

Krankschreiben überzeugt, überzeugend

Rheinfeldertage 2013

Renato Marelli

Inhalt

- Krankheitskonzepte
- Grundlagen des Versicherungsrechts
- Gesundheitsschaden
- Arbeitsunfähigkeit
- Juristische Besonderheiten

Arbeitsunfähig: überzeugt?

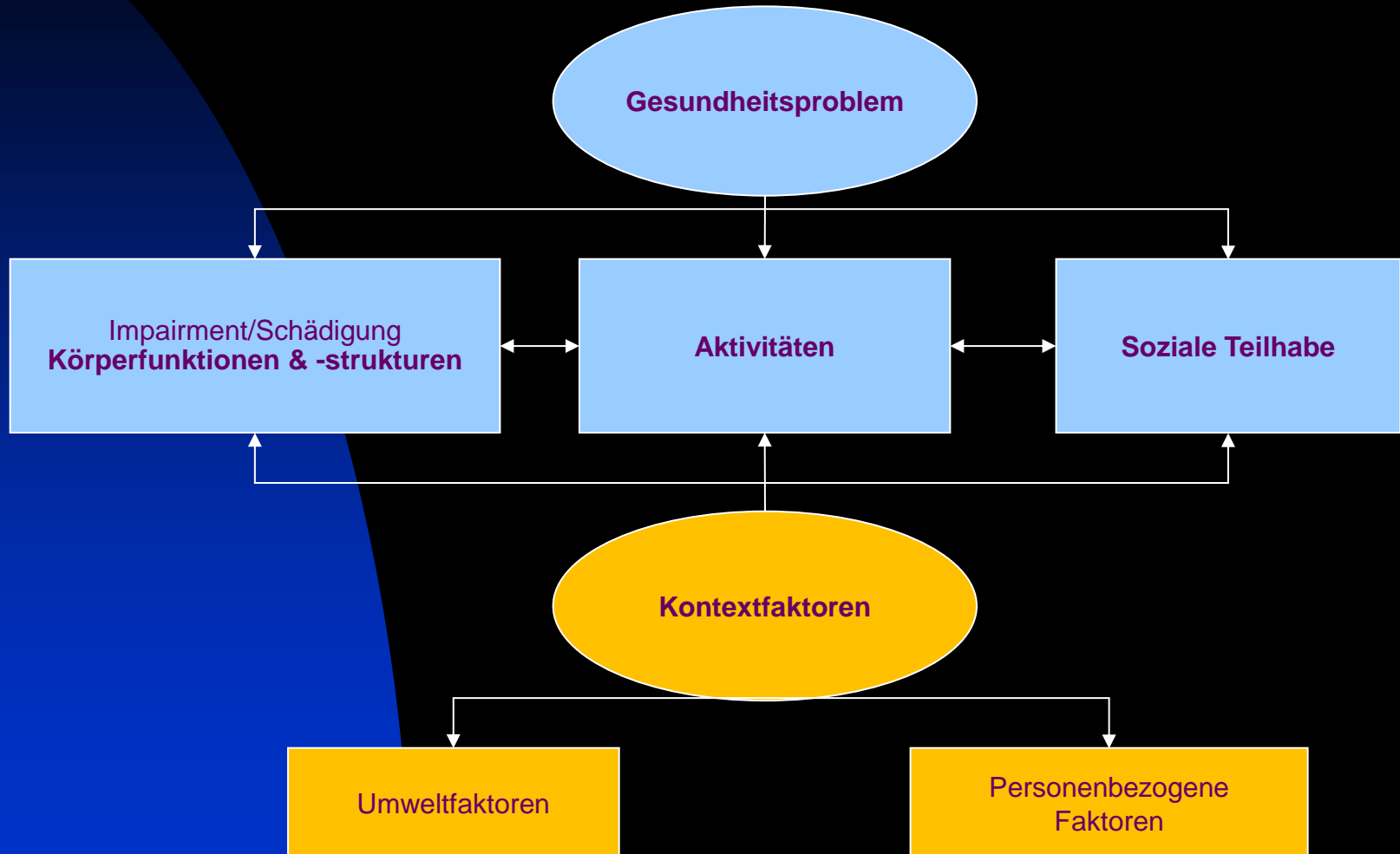
- Mein Patient fühlt sich krank.
- Ist mein Patient krank?
- Hat er eine Krankheit?
- Arbeitet er (noch)?
- Warum arbeitet er nicht?
- Zusammenhang mit seiner Krankheit?
- Andere Gründe für seine AUF?

