

Gregor Risi

# Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ein patientengesteuerter Prozess?

**Krankschreibungen sind teure «Therapien», noch dazu medizinisch oft schlecht abgestützt. Dabei sehen sich die Ärzte als Vertrauensperson des Patienten, die Rolle des Gatekeepers von Versicherungsleistungen ist zweitrangig. Über den Wechsel in den Krankheitsmodus bestimmen häufig die Patienten.**



Gregor Risi

Die Arbeitsunfähigkeitsattestierung (AUA) ist der erste Schritt auf dem Weg aus dem Arbeitsprozess in die Invalidität. Aufgrund der Bedeutung für die ökonomische Absicherung des Versicherten ist dieser Schritt besonders konfliktbehaftet. Die AUA ist eine therapeutische Intervention mit dem Ziel, die Gesundheit und die soziale Integration des Patienten langfristig zu erhalten. Die dadurch verursachten Kosten (Taggelder) übersteigen medizinische Behandlungskosten in der Regel um ein Vielfaches, für Kreuzschmerzen beispielsweise um das rund Fünffache. Die AUA ist die wohl teuerste «Therapieverschreibung» des Grundversorgers mit dem schlechtesten Nutzen-Nebenwirkungs-Profil.

Die Qualität ihrer Handhabung steht in krassem Gegensatz zu ihrer Bedeutung und zu sonstigen therapeutischen Handlungen, die gestützt auf Evidence Based Medicine, Guidelines und medizinisches Fachwissen durchgeführt werden. Die Chronifizierungsgefahr als Funktion der Zeit und der wiederholten Arbeitsunfähigkeit ist vielfach belegt. So sinkt für Rückenschmerzen die Chance, je wieder zur Arbeit zurückzukehren, alle sechs Monate um die Hälfte und beträgt nach Ablauf der zweijährigen Taggeldfrist weit unter zehn Prozent. Damit bildet die Taggeldphase eine regelrechte Versicherungsfalle, die durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes abgedeckt wird.

Die Qualität ihrer Handhabung steht in krassem Gegensatz zu ihrer Bedeutung und zu sonstigen therapeutischen Handlungen, die gestützt auf Evidence Based Medicine, Guidelines und medizinisches Fachwissen durchgeführt werden. Die Chronifizierungsgefahr als Funktion der Zeit und der wiederholten Arbeitsunfähigkeit ist vielfach belegt. So sinkt für Rückenschmerzen die Chance, je wieder zur Arbeit zurückzukehren, alle sechs Monate um die Hälfte und beträgt nach Ablauf der zweijährigen Taggeldfrist weit unter zehn Prozent. Damit bildet die Taggeldphase eine regelrechte Versicherungsfalle, die durch das Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes abgedeckt wird.

## Die Qualität von Arbeitsunfähigkeitsattestierungen

Je nach Studie führen zwischen 9 und 25 Prozent aller Arztkonsultationen zu einer Krankschreibung, für die Schweiz wurden nur vier Prozent gemessen. Der Arzt ver-

weigert lediglich sechs Prozent der vom Patienten verlangten AUA. Auch wenn der Arzt ein Zeugnis explizit als nicht empfehlenswert erachtet, wird es in 87 Prozent der Fälle trotzdem ausgestellt. Nur vier Prozent der Patienten lehnen den Vorschlag einer Krankschreibung durch den Arzt ab [1].

Die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse genügen selten, um versicherungstechnische Fragen beantworten zu können. Rund 70 Prozent sind ungenügend bezüglich Diagnose und/oder funktioneller Aussagen [2]. Die Zeugnisse enthalten in der Regel keine brauchbaren Angaben über mögliche Anpassungen des Arbeitsplatzes oder medizinische oder arbeitsplatzorientierte Interventionen zur Verbesserung der Rückkehr zur Arbeit [3]. Dies ist allerdings länderspezifisch, je nach gesetzlichen Anforderungen an das Attest.

AUA werden in bis zu 70 Prozent der Fälle auf Patientenaussagen und nicht auf klinische Befunde abgestützt, bei längerer Dauer sind nichtmedizinische Gründe häufig ausschlaggebend. Eine auffällige Häufung der attestierten Arbeitsunfähigkeit um die Schwellenwerte der Anspruchsberechtigung bei der Invalidenversicherung zeigte Cassis für IV-Zeugnisse in der Schweiz, das heisst bei 40, 50 und 70 Prozent Arbeitsunfähigkeit. Die Zeugnisse folgen somit der Logik des angestrebten Resultats (Renten-

---

Nur vier Prozent der Patienten lehnen  
den Vorschlag einer Krankschreibung  
durch den Arzt ab.

