der Fälle (Psychiater) externe Belastungen für die AUF (mit)verantwortlich gemacht. Häufig handelt es sich dabei um berichtete private Belastungen (jeweils in 22% der Fälle) sowie um Probleme mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen (in 13 respektive 17% der Fälle). Eher selten werden Veränderungen im Betrieb (Reorganisationen, Chefwechsel etc.) als externe Faktoren genannt.

Dass solche äusseren Umstände bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten oft eine Rolle spielen und auch genannt werden, scheint der Art psychischer Erkrankungen und deren oft auch sozialer Bedingtheit angemessen. Die Mehrheit der hier gezeigten Personen mit psychischen Problemen hat eine teils seit langem vorbestehende Erkrankung, deren Zustand sich infolge von äusseren Veränderungen verschlechtern kann. Auch die wie oben dargestellt häufigen Z-Diagnosen / Kodierungen stimmen mit den hier erhobenen häufigeren externen Faktoren überein.

Auf der anderen Seite kann man sich fragen, ob solche extern (mit)verursachte Zustandsverschlechterungen respektive Krisen zu einer solch langen Arbeitsunfähigkeit führen müssen, wie dies in den hier gezeigten Krankschreibungen der Fall ist.

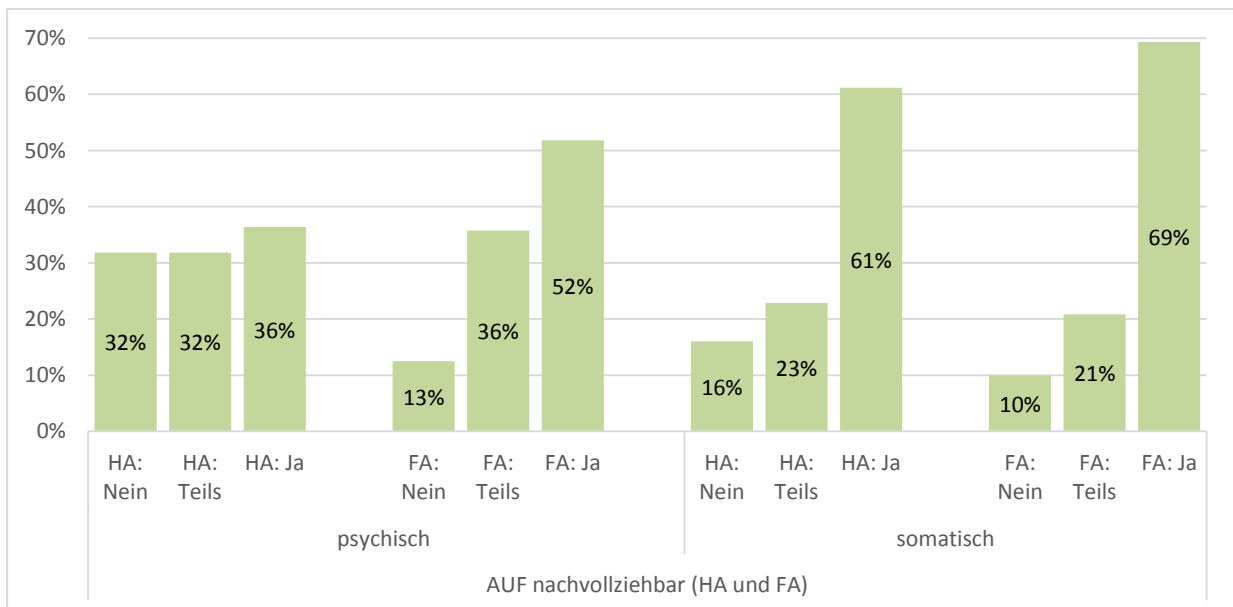
Schliesslich kann man sich umgekehrt fragen, ob die somatischen Fachärzte die Bedeutung von externen / sozialen Faktoren nicht etwas unterschätzen. Auch (vorbestehende) somatische Erkrankungen können durch externe Belastungen und Stress verschlechtert oder (mit)ausgelöst werden. Beispiele sind höhere Risiken für Herzinfarkt, Schlaganfall, muskuloskelettale Erkrankungen, Magen-Darm-Beschwerden, Diabetes, Tinnitus etc.

Abbildung 138: Externe Ursachenzuschreibungen



Der Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der eingeschätzten Nachvollziehbarkeit der Arztberichte bezüglich Arbeitsunfähigkeit insgesamt (Grad und Dauer) zeigt klar höhere Werte bei den Personen mit somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 139):

Abbildung 139: Nachvollziehbarkeit der Arbeitsunfähigkeit insgesamt (Grad und Dauer)



Am stärksten zumindest teilweise nachvollziehbar sind die AUF-Fälle, bei denen (u.a.) Berichte von somatischen Fachärzten vorliegen (21% teilweise und 69% ganz nachvollziehbar). Fälle, bei denen (u.a.) hausärztliche Berichte vorliegen sind ebenfalls grossmehrheitlich nachvollziehbar (23% teilweise und 61% ganz).

Psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten sind seltener nachvollziehbar, wobei dies speziell für Fälle zutrifft, wo Hausarztberichte vorliegen (32% nicht, 32% teilweise und 36% ganz nachvollziehbar). Bei den Fällen mit vorliegenden Psychiaterberichten sind insgesamt 87% zumindest teilweise nachvollziehbar und nur 13% der Fälle sind nicht nachvollziehbar.

An sich könnte man bei den hier vorliegenden sehr langen Arbeitsunfähigkeiten mit 1-2 Jahren Dauer davon ausgehen, dass diese nachvollziehbar begründet werden. *Ganz* nachvollziehbar sind die ärztlichen Beurteilungen jedoch auch bei den somatischen Erkrankungen häufig nicht (in rund 30-40% der Fälle nicht). Bei den psychischen Erkrankungen sind die ärztlichen Beurteilungen nur in einem Drittel respektive der Hälfte der Fälle ganz nachvollziehbar.

Hier stellt sich auch die Frage, ob diese von aussen betrachtet eher geringen Werte gerade bei den psychisch kranken Versicherten nicht auch ein Effekt des Beurteilungsprozesses beim Kodieren der Dossiers sein mag – dass also somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten a priori nachvollziehbarer empfunden werden als psychisch bedingte oder dass körperliche Einschränkungen auch im Alltagsleben besser sichtbar sind als psychische und von daher als «nachvollziehbar» eingestuft wurden. Bei der Analyse der Dossiers zeigte sich eine solche Urteilstendenz vor allem zu Beginn der Dossieranalyse: Es wurden somatische Arbeitsunfähigkeiten auch dann als begründet aufgefasst, wenn in den Berichten weder die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen genannt waren noch begründet wurde, warum eine kürzere Dauer oder eine Teilarbeitsfähigkeit nicht möglich sind. Da dies aber von einer Ko-Autorin rasch bemerkt wurde, konnte dies in den laufenden Fallbesprechungen aber angesprochen und korrigiert werden.

Das heisst, dass die häufiger nicht nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeit bei psychisch kranken Versicherten eher daran liegt, dass sie zu wenig explizit und überzeugend begründet wird oder – dass sie sich letztlich anhand der Einschränkungen nicht wirklich begründen lässt.

Merkmale des Versicherungsprozesses

Hinsichtlich der Interventionen der Versicherung auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gibt es nur teilweise Unterschiede (Abbildung 140):

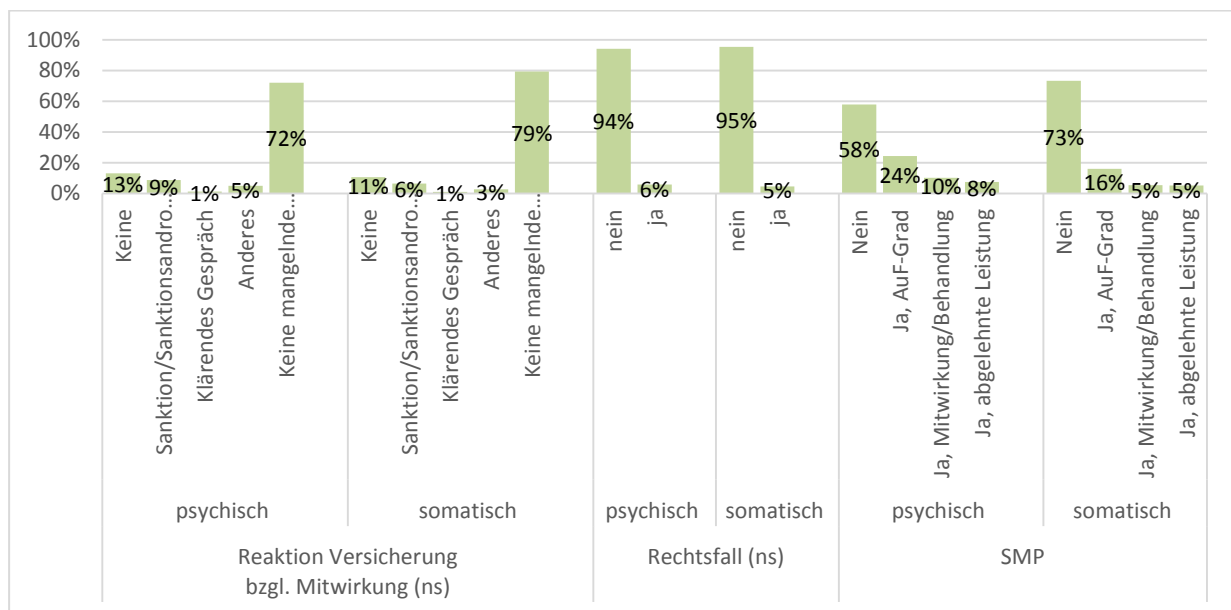
Die Reaktion auf eine vermutete mangelnde Mitwirkung unterscheidet sich nicht nach den beiden Gruppen: sowohl bei den psychisch wie bei den somatisch bedingten (langen) Arbeitsunfähigkeiten wird in der deutlichen Mehrheit *keine* mangelnde Mitwirkung vermutet (in 72 respektive 79%).

Bei vermuteter mangelnder Mitwirkung wird meist nicht interveniert (in 13 respektive 11% der Fälle). Sanktionen oder Sanktionsandrohungen erfolgen in lediglich 9% der Fälle (psychisch) respektive 6% der Fälle (somatisch).

Zu einem Rechtsfall kommt es auch bei diesen langen Krankschreibungen sehr selten, nur in je rund 5% der Fälle.

Hingegen unterscheiden sich die beiden Gruppen nach Auflagen zur Schadenminderungspflicht: solche Auflagen erfolgen häufiger bei psychisch Kranken (42%) und seltener bei somatisch Kranken (27%). Meist handelt es sich dabei um eine nur teilweise Anerkennung des attestierten Grades der Arbeitsunfähigkeit (in 24% der psychischen AUF und 16% der somatischen AUF). Bei psychischen AUF kommt es häufiger zu Behandlungsaufgaben (10 vs 5%) und zu vollumfänglich abgelehnten Leistungen (8 vs 5%).

Abbildung 140: Mitwirkung, Rechtsfall und Schadenminderungspflicht



Hinsichtlich Anmeldung bei der IV-Stelle gibt es keine Unterschiede, da dies erwartungsgemäss nach solch langer AUF-Dauer nahezu immer erfolgt (Abbildung 141).

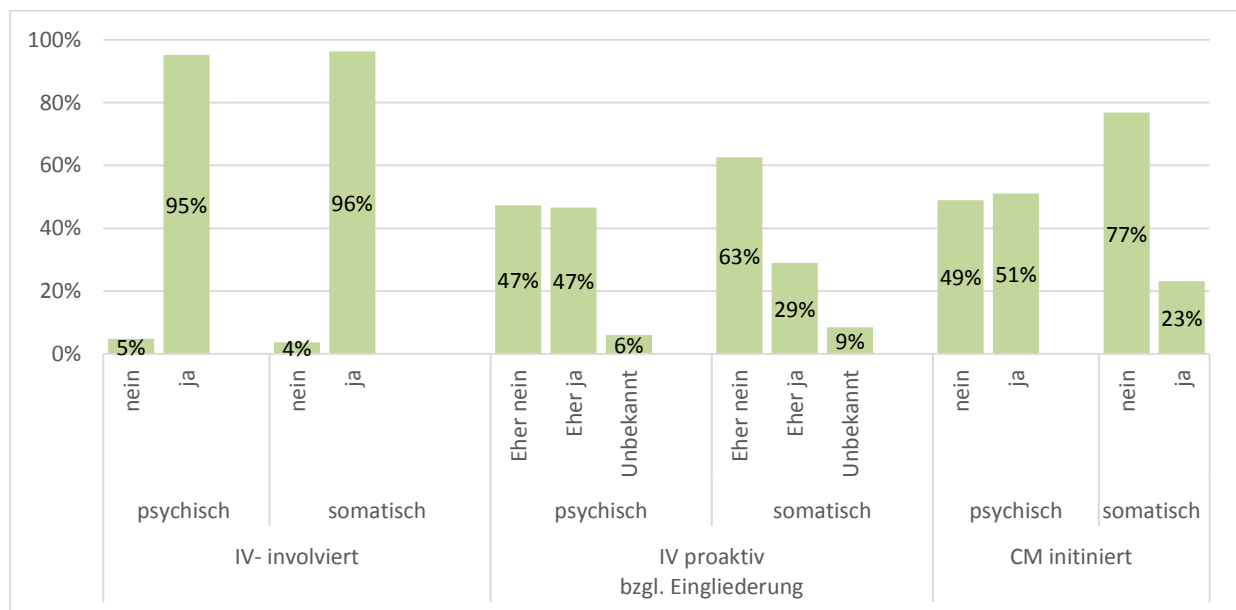
Unterschiedlich ist jedoch, ob die IV-Stelle proaktiv Massnahmen zur Eingliederung ergreift: bei den psychisch kranken Versicherten werden in der Hälfte der Fälle Eingliederungsmassnahmen geplant (47%) während dies bei den somatisch kranken Versicherten lediglich in knapp der Hälfte der Fälle zutrifft (29%).

