



Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz sowie Versicherungsabdeckung und Prämiementwicklung im Bereich Krankentaggeld

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates 24.3154, Gutjahr, 13.03.2024

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht erfüllt das Postulat 24.3154 «Absenzen am Arbeitsplatz. Sozialpartnerschaftlich Transparenz herstellen und zielgerichtete Massnahmen entwickeln». Das Postulat beauftragt den Bundesrat, unter Einbindung der Sozialpartner, der Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten einen Bericht zu verfassen, welcher Transparenz zu Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz sowie zur Versicherungsabdeckung und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld herstellt. Es sollen zudem gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeitete und geprüfte Massnahme präsentiert werden, wie Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz verringert werden können.

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind nach Artikel 324a des Obligationenrechts (OR) zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall verpflichtet, wobei die Dauer je nach Dienstjahren variiert. Diese gesetzliche Pflicht kann freiwillig durch Krankentaggeldversicherungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) oder dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgesichert werden. Die Krankentaggeldversicherung nach KVG ist marktmässig von geringer Bedeutung und weist einen Marktanteil von unter fünf Prozent aus. Kollektivversicherungen nach VVG dominieren. Die grosse Mehrheit der Unternehmen versichert ihre Mitarbeitenden gegen den Lohnausfall infolge Krankheit. Bei Betrieben ab drei Angestellten liegt diese Quote bei über 85 Prozent, bei Betrieben mit über 50 Angestellten bei über 90 Prozent.

Sechs Prozent der Unternehmen, die sich um den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung bemüht haben, geben an, dass keine Aufnahme möglich war, beziehungsweise, dass sie kein Angebot erhalten haben. Das entspricht hochgerechnet rund 0.5 Prozent aller Schweizer Unternehmen und betrifft 0.13 Prozent aller Beschäftigten in der Schweiz.

Das Prämienvolumen der Krankentaggeldversicherungen ist von 2 Milliarden CHF im Jahr 1996 auf 6 Milliarden CHF im Jahr 2024 gestiegen, wobei die Kostenentwicklung parallel verlaufen und die Kündigungsquoten niedrig ausfallen (mit 0,3 Prozent aufgrund von Rentabilitätsmängeln und 0,7 Prozent wegen Nichtzahlung). Eine Kündigung durch den Versicherer ist selten: Dies haben in den letzten fünf Jahren nur zwei Prozent der Unternehmen mit einer Krankentaggeldversicherung erlebt. Freizügigkeitsabkommen unter den Versicherungsunternehmen sichern Übergänge ohne neue Ausschlüsse.

Gesundheitsbedingte Absenzen machen 67 Prozent des jährlichen Absenzvolumens aus und beliefen sich 2024 auf 407 Millionen Stunden, was einem Anstieg von mehr als einem Drittel seit 2010 und im Vollzeitpensum 8,5 Tagen pro Jahr entspricht. Bei Frauen sind die Absenzraten mit 9,5 Tagen im Vergleich zu 8 Tagen bei Männern höher. Die gesundheitsbedingten Absenzen variieren deutlich zwischen den Wirtschaftssektoren. Am wenigsten Absenzen weisen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in hochqualifizierten Berufen wie Führungskräfte

oder Fachspezialisten auf, während demgegenüber Hilfsarbeitskräfte deutlich höhere Werte haben.

Physische Belastungen wie zum Beispiel das Anheben von schweren Gegenständen sowie psychosoziale Faktoren wie Stress korrelieren mit höheren Absenzen, wobei der Job-Stress-Index einen leichten Anstieg von 2014 bis 2022 zeigt. Im Jahr 2022 beliefen sich die geschätzten Kosten für bezahlten Krankheitsurlaub in der Schweiz auf 12,7 Milliarden Franken, was 1,6 Prozent des BIP entspricht. Rund 62 Prozent dieses Betrags wurden von den Arbeitgebern getragen, der Rest durch Krankentaggeldversicherungen nach VVG (36,4%) und KVG (2%). Zudem werden die indirekten Kosten der krankheitsbedingten Absenzen auf 200 Prozent der direkten Kosten geschätzt. Schwangerschaftsabsenzen machen etwa drei Prozent des Absenzvolumens insgesamt aus.

Eine für den vorliegenden Bericht in Auftrag gegebene Literaturübersicht der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) über 109 Studien zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz zeigt begrenzte Evidenz für einzelne Massnahmen: Präventionsmassnahmen wie Ergonomie und psychosoziale Risikominimierung sind gesetzlich vorgeschrieben im Arbeitsgesetz (ArG) und Unfallversicherungsgesetz (UVG) und wirken kontextabhängig. Bei bestehenden Absenzen verkürzen Teilzeit-Krankschreibungen die Dauer, bei verschiedenen weiteren Massnahmen, wie z.B. Case Management mit motivierenden Gesprächen und kognitive Therapien, zeigt die Forschung uneinheitliche Ergebnisse. Die Sozialpartner ergänzen mit Vorschlägen zur Verbesserung der Datenbasis, etwa durch Differenzierung von Krankheit und Unfall, Verhältnisprävention in der Arbeitsorganisation, Gesundheitsgesprächen, Mediation sowie dem reWork-Profil von Compasso für Teilarbeitsfähigkeit und flexible Modelle. Branchenspezifika und Lebensstilfaktoren erfordern differenzierte Ansätze.

Résumé

Le présent rapport a été établi en réponse au postulat 24.3154 « Absences au travail. Instaurer la transparence et développer des mesures ciblées avec les partenaires sociaux », qui charge le Conseil fédéral de rédiger, en concertation avec les partenaires sociaux, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie et d'autres acteurs concernés, un rapport établissant la transparence sur les absences et les arrêts maladie au travail ainsi que sur la couverture d'assurance et l'évolution des primes dans le domaine des indemnités journalières en cas de maladie. Il s'agit en outre de présenter des mesures élaborées et testées en commun avec toutes les personnes concernées, afin de réduire les absences et les arrêts maladie au travail.

L'art. 324a du code des obligations (CO) oblige les employeurs à continuer de verser le salaire en cas de maladie pour une durée variant en fonction du nombre d'années de service. Cette obligation légale peut être couverte par des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ou la loi sur le contrat d'assurance (LCA). L'importance de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal sur le marché est limitée, affichant une part de marché de moins de 5 %. Les assurances collectives au sens de la LCA dominent le marché. La grande majorité des entreprises assurent leur personnel contre les pertes de salaire par suite de maladie. Le pourcentage de collaborateurs couverts dépasse 85 % pour les entreprises comptant au moins trois salariés et 90 % pour celles qui en comptent plus de cinquante.

Quelque 6 % des entreprises qui se sont efforcées de souscrire une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie indiquent qu'aucune admission n'a été possible ou qu'elles n'ont reçu aucune offre. Cela correspond à environ 0,5 % de l'ensemble des entreprises suisses et à 0,13 % des employés du pays.

Le volume de primes des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie est passé de 2 milliards de francs en 1996 à 6 milliards de francs en 2024, l'évolution des coûts ayant suivi une courbe parallèle et les taux de résiliation étant faibles (0,3 % pour des raisons de rentabilité insuffisante et 0,7 % pour défaut de paiement). L'assureur résilie rarement les contrats : seuls 2 % des entreprises détenant une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ont été concernées au cours des cinq dernières années. Des conventions conclues entre les entreprises d'assurance permettent de changer d'assurance sans que de nouvelles réserves puissent être instituées.

Les absences pour raisons de santé représentent 67 % du volume annuel d'absences et s'élevaient en 2024 à 407 millions d'heures, ce qui correspond à une hausse de plus d'un tiers depuis 2010 et équivaut à 8,5 jours par an à temps plein. Pour les femmes, les taux

d'absence sont plus élevés, avec 9,5 jours, contre 8 jours pour les hommes. Les taux d'absence pour raisons de santé varient considérablement d'un secteur économique à l'autre. Le taux le plus faible s'observe parmi les professions les plus qualifiées, comme les cadres de direction et les experts ou spécialistes, alors qu'il est le plus élevé parmi les professions les moins qualifiées.