Psychiatrischer Befund: Achsen

- **1) Symptomatik der Störung**
 - ◆ beobachtete Symptomatik: Psychostatus
 - ◆ Mitgeteilte Beschwerden
 - ◆ Erfragte Symptome
- **2) Persönlichkeit**
 - ◆ Biographie
 - ◆ Aktuelles Erleben
 - ◆ Verhalten

Modell von Behinderung

(WHO 2001)



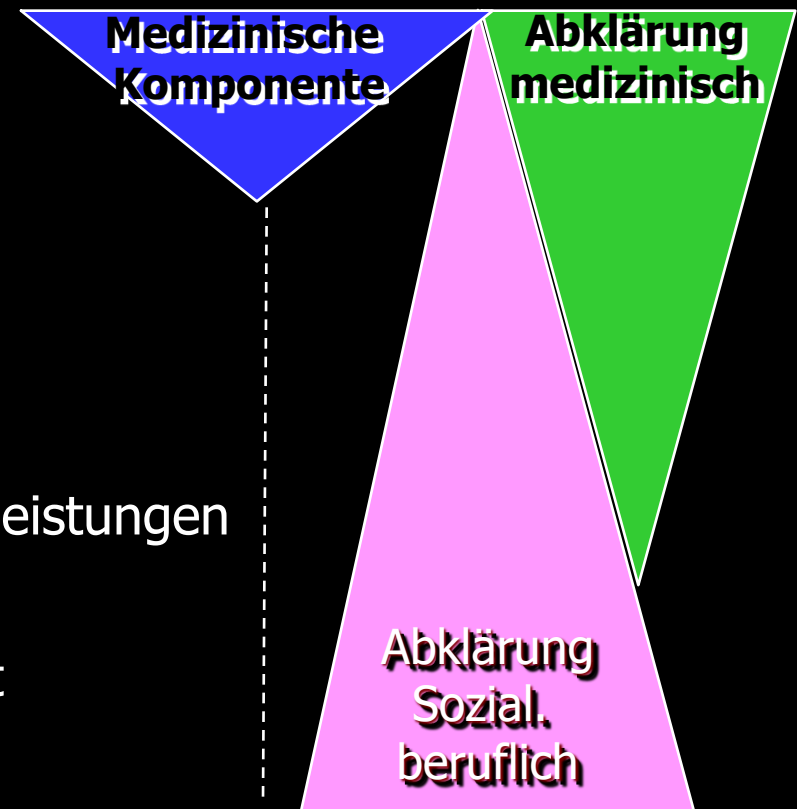
Überzeugend!

Versicherung

- Rechtsphilosophie
- Gesetz
- Verordnung
- Rechtsprechung

Arbeitsfähigkeit – wichtige Faktoren

- 1) Physische und mentale Fähigkeiten
- 2) Adaptive Ressourcen
- 3) Wille / Motivation
- 4) Familiäre Situation
- 5) Sozio-kulturelle Situation
- 6) Alter / Berufsbildung
- 7) Rolle und Vorteile aus Versicherungsleistungen
- 8) Zufriedenheit im Beruf
- 9) Perspektiven / Chancen Arbeitsmarkt
- 10) Verständnis Arbeitgeber



(Marelli, Jeger: Seminar der Medical Tribune 2007)

Was ist Arbeitsfähigkeit ?

- Arbeitsfähigkeit ist nicht ein medizinischer Begriff.
- Arbeitsfähigkeit ist eine Normmaxime.
- Arbeitsfähigkeit ist immer sozialpraktisch.
- Arbeitsfähigkeit:

**Leistungsfähigkeit \geq Anforderungen
des Arbeitsplatzes**

Arbeitsunfähigkeit

- Definiert in Art. 6 ATSG
- Gesundheitsschaden als Voraussetzung: Diagnose
- Leistungsunfähigkeit damit vergesellschaftet
- Schadenminderungspflicht entsprechend der Ressourcen

Diskrepanzen

- Beschwerde vs. Beeinträchtigung
- Kaum Leidensdruck
- Vage, wechselhafte Beschwerden
- Unkritische Beschwerdeschilderung
- Fehlende therapeutische Bemühungen
- Rückzug nur von unangenehmen Tätigkeiten, aber
- Beibehalten von Kontrollfunktionen
- «Einsatz» der Beschwerden

Plausibilisierung

- Notwendige Angaben und Befunde erfasst?
- Konstanz der Befunde vorhanden ?
- Konsistenz der Befunde in der Methodenvielfalt abgebildet ?
- Weitere Untersuchungen angezeigt ?
- Verlauf erklärbar oder „Brüche“?