Dasselbe Bild zeigt sich hinsichtlich der Initiierung eines Care Managements durch die Versicherung: In rund der Hälfte aller psychischen Arbeitsunfähigkeiten (51%) wurde ein Care Management initiiert. Bei den somatischen Arbeitsunfähigkeiten wurde dies in etwa halb so vielen Fällen initiiert (23%).

Warum sowohl die Invalidenversicherung wie auch die Krankentaggeldversicherung bei psychisch kranken Versicherten insgesamt fast doppelt so häufig Eingliederungs- respektive Care Management Massnahmen starten im Vergleich zu somatisch kranken Versicherten, ist unklar. Denkbar wäre, dass bei psychisch Kranken zum einen häufig ein Wiedereinstiegspotential gesehen wird, aber gleichzeitig auch das Risiko für lange Arbeitsunfähigkeitsverläufe respektive Invalidität als hoch angesehen wird. dass psychisch Kranke gegenüber somatisch Kranken ein erhöhtes Risiko für eine IV-Rente haben, ist bekannt.

Denkbar wäre zum anderen, dass es bei somatisch kranken Versicherten einfacher scheint zu differenzieren zwischen Personen, die den Wiedereinstieg wahrscheinlich – und offensichtlich häufig aus eigener Kraft - schaffen werden und anderen, welche diesen mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht schaffen und deshalb auch kein CM benötigen.

Abbildung 141: IV-Anmeldung, IV-Reaktion und Initiierung Care Management



Gesamteinschätzung aufgrund Dossier

Zum Abschluss der Arbeiten an einem Dossier wurden die Arbeitsunfähigkeitsfälle von den Raterinnen und Ratern global eingeschätzt in Bezug auf 5 Fragen:

1. Ist die Arbeitsunfähigkeit insgesamt stimmig?
2. Wurden parallel zur Arbeitsunfähigkeit Massnahmen zum Wiedereinstieg geplant?
3. Hat die Arbeitsunfähigkeit den Stellenerhalt der Versicherten gefährdet?
4. Wäre die versicherte Person vor 30 Jahren mutmasslich auch arbeitsunfähig geschrieben worden?
5. Wie ist die Arbeitsmarkt-Prognose der Versicherten einzuschätzen?

Die Beantwortung dieser Einschätzungsfragen unterscheidet sich teils deutlich je nach Art der Erkrankung (Abbildung 142):

Bei beiden Gruppen mit langen AUF-Dauern wurde in der Mehrheit der Fälle die Arbeitsunfähigkeit insgesamt als «stimmig» eingeschätzt. Das heisst, sie wurden bezüglich Dauer, Grad, Verlauf und Begründung mehrheitlich als nachvollziehbar betrachtet. Bei den psychischen Arbeitsunfähigkeiten ist dies in 68% der Versicherten der Fall, bei den somatischen Arbeitsunfähigkeiten noch häufiger mit einem Anteil von 84%. Somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten werden demnach insgesamt deutlich häufiger als «stimmig» eingeschätzt.

Massnahmen zum Wiedereinstieg wurden hingegen bei psychisch Kranken häufiger (62% der Fälle) initiiert gegenüber 52% der Fälle bei somatisch Kranken.

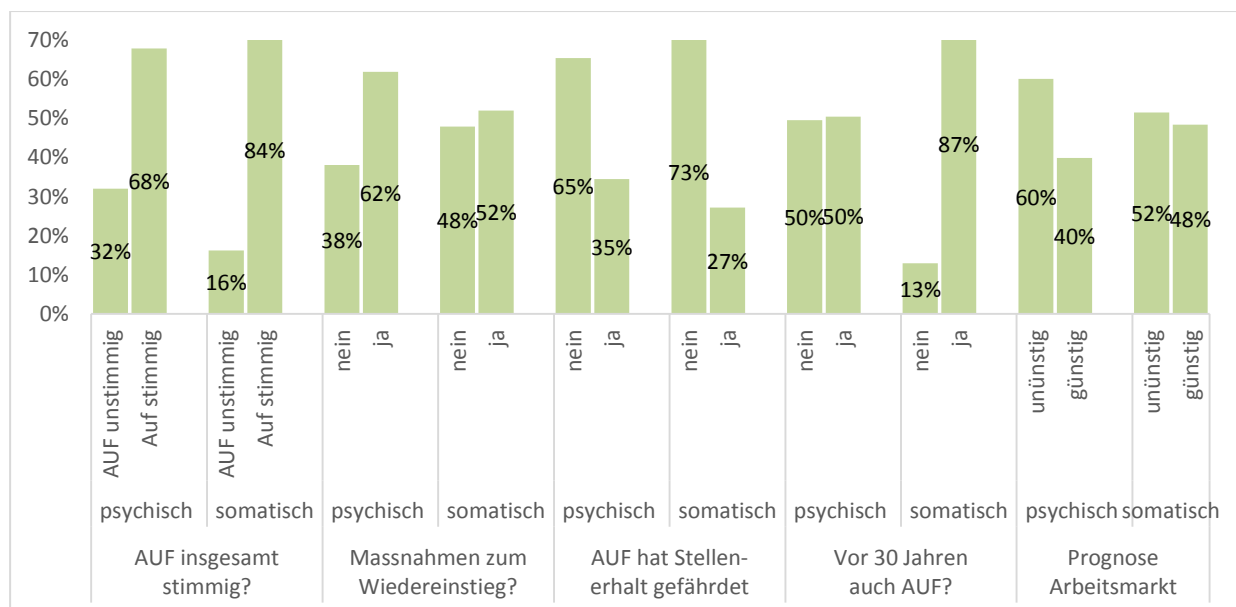
Die Arbeitsunfähigkeit hat bei psychisch Kranken häufiger (35%) den Arbeitsplatzzerhalt gefährdet als bei somatisch Kranken (27%).

Der grösste Unterschied zeigt sich in der hypothetischen Einschätzung, ob die versicherte Person vor 30 Jahren auch arbeitsunfähig geschrieben worden wäre: Dies wird bei psychisch kranken Versicherten nur in der Hälfte der Fälle bejaht, bei somatisch Kranken hingegen in 87% der Fälle. In der

Interpretation dieses Unterschiedes muss bedacht werden, dass diese Einschätzung nicht aufgrund einer 30-jährigen Berufserfahrung im Krankentaggeldgeschäft zustande kam, also nicht auf eigener Anschauung beruht. Es handelt sich um eine rein hypothetische Einschätzung. Diese ist deshalb aber nicht weniger aufschlussreich, sondern spiegelt den Eindruck des Kodierungsteams, dass es sich hierbei oft nicht um unvermeidbare Arbeitsunfähigkeiten handelt, sondern um einen gegenüber früher veränderten Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden und Arbeitsproblemen. Die Einschätzung ist zudem auch epidemiologisch nachvollziehbar, da sich die Häufigkeit psychischer Störungen in den letzten 30 Jahren nicht verändert hat (Richter et al., 2008), die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeiten hingegen zugenommen hat.

Die Prognose schliesslich wird bei den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten häufiger als ungünstig eingeschätzt (60% der Fälle) als bei somatisch bedingten (48% der Fälle).

Abbildung 142: Gesamteinschätzung der AUF-Fälle



Insgesamt zeigen die Einschätzungen, dass psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten häufiger als unstimmig eingeschätzt werden, dass mehr Eingliederungsmassnahmen initiiert werden, die (lange) Arbeitsunfähigkeit aber insgesamt den Stellenerhalt eher gefährdet haben und dass diese Personen vor 30 Jahren eher nicht krankgeschrieben worden wären. Ihre Prognose, im Arbeitsmarkt zu verbleiben, wird als negativer eingeschätzt als bei somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten.

Diese Einschätzungen deuten womöglich darauf hin, dass sich in den letzten Jahrzehnten das Verständnis von «Arbeitsunfähigkeit» deutlich verändert hat. Es werden bei psychisch Kranken zwar häufiger Eingliederungsmassnahmen initiiert, aber deren Prognose ist trotzdem schlechter als bei den somatisch Kranken. Man kann sich hier fragen, ob die heute gegenüber früher deutlich häufigere Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit den Personen mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten letztlich dient.

Das Wichtigste auf einen Blick

- Psychisch kranke Versicherte mit 1-2jähriger Arbeitsunfähigkeitsdauer sind im Vergleich mit den gleich lang arbeitsunfähigen somatisch kranken Versicherten häufiger weiblich, jünger, seltener verheiratet und in einer Partnerschaft sowie häufiger sozial isoliert.
- Psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten werden häufiger durch private/familiäre Belastungen ausgelöst. Bei den körperlich kranken Versicherten sind private Belastungen derart selten genannt, dass man sich fragen muss, ob diese nicht einfach unterdokumentiert sind.
- Psychisch und somatisch kranke Versicherte lassen sich diagnostisch nicht völlig voneinander unterscheiden: psychische Störungen sind bei den somatisch Kranken die zweithäufigste Diagnosegruppe nach den Erkrankungen des Bewegungsapparates.
- Psychisch kranke Versicherte sind häufiger früh familiär, schulisch und arbeitsbiografisch belastet (zwei Drittel) als somatisch kranke (ein Viertel). Dies liegt am früheren Ersterkrankungsalter, das bei 40% der psychisch Kranken unter 25 Jahren liegt, was bei den somatisch Kranken lediglich bei 14% zutrifft.
- Psychisch Kranke arbeiten häufiger in Dienstleistungsbranchen, körperlich Kranke häufiger im Gewerbe, im Baugewerbe und in der Gastronomie. Dementsprechend unterscheiden sich auch die typischen Arbeitsanforderungen.
- Arbeitsplatzkonflikte sind bei den psychisch kranken Versicherten viel häufiger. Ebenfalls häufiger sind bei ihnen Beeinträchtigungen im Alltag.
- Bei psychisch Kranken werden häufiger unterstützende Massnahmen (Care Management, IV proaktiv) durchgeführt.
- Arbeitsunfähigkeiten bei psychisch Kranken werden häufiger als „unstimmig“ beurteilt, das heisst als nicht wirklich nachvollziehbar.

7. Diskussion der Ergebnisse

Es wurden zum einen 1'334 Versichertendossiers von arbeitsunfähigen Personen aus psychischen Gründen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer zwischen 15 und 730 Tagen analysiert. Diese Fälle bilden die Grundlage für den Hauptteil der vorliegenden Studie.

Zum anderen wurde von diesen 1'334 Fällen eine Untergruppe von 552 Dossiers von Personen mit 1-2jähriger AUF-Dauer mit 570 *zusätzlichen* Dossiers von Versicherten mit somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit von 1-2jähriger Dauer verglichen. Der Vergleich psychisch-somatisch dient vor allem dazu, die Erkenntnisse der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten klarer zu sehen und besser einschätzen zu können.

Im Folgenden werden die Resultate thematisch gegliedert zusammengefasst und besprochen.

Der telefonische Erstkontakt

Die telefonischen Erstabklärungen stellen den ersten persönlichen Kontakt zu den arbeitsunfähigen Personen dar. Diese Kontakte geben einige Aufschlüsse: So ist es zum Beispiel prognostisch günstig (in Bezug auf die AUF-Dauer), wenn die Versicherten im Gespräch angeben, es gehe ihnen gesundheitlich schon etwas besser. Geben sie im Erstkontakt eine Verschlechterung des Zustandes an, so hat man es besonders häufig mit Personen mit Persönlichkeitsakzentuierungen zu tun und mit einer eher langen AUF-Dauer.

Ebenso wichtig ist das subjektive allgemeine Befinden der Versicherten, da dieses mit der Schwere der Beeinträchtigung zusammenhängt: Personen mit einem schlechten Befinden weisen eine doppelt so lange Arbeitsunfähigkeit auf wie Personen mit mittlerem oder gutem Befinden. Versicherte, die ein „mittleres“ Befinden angeben, weisen zudem eine Arbeitsunfähigkeit auf, die insgesamt als eher unstimmig eingeschätzt wird aufgrund des gesamten Dossiers.

Das heisst, dass die berichteten Beschwerden und das aktuelle subjektive Befinden zum Zeitpunkt des Telefongesprächs nicht zufällig, sondern prognostisch informativ sind und entsprechend genutzt werden können – auch in präventiver Hinsicht: all dies gibt Hinweise auf potentielle Risikogruppen mit Unterstützungsbedarf. Dies ist nicht nur aus einer reinen ‚Versicherungssicht‘ wesentlich, sondern auch im Hinblick auf regressive Verläufe und potentiellen Schaden für die Versicherten selbst. Insofern sollte der Anteil solch früher persönlichen Erstkontakte gesteigert werden.