Les contraintes physiques, par exemple le levage de charges lourdes, et les facteurs psychosociaux, comme le stress, sont corrélés à des taux d'absence plus élevés, le Job Stress Index mettant en évidence une légère augmentation entre 2014 et 2022. En 2022, les coûts des congés de maladie payés étaient estimés en Suisse à 12,7 milliards de francs, soit 1,6 % du PIB. Ils sont pris en charge à hauteur d'environ 62 % par les employeurs, les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie au sens de la LCA (36,4 %) et la LAMal (2 %) couvrant le reste. Selon les estimations, les coûts indirects des absences pour raisons de santé représentent 200 % des coûts directs occasionnés. Les absences pour grossesse représentent environ 3 % du volume total des absences.

Dans le cadre du présent rapport, une revue de la littérature portant sur 109 études relatives aux mesures concernant les absences au travail pour raisons de santé confiée à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) ne fournit que des preuves limitées quant à l'efficacité de certaines mesures : la loi sur le travail (LTr) et la loi sur l'assurance-accidents (LAA) prévoient des mesures de prévention, comme l'ergonomie et la réduction des risques psychosociaux qui sont efficaces selon le contexte. La recherche montre qu'en cas d'absences, les arrêts maladie à temps partiel raccourcissent la durée de celles-ci, mais produit des résultats variables en ce qui concerne différentes autres mesures, telles que la gestion de cas avec des entretiens de motivation et des thérapies cognitives. Les partenaires sociaux complètent ces mesures avec des propositions pour améliorer la base de données, par exemple en différenciant maladie et accident, la prévention comportementale dans l'organisation du travail, les entretiens de santé, la médiation, le profil reWork de Compasso pour la capacité de travail partielle et les modèles flexibles. Les spécificités sectorielles et les facteurs liés au mode de vie exigent des approches différenciées.

Compendio

Il presente rapporto adempie il postulato 24.3154 «Assenze sul posto di lavoro. Creare trasparenza fra le parti sociali e predisporre misure mirate». L'autrice del postulato incarica il Consiglio federale di redigere, coinvolgendo le parti sociali, le assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia e altri soggetti interessati, un rapporto che faccia chiarezza in merito alle assenze e ai congedi per malattia sul posto di lavoro nonché alla copertura assicurativa e all'evoluzione dei premi per l'indennità giornaliera in caso di malattia. Il Consiglio federale è inoltre invitato a presentare misure elaborate e verificate di concerto con gli attori interessati al fine di ridurre le assenze e i congedi per malattia sul posto di lavoro.

Secondo l'articolo 324a del Codice delle obbligazioni (RS 220), il datore di lavoro deve continuare a pagare il salario al lavoratore in caso di malattia; la durata di tale obbligo varia a seconda degli anni di servizio. Quest'obbligo legale può essere coperto su base volontaria tramite assicurazioni d'indennità giornaliera secondo la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) o la legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1). Con una quota di mercato inferiore al 5 per cento, l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal riveste un'importanza marginale sul mercato. Il ruolo preponderante è svolto dalle assicurazioni collettive secondo la LCA. La grande maggioranza delle imprese assicura i propri collaboratori contro la perdita di salario dovuta a malattia: oltre l'85 per cento delle imprese con almeno tre dipendenti e oltre il 90 per cento di quelle con oltre 50 dipendenti.

Tra le imprese che si sono attivate per concludere un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, il 6 per cento dichiara di non essere stato ammesso oppure di non aver ricevuto alcuna offerta. Ciò corrisponde a circa lo 0,5 per cento di tutte le imprese svizzere e interessa lo 0,13 per cento di tutte le persone occupate in Svizzera.

Il volume dei premi delle assicurazioni d'indennità giornaliera è aumentato da due miliardi di franchi nel 1996 a sei miliardi di franchi nel 2024; l'evoluzione dei costi ha seguito la stessa tendenza, mentre i tassi di disdetta sono rimasti contenuti (0,3 % per insufficiente redditività e 0,7 % per mancato pagamento). La disdetta dell'assicurazione d'indennità giornaliera da parte dell'assicuratore rappresenta un caso eccezionale: negli ultimi cinque anni tale circostanza ha riguardato soltanto il 2 per cento delle imprese. Accordi sulla libera circolazione delle persone conclusi tra le compagnie assicurative garantiscono i passaggi da una compagnia all'altra senza nuove esclusioni.

Le assenze per motivi di salute rappresentano il 67 per cento del volume annuo delle assenze e nel 2024 ammontavano a 407 milioni di ore, il che corrisponde a un aumento di oltre un terzo dal 2010 e, in termini di equivalenti a tempo pieno, a 8,5 giorni all'anno. Le donne presentano

tassi di assenza più elevati (9,5 giorni) rispetto agli uomini (8 giorni). Le assenze per motivi di salute variano notevolmente nei diversi settori economici. I lavoratori che registrano il minor numero di assenze sono quelli che svolgono professioni altamente qualificate, come i dirigenti o gli specialisti, mentre il personale non qualificato presenta valori nettamente più elevati.

Gli sforzi fisici, ad esempio il sollevamento di oggetti pesanti, e i fattori psicosociali, come lo stress, sono correlati a un maggior numero di assenze; il Job Stress Index evidenzia un lieve aumento dal 2014 al 2022. Nel 2022 in Svizzera i costi stimati per il congedo per malattia pagato ammontavano a 12,7 miliardi di franchi, ossia all'1,6 per cento del PIL. Il 62 per cento circa di tale importo è stato sostenuto dai datori di lavoro, mentre il resto è stato coperto da assicurazioni d'indennità giornaliera ai sensi della LCA (36,4 %) e della LAMal (2 %). I costi indiretti delle assenze per malattia sono inoltre stimati al 200 per cento dei costi diretti. Le assenze per gravidanza costituiscono il 3 per cento circa del volume complessivo delle assenze.

Per il presente rapporto è stata commissionata all'Università di Scienze Applicate di Zurigo (ZHAW) una rassegna bibliografica di 109 studi concernenti le misure adottate in caso di assenze per motivi di salute sul posto di lavoro. La rassegna evidenzia che le prove a sostegno dell'efficacia di singole misure sono limitate. Le misure preventive, quali gli interventi ergonomici e la riduzione dei rischi psicosociali, sono prescritte dalla legge del 13 marzo 1964 sul lavoro (RS 822.11) e dalla legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (RS 832.20); la loro efficacia dipende tuttavia dal contesto. In caso di assenze già in corso, i congedi per malattia parziali contribuiscono a ridurre la durata; per quanto riguarda altre misure, ad esempio il Case Management accompagnato da colloqui motivazionali e le terapie cognitive, i risultati della ricerca non sono univoci. Le parti sociali propongono di completare le misure esistenti attraverso il miglioramento della base di dati, che distinguerebbe ad esempio i casi di malattia e quelli di infortunio, attraverso la prevenzione a livello di organizzazione del lavoro, i colloqui sulla salute, la mediazione nonché il profilo reWork di Compasso per promuovere la capacità lavorativa parziale e i modelli flessibili. Le specificità settoriali e i fattori legati allo stile di vita richiedono approcci differenziati.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	2
Résumé	4
Compendio.....	6
1 Einleitung.....	11
1.1 Ausgangslage.....	11
1.2 Hintergrund	12
1.3 Vorliegender Bericht.....	13
1.3.1 Inhalt.....	13
1.3.2 Zuständigkeiten innerhalb der Bundesverwaltung	14
1.3.3 Einbindung der Sozialpartner, Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten	14
1.4 Literaturübersicht zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz	15
1.4.1 Methodisches Vorgehen und Einordnung der Studienqualität und -lage.....	16
1.5 Parlamentarische Vorstösse zur Thematik	16
1.5.1 Motion 21.4209 «Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung»	16
1.5.2 Postulat 24.3465 «Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung»	17
1.5.3 Postulat 22.3196 «Welche Massnahmen gegen Gefälligkeitszeugnisse von Ärztinnen»	17
1.5.4 Massnahmen aus der Botschaft zur Volksinitiative «Keine 10-Millionen-Schweiz! (Nachhaltigkeitsinitiative)»	18
1.5.5 Weitere parlamentarische Vorstösse	19
1.6 Abgrenzung von anderen Arbeiten	20
1.6.1 Keine umfassende Gesundheitsanalyse von Arbeitnehmenden	20
1.6.2 Berufliche Eingliederung durch die Invalidenversicherung	21
1.6.3 Zusammenarbeitsvereinbarungen im Bereich der Invalidenversicherung	22
1.6.4 Europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken	22
1.6.5 Schätzung der Kosten von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in der Schweiz ...	23
2 Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer	24
2.1 Öffentliches Recht	24
2.1.1 Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel	24
2.1.2 Bundesgesetz über die Unfallversicherung	26
2.1.3 Vollzug des Arbeits- und des Unfallversicherungsgesetzes	26
2.2 Privatrecht (Obligationenrecht)	27
2.2.1 Gesundheitsschutz des Arbeitgebers	27
2.2.2 Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers	28
3 Krankentaggeldversicherung	37
3.1 Die Krankentaggeldversicherung nach KVG.....	37
3.1.1 Gesetzesgrundlagen	37
3.1.2 Einzel- und Kollektivtaggeldversicherung	38
3.1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB).....	39