**Die
Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der
SIM**

Vorgehen bei der Krankenschreibung

- Auf welchem Arbeitsplatz bezieht sich das Zeugnis?
- Zeitliche Einschränkung in %, besser
 - ◆ Dauer der Präsenzzeit an der Arbeit, in Stunden pro Tag, Tage pro Woche
- Einschränkung der Belastbarkeit während der Präsenzzeit
 - ◆ In % der üblichen Leistung
- Produkt aus zeitlicher und Belastungs-Einschränkung ergibt AUF in %

Arbeitsunfähigkeitszeugnis				Kurzabsenz <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit			
(Versicherte) Person: Name:				Vorname:			
Strasse:				PLZ, Ort:			
Sozialversicherungs-Nr.:			Geschlecht: ▾	Geburtsdatum:			
Arbeitgeber (Name/Adresse):							
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche:				Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche:			
oder Beschäftigungsgrad in %:				Bemerkungen:			
Arbeitsunfähigkeit Beginn ab:							
Konsultation vom:	Zumutbare		Arbeitsunfähigkeit		Ev. AUF in %:	Nächste Konsultation am:	Unterschrift Arzt:
	Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Anwesenheit im Betrieb (Std/Tag):	Von ...	Bis ...			
<input checked="" type="checkbox"/>							
<input checked="" type="checkbox"/>							
<input checked="" type="checkbox"/>							
<input checked="" type="checkbox"/>							
Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab:							
Behandelnder Arzt:				EAN:		Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber erwünscht:	
Datum:				ZSR:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
				Unterschrift:			

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen

medforms.40.50.10.5030.de/V/100



Swiss Insurance Medicine
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa

Arbeitsunfähigkeitszeugnis (Taggeldkarte)

Unfall * Versicherer: _____
 Krankheit * Schadennummer: _____
 Fall nicht bei der Versicherung angemeldet
* Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arbeitgeber bzw. Ihrer Versicherung nach den versicherten Leistungen!

(Versicherte) Person: Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Sozialversicherungs-Nr.: _____ Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber (Name/Adresse): _____

Datum der Anstellung: _____ In gekündigter Stellung: Nein Ja, Austritt am: _____

Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche: _____ Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche: _____
 oder Beschäftigungsgrad in %: _____ Bemerkungen: _____

Bis zur Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Belastungen in der aktuellen Tätigkeit Besonderes / Bemerkungen:

Tätigkeit vorwiegend:		Körperliche Belastung:		Geistige Anforderungen:	
<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> mittel
<input type="checkbox"/> gehend	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> gering		<input type="checkbox"/> gering	

Arbeitgeber: _____ Ansprechperson im Betrieb: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Telefon direkt: _____

E-Mail direkt: _____

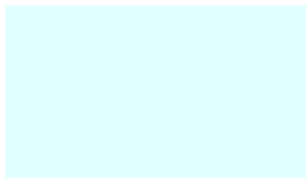
Arbeitsunfähigkeit (eintragen ab dem 1.Tag der Arbeitsunfähigkeit) Beginn ab: _____

Konsultation vom:	Zumutbare		Arbeitsunfähigkeit				Unterschrift Arzt:
	Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	Von ...	Bis ...	Ev. AUF in %:	Nächste Konsultation am:	
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							
X							

Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab: _____

Bemerkungen:	Arzt:
Meldung Früherfassung IV: <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> erfolgt am: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____

Vom Arbeitgeber auszufüllen. Vom behandelnden Arzt auszufüllen. (Bei Arztwechsel soll eine neue Taggeldkarte verwendet werden)