Die Mitwirkung ist in 4 von 5 Fällen gut, die Hälfte der Versicherten äussert sich offen und drei Viertel schildern die Situation sachlich. Wo die Situation übertreibend geschildert wird, liegt besonders häufig ein Konflikt am Arbeitsplatz vor. Bei mangelnder Mitwirkung wie auch bei grosser Offenheit der Versicherten zeigen sich Zusammenhänge mit der Schwere der Beeinträchtigung. Dies ist ein Hinweis darauf, dass diese Personengruppe offen ist, jedoch krankheitsbedingt Probleme hat, die Mitwirkungserwartungen (die teils administrativer Art sind, wie Vollmachten zurückschicken, eine IV-Anmeldung vorzunehmen etc.) zu erfüllen.

Ordnet man die Arbeitsunfähigkeit einer Verlaufsart zu (akut, Rezidiv bei vorbestehender Erkrankung, Reaktion auf Arbeitsplatzprobleme) so zeigen sich bei akuten Erkrankungen sowie bei Krisen bei vorbestehenden Erkrankungen schwerere Beeinträchtigungen als bei Personen, die auf dem Hintergrund von Kränkungen oder Arbeitsplatzkonflikten arbeitsunfähig wurden. Vor allem Fälle mit Krisen bei vorbestehenden Erkrankungen führen zu langen Arbeitsunfähigkeiten. Diese Fälle mit vorbestehenden Erkrankungen betreffen 38% der Versicherten und kommen damit doppelt so häufig

vor wie akute Erkrankungen. Noch häufiger sind mit fast 50% der Fälle Arbeitsunfähigkeiten als Reaktion auf Arbeitsplatzprobleme. Da man aufgrund der epidemiologischen Datenlage nicht von einer Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung ausgehen kann, ist anzunehmen, dass sich die vielerorts seit Jahren bis Jahrzehnten manifestierende Zunahme der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten vor allem auf diese reaktiven Arbeitsunfähigkeiten bezieht. Insofern scheint die Zunahme vor allem eine sich verändernde Wahrnehmung und Umgang mit psychischen Belastungen widerzuspiegeln: Krankschreibung als Lösungsversuch.

Vorbestehende Erkrankungen sind generell häufig: die Hälfte der aktuell krankgeschriebenen Versicherten hatte schon früher Arbeitsprobleme. Je früher die Beschwerden erstmals aufgetaucht sind, desto länger ist die aktuelle Arbeitsunfähigkeit. Dasselbe gilt für die Komorbidität: Versicherte, die früher schon sowohl somatische wie psychische Erkrankungen hatten, werden länger arbeitsunfähig geschrieben.

Die initiale Arbeitsunfähigkeit beträgt fast immer (in 95% der Fälle) 100%. Dies ist aus rehabilitativer Perspektive unbefriedigend, weil es dazu führt, dass der Kontakt zum Arbeitsumfeld ganz abgebrochen wird. Damit wird der Wiedereinstieg erschwert. Auch sachlich scheint eine Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit nicht immer gerechtfertigt. Auch wenn psychische Störungen zentrale Steuerungsfunktionen wie zum Beispiel Wahrnehmung, Denken, Antrieb und Affekte beeinträchtigen können und sich deswegen oft breiter auswirken können als gewisse isolierte somatische Erkrankungen, so bleibt doch fraglich, ob 95% der Versicherten wirklich gar keine Tätigkeit mehr ausüben können. Wenn dem so wäre, kann man sich fragen, warum 70% der Versicherten nicht hospitalisiert sind im Rahmen der Krankschreibung. Es macht den Eindruck, dass eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit zu Beginn gar nicht überlegt wird respektive auch zu wenig Kenntnisse über die Anforderungen bei der Arbeit und mögliche Arbeitsanpassungen vorhanden sind. Ein relevanter Anteil der Personen wäre zudem an sich arbeitsfähig, hat jedoch Probleme am aktuellen Arbeitsplatz.

Die statistisch (multivariate Analyse) entscheidenden Faktoren für eine längere Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind: a) die IV-Stelle wird proaktiv bezüglich Eingliederungsmassnahmen, b) es bestehen bei den Versicherten in den Arztberichten dokumentierte Verhaltensauffälligkeiten (häufig) und c) es kommt zu einem Rechtsfall (selten).

Dass Verhaltensauffälligkeiten so eng mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zusammenhängen, weist darauf hin, dass nicht nur die Erkrankung an sich für die Arbeitsunfähigkeit entscheidend ist, sondern auch der Umgang damit. Verhaltensauffälligen sind zwar bei Persönlichkeitsstörungen (ICD F6) mit einem Anteil von 43% besonders häufig, sie kommen hier aber auch bei den anderen Diagnosen mit Anteilen von rund 25% häufig vor.

Soziodemografische, biografische und soziale Merkmale der Versicherten

Die Personen mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten sind zu 55% weiblich, wohl wegen der Grenzgänger leicht überdurchschnittlich ausländischer Nationalität und verfügen in mehr als 80% der Fälle über eine Berufslehre, eine Fachhochschul- oder universitäre Ausbildung.

Zwei Drittel sind in einer Partnerschaft, 25% leben alleine und 10% sind alleinerziehend. Ein Viertel der Versicherten ist sozial isoliert und drei Viertel sind privat/sozial eher oder ganz inaktiv. In 90% der Fälle ist das private Aktivitätsniveau kohärent mit der Arbeitsunfähigkeit.

Frühere Belastungen und Probleme sind häufig: bei rund 40% der Versicherten sind frühe (familiäre), schulische und/oder berufliche Belastungen respektive Probleme dokumentiert. Diese schon vor der

aktuellen Arbeitsunfähigkeit belasteten Versicherten zeigen stärkere Beeinträchtigungen im Alltag und auch längere Arbeitsunfähigkeitsdauern.

Die Versicherten lassen sich statistisch zu 5 Gruppen ordnen:

1. Versicherte mit Schweizer Nationalität, ledig, durchschnittlich 29 Jahre alt (14.4%)
2. Versicherte, die ledig und oft sozial isoliert sind, durchschnittlich 30 Jahre alt (14%)
3. Versicherte mit guter Bildung und sozialer Integration, durchschnittlich 49 Jahre alt (21.7% der Versicherten).
4. Versicherte, die verheiratet sind und durchschnittlich 45 Jahre alt sind (37.2% der Versicherten)
5. Versicherte, die geschieden, sozial isoliert und alleinerziehend sind, Durchschnittsalter 47 Jahre (12.7% der Versicherten).

Die beiden Personengruppen mit oftmaliger sozialer Isolation (Typ 2 und Typ 5) sind im Alltag stärker beeinträchtigt und berichten auch häufiger starke psychische Beschwerden als die anderen Gruppen. Zudem sind sie auch häufiger bei den langen bis sehr langen Arbeitsunfähigkeiten anzutreffen.

Die Bedeutung von sozialer Isolation und früheren Belastungen zeigt sich auch in der Analyse der Einflussfaktoren auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Alle Indikatoren für frühere Belastungen und Probleme sind mit deutlich längeren Arbeitsunfähigkeiten verbunden – und zwar unabhängig voneinander: frühe (familiäre) Belastungen mit einem Plus von 130 Tagen, Probleme in der Schule mit einem Plus von 104 Tagen und frühere Arbeitsprobleme mit einem Plus von 104 Tagen – jeweils im Vergleich zum Fehlen dieser Belastungen. Auch die soziale Isolation ist mit einem Plus von 119 Tagen verbunden gegenüber Personen, die nicht sozial isoliert sind.

Dass psychisch kranke Personen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung sozial schlechter integriert sind, konnte immer wieder gezeigt werden. Zudem sind sie (die Frauen) häufiger alleinerziehend, auch dies ein bekannter Stressor, der sich zum Beispiel auch bei den IV-berenteten Personen in der Schweiz zeigt (Baer, Frick, Fasel, Wiedermann, 2009). Womöglich schlagen sich psychische Probleme noch deutlicher im Privatleben nieder als bei der Arbeit – weil dort die Nähe und Intensität der sozialen Kontakte stärker sind und entsprechend auch zu höheren Belastungen führen können. Man kann sich auch überlegen, ob es nicht gerade bei vorhandenen privaten, familiären Belastungen und Konflikten in gewissen Fällen sinnvoller wäre (auch im Hinblick auf die Stabilisierung), wenn die Versicherten eben gerade nicht krankgeschrieben würden, sondern am Arbeitsplatz verbleiben würden.

Von Bedeutung zeigt sich hier auch das Alter: Mit *jedem* zusätzlichen Altersjahr kommen 5 AUF-Tage hinzu. Das bedeutet beispielsweise, dass bei einer 50-jährigen Person im Vergleich mit einer 30-jährigen Person schon nur aufgrund des Altersunterschiedes mit einem Plus von 100 AUF-Tagen zu rechnen ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Biografie – inklusive die schulische und berufliche Biografie – für die Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit von grosser Bedeutung ist. Arbeitsunfähigkeit hat oft eine (lange) Geschichte. Diese ist in den Akten jedoch oft nicht genauer beschrieben respektive gar nicht dokumentiert. Ohne die Kenntnis der Historie der Arbeitsprobleme kann die Arbeitsunfähigkeit jedoch nur bedingt verstanden und eingeschätzt werden – und kann auch kaum ein fundierter Eingliederungsplan entwickelt werden.

Merkmale der Arbeitssituation

Das Kapitel hat 2 thematische Hauptteile: Anforderungen und belastende Arbeitsbedingungen zum einen und arbeitsbezogene auslösende Faktoren und Arbeitsplatzkonflikte zum anderen.

Der Branchenvergleich der Unternehmen, in denen die Versicherten tätig sind, mit der Schweizerischen Erwerbsbevölkerung zeigt unter anderem wegen der hier deutlich übervertretenen Gastronomie eine etwas abweichende Verteilung. 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 korreliert. Der Zusammenhang zwischen Betriebsgrösse und Arbeitsunfähigkeitsdauer wurde in der Forschung auch schon beschrieben und ist wohl kein Zufall. Der Zusammenhang erklärt sich womöglich damit, dass mit zunehmender Betriebsgrösse die zwischenmenschliche Nähe zur Belegschaft insgesamt reduziert. Damit wird es einfacher, in einem grossen Betrieb zu fehlen als in einem kleinen, wo man sich kennt und wo man auch weiss, welche Personen die eigene Arbeit übernehmen müssen, wenn man nicht anwesend ist – wo also die soziale Kontrolle stärker ist. Dieses Resultat ist auch insofern bemerkenswert, weil gerade die grossen und sehr grossen Unternehmen meist auf eine Vielzahl von Supportdiensten zurückgreifen können, die KMU oft fehlen (Sozialdienst, Psychologen, Job Coaches etc.).

Möglicherweise sind auch gewisse Branchen prädestiniert für eher lange Arbeitsunfähigkeitsdauern – nicht nur wegen der Grösse ihrer Unternehmen: Die längsten Dauern finden sich in der öffentlichen Verwaltung, bei Banken und Versicherungen und im Erziehungswesen. Das sind diejenigen Branchen, die besonders häufig auch mit hohen Anforderungen an Disziplin und Zuverlässigkeit verbunden sind. Und hohe Anforderungen an Disziplin und Zuverlässigkeit sind im multivariaten Modell ein wichtiger Faktor für eine längere Arbeitsunfähigkeit (siehe unten).

Auch die Dauer der Anstellung der Versicherten spielt eine Rolle: je länger die Versicherten angestellt sind desto länger dauert auch die Arbeitsunfähigkeit. Dies hängt wahrscheinlich mit einem höheren Alter zusammen, und dieses ist ein Faktor für eine längere Dauer.

Die häufigsten besonders belastenden Arbeitsbedingungen der Versicherten sind emotionale Belastungen, zum Beispiel immer freundlich sein zu müssen oder häufige anspruchsvolle Kundenkontakte. Solche Belastungen sind besonders häufig im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Erziehungswesen. Weitere häufige belastende Arbeitsbedingungen sind unregelmässige und unsoziale Arbeitszeiten, beides sehr häufig in der Gastrobranche.

Hinsichtlich der mit den Tätigkeiten der Versicherten verbundenen Anforderungen sind neben den emotionalen auch interaktionelle Anforderungen häufig (58%; oft im Handel, im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Erziehungswesen) sowie kognitive und disziplinarische (53%; oft in der Verwaltung, im Erziehungswesen und in der Finanzbranche). Körperliche Anforderungen sind ebenfalls häufig (46%; oft in Gastrobranche, Baugewerbe, Reparatur von MFZ) und hohe Anforderungen an Zuverlässigkeit und Disziplin kommen bei 30% Versicherten vor, vor allem in der Finanzbranche und der Verwaltung. Diese Anforderungen mussten anhand der Dossiers eingeschätzt werden, da eine explizite Beschreibung der Arbeitsanforderungen lediglich in 5% der Dossiers zu finden war. Dies ist an sich ungenügend, da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sich direkt auf die jeweiligen Anforderungen bezieht.