3.1.4	Versicherungsprämien	40
3.1.5	Koordination der Leistungen mit anderen Versicherungen	41
3.2	Die Krankentaggeldversicherung nach VVG	42
3.2.1	Gesetzesgrundlagen	43
3.2.2	Einzel- und Kollektivtaggeldversicherung	43
3.2.3	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	46
3.2.4	Versicherungsprämien	49
3.2.5	Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeldversicherern	52
3.2.6	Koordination mit der Krankentaggeldversicherung nach KVG	54
3.3	Vergleich zwischen der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG	55
3.4	Die Krankentaggeldversicherung im internationalen Vergleich	56
4	Der Markt für Krankentaggeldversicherungen in der Schweiz	57
4.1	Offizielle Statistiken zur Krankentaggeldversicherung	57
4.2	Unternehmensbefragung von Ecoplan zur Krankentaggeldversicherung	58
4.3	Unternehmensbefragung des Schweizerischen Versicherungsverbands zur Krankentaggeldversicherung	60
4.4	Versicherungsabdeckung in der kollektiven Krankentaggeldversicherung	61
4.4.1	Krankentaggeldversicherungen nach AHV-pflichtiger Lohnsumme	61
4.4.2	Krankentaggeldversicherungen nach Anzahl Unternehmungen	62
4.4.3	Kündigungsquoten in der Krankentaggeldversicherung nach VVG	63
4.5	Gründe für die geringe Bedeutung der Krankentaggeldversicherung nach KVG	64
4.6	Entwicklung des Kosten- und Prämienvolumens in den Krankentaggeldversicherung	65
4.6.1	Krankentaggeldversicherungen nach KVG	65
4.6.2	Krankentaggeldversicherungen nach VVG	66
5	Absenzen am Arbeitsplatz	69
5.1	Definition und Typologie von Absenzen	69
5.1.1	Gesundheitsbedingte Absenzen	69
5.1.2	Schwangerschaft	72
5.2	Entwicklung der gesundheitsbedingten Absenzen in der Schweiz	74
5.2.1	Unterschiede nach Demografie	75
5.2.2	Unterschiede nach Branchen	78
5.2.3	Verteilung der gesundheitsbedingten Absenztage	81
5.3	Internationaler Vergleich	83
5.4	Einfluss von Arbeitsbedingungen auf gesundheitsbedingte Absenzen	84
5.4.1	Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme	85
5.4.2	Physische Belastungen	87
5.4.3	Psychosoziale Belastungen	89
5.4.4	Job-Stress-Index	91
5.5	Kosten von Absenzen für Arbeitgeber	95
5.5.1	Direkte Kosten	95
5.5.2	Indirekte Kosten	98
6	Massnahmen zur Verhinderung oder Reduktion von Absenzen am Arbeitsplatz	102
6.1	Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Absenzen	102

6.2	Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen	103
6.2.1	Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern	104
6.2.2	Berufsbezogene Rehabilitationsmassnahmen	106
6.2.3	Teilzeit-Krankschreibung und schrittweise Rückkehr zum vollen Arbeitspensum	107
6.2.4	Arbeitsplatzbezogene Anpassungen	108
6.3	Zusätzliche, von den Sozialpartnern erarbeitete Massnahmen	108
6.3.1	Verbesserung der Datenbasis	108
6.3.2	Optimierung der Arbeitsbedingungen	111
6.3.3	Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern	113
6.3.4	Weitere Massnahmen	116
7	Fazit	119
	Abkürzungsverzeichnis	120
	Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Grafiken	124
	An der Erstellung des vorliegenden Berichts Beteiligte	127
	Anhang 1: Literaturübersicht zum Thema «betriebliche Massnahmen zu gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz» der ZHAW (ZHAW-Literaturübersicht)	129
	Anhang 2: Stellungnahmen der Sozialpartner zur ZHAW-Literaturübersicht	173

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Am 13. März 2024 hat Nationalrätin [Diana Gutjahr](#) (SVP) das [Postulat 24.3154](#) «Absenzen am Arbeitsplatz. Sozialpartnerschaftlich Transparenz herstellen und zielgerichtete Massnahmen entwickeln» eingereicht. Der Nationalrat nahm das Postulat am 28. Mai 2024 an.

Mit dem Postulat wird der Bundesrat beauftragt, unter Einbindung der Sozialpartner, der Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten, mit einem Bericht Transparenz zu schaffen:

- zu Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz, sowie
- zur Versicherungsabdeckung und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld.

Es sollen zudem gemeinsam mit Sozialpartnern und weiteren Beteiligten erarbeitete Massnahmen präsentiert werden, wie Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz verringert werden können.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, unter Einbindung der Sozialpartner, der Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten einen Bericht zu verfassen, welcher Transparenz zu Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz sowie zur Versicherungsabdeckung und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld herstellt. Es sollen zudem gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeitete und geprüfte Massnahme präsentiert werden, wie Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz verringert werden können.

Begründung

Absenzen und Krankschreibungen sind ein zunehmendes Problem auf dem Arbeitsmarkt. Arbeitgeber sind gesetzlich zu Lohnfortzahlungen verpflichtet, wenn ihre Mitarbeitenden aufgrund von Krankheit oder Schwangerschaft arbeitsunfähig sind. Mit der freiwilligen Krankentaggeld-Versicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz kann dieses Risiko versichert werden. So werden unberechenbare Kosten für die Arbeitgeber zu kalkulierbaren Versicherungsausgaben. Gleichzeitig schützen die Arbeitgebenden ihre Mitarbeitenden vor einem Lohnausfall.

In jüngster Zeit sind mediale Berichterstattungen zu Arbeitgebenden erschienen, die entweder nicht mehr in der Lage sind, für ihre Angestellten eine Krankentaggeldversicherung

nach VVG abzuschliessen, oder die mit massiven Prämien erhöhungen konfrontiert werden. Betroffen sind in der Regel kleine Betriebe, die innert kurzer Zeit mehrere Krankheitsfälle zu beklagen haben.

Diese Berichterstattungen haben den Ruf nach Einführung eines Obligatoriums in der Krankentaggeldversicherung neu entfacht. Ein solcher Eingriff in einen in der Regel funktionierenden Markt scheint jedoch weder zielgerichtet noch packt sie die Grundproblematik der zunehmenden Absenzen auf dem Arbeitsmarkt an der Wurzel.