Arbeitsplatzbeschreibung		Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis	
(Versicherte) Person: Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ, Ort:	
Sozialversicherungs-Nr.:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	
Fall bei dem Versicherer angemeldet: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als		Schadennummer: <input type="text"/>	
Stellenbeschreibung			
Hauptaufgaben: aktuelle berufliche Tätigkeit:			
Besonderheiten:			
Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche:		Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche:	
oder Beschäftigungsgrad in %:		Bemerkungen:	
Spezielle Anforderungen / Rahmenbedingungen:			
<input type="checkbox"/> Sitzarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Heben < 5kg	
<input type="checkbox"/> Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Wärme, Kälte, Dämpfe	<input type="checkbox"/> Heben > 5kg	
<input type="checkbox"/> Sitz-Steharbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Geruch	<input type="checkbox"/> Heben > 10kg	
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Staubbelastung	<input type="checkbox"/> Heben > 15kg (teilweise)	
<input type="checkbox"/> Visuelle Kontrolltätigkeit	<input type="checkbox"/> Häufige Haltungen in verdrehter Stellung		
<input type="checkbox"/> Kundenkontakt	<input type="checkbox"/> Präziser Handeinsatz mit erhöhtem Kraftaufwand		
<input type="checkbox"/> Teamarbeit	<input type="checkbox"/> Erhöhtes Unfallrisiko für beeinträchtigte Mitarbeiter		
Arbeitszeit:			
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb fix	<input type="checkbox"/> Nachtschichten notwendig		
<input type="checkbox"/> Tagesbetrieb gleitend	<input type="checkbox"/> Ausschliesslich Nachtschichten		
Schonarbeitsplatz: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nur temporär möglich <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
Bemerkungen:			
Kontaktaufnahme: durch den Arzt <input type="checkbox"/> erwünscht mit Versicherung <input type="checkbox"/> erfolgt, am:			
Bemerkungen:			
Ansprechperson beim Arbeitgeber: Arbeitgeber:			
Name / Vorname:		Datum:	
Funktion:		Unterschrift:	
Telefon direkt: E-Mail:			
Einverständnis (versicherte) Person:		Unterschrift (versicherte) Person:	
Ich bin einverstanden, dass mein Arzt (wie oben bezeichnet) mit dem Formular „Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Arbeitgeber“ (keine Diagnose, keinen Befund) meinem Arbeitgeber Auskunft gibt.		Datum:	
Diese Auskünfte dürfen an die zuständige Versicherung weitergeleitet werden.		Unterschrift:	

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen

medforms_40_50_10_5060_da/V100



Swiss Insurance Medicine
 Interessengemeinschaft Versicherungsmediziner Schweiz
 Comunità di Interessi medici della medicina assicurativa
 Comunità d'Interessi medici nella assicurazione



Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Arbeitgeber		Grundlage bildet die Arbeitsplatzbeschreibung
(Versicherte) Person: Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/>		
Strasse: <input type="text"/>		PLZ, Ort: <input type="text"/>
Sozialversicherungs-Nr.:	Geschlecht: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Arbeitsfähigkeit der (versicherten) Person		
Die (versicherte) Person kann während der reduzierten Arbeitsfähigkeit die folgenden Tätigkeiten nicht ausführen:		
<input type="text"/>		
Hingegen kann die (versicherte) Person folgende Tätigkeiten ausführen:		
<input type="text"/>		
Voraussichtlich ab: <input type="text"/> können präzisere Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden.		
Bemerkungen:		
<input type="text"/>		
Entschädigung: Für dieses detaillierte Arztzeugnis wird dem Arbeitgeber vom Arzt in Absprache mit dem Schweizerischen Arbeitgeberverband CHF 65.00 in Rechnung gestellt. Rechnung und Einzahlungsschein in der Beilage.		
Behandelnder Arzt:	<input type="text"/>	EAN: <input type="text"/>
		ZSR: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>	Unterschrift: <input type="text"/>	
Der Arbeitgeber leitet bei Bedarf dieses Formular an den zuständigen Versicherer weiter.		

Vom behandelnden Arzt auszufüllen.

medforms.40.50.10.5050.de/v100



Swiss Insurance Medicine
 Schweizerischer Versicherungsverband Schweiz
 Confédération suisse de médecine des assurances
 Confedaziun Svizra da medicina assicurativa

Cavete!