Das Vorhandensein von hohen Anforderungen (interaktionell, kognitiv, emotional, körperlich und bezüglich Disziplin) und besonders belastenden Arbeitsbedingungen zeigen univariat Zusammenhänge

mit längeren Arbeitsunfähigkeitsdauern. Im finalen multivariaten Modell bestätigt sich dies: wichtig sind neben Belastungs-Faktoren, welche auf die Baubranche („Unfallrisiko“ – kürzere Dauer) oder auf Routinetätigkeiten („sehr monotone Bewegungen“ – längere Dauer) hinweisen hohe Anforderungen in der ausgeübten Tätigkeit an Disziplin/Zuverlässigkeit (längere Dauer) und an den emotionalen Umgang. Zudem bestätigt sich die Bedeutung der Betriebsgrösse für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Zu den potentiell auslösenden Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit: die häufigsten Auslöser sind Konflikte am Arbeitsplatz (40% der Fälle), Leistungsüberforderung (36%), private Konflikte in Partnerschaft und familiärem Umfeld (14% respektive 6%) sowie belastende private Ereignisse (10%) – wobei mehrere gleichzeitig zutreffen können. Insgesamt werden rund 25% der Krankschreibungen (mit)ausgelöst durch private Probleme und Konflikte. In insgesamt 77% der Fälle liegen arbeitsplatzbezogene (mit)auslösende Faktoren vor – wobei Mehrfachantworten möglich waren.

Besonders wichtig sind Arbeitsplatzkonflikte: insgesamt sind über 60% der Arbeitsverhältnisse belastet, in rund der Hälfte der 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.

Dies hat Konsequenzen, weil sich solche konfliktreaktive Arbeitsunfähigkeiten in mancher Hinsicht von anderen Krankschreibungen (akute Erkrankung oder Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitszustandes etc.) unterscheiden: Wenn direkt nach einer Kündigung krankgeschrieben wird, handelt es sich fast immer (in 90% der Fälle) um konfliktbedingte Arbeitsunfähigkeiten. Ähnliches gilt in 75-96% der Fälle bei Vorliegen betrieblicher Veränderungen (Reorganisation, Personalabbau, Chefwechsel).

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 70-83% der Fälle um konfliktbedingte Arbeitsunfähigkeiten. Arbeitsunfähigkeiten, die von den Raterinnen und Ratern in Kenntnis des gesamten Dossiers zusammenfassend als „unstimmig“ eingeschätzt wurden, die den Stellenerhalt der Versicherten gefährdet haben und in denen es nie zu Wiedereingliederungsmassnahmen kam, zeigen alle einen deutlich höheren Anteil von konfliktbedingten Krankschreibungen.

Obwohl das Vorliegen von Arbeitskonflikten – und damit häufig einhergehend einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit – durchschnittlich mit einer vergleichsweise kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer zusammenhängen, sinkt der Anteil konfliktbedingter AUF 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 Arbeitskonflikte zurück.

Dass Arbeitnehmende am Arbeitsplatz Konflikte hatten oder Kränkungen erlebt haben und im Verlauf solcher Situationen krankgeschrieben werden, bedeutet natürlich nicht a priori, dass sie nicht krank und arbeitsunfähig sind. Man kann sich gut vorstellen, dass längere, belastende Konflikt- und Kränkungssituationen sehr belastend sein und auch zu einer psychischen Dekompensation führen können. Gleichzeitig zeigen die vorliegenden Daten, dass es sich in diesen Fällen oft (nicht immer) um vergleichsweise geringere gesundheitlich bedingte Alltagsbeeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen handelt als bei anderen psychisch kranken Versicherten. Hier muss man 2 Gruppen unterscheiden: 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 und ist gemäss Dokumentation auch nicht eingeschränkt. Diese Personen sind zwar angesichts ihrer wohl bestehenden Arbeitsfähigkeit auch relativ lange, aber nicht sehr lange arbeitsunfähig.

Faktoren, die insgesamt mit einer besonders langen Dauer der Krankschreibung zusammenhängen sind das Vorliegen vorbestehender Krankheiten und Beschwerden, eines Suchtproblems, einer Leistungsüberforderung am Arbeitsplatz, eines Rechtsfalls oder privater Probleme wie Verschuldung und Partnerschaftskonflikte. Das heisst, dass neben Leistungsüberforderung und der Bedeutung einer chronischen Krankheit – wobei die aktuelle Arbeitsunfähigkeit einer Verschlechterung des bestehenden Zustandes geschuldet ist – mehrere psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. Letztlich kann man wohl sagen, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem dann lange dauert, wenn Personen multipel und schon seit längerer Zeit belastet oder überfordert sind.

Krankheit, Alltagsbeeinträchtigung und Funktionseinschränkung

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.

Aus den vorliegenden Diagnosen – es wurden jeweils maximal die 3 ersten Diagnosen aller Hausarztberichte und Psychiaterberichte erfasst und kodiert – liess sich statistisch keine informative Diagnosen-Typologie erstellen: es zeigen sich nur 2 abgrenzbare Diagnose-Typen, nämlich affektive Störungen (F3) und neurotische Störungen (F4). Dies ist ein unerwartetes Resultat, da sich beispielsweise bei der Analyse der IV-Berenteten oder bei den psychiatrischen Patienten mit Arbeitsproblemen in der Schweiz (Baer et al., 2009, 2017) durchaus klare und vor allem auch differenziertere Typen unterscheiden liessen. Generell ist die Diagnose einer der wichtigsten Faktoren für den Verlauf bei Arbeitsproblemen.

Dies könnte darauf hindeuten, dass gegenüber der Versicherung bei Krankschreibungen oft lediglich die aktuelle Symptomatik berichtet wird. Die aktuelle Symptomatik zeigt sich sehr oft in depressiven und Belastungssymptomen. Diese sagen aber noch nicht sehr viel aus über das Gesamtbild der psychischen Problematik. So mag beispielsweise ein Versicherter mit privaten und arbeitsplatzbezogenen Konflikten nach einer gewissen Dauer die Diagnosekriterien für eine depressive Episode, eine Anpassungsstörung oder eine akute Belastungsreaktion erfüllen. 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. Insgesamt ergibt sich trotzdem der Eindruck, dass die Diagnostik zuhänden der Versicherung nicht sehr vertieft ist, und deshalb auch keine Typologisierung ermöglicht. Interessanter für das Verständnis der Arbeitsunfähigkeit als die ubiquitären F3- und F4-Diagnosen scheinen denn auch die selten gestellten anderen Diagnosen (siehe unten).

Denkbar ist, dass es bei Arztberichten gegenüber einer Krankentaggeldversicherung oft nicht für besonders wichtig gehalten wird (oder womöglich gar vermieden wird), eine differenzierte Diagnostik anzugeben. Ein weiterer Grund mag auch darin liegen, dass in Hausarztberichten gewisse Störungen praktisch nie diagnostiziert werden, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, während diese in psychiatrischen Berichten eher festgehalten werden. Schliesslich mag es sein, dass ein Teil der Versicherten effektiv neben einer situativ (Konflikte, Kränkungen, Veränderungen etc.) bedingten

Anpassungsstörung keine weiteren psychischen Probleme hat. Dass angesichts der nicht selten erwähnten betrieblichen Veränderungen (Chefwechsel, Reorganisation etc.) Anpassungsstörungen vorkommen, ist nachvollziehbar. Das Problem der hier etwas oberflächlich wirkenden Diagnostik liegt letztlich darin, dass sie kaum Hinweise gibt für rehabilitative Massnahmen: wie soll der Wiedereinstieg geplant werden, welche Art von Arbeitsanpassungen wären hilfreich, wo genau liegen die Funktionseinschränkungen etc. Anders als bei den somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten haben die psychisch kranken Versicherten hier wenig fassbare Krankheiten, auf die differenziert reagiert werden könnte, sondern lediglich eine momentane depressive oder Belastungssymptomatik. Das ist angesichts einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer von 7 Monaten unbefriedigend.

50% der psychischen Erkrankungen haben sich erstmals vor dem 35. Altersjahr gezeigt. Entsprechend ist es nachvollziehbar, dass hier rund 40% der aktuellen Störungen als Rezidive einer vorbestehenden Erkrankung gewertet wurden. Je früher die Ersterkrankung, desto häufiger sind biografisch Schulprobleme und Probleme an früheren Arbeitsstellen zu verzeichnen. Je später die Ersterkrankung, desto häufiger handelt es sich um arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeiten.

Beeinträchtigungen im Alltag kommen – abgesehen von der Beeinträchtigung bei der Arbeit – relativ selten vor. Zwei Drittel der Versicherten haben maximal eine weitere Alltagsbeeinträchtigung. Auch die erfassten Funktionseinschränkungen (körperliche, kognitive, affektive und interaktionelle) sind meist geringfügig (falls erwähnt), lediglich in jeweils 7-14% der Fälle handelt es sich um schwere Einschränkungen. Insgesamt haben 20% der Versicherten zumindest irgendeine schwere Funktionseinschränkungen. Bei diesen Personen zeigen sich in 75% der Fälle schon in Schule und Arbeitsbiografie Probleme.

Eine Typologie der Merkmale von Krankheit, Alltagsbeeinträchtigung und Funktionseinschränkung ergibt 5 Typen:

- Typ 1 (31%) ist nur bei der Arbeit beeinträchtigt. Häufig sind interaktionelle Probleme.
- Typ 2 (12%) ist im Alltag stark beeinträchtigt, chronische Krankheitsverläufe sind häufig, oft handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung und die Hälfte der Personen dieser Gruppe zeigen Verhaltensauffälligkeiten.
- Typ 3 (16%) ist im Alltag kaum eingeschränkt, zeigt aber einen chronischen, rezidivierenden Krankheitsverlauf. Verhaltensauffälligkeiten sind häufig (40%).
- Typ 4 (3%) zeigt Beeinträchtigungen in nahezu allen Lebensbereichen, Verhaltensauffälligkeiten fehlen. Häufig sind auch starke körperliche Beschwerden und somatische Vorerkrankungen.
- Typ 5 (30%) zeigt keine (dokumentierten) Alltagsbeeinträchtigungen und auch keine (dokumentierten) Funktionsstörungen. Sehr häufig sind hingegen Arbeitsplatzkonflikte.

Eine vergleichsweise besonders lange Arbeitsunfähigkeit zeigen die Typen 2 und 4 mit jeweils deutlichen Alltagsbeeinträchtigungen. Diagnostisch handelt es sich bei beiden Gruppen relativ häufig um Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und ADHS.

Dies ist aufschlussreich, da diese 3 Störungsgruppen eine hohe Rate von Überlappungen haben: so wird beispielsweise bei vielen jungen Personen mit einem diagnostizierten ADHS dann im Erwachsenenalter eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Auch die Komorbiditätsrate zwischen Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen ist sehr hoch. Auch aus praktischer, funktionsbezogener Sicht zeigen sich Ähnlichkeiten: alle drei Diagnosegruppen haben zeigen Einschränkungen beim Einhalten von Regeln, bei der Disziplin und Zuverlässigkeit, bei Konstanz und Durchhaltevermögen, in der Teamfähigkeit etc. Letztlich kann man bei diesen 3 Diagnosegruppen oft

davon ausgehen, dass sie mit Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten verbunden sind. Und diese wiederum haben einen starken verlängernden Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer (siehe unten).

Fast alle Versicherten sind in ärztlicher Behandlung, 75% in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung. Bei 60% der Versicherten beginnt die Behandlung gleichzeitig mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei 30% früher und bei 10% erst im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit.

Im finalen multivariaten Modell zeigen sich folgende Faktoren als wichtig für die Arbeitsunfähigkeitsdauer: Affektive Störungen, Neurotische und vor allem Persönlichkeitsstörungen – liegt letztere vor ergibt sich ein Plus von 113 AUF-Tagen. Abgesehen und unabhängig davon spielen auch subklinische Persönlichkeitsakzentuierungen eine Rolle: liegen sie vor ergibt sich ein Plus von 46 Tagen. Befinden sich die Versicherten schliesslich in psychiatrischer Behandlung statt in hausärztlicher ergibt sich ein Plus von 62 AUF-Tagen (wohl, weil die schwerer psychisch kranken Personen eher in psychiatrischer Behandlung sind als die leichter kranken).

Hier zeigt sich demnach statistisch, dass die Persönlichkeit – ob diagnostisch als Persönlichkeitsstörung eingestuft oder als subklinische Persönlichkeitsakzentuierung – einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hat. Dies ist letztlich nicht überraschend, da es sich bei den Persönlichkeitsstörungen auch um die wohl am häufigsten entscheidende Diagnose bei den IV-Berenteten handelt. Überraschend scheint vielmehr, dass die Bedeutung der Persönlichkeit und des Verhaltens (statt nur der Erkrankung) immer noch zu wenig gesehen und direkt mit Massnahmen angegangen wird.

Ärztliche Berichte, welche die Persönlichkeitskomponente nicht dokumentieren oder gar externalisieren (Mobbing, kein Verständnis, dauernde Reorganisationen etc.), wenig hilfreich, weil sie für rehabilitative Massnahmen eine inadäquate oder einseitige Verständnisbasis legen. Ungenügend können folglich auch Unterstützungsmassnahmen sein, wenn sie entsprechend am falschen Ort ansetzen statt vorhandene Verhaltensprobleme bei arbeitsunfähigen Personen direkt und professionell anzugehen. Personen mit Persönlichkeits- und Verhaltensproblemen sind zwar sehr häufig in allen sozialen Sicherungssystemen, erhalten auch oft Unterstützung, aber oft zu wenig gezielt und zu selten systemisch, unter Einbezug der wichtigen Akteure. Voraussetzung dafür wäre jedoch eine, auch in dieser Hinsicht, fundierte Berichterstattung.