Um Massnahmen definieren zu können, müssen zuerst entsprechende Entscheidungsgrundlagen erarbeitet werden. Entsprechend soll der Bundesrat unter Einbindung der Sozialpartner, der Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten Daten zu Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz sowie zur Versicherungsabdeckung und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld erheben. Weiter sollen mit allen Beteiligten mögliche Massnahmen zur Verringerung von Absenzfällen am Arbeitsplatz erarbeitet werden.

1.2 Hintergrund

Das [Postulat 24.3154](#) ist breit abgestützt (19 Mitunterzeichnende / Abstimmungsergebnis im Nationalrat vom 28. Mai 2024¹: 127 Ja; 51 Nein; 12 Enthaltungen) und steht im Zusammenhang mit den Diskussionen zur [Motion 21.4209](#), welche ein Obligatorium im Bereich der Krankentaggeldversicherung fordert. Das Postulat reiht sich ein in eine Folge von Vorstössen und Vorhaben, mit welchen die Informationslage zum Thema «Absenzen am Arbeitsplatz» verbessert werden soll. So hat der Ständerat das von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eingereichte [Postulat 24.3465](#) am 4. Juni 2024 überwiesen, das den Bundesrat mit einem Bericht beauftragt, der die Probleme der Lohnfortzahlungsrisiken im Bereich Krankheit für Arbeitgebende und Arbeitnehmende sowie Selbständige aufzeigen und die aufgeführten Handlungsoptionen auf ihre Vor- und Nachteile beurteilen soll. Mit dem [Postulat 22.3196](#) wurde der Bundesrat zudem beauftragt, zu prüfen, welche Massnahmen ergriffen werden könnten, um die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen wirksam zu bekämpfen. Gemäss der Botschaft vom 21. März 2025 zur Volksinitiative «Keine 10-Millionen-Schweiz! (Nachhaltigkeitsinitiative)»² soll zudem vertieft geprüft werden, ob die bestehenden Regelungen im Bereich der Krankentaggeldversicherung negative Anreize für die Anstellung von älteren Arbeitnehmenden zur Folge haben könnten.

¹ Siehe: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=64482>.

² [BBI 2025 1262](#).

1.3 Vorliegender Bericht

1.3.1 Inhalt

Die Kapitel 2 bis 5 zielen darauf ab, Transparenz über Abwesenheiten am Arbeitsplatz, den Versicherungsschutz und die Entwicklung der Prämien im Bereich der Krankentaggeldversicherung zu schaffen. Das Kapitel 6 befasst sich mit der Ausarbeitung konkreter Massnahmen zur Reduzierung der Absenzen in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern und den betroffenen Akteuren. Das Kapitel 7 beinhaltet das Fazit.

Zunächst werden im Sinne einer Zusammenfassung die rechtlichen Grundlagen und die Pflichten der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers hinsichtlich der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall dargelegt (Kap. 2). Anschliessend werden die beiden Systeme der Krankentaggeldversicherung – nach KVG und VVG – detailliert vorgestellt, wobei auf die rechtlichen Grundlagen, die Vertragsarten (Einzel- und Kollektivverträge), die Prämienmodalitäten, die Vertragsbedingungen und die Koordination mit anderen Sozialversicherungen eingegangen wird (Kap. 3). Das Kapitel 3.4 vergleicht das System der Krankentaggeldversicherung in der Schweiz mit jenen in den EU-Nachbarländern. Im Kapitel 4 wird sodann die aktuelle Marktlage der Krankentaggeldversicherung anhand von Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS), der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) sowie basierend auf Umfragen bei den Anbietern von Krankentaggeldversicherungen sowie Unternehmen erläutert. Dabei werden der Rückgang von Krankentaggeldversicherungen nach KVG zugunsten von jenen nach VVG erläutert, der Abdeckungsgrad von Krankentaggeldversicherungen bezogen auf die Unternehmen und Löhne beleuchtet sowie die Kündigungsgründe bei Krankentaggeldversicherungen und das Prämienvolumen derselben analysiert. Der Bericht befasst sich im Kapitel 5 schliesslich mit Absenzen aus gesundheitlichen Gründen. Er enthält eine Typologie, eine Analyse der Entwicklung, der demografischen und sektoriellen Unterschiede, der Auswirkungen der Arbeitsbedingungen sowie der direkten und indirekten Kosten für Arbeitgeber. Im Kapitel 6 werden die mit den Sozialpartnern und weiteren Beteiligten erarbeiteten Massnahmen zur Reduktion von Absenzen am Arbeitsplatz basierend auf dem geltenden Recht präsentiert. Als Grundlage für die Diskussionen mit den Sozialpartnern dient eine Literaturübersicht mit bestehenden betrieblichen Massnahmen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Schliesslich werden im Kapitel 7 im Sinne eines Fazits die Schlussfolgerungen aus den beiden vorangehenden Berichtsteilen gezogen.

1.3.2 Zuständigkeiten innerhalb der Bundesverwaltung

Das Eidgenössische Finanzdepartement (EFD) wurde innerhalb der Bundesverwaltung als das für das [Postulat 24.3154](#) zuständige Departement bestimmt. Rahmenbedingungen für die soziale Absicherung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit betreffen jedoch den Zuständigkeitsbereich weiterer Departemente. Entsprechend wurde der vorliegende Bericht unter der Federführung des EFD (Staatsekretariat für internationale Finanzfragen / SIF) in enger Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI), dem Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) sowie dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) erarbeitet.

Das EFD ist zuständig für die finanzmarktrechtlichen Rahmenbedingungen des privaten Versicherungsmarktes (inkl. Fragen im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertragsgesetz³ (VVG). Das EDI ist übergreifend für die Gewährleistung und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit in Zusammenhang mit den Folgen von Krankheit (inkl. Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers) und spezifisch für Fragen im Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung⁴ (KVG) zuständig; zudem führt das EDI die Zentrale Statistikstelle des Bundes. Das WBF sorgt für klare Regeln in der Arbeitsmarktpolitik. Dazu gehört unter anderem der Arbeitnehmerschutz, zu dem auch der allgemeine Gesundheitsschutz und Vorschriften über Arbeits- und Ruhezeiten zählen. Hierzu arbeitet es eng mit den Sozialpartnern und den Kantonen zusammen. Letztendlich ist auch das EJPD im Bereich des Privatrechts, insbesondere privates Arbeitsrecht, betroffen. Darüber hinaus erfolgt die geforderte Erarbeitung von Massnahmen zur Verringerung von Absenzen am Arbeitsplatz, in welche Sozialpartner und weitere Beteiligte einzubinden sind, aufgrund dessen Zuständigkeit für die Arbeitsbedingungen unter Leitung des WBF (Staatssekretariat für Wirtschaft / SECO).

1.3.3 Einbindung der Sozialpartner, Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten

Neben den im Kapitel 1.3.2 genannten Bundesbehörden haben Vertreterinnen und Vertreter der Sozialpartner, von Krankentaggeldversicherern und weiteren Beteiligten am vorliegenden Bericht mitgearbeitet.

Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA), als zuständige Aufsichtsbehörde über die Anbieter von privaten Krankentaggeldversicherungen und der Schweizerische Versicherungsverband (SVV), als deren Vertreter haben an den Berichtsteilen zur Versicherungsabdeckung

³ [SR 221.229.1.](#)

⁴ [SR 832.10.](#)

und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld mitgearbeitet. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und der Verein Compasso haben an den Berichtsteilen zum Einfluss von Arbeitsbedingungen auf gesundheitsbedingte Absenzen beziehungsweise zu den Kosten von Absenzen für Arbeitgeber mitgewirkt. Involviert in die Erarbeitung und Validierung der im vorliegenden Bericht diskutierten Massnahmen zur Prävention zur Verhinderung von Absenzen sowie zur Reduktion von bestehenden Absenzen waren zudem der Schweizerische Arbeitgeberverband (SAV) und der Schweizerische Gewerbeverband (sgv) als Vertreter der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) und Travail.Suisse als Vertreterinnen der Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.⁵

1.4 Literaturübersicht zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW hat Ende 2025 im Auftrag des SECO eine Literaturübersicht zum Thema «betriebliche Massnahmen zu gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz» (ZHAW-Literaturübersicht) erstellt⁶. Die ZHAW-Literaturübersicht macht für die Schweiz einen erheblichen Forschungsbedarf aus, um evidenzbasierte Empfehlungen für betriebliche Massnahmen formulieren zu können.