- Cave Angaben zur Erwerbsfähigkeit
- Cave Angaben zur Invalidität
- Cave unterschiedliche Angaben zur AUF an verschiedene Leistungsträger, Bsp. Taggeld, ALV, IV etc.

Wiedereingliederung

- Welche Symptome sind entscheidend?
- Welche Funktionen sind gestört?
- Welche Aktivitäten sind beeinträchtigt?
- Welche Umgebung wäre günstig?
- Welcher Arbeitsrhythmus?
- Zumutbare Präsenzzeit an der Arbeit
- Zumutbare Leistung während der Präsenz

Michael Linden Stefanie Baron Beate Muschalla

Mini-ICF-APP

Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen

Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation

Manual

Das Mini-ICF-APP orientiert sich an der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Das Mini-ICF-APP ist ein klinisches Funktionsfähigkeitsinstrument (Ratingverfahren) zur Beschreibung und Quantifizierung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Kontext psychischer Störungen. Es ermöglicht somit eine Differenzierung zwischen krankheitsunabhängigen und krankheitsbedingten Funktionsstörungen. Mit dem Verfahren soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seinen Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist. Folgende Fähigkeiten werden beurteilt: (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, (2) Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, (3) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, (4) Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, (5) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, (6) Durchsetzbarkeit, (7) Selbstschadensvermeidung, (8) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (9) Gruppenfähigkeit, (10) Fähigkeit zu beruflichen, sozialen Beziehungen, (11) Fähigkeit zu spontanen Aktivitäten, (12) Fähigkeit zur Selbstpflege, (13) Verkehrsfähigkeit.

Es eignet sich zur Beurteilung des aktuellen Fähigkeitsstatus von Patienten sowie zur Verlaufsmessung beispielsweise im Rahmen einer Therapienfortschrittskontrolle. Es kann zur Erfassung des Bedarfs an therapeutischer und sozialer Hilfe sowie zur Planung von Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Unterstützung bei der Partizipation zur gesellschaftlichen und beruflichen Leben eingesetzt werden.

Einzelbereich

Erwachsene Patienten in der Rehabilitation, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoonkologie und Sozialstation.

Verlag Hans Huber, Bern

www.hanser-hubel.com

HUGO & VERLAGSGRUPPE

Grüningen · Bern · Wiesbaden · Prag · Kopenhagen

Stockholm · Paris · Amsterdam · Toronto · Cambridge, MA

Bestellnummer 05 133 01

HUBER



Mini-ICF-APP (Linden et.al.)

- Fremdbeurteilung
- Aktivitäts- und Partizipationsstörungen
- Für psychische Erkrankungen
- Performance, Leistung
- Capacity, Leistungsfähigkeit
- Reserve Capacity
Leistungspotential

Aktivitäten nach Mini-ICF

Linden et al.

- Anpassung an Regeln und Routinen
- Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Anwendung fachlicher Kompetenzen
- Entscheidungs- und Urteilsbildung
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit

Aktivitäten nach Mini-ICF

Linden et al.

- Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- Familiäre Beziehungen
- Spontan-Aktivitäten
- Selbstpflege
- Verkehrsfähigkeit

Juristische Besonderheiten

- Invaliditätsfremde Gründe
(BGE 107 V 17)
- Soziokulturelle Umstände
(BGE 127 V 294)
- Suchtgeschehen
(BGE 99 V 28)
- PÄUSBONOG
(BGE 130 V 352 und weitere)

(Foerster) Kriterien des BGer bei somatoformen Störungen

u. ä. (BGE 130 V 352, BGE 130 V 396, BGE 131 V 49)

- Grundsätzlich nicht invalidisierend, es sei denn:
- Psychiatrisches Gutachten attestiert:
- Psychische Komorbidität
- Chronische körperliche Begleiterkrankung
- Verlust der sozialen Integration
- Ausgeprägter primärer Krankheitsgewinn
- Mehrjähriger Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik
- Unbefriedigende Behandlungsergebnisse
- Gescheiterte Rehabilitation

„Überwindbarkeitspraxis“

- Nicht anwendbar bei
 - ◆ UV-Taggeld
BGE 136 V 279
 - ◆ IV-Massnahmen der Eingliederung
- Wird manchmal angewendet im
 - ◆ Bereich Taggeld

Vielen Dank !