Merkmale der ärztlichen Berichterstattung

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 konflikthafter – Verläufe nicht unterschätzt werden. In Fällen, wo ausschliesslich Hausarztberichte vorliegen, handelt es sich zu zwei Dritteln um kürzere Arbeitsunfähigkeiten (< 3 Monate). Gutachten schliesslich finden sich vor allem bei Versicherten mit stärkeren Einschränkungen, vorbestehenden Gesundheitsproblemen, bei chronischen Verläufen und Auffälligen in Persönlichkeit und Verhalten. Bei diesen Personen wäre es wichtig, solche ärztlichen Informationen möglichst schon zu Verfahrensbeginn zu erhalten, nicht erst im weiteren Verlauf.

Inhaltlich sind die ärztlichen Informationen - verglichen mit den von der Versicherung im Fragebogen gewünschten Angaben und auch verglichen mit den generell aus rehabilitativer Sicht notwendigen Angaben – nur teilweise ausreichend:

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 objektiver psychopathologischer Befund ist eine Voraussetzung für eine nachvollziehbare Beurteilung und liefert zudem wichtige Informationen für die Wiedereingliederung.

Viele Arztberichte – vor allem psychiatrische – sind rein medizinisch relativ ausführlich (44 Zeilen pro Psychiaterbericht), aber die Krankheitsanamnese ist oft kurzgehalten. Nahezu inexistent ist eine Beschreibung des früheren Funktionsniveaus respektive der Arbeitsbiografie. In Hausarztberichten stehen zu Letzterem im Durchschnitt 0.1 Zeilen pro Bericht, in den oft ausführlichen psychiatrischen Berichten 5 Zeilen. Diese Informationen über das frühere berufliche Funktionieren wären für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zentral. Dies gilt insbesondere bei den hier erfassten psychisch kranken Versicherten, die sehr häufig schon früher psychisch krank waren und an früheren Stellen Probleme hatten. In Kenntnis dieser Geschichte liesse sich die Arbeitsunfähigkeit oft valider einschätzen als lediglich aufgrund der momentanen Situation.

Informationen von Dritten finden sich eher selten in den Berichten (in 12% der Hausarztberichte und 16% der Psychiaterberichte). Lediglich 1% (Hausärzte) respektive 5% (Psychiater) der Auskünfte stammen von den Arbeitgebern der Patienten. Auch hier kann in Frage gestellt werden, wie gültig eine Situation eingeschätzt werden, wenn lediglich die Sicht der Patienten oder (selten) anderer Ärzte vorliegen. Gerade bei vorliegenden Arbeitsplatzkonflikten ist eine Würdigung der Situation nicht möglich, wenn nur die (naturgemäss einseitige) Perspektive der Versicherten bekannt ist.

Der Grund für eine Arbeitsunfähigkeit liegt darin, dass krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen vorliegen, welche ein Tätigkeit be- oder verhindern. Diese sind häufig nicht dokumentiert – sei es, weil keine Einschränkungen vorliegen oder weil sie vorliegen, aber nicht dokumentiert sind, was hier nicht unterschieden werden kann. Man kann jedoch davon ausgehen, dass es sich bei nicht dokumentierten Einschränkungen meist (nicht immer) um leichtere Beeinträchtigungen handelt. In rund 50% der Hausarztberichte und einem Viertel der Psychiaterberichte werden keine Funktionseinschränkungen erwähnt. Auch deshalb sind die ärztlichen Beurteilungen oft nicht oder nur teilweise nachvollziehbar (75% der Hausarztberichte und knapp 60% der Psychiaterberichte sind kaum nachvollziehbar).

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 nicht selten im privaten Bereich ist: bei 28% der Versicherten liegen potentiell AUF-auslösende Faktoren auch im privaten Umfeld. Weiter wird in den Berichten auch im Verlauf der Krankschreibung eher selten (ein Drittel der Fälle) eine Teil-AUF diskutiert. Hinweise zu möglichen 'ergonomischen' Anpassungen am Arbeitsplatz, welche einen Wiedereinstieg begünstigen können, fehlen nahezu (3%).

Verwandt mit dem Thema der fast nie genannten Arbeitsplatzanpassungen ist die Unterscheidung der Arbeitsfähigkeit in der «bisherigen» und in einer «adaptierten» (an die Einschränkungen angepassten) Tätigkeit – eine Frage, die allen Ärzten routinemässig gestellt wird. Gerade in den psychiatrischen Berichten wird selten ein Unterschied gemacht zwischen der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit. Und wenn ein Unterschied gemacht wird, dann nur bei arbeitsplatzbezogenen, also meist konfliktbedingten Arbeitsunfähigkeiten. Die «adaptierte» Tätigkeit bedeutet in solchen Fällen wohl

eine neue Stelle. Insgesamt entsteht hier der Eindruck, dass noch wenig Bewusstsein besteht für die Relevanz konkreter, an die Behinderung angepassten, Arbeitsbedingungen für die Arbeitsfähigkeit.

Eine Prognose fehlt in fast der Hälfte aller Hausarzt- oder Psychiaterberichte. Ist eine solche vorhanden, ist die Prognose zudem oft zeitlich vage («Frühling 2022») oder fehlt ganz (in 55% der Hausarztberichte und 68% der Psychiaterberichte). Dies gilt vor allem für längere Arbeitsunfähigkeiten und bei Versicherten mit Persönlichkeitsauffälligkeiten. Bezüglich Prognose sind die Hausärzte demnach etwas auskunftsfreudiger als die Psychiater. Dies hängt auch damit zusammen, dass Hausärzte eher Versicherte beurteilen, die eine kürzere Arbeitsunfähigkeit aufweisen. Und bei kurzen Dauern liegen eher Prognosen vor.

Auch wenn 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, wirken die oftmals fehlenden oder unklaren Prognosen aus verschiedener Hinsicht unbefriedigend: Ohne eine zumindest vage Prognose sind Integrationsmassnahmen kaum planbar. Es ist bekannt, dass Psychiater die Stellung einer Prognose der Arbeitsunfähigkeit als grösstes fachliches Problem im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit empfinden. Dies bestätigt sich in den vorliegenden Daten. Es wäre aber zu diskutieren, ob die Prognosestellung effektiv ein solch grosses fachliches Problem darstellt - respektive, wo genau denn die Unklarheiten liegen. Man kann sich fragen, ob es sich hier nicht auch um eine Vermeidung der Ärzte handelt (Patienten nicht konfrontieren oder gar frustrieren zu wollen) handelt - zugunsten einer guten therapeutischen Beziehung. Allerdings wäre eine therapeutische Beziehung auch nur bedingt ‚gut‘, wenn sie keine klare Beurteilung durch den Therapeuten erträgt.

Die fehlende Prognose steht auch im Gegensatz zu den sehr oft gestellten Diagnosen einer depressiven Episode, Anpassungsstörung oder akuten Belastungsreaktion. An sich sollte bei diesen Diagnosen eine Prognose keine grösseren Probleme machen. Einfach eine Prognose zu vermeiden, kann ein rehabilitatives Problem darstellen, indem den Patienten signalisiert wird, dass ein Ende der Arbeitsunfähigkeit nicht absehbar ist und man ihnen keine Arbeitsfähigkeit zutraut. Damit fehlt eine Perspektive für den Wiedereinstieg. Dass besonders oft bei Patienten mit Persönlichkeitsauffälligkeiten auf eine Prognose verzichtet wird, scheint aus verschiedenen Gründen problematisch: zum einen sind Persönlichkeitsauffälligkeiten (passive, ängstlich-vermeidendend, externalisierend, dramatisierend, impulsiv, instabil etc.) einer der wichtigsten Faktoren für eine lange Arbeitsunfähigkeitsdauer, und damit Stellenverlust und allenfalls gar Invalidisierung. Gerade bei diesen Patientinnen und Patienten mit teils unreifem Verhalten wäre es wichtig, eine Prognose zu wagen und damit Orientierung und Perspektive zu geben. Zum anderen kann man bei Persönlichkeitsauffälligkeiten prognostisch davon ausgehen, dass diese auch weiterhin bestehen werden (und auch schon lange bestanden haben). Das Problem liegt hier wohl weniger in der Prognose, sondern wohl eher am Verhalten der Patienten, am Fehlen eines fundierten Eingliederungsplanes und an der oft fehlenden Zusammenarbeit der Beteiligten.

Eine protektive wirkende Berichterstattung – sehr vereinfacht 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 die Patienten schon lange kennt, bei Versicherten mit auffälligem Verhalten, bei übertreibender Beschwerdepräsentation der Versicherten und bei vorhandenen Arbeitsplatzkonflikten sowie bei Verläufen, in denen die Arbeitsunfähigkeit insgesamt wenig nachvollziehbar ist. 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 womöglich ein Phänomen, das auf alle helfenden Beziehungen zutrifft. Diesem Risiko, in der Zweierbeziehung den Realitätskontakt zu verlieren, sollte man sich bewusst sein. Wenn zum Beispiel Privat- oder auch Sozialversicherungen (oder auch Arbeitgeber) vor allem als Störfaktor für die Therapie gesehen werden, unterstützt man die Patienten nicht dabei, Herausforderungen in der (manchmal mühsamen) Realität zu bewältigen.

Die finalen multivariaten Zusammenhänge mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigen, dass eine ausführliche und fundierte ärztliche Berichterstattung - ausführlich und mit Drittinformationen - mit einer sehr deutlich höheren AUF-Dauer zusammenhängen. Das muss man wohl so interpretieren, dass erst bei sehr langen Arbeitsunfähigkeiten eine ausführliche und fundierte Berichterstattung vorliegt. Eine protektive Berichterstattung verlängert die Arbeitsunfähigkeit ebenfalls (um rund einen Monat). Eine solche Berichterstattung kommt nicht nur gehäuft bei schwer beeinträchtigten Versicherten, sondern auch bei Personen, die Arbeits- und private Konflikte haben, arbeitsfähiger wirken als sie sich präsentieren und deren Arbeitsunfähigkeit vergleichsweise selten in Dauer und Grad nachvollziehbar ist.

Interventionen der Versicherung

Die Resultate zu den Reaktionen der Versicherung zeigen zunächst, dass die Versicherten überwiegend gut mitwirken. Ein Viertel der Versicherten zeigt eine mangelnde Mitwirkung. In rund der Hälfte dieser Fälle mit mangelnder Mitwirkung erfolgen keine spezifischen Interventionen der Versicherung. Wenn reagiert wird, dann mit Sanktionen und Sanktionsandrohungen oder mit Gesprächen mit den Versicherten. Rechtsfälle schliesslich sind sehr selten (weniger als 3% der Fälle). Eine Schadenminderungspflicht wird bei rund einem Drittel der Versicherten auferlegt, meist handelt es sich dabei um einen als zu hoch beurteilten Grad der Arbeitsunfähigkeit.

Ebenfalls in knapp einem Drittel der Fälle werden die Versicherten durch ein Care Management unterstützt. Dies ist zeitlich oft aufwändig und dauert im Durchschnitt 30 Wochen. Besonders lange Care Managementprozesse zeigen sich bei Versicherten mit Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten. Eher selten kommt es im Care Management zu einem Round-table mit dem Arbeitgeber (13% der CM-Fälle), wobei in jedem 4. Round-table der behandelnde Arzt anwesend ist. Das heisst, dass das Care Management meistens im bilateralen Kontakt mit den Versicherten erfolgt (sofern nicht andere Dritte anwesend sind).

In rund 40% der Fälle kommt es zu einer IV-Anmeldung, wobei sich die IV-Stelle in wiederum rund 40% der Fälle proaktiv verhält.

Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass die Versicherung eher selten sanktioniert und stattdessen häufig mit einem unterstützenden Care Management reagiert. Hinsichtlich Diagnosegruppe wird bei den Versicherten mit einer F2-Diagnose (Schizophrenie) und einer F6-Diagnose (Persönlichkeitsstörung) gar in jedem zweiten Fall ein Care Management installiert. Dies ist angesichts des hohen Risikos für eine lange oder andauernde Arbeitsunfähigkeit bei diesen Diagnosegruppen sicher sinnvoll. Gerade bei diesen beiden Störungsgruppen wäre es hingegen zentral, dass Round-tables mit allen wichtigen Akteuren stattfinden würden, damit alle dieselbe Verständnisbasis haben. Zudem muss man sich hier auch fragen, ob es nicht gerade bei Versicherten mit

Persönlichkeitsauffälligkeiten respektive –störungen sinnvoll wäre, vermehrt mit klaren Auflagen und Rahmenbedingungen („Sanktionsandrohungen“) zu arbeiten. Voraussetzung wäre allerdings, dass das Problemverhalten gut eingeschätzt werden kann (kann der Versicherte dieses effektiv ändern oder nicht? Etc.). Diese sind nicht a priori gegen die Versicherten gerichtet, sondern können Orientierung und klare „Spielregeln“ geben. Aus der Befragung von über 900 IV-Versicherten, die Eingliederungsmassnahmen der IV erhalten haben, ist bekannt, dass rund die Hälfte der Versicherten im Nachhinein solche Auflagen als (eher) hilfreich bewertet. Entscheidend scheint dabei vor allem, dass die Sanktionen rehabilitativ sinnvoll ausgestaltet sind und dass deren Nutzen für die Versicherten selbst auch erkennbar wird.

Es ist sympathisch, wenn eine Versicherung eher mit Unterstützung als mit Auflagen operiert. Aber Auflagen sind nicht a priori etwas Negatives, vielmehr können sie – parallele Unterstützung vorausgesetzt – bei gewissen Situationen, Personen und Krankheitsbildern eine Voraussetzung sein, dass die rehabilitative Unterstützung überhaupt einen integrativen Effekt zeigt. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten in fast 60% der Fälle um krisenhafte Reaktionen auf Probleme am Arbeitsplatz handelt, stellt sich Frage nach dem Verhältnis und Einsatz von Support und Sanktion noch verstärkt.