Die ZHAW-Literaturübersicht hat zum Ziel, bestehende betriebliche Massnahmen und ihre Wirksamkeit anhand der wissenschaftlichen Literatur zu beschreiben. Sie zeigt, dass die Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Massnahmen zur Reduktion gesundheitsbedingter Absenzen komplex ist. Trotz teilweiser positiver Effekte auf die Gesundheit liessen sich oft keine eindeutigen Effekte der in der ZHAW-Literaturübersicht besprochenen Massnahmen auf die Absenzreduktion nachweisen. Die starke Kontextabhängigkeit und methodischen Limitationen der vorhandenen Studien würden die Aussagekraft einschränken. Folglich könne die Kosteneffizienz der Massnahmen auch nicht beurteilt werden. Die im Kapitel 6 des vorliegenden Berichts diskutierten Massnahmen stammen mehrheitlich aus der ZHAW-Literaturübersicht.

Die ZHAW-Literaturübersicht untersucht, wie sich die besprochenen Massnahmen auf bestehende Absenzen, auf die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie auf den Präsentismus⁷ auswirken. Die ZHAW-Literaturübersicht fokussiert auf zwei Massnahmenarten: 1) Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von künftigen Absenzen sowie 2) Massnahmen zur

⁵ Siehe Tabelle «An der Erstellung des vorliegenden Berichts Beteiligte» auf Seite 128 des vorliegenden Berichts.

⁶ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht.

⁷ Mit Präsentismus ist ein gesundheitsbedingter Produktivitätsverlust bei Anwesenheit am Arbeitsplatz gemeint.

Reduktion bestehender Absenzen und Förderung der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Nicht im Fokus der ZHAW-Literaturübersicht steht die Ursachenanalyse.

1.4.1 Methodisches Vorgehen und Einordnung der Studienqualität und -lage

Die ZHAW erstellte eine «Narrative Review»⁸; insgesamt wurden 231 Studien zu Absenzen erfasst und 109 davon ausgewertet. Die ausgewerteten Studien wurden anhand ihrer inhaltlichen Relevanz und Qualität selektiert und nach Kriterien wie der Art der untersuchten Massnahme geordnet. Der Fokus lag auf wissenschaftlicher Literatur aus OECD-Ländern. Die Auswertung von Massnahmen zur Reduktion von bestehenden oder zur Vermeidung künftigen Absenzen in der Schweiz scheiterte an der Literaturlage. Diese war sowohl im wissenschaftlichen als auch im Bereich «grauer Literatur»⁹, unzureichend, um fundierte Aussagen zur Wirksamkeit von Massnahmen treffen zu können. Die Übertragbarkeit der Resultate aus internationalen Studien auf den Schweizer Kontext ist laut ZHAW-Literaturübersicht aus mehreren Gründen nur eingeschränkt möglich. Die Wirksamkeit von Massnahmen hänge einerseits von den institutionellen Rahmenbedingungen eines Landes und andererseits vom betrieblichen Setting (z.B. Spital, Büro, Baustelle) ab, in welchem die Massnahme eingeführt wurde. Ausserdem wiesen viele der im Rahmen der ZHAW-Literaturübersicht ausgewerteten Studien Qualitätsmängel auf. Dazu würden unter anderem kleine Stichproben, fehlende Kontrollgruppen und unklare Implementierungsbeschreibungen zählen.

1.5 Parlamentarische Vorstösse zur Thematik

1.5.1 Motion 21.4209 «Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung»

Die [Motion 21.4209](#) «Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung» verlangt eine obligatorische Versicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Deckung des Erwerbsausfalls bei Krankheit. Sie beauftragt den Bundesrat, eine gesetzliche Grundlage auszuarbeiten, mit der die Arbeitgeber dazu verpflichtet werden, ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für den Erwerbsausfall bei Krankheit zu versichern. Die Motion wurde nach Annahme des [Postulats 24.3465](#) «Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung» sistiert und soll nach Vorliegen des Berichts weiterverfolgt werden.

⁸ Ein Narrative Review ist eine zielgerichtete Literatursuche in bibliographischen Datenbanken unter Einbezug grauer Literatur. Es gibt einen Überblick über vorhandenes Wissen. Ein Narrative Review ist nicht umfassend und deshalb kein systematischer Review.

⁹ Graue Literatur beschreibt Quellen, die nicht von einem Verlag veröffentlicht wurden.

1.5.2 Postulat 24.3465 «Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung»

Das [Postulat 24.3465](#) der SGK-S «Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung» beauftragt den Bundesrat, in einem Bericht¹⁰ die aktuellen Probleme sowie verschiedene Lösungsmöglichkeiten zur verbesserten Abdeckung der Lohnfortzahlungsrisiken im Krankheitsfall für Arbeitgebende, Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende aufzuzeigen. Die Lösungsansätze sollen im Bericht hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile analysiert und verglichen werden. Ziel ist es, mit dem Bericht eine sachliche und transparente Grundlage bereitzustellen, insbesondere im Hinblick auf die im Parlament diskutierte [Motion 21.4209](#) (siehe Kap. 1.5.1, oben), welche die Einführung einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung fordert.

1.5.3 Postulat 22.3196 «Welche Massnahmen gegen Gefälligkeitszeugnisse von Ärztinnen»

Mit dem [Postulat 22.3196](#) «Welche Massnahmen gegen Gefälligkeitszeugnisse von Ärztinnen» wurde der Bundesrat beauftragt, in einem Bericht zu prüfen, welche Massnahmen ergriffen werden könnten, um die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen wirksam zu bekämpfen. Ebenso wurde gefordert, eine Statistik der nachgewiesenen Betrugsfälle aufzunehmen. Theoretisch würden zwar Klagemöglichkeiten existieren, doch diese seien in der Umsetzung komplex und würden selten zu Sanktionen führen. Zwar gäbe es schon Instrumente zur Bekämpfung von Betrugsfällen. So hätten einige Kantone offizielle Formulare für Arztzeugnisse eingeführt, in denen den Gesundheitsfachpersonen die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte in Erinnerung gerufen werden. Weitere Massnahmen gerade auch in Bezug auf rückwirkend ausgestellte Arztzeugnisse, die ohne ärztliche Konsultation ausgestellt wurden, könnten in Betracht gezogen werden. Eine bessere Kommunikation zwischen Arzt-, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite würde zudem die Genesung von kranken Arbeitnehmenden und ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess begünstigen. Damit würden Arbeitsausfälle verringert und Gesundheitskosten gesenkt.

Der Bundesrat hat das [Postulat 22.3196](#) mit Veröffentlichung eines Berichts¹¹ erfüllt. Hinsichtlich der Verhinderung von Missbräuchen hebt er hervor, dass keine Daten über nachgewiesene Betrugsfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Zeugnissen vorliegen würden, da Betrugsfälle hauptsächlich durch regionale oder kantonale Gerichte geahndet würden. Im Bericht führt der Bundesrat die bestehenden Massnahmen gegen die Erstellung und den

¹⁰ «Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung», Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 24.3465, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats, 23. April 2024.