---

höhe) und nicht den medizinischen Gegebenheiten [4]. Sozioökonomische und arbeitsbezogene Patientenfaktoren der Chronifizierung (z.B. Arbeitsplatzunzufriedenheit, tiefes Ausbildungsniveau) sind auch die wichtigsten nichtmedizinischen Einflussfaktoren auf die Dauer und die Häufigkeit von AUA [5].

Daneben gibt es strukturelle und arztseitige Faktoren wie Anzahl Jahre der Praxistätigkeit, Teil-/Vollzeitpensum des Arztes, Training in Sozial-/Versicherungsmedizin, Vertrautheit mit dem Patienten und seinem Umfeld, Alter des Arztes oder Praxisorganisation (Einzel-/Gruppenpraxis, Stadt/Land). Besonders wichtig sind makroökonomische Faktoren (z.B. hohe Arbeitslosigkeitsrate, flexibilisierte

Arbeitssituation [6]), was sich auch historisch belegen lässt, sowie die finanziellen Anreize, die vom jeweiligen Versicherungssystem abhängen.

### Die Arbeitsunfähigkeit als Verhandlungsprodukt

Die Krankschreibung ist ein Verhandlungsergebnis zwischen Patient und Arzt. Dabei hat der Patient die führende Rolle inne, was sich unter anderem darin zeigt, dass Patienten die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wesentlich zuverlässiger voraussagen als Ärzte oder Versicherungsfachleute, die sich auf die medizinischen Informationen stützen [7].

Das subjektive Gefühl des Patienten, arbeitsunfähig zu sein, ist Resultat eines komplexen Abwägungsprozesses mit folgenden Faktoren:

- Anforderungen: Arbeitsmarkt, Berufswahl, Karriereziele, Migration, Familiengrösse und -dynamik usw.;
- Fähigkeiten: persönlich-biografisch determiniert durch Herkunft, Kultur, Erziehung, Bildung, finanziellen Hintergrund, soziales Umfeld, Persönlichkeitsfaktoren, Gesundheit/Krankheit;
- Anreize: Zugang zu und Höhe von sozialen und ökonomischen Absicherungssystemen mit je anderen Eingangs- und Ausgangskriterien, Rollen, Sozialkontakte, Anerkennung bei der Arbeit, Scham/Akzeptanz bei finanzieller Abhängigkeit, Identität, Werthaltungen usw.

---

**Es obliegt dem Arzt, den vom Patienten  
entschiedenen Wechsel vom Arbeits-  
in den Krankheitsmodus zu legitimieren  
und ökonomisch abzusichern.**

---

Anforderungen, Fähigkeiten und Anreize bilden dabei ein labiles und dynamisches Gleichgewicht. Der Patient evaluiert laufend – aber weitgehend unbewusst – seine Situation und versucht dabei, einen Gleichgewichtszustand zu erhalten. Dabei werden verschiedene Phasen durchlaufen:

- Versuch, den aktuellen Arbeitmodus beizubehalten (Arbeiten trotz Beschwerden);
- Versuch, besser mit der Situation umzugehen (Anpassung der Arbeit, Hilfe suchen, Therapie usw.); und schliesslich
- Neuausrichtung (Kündigung, neue Stelle, Krankschreibung, Rentenantrag usw.), meist als Wechsel vom «Arbeitmodus» in den «Krankmodus» [8].

Angesichts dieser komplexen Evaluation ist es offensichtlich, dass die rein medizinischen Faktoren nur einen – wenn auch wichtigen – Teilaspekt der AUA darstellen. Aufgrund der Versicherungsgesetzgebung liegt es beim

Arzt, den vom Patienten entschiedenen Wechsel vom Arbeits- in den Krankheitsmodus zu legitimieren und ökonomisch abzusichern. Dem Kranksein kommt somit eine instrumentale Rolle zu, um eine finanzielle Versicherungsleistung zu erlangen. Dies leistet einer Medikalisierung sozialer und ökonomischer Probleme systemimmanent direkt Vorschub. Weil bei diesem Übergang so viel auf dem Spiel steht, gerät der Arzt unter enormen Druck. Er steht in einem nicht lösbaren Konflikt zwischen der Rolle als Therapeut des Patienten und derjenigen als Gatekeeper für den Zugang zu Versicherungsleistungen, zwischen den eigenen Überzeugungen und den Ansprüchen des Patienten und der Gesellschaft.