Aus den Interventionen der Versicherung ergeben sich statistisch 4 personenbezogene Typen:

- Typ 1 (14%): Auf Schadenminderung ausgerichtete Interventionen; vor allem bei stärkeren Beeinträchtigungen und langen Arbeitsunfähigkeiten (> 9 Monate). Vor allem bei Versicherten mit Wiedereinstiegs-Orientierung.
- Typ 2 (22%): Geringer Prozessaufwand, teils CM; vor allem bei stärkeren Beeinträchtigungen und langen Arbeitsunfähigkeiten (> 9 Monate). Vor allem bei eher arbeitsunfähigen, kooperativen Versicherten.
- Typ 3 (14%): Hoher Integrationsaufwand; vor allem bei kürzeren Arbeitsunfähigkeiten (< 5 Monate). Vor allem bei arbeitsfähigen, übertreibenden, eher unkooperativen Versicherten.
- Typ 4 (50%): Hoher Integrations- und Prozessaufwand; vor allem bei kürzeren Arbeitsunfähigkeiten (< 5 Monate). Vor allem bei eher arbeitsunfähigen, kooperativen Versicherten.

Die Typologie verdeutlicht, dass die Versicherung in der Mehrheit der Fälle (bei knapp zwei Drittel der Versicherten) einen erheblichen Aufwand zur Re-Integration betreibt. Dies tut sie in erster Linie bei den eher kurzen Arbeitsunfähigkeiten, bei denen womöglich Probleme vermutet werden (mangelnde Mitwirkung etc.). Es zeigen sich allerdings keine diesbezüglichen Einflussfaktoren auf eine verkürzte Arbeitsunfähigkeitsdauer (siehe nachfolgenden Absatz). Es ist demnach nicht klar, ob der Interventionsaufwand der Versicherung effektiv zu einer Verkürzung der AUF-Dauer beiträgt respektive ob die AUF-Dauer länger gewesen wäre, wenn keine derartigen Interventionen vorgenommen worden wären (um diese Frage zu beantworten, müsste ein anderes Forschungsdesign gewählt werden).

Faktoren für eine längere Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind vor allem der Einsatz von Gutachten und medizinischen Untersuchungen, die IV-Anmeldung und das Vorhandensein sonstiger medizinischer Berichte (Austrittsberichte von Kliniken etc.). Dass das Care Management nicht als Einflussfaktor auftaucht, bedeutet nicht, dass die Einsetzung eines Care Managements keine Wirkung zeigt. Es bedeutet lediglich, dass in dieser Analyse andere Faktoren für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit statistisch noch bedeutsamer sind – weil sie vielleicht sehr eng mit dem Vorhandensein eines Care Managements korrelieren, sich aber statistisch ‚durchsetzen‘. Interventionen, die mit einer kürzeren

AUF-Dauer zusammenhängen, zeigen sich hier nicht – was wiederum nicht bedeutet, dass es diese nicht gibt. Um die Wirkung einer Massnahme effektiv messen zu können, wäre ein anderes Studiendesign nötig. Zu diskutieren wäre aber, ob der hohe ärztliche Begutachtungsaufwand nicht nur auf die langdauernden Fälle fokussiert sein sollte, sondern vermehrt auch bei Verfahrensbeginn und mit rehabilitativer Ausrichtung erfolgen sollte.

Vergleich von psychisch und somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit

Der Vergleich zwischen Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen und somatischen Gründen – beide mit längeren Krankschreibungen (1-2 Jahre Dauer) ergibt eine grosse Menge von Unterschieden. Diese Unterschiede hängen wahrscheinlich zu einem grossen Teil mit echten Unterschieden zwischen psychischen und somatischen Krankheiten zusammen. In gewissen Punkten hängen sie wohl aber auch damit zusammen, dass sich die Berichterstattung bei somatischen und psychischen Krankheiten unterscheidet und in Behandlung und Berichten von somatischen Fachärzten einige hier interessierenden Umstände (zum Beispiel: „Ist die Versicherte sozial isoliert?“) wohl gar nicht erfragt und dokumentiert werden.

Zu den wichtigsten soziodemografischen Unterschieden gehört, dass es sich bei den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten in rund 60% um Frauen handelt während das Verhältnis bei den somatisch Kranken ausgeglichen ist. Die höhere Prävalenz vieler psychischer Störungen bei Frauen ist seit langem bekannt, vor allem bei affektiven Erkrankungen (F3) und neurotischen Störungen (F4). Und diese Diagnosegruppen sind hier besonders häufig vertreten. Bei anderen Erkrankungen wie den Substanzabhängigkeiten überwiegen die Männer, diese sind hier aber gemäss Diagnostik nicht sehr häufig.

Zudem sind die psychisch Kranken etwas jünger. Somatisch kranke Versicherte sind häufiger verheiratet und leben häufiger in einer Partnerschaft als psychisch Kranke, und sie sind sozial deutlich seltener sozial isoliert. Das liegt kaum am leicht jüngeren Alter der psychisch kranken Versicherten, sondern an Charakteristika psychischer Störungen: sie manifestieren sich sehr oft in Beziehungen.

(Mit) auslösende Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit sind bei psychisch Kranken denn auch deutlich häufiger im privaten Bereich dokumentiert: Konflikte mit Partnerin oder Partner, mit dem weiteren familiären Umfeld, finanzielle Probleme etc. Dies verdeutlicht, dass es sich bei psychischen Störungen viel häufiger um Einschränkungen handelt, die sich in allen Lebensbereichen manifestieren respektive umgekehrt, dass Probleme in allen Lebensbereichen zu psychischen Störungen führen können. Dies ist bei einigen somatischen Erkrankungen wohl auch so (zum Beispiel Rückenschmerzen, somatoforme Symptome etc.), aber dies ist in den Berichten mit grosser Wahrscheinlichkeit unterdokumentiert. Einen Hinweis darauf geben auch die Diagnosen: die zweithäufigste Diagnose bei den somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten sind nach den M-Diagnosen (muskuloskelettale Erkrankungen) die F-Diagnosen, also psychische Störungen. Es gibt demnach oft gar nicht eine so klare Trennung zwischen körperlich und psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten. Hier kann man sich fragen, ob diese psychischen Störungen bei ‚offiziell‘ somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten auch genügend adressiert werden.

Einer der grössten Unterschiede ist das Vorhandensein von frühen (familiären), schulischen und arbeitsbiografischen Belastungen: bei Personen mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten sind mehrheitlich (zwei Drittel der Fälle) frühe Belastungen in den Dossiers dokumentiert, bei den somatisch Kranken ‚lediglich‘ ein Viertel. Bei dokumentierten frühen schulischen Auffälligkeiten sind 16% der psychisch Kranken und fast nie somatisch Kranke (2%) betroffen, bei früheren Problemen in

der Arbeitsbiografie rund 20% der psychisch Kranken und nur 4% der somatisch Kranken. Dies hat zum einen wohl damit zu tun, dass in den somatischen Fällen solche Informationen kaum erhoben werden, zum anderen aber auch mit dem typischerweise frühen Beginn psychischer Erkrankungen zu tun: bei 40% der psychisch kranken Versicherten ist ein Ersterkrankungsalter unter 25 Jahren dokumentiert, bei den somatisch Kranken liegt der Anteil bei 14%. Dieser Unterschied hat relevante Konsequenzen für das schulische und berufliche Funktionieren wie wohl auch für das Erleben der versicherten Personen: eine solch oftmals frühe Erkrankung kann Wahrnehmung, Selbstverständnis und Persönlichkeit prägen und zu Verunsicherung und je nachdem auch dysfunktionalen Verhaltensweisen führen.

Dementsprechend handelt es sich bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten meistens nicht um eine akute Erkrankung, sondern um eine Krise/ein Rezidiv bei einer schon vorbestehenden Krankheit. Dies hängt auch damit zusammen, dass die meisten psychischen Erkrankungen wiederkehrende oder chronische Zustände sind. Zum frühen Beginn mit all den Folgen gehört teilweise (nicht immer) auch, dass das Verhalten ungeschickt, zum Beispiel ängstlich, misstrauisch etc. wirken kann: es ist nicht untypisch für psychisch kranke Versicherte, dass sie weniger Mitwirkung zeigen und teils auch weniger auskunftsfreudig sind.

Versicherte mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit sind häufiger in der Dienstleistungsbranche tätig während somatisch Kranke häufiger im verarbeitenden Gewerbe, im Baugewerbe und in der Gastronomie tätig sind. Entsprechend unterscheiden sich auch die besonders belastenden Arbeitsbedingungen: Psychisch kranke Versicherte sind vor allem emotional, kognitiv, interaktionell und disziplinbezogen besonders beansprucht, somatisch Kranke vor allem körperlich.

Grosse Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf das Verhältnis von Versicherten und ihren Arbeitgebern: bei psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten liegen viel häufiger belastete Beziehungen zum Arbeitgeber, Arbeitsplatzkonflikte und Kündigungen sowie arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeiten vor als bei somatisch bedingten Krankschreibungen. Dies verdeutlicht, dass sich psychische Störungen (die das Erleben und Verhalten verändern) vor allem auch in Beziehungen niederschlagen.

Psychische Störungen führen häufiger zu Beeinträchtigungen in sämtlichen Alltagsbereichen als somatische Erkrankungen, die sich vor allem im Haushalt und in externen Freizeitaktivitäten defizitär niederschlagen.

In den Arztberichten bei psychisch kranken Patienten werden viel häufiger externe Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit genannt als bei somatisch Kranken. Dies ist wegen der Bedeutung von interaktionellen Faktoren für die psychische Gesundheit zwar nachvollziehbar. Gleichzeitig kann man sich fragen, ob sich hierbei nicht auch eine gewisse externalisierende (die Umstände sind schuld) respektive protektive Haltungen zeigen.

Auf der anderen Seite sind solche externen Umstände bei den somatischen Erkrankungen derart selten dokumentiert, dass man sich fragen muss, ob hier nicht einfach die gesamte private/soziale Seite zu Unrecht ausgeklammert wird. Somatisch kranke Versicherte leiden vor allem unter muskuloskelettalen und psychischen Erkrankungen; dass hier private/soziale Belastungen kaum eine Rolle spielen sollen, scheint unwahrscheinlich.

8. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Fazit

8.1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten dauern mit rund 7 Monaten lange und damit länger als die meisten Krankschreibungen bei somatischen Erkrankungen. Abgesehen davon, ob eine solch lange Dauer immer notwendig ist für die Genesung, gefährdet eine solche Dauer der Absenz vom Arbeitsplatz den Stellenerhalt. Lange Arbeitsunfähigkeitsdauern sind denn auch bekanntermassen ein zentraler Risikofaktor für Arbeitslosigkeit und Invalidität.

Krankschreibungen aus psychischen Gründen zeigen einige Charakteristika, die sie von Arbeitsunfähigkeiten wegen körperlicher Erkrankungen unterscheiden: die psychischen Probleme beginnen deutlich früher, nicht selten schon in Kindheit und Adoleszenz, und führen zu frühen Problemen in Schule, Ausbildung und Arbeitsbiografie. Umso wichtiger wären denn auch möglichst früh einsetzende Massnahmen in den Unternehmen. Weiter ist für Versicherte mit psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten typisch, dass sie seltener verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben als Versicherte mit körperlichen Erkrankungen. Psychisch kranke Versicherte sind sozial häufiger isoliert, und wenn sie in einer Partnerschaft/Familie leben, haben sie viel häufiger private Konflikte und sonstige familiäre und finanzielle Probleme.

Auch wenn man vermuten kann, dass bei den Arbeitsunfähigkeiten aus körperlichen Gründen, häufiger familiäre und soziale Probleme vorliegen als in den Arztberichten dokumentiert sind, zeigt sich hier, dass sich psychische Störungen besonders häufig in Beziehungen auswirken. Nicht selten ist es auch die konflikthafte und belastende private Situation, die bei psychisch bedingten Verläufen (mit)auslösend ist für die Arbeitsunfähigkeit. Wenn man in solchen Situationen die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen will, muss man wohl auch in die familiäre und soziale Situation im Blick haben.

Von spezieller Relevanz sind Probleme am Arbeitsplatz, namentlich belastete und konflikthafte Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten, erlebte Kränkungen und Frustrationen, ein Wechsel des Vorgesetzten, Reorganisationen oder sonstige Veränderungen im Unternehmen. Die Mehrheit (57%) der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten wird durch solche Faktoren ausgelöst. Entsprechend ist auch ein grosser Anteil der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten als „arbeitsplatzbezogen“ zu verstehen. Das heisst, viele Versicherte wären an sich arbeitsfähig, aber nicht mehr an diesem Arbeitsplatz – weil sie sich eine Rückkehr wegen der Kränkungen oder Konflikte nicht mehr vorstellen können. Häufig handelt es sich dabei um Personen, die schon an früheren Stellen Probleme hatten.