¹¹ «Welche Massnahmen gegen Gefälligkeitszeugnisse von Ärztinnen und Ärzten», Bericht des Bundesrates vom 15. Oktober 2025 in Erfüllung des Postulates 22.3196 Nantermod vom 17. März 2022 (Im Internet abrufbar unter: <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2022/20223196/Bericht%20BR%20D.pdf>).

missbräuchlichen Einsatz von Gefälligkeitszeugnissen detailliert auf (siehe Ziff. 3.2. des Berichts¹¹, beispielsweise verschiedene straf- und standesrechtliche Instrumente sowie disziplinarische Sanktionsmöglichkeiten). Er teilt das Anliegen des Postulanten, dass die Zuverlässigkeit und inhaltliche Vertrauenswürdigkeit von ärztlichen Zeugnissen unvermindert hochgehalten und das Erstellen von Gefälligkeitszeugnissen sanktioniert werden müssen. Die gesetzliche Grundlage für eine solche Sanktion besteht bereits heute und ist aus Sicht des Bundesrats ausreichend. Allfällige Sensibilisierungsmassnahmen schätzt er als begrüssenswert ein. Ihre Umsetzung läge jedoch in der Verantwortung der Berufsverbände und Aus- und Weiterbildungsverantwortlichen.

1.5.4 Massnahmen aus der Botschaft zur Volksinitiative «Keine 10-Millionen-Schweiz! (Nachhaltigkeitsinitiative)»

Die Volksinitiative «Keine 10-Millionen-Schweiz! (Nachhaltigkeitsinitiative)» wurde am 3. April 2024 bei der Bundeskanzlei eingereicht. Sie zielt darauf ab, die Wohnbevölkerung der Schweiz bis 2050 auf unter zehn Millionen zu begrenzen, um eine nachhaltige Entwicklung der Schweiz zu gewährleisten. Die Initiative sieht schrittweise Massnahmen vor: Bund und Kantone sollen nach Annahme der Initiative Massnahmen ergreifen für eine nachhaltige Bevölkerungsentwicklung insbesondere zum Schutz der Umwelt und im Interesse der dauerhaften Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen, der Leistungsfähigkeit der Infrastrukturen, der Gesundheitsversorgung und der Sozialversicherungen.

In der Botschaft vom 21. März 2025 zur Volksinitiative «Keine 10-Millionen-Schweiz! (Nachhaltigkeitsinitiative)»¹² beantragt der Bundesrat der Bundesversammlung, die Initiative Volk und Ständen ohne direkten Gegenentwurf und ohne indirekten Gegenvorschlag mit der Empfehlung zu unterbreiten, sie abzulehnen. In Ergänzung zu den bestehenden Strategien und Massnahmen wurden weitere gezielte Schritte definiert, um die Zuwanderung zu reduzieren und die Herausforderungen der Zuwanderung zu adressieren. Unter anderem wird die Einsetzung einer Arbeitsgruppe zur Datenerhebung und Analyse im Bereich Krankentaggeldversicherung vorgeschlagen. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe, die aus Vertretern der Bundesverwaltung, der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden sowie dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) besteht, soll vertieft geprüft werden, ob die bestehenden Regelungen in diesem Bereich negative Anreize für die Anstellung von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zur Folge haben könnten. In diesem Zusammenhang sollen auch die Situation von Personen mit Vorerkrankungen und der Frauen eingehend untersucht werden. Die Resultate der Arbeitsgruppe werden in einem Bericht des EDI zusammengefasst.

¹² [BBI 2025 1262](#).

1.5.5 Weitere parlamentarische Vorstösse

Die nachfolgende Tabelle listet parlamentarische Vorstösse¹³ auf, die sich in den letzten zwanzig Jahren mit Fragen zur Krankentaggeldversicherung und zu Absenzen am Arbeitsplatz befasst haben. Sie verdeutlicht, dass die Thematik wiederholt, politisch aufgegriffen wurde – sei es im Zusammenhang mit Versicherungslücken, einem möglichen Obligatorium oder der sozialen Absicherung bei Erwerbsausfall.

Vorstoss	Gegenstand	Datum
Mo. 25.4701	Zeitliche Begrenzung der Anzeigepflicht bei Gesundheitsfragebögen vor Abschluss einer Taggeldversicherung	18.12.2025
Po. 24.3465	Handlungsoptionen bei der Krankentaggeldversicherung	23.04.2024
Po. 24.3207	Krankentaggeldversicherung. Welche Lösung gibt es für Angestellte, die älter als 65 beziehungsweise älter als 70 sind?	14.03.2024
Po. 22.3196	Welche Massnahmen gegen Gefälligkeitszeugnisse von Ärztinnen und Ärzten?	17.03.2022
Po. 24.3154	Absenzen am Arbeitsplatz. Sozialpartnerschaftlich Transparenz herstellen und zielgerichtete Massnahmen entwickeln	13.03.2024
Po. 21.4607	Bericht über Machbarkeit und Zweckmässigkeit einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung für Arbeitslose auf Bundesebene	16.12.2021
Mo. 21.4209	Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung	30.09.2021
Mo. 21.3716	Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung bei Erwerbsausfall durch Krankheit oder Unfall für alle Erwerbstätigen.	15.06.2021
Po. 21.3232	Kosten-Nutzen-Analyse der Massnahmen, die Unternehmen für ihre Angestellten zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung ergriffen haben	17.03.2021
Mo. 19.3640	Schluss mit Diskriminierung der Frauen in der Krankentaggeldversicherung. Einheitliche Prämien für Frauen und Männer.	18.06.2019

¹³ Die einzelnen parlamentarischen Vorstösse können auf der Homepage des Schweizer Parlaments (<https://www.parlament.ch/de/suche>) unter der entsprechenden Geschäftsnummer (siehe Tabelle 1) eingesehen werden.

Vorstoss	Gegenstand	Datum
Ip. 18.3126	Obligatorische Erwerbsausfallversicherung bei Krankheit. Instrument zur Verbesserung des sozialen Schutzes	08.03.2018
Mo. 14.3861	Wirksame Taggeldversicherung bei Erwerbsausfall durch Krankheit	25.09.2014
Po 12.3087	Lohnfortzahlung bei Krankheit. Zahlen und Fakten	07.03.2012
Mo. 12.3072	Für die Gleichbehandlung der Versicherten bei Erwerbsausfall durch Krankheit	05.03.2012
Ip. 11.3948	Taggeldversicherung nach VVG bei nicht bezahlten Prämien	29.09.2011
Mo. 10.3821	Wirksame Taggeldversicherung bei Krankheit	01.10.2010
Po. 09.3278	Erwerbsausfallentschädigung bei Krankheit	20.03.2009
Po. 07.3395	Hohe Prämien beim Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung	20.06.2007
Mo. 05.3626	Erschwingliche Taggeldversicherung für alle	06.10.2005
Po. 04.3088	Wiedereingliedern statt ausgrenzen und berenten!	17.03.2004
Po. 04.3000	KVG. Lücken und Unstimmigkeiten bei Taggeldern	16.01.2004
Po. 02.3693	VVG. Lücke bei der Taggeldversicherung	10.12.2002

Tabelle 1: Auswahl parlamentarischer Vorstösse (2004-2024)

1.6 Abgrenzung von anderen Arbeiten

Aufgrund der breiten Thematik zu Absenzen am Arbeitsplatz sind neben den im Kapitel 1.5 erwähnten parlamentarischen Vorstössen weitere Arbeiten im Gange. Zudem gibt es verschiedene Studien, die sich mit dem Thema «arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen» befassen.

1.6.1 Keine umfassende Gesundheitsanalyse von Arbeitnehmenden

Die Evaluierung des Gesundheitszustands der Arbeitnehmenden als solchem würde zu weit führen und den Rahmen dieses Berichts sprengen.

Die krankheitsbedingte Absenz einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers kann das Ergebnis eines komplexen Prozesses sein, zu dem zahlreiche Faktoren beitragen. Der Gesundheitszustand als solcher ist einer von mehreren möglichen Gründen für eine krankheitsbedingte Absenz. In diesem Zusammenhang gibt es zahlreiche Elemente, die sich auf verschiedene Entwicklungen auswirken können (bspw. Veränderungen in der Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen, Entwicklungen der Arbeitsbedingungen, verschiedene soziale, wirtschaftliche oder auch private Veränderungen). Unterschiedliche Massnahmen, die darauf abzielen, die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bewahren, können unter Umständen auch positive Auswirkungen auf krankheitsbedingte Absenzen zeigen. So können betriebliche Massnahmen wie bspw. die Prävention des Tabakkonsums, die Sensibilisierung für die Risiken von Bewegungsmangel oder die Förderung einer gesunden Ernährung die Gesundheit der Arbeitnehmenden verbessern oder sogar Absenzen reduzieren.