### Rollenkonflikte des Arztes

In einer qualitativen Untersuchung zeigte Hussey, dass Ärzte generell das Gefühl haben, von verschiedenen Stakeholdern (Arbeitgeber, Patient, Angehörige, Versicherungen usw.) benutzt oder gar missbraucht zu werden. Die AUA wird als überwiegend patientenkontrolliert erlebt. Selbst in Fällen eines offensichtlichen Missbrauchs hatten die Ärzte keine klare und vor allem keine einheitliche Strategie, wie sie damit umgehen sollen.

Besonders schwierig ist die Entscheidung über Arbeitsunfähigkeit, wenn klinische Befunde weitgehend fehlen. Die Ärzte glauben, dass bei Verweigerung einer AUA die Patienten abwandern und bei einem Kollegen ein Zeugnis erhalten. Bewusst werden teilweise falsche oder vage Diagnosen gestellt, sei es um das Vertrauen der Patienten zu bewahren, sei es um das Sozialversicherungssystem zu unterlaufen, wenn dieses als «ungerecht» erlebt wird. Im Rollenkonflikt zwischen Gatekeeper und Vertrauensperson des Patienten entscheiden sich die Ärzte häufiger für Letzteres. Die Wichtigkeit der AUA wird dabei «semibewusst» ausgeblendet [9].

Die Kenntnis der sozial schwierigen Situation des Patienten führt beim Arzt zwar in erster Linie zum Angebot vermehrter Konsultationszeit und Beratung, in 28 Prozent der Fälle aber auch zu vermehrter Krankschreibung. Ärzte haben unterschiedliche Werthaltungen, wie weit soziale

---

**Sozial Schwache werden generell  
häufiger und länger krankgeschrieben.**

---

Faktoren bei der AUA berücksichtigt werden sollen. In der Praxis scheint jedoch die konkrete Situation und die Arzt-Patienten-Interaktion ausschlaggebend zu sein, was wiederum für die führende Rolle des Patienten spricht. Sozial Schwache werden generell häufiger und länger krankgeschrieben [10].

## Konklusion

Das Arbeitsfähigkeitsattest stellt den Arzt vor nicht lösbare Rollenkonflikte. Entsprechend wird der Arzt dabei nicht immer in erster Linie von medizinischer Evidenz geleitet, sondern häufig zwischen den Interessen der Stakeholder (Patient, Arbeitgeber, Versicherungen, Gesellschaft) zerrieben. Um die Situation zu verbessern, sind eine tiefgreifende Analyse und detailliertere Forschungen unumgänglich. Dabei sind insbesondere auch die systemimmanenten Konflikte zu beachten. Der Grundversorger müsste unter Umständen nach einem gewissen Zeitraum, zum Beispiel nach drei Monaten, ganz von der Aufgabe der weiteren Arbeitsunfähigkeitsattestierung befreit werden, um seine Rolle als Arzt und Vertrauensperson des Patienten weiter ausüben zu können.

## Literatur

- 1 Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(2): 81–6.
- 2 Soderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33(4): 314–20.
- 3 Wahlstrom R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health Suppl*. 2004;63: 222–55.
- 4 Cassis I et al. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(6): 567–75.
- 5 Allebeck P, Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. *Scand J Public Health Suppl*. 2004;63: 49–108.
- 6 Virtanen M et al. Local economy and sickness absence: prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(11): 973–8.
- 7 Fleten N, Johnsen R, Forde OH. Length of sick leave – why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health*. 2004;4: 46.
- 8 Thulesius HO, Grahn BE. Reincensivizing – a new theory on work and work absence. *BMC Health Serv Res*. 2007(1): 100.
- 9 Hussey S et al. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004;328(7431): 88–92.
- 10 Gulbrandsen P et al. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1): 20–6.

## Korrespondenz:

Dr. med. Gregor Risi  
 Innere Medizin FMH  
 Stv. Chefarzt asim Begutachtung  
 Universitätsspital Basel  
 Petersgraben 4  
 4031 Basel  
 grisi@uhbs.ch