Trotz der in diesen Fällen normalerweise vorhandenen Arbeitsfähigkeit können solche konfliktbedingten Krankschreibungen lange oder sehr lange dauern: auch bei den maximal langen Krankschreibungen von 2 Jahren liegt ihr Anteil nur knapp unter 50%. Dies zeigt zum einen, wie anhaltend und destruktiv sich Kränkungserfahrungen und Arbeitsplatzkonflikte auswirken können. Und es zeigt zum anderen, dass es in solchen Fällen entscheidend wäre, früh genug intervenieren zu können. Wenn die Kränkung einmal da und verfestigt ist, ist es oft zu spät. Auch deshalb wären möglichst frühe, deeskalierende Interventionen notwendig, die wirksame Alternativen zu Krankschreibung und Stellenverlust bieten und auch die Arbeitgeber früh unterstützen. Das Bewusstsein wie auch die Fähigkeit der Unternehmen sollten deutlich verbessert werden.

Weiter muss man sich auch fragen, welches die Rolle der behandelnden Ärzte ist bei solchen längerdauernden reaktiven Arbeitsunfähigkeiten: Personen, die an sich oft arbeitsfähig wären, über viele Monate krankzuschreiben, wirkt etwas hilflos. Angesichts der Tatsache, dass die behandelnden

Ärzte auch bei solch arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeiten fast nie Kontakt zum Arbeitgeber hatten und deshalb die Arbeitsplatzsituation ausschliesslich aus den Berichten der Patienten kennen, ist kaum eine Basis gegeben für längere Krankschreibungen, geschweige denn für gezielte Interventionen. Gerade die behandelnden Ärzte wissen am besten, dass es sich bei diesen Fällen oft um Patienten handelt, welche schon an früheren Stellen Probleme hatten. Umso wichtiger wäre es, dass sie deshalb schon bei ersten Problemanzeichen (und nicht allenfalls erst während der Krankschreibung) auch das Gespräch mit dem Arbeitgeber suchen, das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt. Umso wichtiger wäre es, dass sie die Arbeitsunfähigkeit nicht einfach laufend verlängern, sondern den Patienten auch zumuten, aktiv nach Lösungen zu suchen. Passivität führt letztlich einfach zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses – was hier in 50% der Fälle eintritt. Ein spezielles Problem kann sich allerdings dadurch ergeben, wenn Ärzte von den belasteten Mitarbeitenden erst beim Beginn der Arbeitsunfähigkeit beigezogen werden. Dann kennen sie die Hintergründe noch kaum. In solchen Fällen sollte die Dauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich eingeschränkt werden.

Hier wäre zu diskutieren, welche Rolle die verschiedenen Akteure bei der Prävention solch konflikthafter Situationen einnehmen sollten. Dass Arbeitsplatzkonflikte die Mehrheit der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten ausmachen, ist a priori weder den Unternehmen noch den Versicherten einseitig zuzuschreiben. Die Frage ist jedoch, wer in welchem Masse die Konsequenzen tragen sollte: bis anhin tragen vor allem die Krankentaggeldversicherungen (und anschliessend oft auch die Sozialversicherungen) die Konsequenzen und via allfällige Prämien erhöhungen und Kosten durch Neubesetzung der Arbeitsstelle auch die Unternehmen. Die versicherten Personen selbst tragen gewisse finanzielle Konsequenzen (normalerweise 20% Lohn einbusse) Konsequenzen und verlieren zudem oft ihre Arbeitsstelle, was sich mit zunehmender Dauer zusätzlich negativ auf ihr Befinden und bei der Stellensuche auch negativ auf ihren Lebenslauf auswirken kann. Die behandelnden Ärzte schliesslich tragen keine Konsequenzen, obwohl sie die Arbeitsunfähigkeit beurteilen. Sie würden eher negative Konsequenzen gewärtigen, wenn sie zum Beispiel konflikthafte, arbeitsplatzbezogene Krankschreibungen restriktiver handhaben und gewisse Patienten deshalb infolge Arztwechsels ‚verlieren‘ würden.

Analysiert man diese Fälle, muss man von einem ‚Systemproblem‘ ausgehen: weder die versicherten Personen, noch deren Arbeitgeber, noch die Ärzte und Versicherungen sind alleine in der Lage, solche Situationen produktiv zu lösen – oder sind sich gar nicht bewusst, welche Rolle sie spielen:

Die Unternehmen sind sich oft zu wenig bewusst, wie häufig und relevant psychische Probleme bei ihren Angestellten sind. Vorgesetzte sind noch kaum geschult, wie sie bei psychisch auffälligem Verhalten und im Umgang mit Konflikten bei Mitarbeitenden reagieren sollen, und haben zudem fast immer Hemmungen, frühzeitig zu intervenieren. Zudem bestehen oft Unsicherheiten, wie während einer Krankschreibung gehandelt werden sollte, ob und wie man mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen sollte etc.

Präventive Aktivitäten und eine wirksame betriebliche Haltung zum Umgang mit psychischen Problemen im Unternehmen, sind die Ausnahme. Hinzu kommt, dass verschiedene Tätigkeiten wie auch Branchen typischerweise mit besonderen Belastungen und teils hohen spezifischen Anforderungen verbunden sind: zum Beispiel hohe Anforderungen an Kognition, Disziplin und Zuverlässigkeit in der öffentlichen Verwaltung, in der Finanzbranche und im Erziehungswesen. Oder hohe emotionale und interaktionelle Anforderungen im Handel und im Gesundheits- und Sozialwesen. Diese Anforderungen sind Faktoren, die einen Wiedereinstieg verzögern und die Arbeitsunfähigkeit verlängern. Hier sollten die Unternehmen vermehrt Lösungen bereitstellen, wie frühzeitig ein

angepasster Wiedereinstieg erfolgen kann. Zudem wäre es hilfreich (zumindest in eher grösseren Betrieben), wenn klare Arbeitsplatzbeschriebe vorhanden wären. Ein konkretes Anforderungsprofil der Arbeitsstelle würde helfen, die vorhandenen Funktionseinschränkungen besser einzuordnen und die Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbarer zu beurteilen.

Die Mitarbeitenden respektive versicherten Personen mit psychischen Problemen verhalten sich nicht immer eigenverantwortlich und lösungsorientiert – vor allem Personen mit den geschilderten Arbeitsplatzkonflikten: sie dramatisieren teilweise ihre Situation, reagieren eher passiv auf Wiedereingliederungsbemühungen, sind selektiver mit Informationen und externalisieren häufiger die Probleme (sehen andere als für die Probleme und Konflikte verantwortlich), was oft vor allem von den Hausärzten oft übernommen wird. Zudem liesse sich auch in einigen Fällen eigenverantwortlicher mit als problematisch und unlösbar erlebten Situationen im Betrieb umgehen, indem man sich zum Beispiel frühzeitig dafür entscheidet, eine neue und besser passende Stelle zu suchen. Hier wäre es wichtig, dass auch die Unternehmen eine klare Orientierung geben, wo sie zu unterstützenden Massnahmen bereit sind und wo sie auch eigenverantwortliches und lösungsorientiertes Handeln einfordern.

Die Versicherungen sollten noch bewusster und gezielter mit Anreizen respektive Sanktionen arbeiten und für eine gute Balance von unterstützenden und sanktionierenden Massnahmen besorgt sein: gerade in solchen Konfliktfällen, wo beispielsweise besonders häufig ein aufwändiges, unterstützendes Care Management vorgehalten wird, sollte auch gezielt und früh mit rehabilitativ sinnvollen Auflagen operiert werden. Unterstützung sollte an ein aktives und produktives Problemlöseverhalten der versicherten Personen gebunden werden. Ist ein solches Verhalten nicht gegeben, sollten Sanktionen überlegt werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass vor allem bei verhaltensauffälligen Versicherten ein Care Management initiiert wird und zudem in diesen Fällen ein besonders langdauerndes. Bei schwerer beeinträchtigten Versicherten findet deutlich seltener ein Care Management statt. Hier kann man sich fragen, ob man dies nicht stärker balancieren sollte, bei Ersteren neben der Unterstützung vermehrt auch auf Anreize zu setzen und bei Letzteren neben Schadenminderung vermehrt auf Unterstützung.

Versicherungen sollten zudem versuchen, ihre präventiven betrieblichen Angebote zu verstärken – präventiv im Sinne der Vermeidung einer Eskalation von psychisch bedingten Problemsituationen und Arbeitsunfähigkeiten. Auch die Unterstützung von Unternehmen bei der Etablierung einer Kultur und konkreten Prozessen, die einen wirksamen Umgang mit psychischen Auffälligkeiten sicherstellt. Der Fokus sollte noch stärker auf Frühintervention und Prävention von eskalierenden Problemsituationen mit allen Beteiligten gelegt werden.

In der Zusammenarbeit mit den berichterstattenden Ärzten sollten die Versicherungen vermehrt darauf bestehen, dass ihre Fragen auch effektiv beantwortet werden. Zu überlegen wäre auch, die Fragebögen der Versicherungen an die Behandelnden noch gezielter auf die besonders häufigen Problemkonstellationen anzupassen. Zu überlegen wäre auch, diese an sich besonders wichtigen frühen Arztberichte deutlich besser zu honorieren – und gleichzeitig auf rehabilitativ informative Aussagen zu bestehen.

Die behandelnden Hausärzte und Psychiater sollten sensibilisiert werden für die negativen Konsequenzen längerer Krankschreibungen bei reaktiven Arbeitsunfähigkeiten. Zudem sollten sie generell geschult werden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die vorliegenden Daten zeigen deutlich, dass die Beurteilungen insgesamt – mit spezifischen Unterschieden zwischen Haus- und

Fachärzten – zwar medizinisch ausführlich und meist fundiert sind, aber zu wenige Informationen geben zu Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zur Rehabilitation.

Die Diagnostik wirkt beispielsweise im Vergleich zu Berichten an die Invalidenversicherung oder im Vergleich zu dem, was gerade Psychiater an sich wissen, etwas oberflächlich. Es werden vor allem die aktuell vordergründigen Symptome – depressive Episoden, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen - diagnostisch erfasst und berichtet. Eine gerade bei Psychiaterberichten wohl meist mögliche vertiefere Diagnostik (Persönlichkeitsproblematik, Substanzabhängigkeiten etc.) wird eher selten berichtet. Damit fehlen entscheidende Informationen für berufliche Unterstützungsmassnahmen.

Eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit wird meist nicht in Erwägung gezogen, häufig wird kein psychopathologischer Befund erhoben und falls doch, dann stützt sich dieser oft ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Patienten. In jedem zweiten Arztbericht wird keine Prognose gestellt und falls doch, dann ist sie zeitlich oft vage datiert. Hinweise zur Besserungsfähigkeit der vorliegenden Problematik fehlen meist, ebenso zu allfällig notwendigen medizinischen, beruflichen und privaten Massnahmen. Drittinformationen sind generell sehr selten. Die Krankheitsanamnese ist knapp gehalten, Angaben zur früheren Funktionsfähigkeit fehlen fast gänzlich, entsprechend wird die Arbeitsfähigkeit auch fast nie aus einer umfassenderen historischen Perspektive heraus beurteilt – welche viele wichtige Hinweise geben könnte. Informationen über nötige Anpassungen bei der Tätigkeit oder am Arbeitsplatz (zum Beispiel für den Wiedereinstieg) sind sehr selten – bei vielen somatischen Erkrankungen wären solche Informationen jedoch selbstverständlich („Patient sollte zunächst nicht mehr als 10kg heben müssen“ etc.). Schliesslich wird oft nicht unterschieden zwischen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Auch solche Informationen wären jedoch wesentlich für eine rehabilitative Unterstützung.

Funktionseinschränkungen werden in der Hälfte der Hausarztberichte und in einem Viertel der Psychiaterberichte keine genannt. Das heisst, die Versicherten haben entweder gar keine Einschränkungen oder solche sind vorhanden, aber nicht dokumentiert. Entsprechend ist die Mehrheit der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten nur bedingt nachvollziehbar. Das heisst nicht, dass die Versicherten zu Unrecht krankgeschrieben sind, sondern dass nicht klar wird, warum und was sie eigentlich nicht arbeiten können. Das heisst letztlich auch, dass die Versicherungen sehr viele Fälle finanzieren, ohne anhand der Behandlerberichte beurteilen zu können, ob dies effektiv ein Leistungsfall ist.

Die Versicherungen schicken den behandelnden Ärzten diesbezüglich Fragebögen mit entsprechenden konkreten Fragen, welche an sich alle der obigen Punkte betreffen. Diese werden aber oft lückenhaft beantwortet. Dies weist darauf hin, dass es an einer ‚Fachsprache‘ bezüglich Arbeitsunfähigkeiten fehlt. Ärzte lernen im Studium nicht, wie man eine Arbeitsfähigkeit beurteilen sollte, sondern lernen „on the job“ damit umzugehen. Rehabilitativ wichtige Perspektiven scheinen dabei von untergeordneter Bedeutung zu sein. Schliesslich unterschätzen Ärzte wahrscheinlich auch, wie wichtig ihr Wissen für die rehabilitativen Bemühungen sind.

Die GutachterInnen und weitere beurteilende ÄrztInnen können zur Klärung beitragen. Ihre Berichte sind strukturierter, zeigen meist eine fundierte Befunderhebung (wie schon die behandelnden Fachärzte), sehen etwas häufiger eine Teilzeit-AUF als möglich, halten sich eher an die vorgegebenen Fragestellungen etc. Aber rehabilitativ – wo liegt eigentlich das krankheitsbedingte Arbeitsproblem und was braucht es, damit versicherte Personen wieder einsteigen und besser funktionieren können etc. – erbringen die begutachtenden Fachpersonen oft keinen Mehrwert.

Insgesamt hat man den Eindruck, dass von Seite der involvierten Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten, dass

- die Bedeutung der Berichterstattung gegenüber Krankentaggeld-versicherungen für die berufliche Situation nicht vollumfänglich realisiert wird
- Know-how und Methodik fehlen, um rehabilitativ wirksame Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen vorzunehmen inklusive notwendige Informationen für Wiedereinstieg und Arbeitsplatzverlust respektive für einen Stellenwechsel. Dazu gehört auch eine adäquate Analyse der aktuellen Arbeitsproblematik und ggf früherer Arbeitsprobleme, also neben der psychiatrischen auch eine ‚arbeitspsychiatrische‘ Diagnostik Dies gilt für die behandelnden wie auch die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte.
- letztlich oft das Verständnis dafür fehlt, wie entscheidend Dauer und Grad der Krankschreibung wie auch ein Austausch mit dem Arbeitgeber für die längerfristige Arbeitsmarkt-Teilnahme der Patientinnen und Patienten sein können. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse sind ein unterschätztes, aber wichtiges therapeutisches Instrument. Die Art der Krankschreibung ist auch ein Signal an die Patientinnen und Patienten: wie eingeschränkt sind sie, was traut man ihnen zu und wie sollten sie die Probleme bewältigen?

Allgemein resultiert aus den geschilderten Umständen, dass rund 40% der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in Grad oder Dauer als „unstimmig“ eingeschätzt werden aufgrund der Gesamtinformationen aus den Dossiers. „Unstimmige“ Arbeitsunfähigkeiten zeigen typische und deutliche Zusammenhänge mit problematischen Merkmalen der Krankschreibung: diese ist kaum nachvollziehbar, weil nirgends dokumentiert ist, welche Arbeitsfähigkeiten nicht vorhanden sind, es wird von den Versicherten nicht offen Auskunft gegeben, die Arztberichte sind protektiv etc. In rund 50% der Fälle finden parallel zur Arbeitsunfähigkeit keinerlei Massnahmen zum Wiedereinstieg statt, in zwei Drittel der Fälle kann man daran zweifeln, ob die versicherte Person unter den gegebenen Umständen vor 30 Jahren auch arbeitsunfähig gewesen wäre. Und in gar 80% der Fälle weist der Verlauf der Krankschreibung darauf hin, dass sich die Arbeitsmarktprognose für die Versicherten dadurch verschlechtert hat.

Die Resultate dieser Untersuchung zeigen nicht nur einige konkrete Mängel im Arbeitsunfähigkeits-Verfahren auf, sondern sie werfen grundsätzlich die Frage auf, wie am Arbeitsplatz und auch im Privatleben mit psychischen Belastungen und Herausforderungen – Veränderungen, Kränkungen, Frustrationen, Konflikten etc. – umgegangen wird und werden sollte.

Krankschreibungen sind wichtig, um von einer Erkrankung zu genesen, auch wenn diese länger dauern mag. Aber sie sind kein sinnvolles Mittel, um alltägliche psychische Herausforderungen zu meistern oder um schon früh begonnene Probleme, andauernde leichtere bis mittlere Belastungen oder Persönlichkeitsauffälligkeiten zu bewältigen. Hier können längere und rein entlastende, passive Arbeitsunfähigkeiten zu einer Falle werden, weil sie den Verbleib der betreffenden Personen im Arbeitsmarkt gefährden.

Sinnvoller wäre es, Personen fitter zu machen in der frühzeitigen und produktiven Bewältigung psychischer Herausforderungen und Krisen, die auch zu einem gesunden Leben gehören. Dafür braucht es jedoch ein Umdenken und Anstrengungen aller beteiligten Akteure. Ein solches Umdenken kann wohl nur erreicht werden, wenn auch alle Akteure Anreize oder Vorgaben haben, ihr Verhalten zu verändern.

8.2 Fazit und Empfehlungen

Die Arbeitsunfähigkeiten aus psychischen Gründen nehmen seit Jahrzehnten deutlich zu, sei es in der Anzahl Fälle wie auch in der Dauer. Dies ist ein Phänomen, dass sich nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen Industrieländern zeigt. Da epidemiologisch nicht von einer Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung auszugehen ist, muss man annehmen, dass sich die Wahrnehmung und der Umgang mit psychischen Belastungen verändert haben. Psychische Störungen werden eher wahrgenommen, es wird vermehrt darüber gesprochen, sie sind in den Medien zunehmend ein Thema.

Dank der Professionalisierung und dem Ausbau der Hilfen – die Schweiz hat eines der besten psychiatrischen Versorgungssysteme, das zudem mit der Situation vor 30-40 Jahren nicht vergleichbar ist – nehmen immer mehr Personen eine psychiatrische Behandlung in Anspruch. Diese Entwicklung ist ein Erfolg, da es sich bei der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen sehr lange um einen stark vernachlässigten Bereich gehandelt hat. Bemerkenswert ist jedoch, dass sich gleichzeitig in den letzten Jahrzehnten die psychische Funktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung – gemessen an den Arbeitsunfähigkeiten und Invalidisierungen – nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hat. Eine bessere medizinische Versorgung schlägt demnach offensichtlich nicht direkt auf die Funktions- und Alltagsfähigkeit durch.

Dabei darf man nicht vergessen, dass Arbeit ist nicht nur manchmal sehr belastend, sondern auch einer der wichtigsten psychischen Schutzfaktoren ist. Langzeitarbeitslose und invalidisierte Personen haben nicht nur einen schlechteren Gesundheitszustand als Erwerbstätige, sondern auch eine geringere Lebensqualität. Erwerbstätigkeit garantiert nicht nur Lohn und einen gewissen Lebensstandard, sondern auch soziale Kontakte, Aktivierung, Tagesstruktur und das die Möglichkeit, sich als kompetent und sozial wertvoll zu erleben. Insofern sollte künftig darauf hingearbeitet werden, psychisch belastete oder kranke Personen vermehrt so zu unterstützen, dass sich nicht nur ihr psychisches Befinden verbessert, sondern auch ihre Arbeitsfähigkeit. Dies ist aber nicht nur Aufgabe der Behandelnden, sondern auch der Unternehmen, der Versicherungen, der betreffenden Personen selbst und letztlich vieler weiterer Akteure. Alle Akteure haben einen Einfluss darauf, ob und wie wir psychische Belastungen oder Erkrankungen bewältigen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt diesbezüglich einige Problemfelder und Handlungspotentiale auf. Diese werden im Folgenden in einer Übersicht zusammengefasst

Problemfeld	Handlungspotentiale
Unternehmen	
Arbeitsunfähigkeiten sind meist das Resultat einer über längere Zeit eskalierenden Situation, die zu Konflikten führt. Wenn die Krankschreibung einmal erfolgt ist, ist die Situation blockiert.	<ul style="list-style-type: none">- Sensibilisierung der Unternehmen- Implementierung wirksamer und auf psychische Probleme zugeschnittener Präventionsmassnahmen
Viele Unternehmen haben keine Strategie oder verfügbare spezialisierte Hilfen bei psychischen Problemen bei Mitarbeitenden.	<ul style="list-style-type: none">- Schulung von Führungskräften und HR: zum Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und zum Umgang mit Kränkungs- und Frustrationserleben bei

Je nach Branche dauern die Arbeitsunfähigkeiten sehr unterschiedlich lange.

Schliesslich führen gewisse besonders belastende Arbeitsbedingungen zu besonders langen Arbeitsunfähigkeiten.

Mitarbeitenden

- Leitfaden Betriebskultur und Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden
- Schulung Mitarbeitende zum produktiven Umgang mit belastenden Situationen im Betrieb
- Finanzielle Anreize für Betrieb, in diesem Bereich aktiv zu werden
- Verstärkung präventiver Interventionen im Rahmen der Arbeitssicherheit

Krankentaggeldversicherungen

Frühe und persönliche Kontakte zwischen Versicherung und versicherter Person geben relevante Informationen über Art und Prognose der Arbeitsunfähigkeit. Solche Kontakte werden aber oft nicht aufgenommen.

Unterstützung und Sanktionen sind nicht immer gut balanciert. Bei ausschliesslicher Unterstützung fehlt teils der Veränderungsimpuls, bei ausschliesslichen Sanktionen droht die Konfrontation. Viele Versicherte benötigen beides: neben Unterstützung auch Orientierung und Vorgaben.

Interventionen bei schon erfolgter Krankschreibung sind sehr spät und treffen auf Widerstände.

Behandelnde Ärzte verfassen oft protektive Berichte, um die Patienten zu ‚schützen‘. Die Fragen der Versicherungen werden oft nicht beantwortet.

- Darauf bestehen, dass Unternehmen AUF-Fälle möglichst sofort melden
- Möglichst immer rasch einen persönlichen Kontakt herstellen, Unterstützung anbieten, weitere Schritte vereinbaren und im Kontakt bleiben
- Personal schulen, um persönliche Kontakte / authentische Beziehung zu den Versicherten wirksam herstellen zu können
- Justierung der Massnahmen zur Unterstützung (zB Care Management) und zur Schadenminderungspflicht und Überprüfung der Indikationen zu den jeweiligen Massnahmen
- Anreize und fachliche Hilfen für Unternehmen, präventive Programme zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu entwickeln
- Kontakte mit Ärzte-Netzwerken vertiefen und sich im Grundsatz auf eine gemeinsame Haltung einigen
- Schulungen für Ärzte anbieten
- Überarbeitung des Fragekataloges an die behandelnden Ärzte
- Finanzielle Anreize für rehabilitativ

Ärztliche Berichterstattung und Beurteilung

Nahezu alle Arbeitsunfähigkeiten starten mit einer Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit.

Viele Versicherte verlieren im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit ihre Stelle. Involvierte Behandelnde nehmen kaum (und erst recht nicht frühzeitig) Kontakt auf zu den Arbeitgebern.

Die Berichterstattung ist medizinisch meist ausführlich und fundiert, aber sie genügt den Anforderungen einer ‚Arbeitsunfähigkeits-Versicherung‘ nicht: es ist meist nicht nachvollziehbar, inwiefern Versicherte arbeitsunfähig sind (was sie nicht tun können), die Diagnostik wirkt oberflächlich.

Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit wird nicht erwogen, der Befund fehlt oft oder stützt sich nur auf die Angaben der Patienten, die Prognose fehlt oft oder ist zeitlich ungenau.

Angaben zum Funktionsniveau vor der aktuellen Krise fehlen fast gänzlich.

Informationen zur ergonomischen Anpassung am Arbeitsplatz fehlen, eine echte Differenzierung zwischen der Arbeitsfähigkeit am bestehenden und einem ‚adaptierten‘ Arbeitsplatz wird selten vorgenommen.

Zudem fehlen meist Informationen, mit welchen medizinischen, beruflichen und sozialen Massnahmen sich die Arbeitsfähigkeit verbessern liesse.

- Sensibilisierung der Ärzte bezüglich der Bedeutung und Wirkung von längeren Arbeitsunfähigkeiten
- Unterstützung und Anreize für Ärzte, schon zu Beginn von Arbeitsproblemen Kontakt zum Arbeitgeber zu suchen
- Sensibilisierung der Ärzte bezüglich der Wichtigkeit vertiefender und rehabilitativ relevanter Informationen
- Schulungen von Ärzten
- Qualitätsanforderungen an die ärztliche Berichterstattung gemeinsam mit Arztverbänden entwickeln
- Gemeinsam mit Ärzten fachlich fundierte Leitlinien zu Art, Dauer und unterstützenden Massnahmen bei Krankschreibungen ausarbeiten
- Ausführlichere AUF-Zeugnisse (bspw. REP) aktiv fördern und attraktiv vergüten
- Arbeitspsychiatrische Inhalte in der Facharztausbildung (Allgemeine und Innere Medizin, Psychiatrie)
- Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit als ‚default‘-Option, Begründungspflicht für Vollzeit-Krankschreibungen.
- Zeitliche Eingrenzung der Zuständigkeit der behandelnden Ärzte für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit; Verpflichtung zum Einholen einer Second Opinion für Zeugnisse ab einer gewissen Dauer (zB mehr als 3 Monate).

Weitere

Hoher Anteil von protrahierten arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeiten mit negativem Ausgang (Kündigung etc.) – oft auch direkt nach erfolgter Kündigung.

- Erstellen von klaren Kriterien, in welchen Situationen bei einer Arbeitsproblematik eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit beurteilt werden kann, um zu verhindern, dass ‚normale‘

Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten haben einen grossen Einfluss auf Arbeitsunfähigkeitsdauer und Stellenverlust.

Konfliktsituationen werden medikalisiert statt am Arbeitsplatz geklärt. Hierbei handelt es sich möglicherweise um einen stetig zunehmenden gesellschaftlichen Trend.

Herausforderungen am Arbeitsplatz zunehmend medikalisiert werden.

- Stärkerer Fokus auf den Umgang mit Herausforderungen, Frustration, Kränkung etc. in Schule und Ausbildung.

Literatur

Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(2):195–202.

Baer N, Frick U, Rota F, Vallon P, Aebi K, Romann C, Kurmann J (2017): Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/17. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer N, Frick U, Fasel T (2009) Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/09. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):259-74.

de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2018;28(3):393-417.

Frick U, Frick H (2010) „Heavy Use“ in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Obsan Dossier 11. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, et al. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2010;20(3):275-292.

OECD (2012) „Sick on the Job“ – Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris.

OECD (2014) Mental Health and Work: Switzerland. OECD Publishing, Paris.

OECD (2015), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.