1.6.2 Berufliche Eingliederung durch die Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung (IV) sieht verschiedene Instrumente vor, um Arbeitsunfähigkeiten frühzeitig erkennen zu können und die betroffenen Personen sowie ihre Arbeitgeberinnen auf unbürokratische Weise zu beraten.

Unabhängig von einer Anmeldung bietet die IV erste Unterstützung im Rahmen der eingliederungsorientierten Beratung (Art. 3a Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]¹⁴) und der Früherfassung (Art. 3a^{bis} IVG) an. Nach einer IV-Anmeldung können niederschwellige Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d IVG) gewährt werden, um arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an ihrem bisherigen Arbeitsplatz zu behalten oder sie an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes einzugliedern.

Mit der nächsten IV- Revision (Integrationsreform)¹⁵ soll die Zunahme der Neurenten, die insbesondere Jugendliche mit schweren psychischen Beeinträchtigungen betrifft, angesprochen werden. Zudem sollen Massnahmen für eine verstärkte Integration von IV-Bezügerinnen und IV-Bezügern in den Arbeitsmarkt geprüft werden.

¹⁴ [SR 831.20](#).

¹⁵ Siehe Medienmitteilung des Schweizerischen Bundesrates vom 11. Februar 2026 «[Der Bundesrat legt die Leitlinien der nächsten IV-Reform fest](#)» (Im Internet abrufbar unter: <https://www.news.admin.ch/de/newnsb/HVceEDQ3INSTCPGBTNN63>).

1.6.3 Zusammenarbeitsvereinbarungen im Bereich der Invalidenversicherung

Seit 2022 kann die Verwaltung¹⁶ mit den Dachverbänden der Arbeitswelt¹⁷ Zusammenarbeitsvereinbarungen abschliessen, um die Eingliederung und die Wiedereingliederung von Menschen mit einer Behinderung in den «ersten Arbeitsmarkt» sowie deren Verbleib in diesem zu stärken (Art. 68^{sexies} IVG).

Laut einer vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) publizierten Studie¹⁸ ist die Mitwirkung der Sozialpartner einer von mehreren Erfolgsfaktoren bei der beruflichen Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Aktuell werden die folgenden Massnahmen im Rahmen von zwei Zusammenarbeitsvereinbarungen unterstützt:

Erarbeitung des «reWork Profils»: Die IV unterstützt in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Arbeitgeberverband (SAV)¹⁹ die Erarbeitung des «reWork Profils»²⁰. Dabei handelt es sich um die Optimierung und branchenspezifische Anpassung des Ursprungsinstrumentes «Ressourcenorientiertes Eingliederungsprofil» (REP) zur Förderung der Teilarbeitsfähigkeit und zum rascheren Wiedereinstieg am Arbeitsplatz (siehe auch Kap. 5.5.2).

Schaffung von Seminarangeboten: Die IV unterstützt in Zusammenarbeit mit der Arbeitnehmerorganisation Travail.Suisse²¹ die Schaffung von Seminarangeboten und Modulen an Branchenveranstaltungen, um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Bereich der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz – insbesondere der psychischen Risiken – zu informieren, zu sensibilisieren und zu schulen.

1.6.4 Europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken

Das SECO hat in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) Ende 2025 die Ergebnisse der Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER) für die Schweiz veröffentlicht²². Darin wer-

¹⁶ Siehe Artikel 68^{sexies} Absatz 1 IVG i.V.m. Artikel 98^{ter} Absatz 1 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV: [SR 831.201](#)).

¹⁷ Als Dachverbände der Arbeitswelt gelten nur Dachverbände, die gesamtschweizerisch oder sprachregional tätig sind (Art. 98^{ter} Abs. 2 IVV).

¹⁸ Rolle der Sozialpartner bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Quotenmodelle und freiwillige Modelle (2025) (Im Internet abrufbar unter: https://forschung.soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2025/09/06-25_Sozialpartner-eBericht.pdf).

¹⁹ Siehe Medienmitteilung des SAV vom 21. Mai 2025 (Im Internet abrufbar unter: <https://www.arbeitgeber.ch/sozialpolitik/rework-profil-branchenspezifisches-online-tool-zur-foerderung-der-teilarbeitsfaehigkeit-und-arbeitsintegration/>).

²⁰ Informationen zum «reWork Profil» sind im Internet auf der Website von Compasso abrufbar unter: <https://rework.compasso.ch/>.

²¹ Siehe Medienmitteilung von Travail.Suisse vom 3. April 2025 (Im Internet abrufbar unter: <https://www.travailsuisse.ch/de/arbeit-wirtschaft/arbeitsmarkt/2025-04-03/bund-und-travail-suisse-vereinbaren-massnahmen-zur->

²² Siehe «Ausgewählte Ergebnisse der Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken 2014, 2019 und 2024», Bericht des SECO (im Internet abrufbar unter:

den Massnahmen analysiert, die in Unternehmen zur Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen umgesetzt werden. Der Fokus liegt dabei auf Massnahmen gegen muskuloskelettale und psychosoziale Belastungen. Darüber hinaus werden Risiken im Zusammenhang mit der Digitalisierung (z.B. Homeoffice) untersucht.

1.6.5 Schätzung der Kosten von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in der Schweiz

Das SECO hat in Zusammenarbeit mit der EKAS im Juli 2025 bei der ZHAW eine Studie in Auftrag gegeben, zur Schätzung der Kosten von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in der Schweiz. Diese Studie soll aufzeigen, wie hoch die verschiedenen Kosten aufgrund krankheitsbedingter Absenzen im Zusammenhang mit beispielsweise Muskel-Skelett-Erkrankungen, Arbeitsunfällen, psychischen Gesundheitsproblemen oder beruflicher Exposition gegenüber Chemikalien sind. Die Ergebnisse dieser Studie sollen im Jahr 2027 veröffentlicht werden und unter anderem die Bedeutung von Absenzen thematisieren, die auf arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme zurückzuführen sind.

2 Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Der Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist in der Schweiz sowohl öffentlich-rechtlich (siehe Kap. 2.1, unten) als auch privatrechtlich (siehe Kap. 2.2, unten) verankert. Dabei wird zwischen dem „Gesundheitsschutz“ am Arbeitsplatz und der „Arbeitssicherheit“ unterschieden. Zweck der einschlägigen gesetzlichen Regelungen ist die Vermeidung und Prävention von Unfällen und Krankheitsfällen.

2.1 Öffentliches Recht

2.1.1 Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel

Das Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG)²³ gilt für die grosse Mehrheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Schweiz. Ausgenommen vom Geltungsbereich sind Arbeitnehmende im öffentlichen Verkehr sowie jene im «ersten Wirtschaftssektor»²⁴. Gleichwohl kommen die gesetzlichen Bestimmungen über den Gesundheitsschutz für bestimmte Betriebe und Arbeitnehmende, die vom Geltungsbereich des Arbeitsgesetzes ausgenommen sind, zur Anwendung (vgl. Art. 3a ArG).

Das ArG hat zum Ziel, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mit ihrem Arbeitsplatz verbunden sind, zu schützen. Im ArG und seinen Verordnungen²⁵ sind der allgemeine Gesundheitsschutz (ohne die Prävention von Berufskrankheiten), die Plangenehmigung, die Arbeitszeiten sowie der Sonderschutz von Jugendlichen und jener von schwangeren und stillenden Frauen geregelt.

Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz nach Artikel 6 Absatz 1 ArG verpflichtet den Arbeitgeber, «zum Schutze der Gesundheit der Arbeitnehmer alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes angemessen sind.» Der Arbeitgeber hat im Weiteren die erforderlichen Massnahmen zum Schutz der persönlichen Integrität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vorzusehen. In Artikel 2 der Verordnung 3 vom 18. August 1993 zum Arbeitsgesetz (ArGV 3)²⁶ wird diese Anforderung wie folgt konkretisiert: «Der Arbeitgeber muss alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu verbessern und

²³ [SR 822.11](#).

²⁴ Der erste Wirtschaftssektor, auch Primärsektor oder Urproduktion genannt, umfasst die unmittelbare Gewinnung von Rohstoffen aus der Natur. Er bildet das Fundament der Wertschöpfungskette, indem er Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Fischerei und Bergbau vereint. Dieser Sektor liefert die essenzielle Basis für die weiterverarbeitende Industrie im sekundären Sektor.

²⁵ Siehe Fedlex, Die Publikationsplattform des Bundesrechts → Systematische Rechtssammlung → Landesrecht → 822.1 Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (im Internet abrufbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/de/cc/internal-law/82#822>).

²⁶ [SR 822.113](#).

die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer zu gewährleisten». Insbesondere muss er dafür sorgen, dass ergonomisch und hygienisch gute Arbeitsbedingungen herrschen, die Gesundheit nicht durch physikalische, chemische und biologische Einflüsse beeinträchtigt wird, eine übermässig starke oder allzu einseitige Beanspruchung vermieden wird und die Arbeit geeignet organisiert wird. Zentral sind folgende Themen:

Ergonomie der Arbeitsplätze und körperliche Belastungen: Das ArG verlangt eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze, Arbeitsgeräte und Hilfsmittel, um die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch bei langfristiger Ausübung ihrer Tätigkeit vor körperlichen Schäden zu schützen. Risiken für den Bewegungsapparat (Muskeln, Knochen und Sehnen) sind wegen der grossen Häufigkeit von arbeitsbezogenen muskuloskelettalen Erkrankungen (z.B. Rückenschmerzen) besonders zu beachten. Das SECO hat verschiedene Hilfsmittel zu dieser Thematik erstellt.²⁷

Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz: Der Arbeitgeber ist aufgrund der rechtlichen Grundlagen auch zum Schutz der psychischen Gesundheit seiner Arbeitnehmenden verpflichtet. Psychosoziale Risiken entstehen durch unzulängliche Arbeitsgestaltung und -organisation sowie durch ein ungünstiges soziales Umfeld bei der Arbeit.²⁸ Das SECO hat mehrere Publikationen (Broschüren, Checklisten etc.) zum Thema «psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz» veröffentlicht.²⁹

Ausgeglichene Arbeits- und Ruhezeiten: Diese sind ebenfalls Teil des Gesundheitsschutzes, da sie sowohl Übermüdungserscheinungen als auch mit der Müdigkeit zusammenhängende Unfälle verhindern können. Ausgeglichene Arbeits- und Ruhezeiten garantieren den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ein soziales Leben, indem beispielsweise der Sonntag als Ruhetag festgelegt wird. Das ArG legt in den Artikeln 9 ff. die Höchstarbeits- und Mindestruhezeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Gestaltung der Schichtpläne fest.

²⁷ Siehe zum Beispiel die Broschüren «Prävention muskuloskelettaler Beschwerden» (im Internet abrufbar unter: https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschueren/bro_ab_msb.pdf.download.pdf/DE_Bro_MSE.pdf) sowie das «Prüfmittel biomechanische Gesundheitsrisiken», (im Internet abrufbar unter: https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschueren/seco_bro_homeoffice.pdf.download.pdf/seco_broschuere_homeoffice_de.pdf).

²⁸ Dazu zählen psychosoziale Risiken durch Überbeanspruchung oder Unterforderung durch psychische Fehlbelastungen aufgrund ungünstiger Merkmale der Arbeitssituation (z.B. Stress, Burnout, Monotonie) sowie psychosoziale Risiken durch Verletzungen der persönlichen Integrität durch psychosoziale Belästigungen (z.B. Mobbing, sexuelle Belästigung, Gewalt).

²⁹ Im Internet auf der Website des SECO abrufbar unter: <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitschutz-am-arbeitsplatz/Psychosoziale-Risiken-am-Arbeitsplatz.html>.

2.1.2 Bundesgesetz über die Unfallversicherung

Das Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG)³⁰ gilt für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Schweiz. Neben der Unfallversicherung als solches ist in diesem Gesetz auch die Arbeitssicherheit, d.h. die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten geregelt.

Nach Artikel 82 UVG ist der Arbeitgeber «zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den gegebenen Verhältnissen angemessen sind». Die Vorschriften im Bereich der Arbeitssicherheit werden insbesondere in der Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Verordnung über die Unfallverhütung, VUV)³¹ präzisiert. Zudem wurden zahlreiche Verordnungen³² für spezifische Bereiche erlassen, z.B. für Bauarbeiten.

2.1.3 Vollzug des Arbeits- und des Unfallversicherungsgesetzes

Im öffentlich-rechtlichen Arbeitnehmerschutz tritt der Staat hoheitlich auf, d.h. der Vollzug von ArG und UVG findet hoheitlich durch sogenannte «Vollzugsorgane» statt. Mit dem Vollzug des ArG sind schweizweit die kantonalen Arbeitsinspektorate und die Eidgenössische Arbeitsinspektion betraut. Mit dem Vollzug des UVG sind gebietsweise die Inspektoren der Suva wie auch jene der kantonalen Arbeitsinspektorate und der Eidgenössischen Arbeitsinspektion beschäftigt. Dabei werden zur Durchsetzung Mittel wie Verfügungen, Verwaltungszwang, Geldstrafen, Bussen, Prämien erhöhungen oder Strafverfolgungen eingesetzt.

Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS): Die EKAS ist die zentrale Informations- und Koordinationsstelle der Vollzugsorgane des UVG. Sie finanziert und koordiniert die Präventionsmassnahmen, die Aufgabenbereiche im Vollzug und die einheitliche Anwendung der Vorschriften zur Prävention von Betriebsunfällen und Berufskrankheiten. Hierfür erlässt sie u.a. Richtlinien³³; ihre Beschlüsse sind verbindlich.

³⁰ [SR 832.20.](#)

³¹ [SR 832.30.](#)

³² Siehe Fedlex, Die Publikationsplattform des Bundesrechts → Systematische Rechtssammlung → Landesrecht → 832.31 Verhütung von Betriebsunfällen (im Internet abrufbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/de/cc/internal-law/83#832.31>).

³³ Die EKAS-Richtlinien haben den Zweck eine einheitliche und sachgerechte Anwendung der Vorschriften über die Arbeitssicherheit, d.h. die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten, zu gewährleisten. Die EKAS berücksichtigt dabei das entsprechende internationale Recht. Im Internet abrufbar unter: <https://www.ekas.admin.ch/de/informationszentrum/ekas-richtlinien>.

Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO): Im Bereich des Arbeitsgesetzes nimmt das SECO primär die Oberaufsicht des Vollzugs des ArG und UVG im Durchführungsbereich der Kantone wahr. Das SECO strebt mit den Kantonen (im Rahmen der Möglichkeiten des Subsidiaritätsprinzips) Kooperationen an und unterstützt die «unité de doctrine» im kantonalen Vollzug in den Bereichen Aufsicht, Koordination, Weiterbildung sowie Beratung und Information. Das SECO kann den Kantonen Weisungen erteilen und Richtlinien erlassen.

Kantonale Arbeitsinspektorate (KAI): Die KAI vollziehen die Bestimmungen zum Gesundheitsschutz nach ArG in allen dem ArG unterliegenden Betrieben (Art. 41 ArG) sowie die Bestimmungen zur Prävention von Berufsunfällen nach UVG in jenen Betrieben, die nicht der SUVA unterstellt sind.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva): Neben der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG vollzieht die Suva die Bestimmungen zur Verhütung von Berufsunfällen in den ihr unterstellten Betrieben (Art. 49 VUV) sowie jene von Berufskrankheiten in allen Unternehmen der Schweiz (Art. 50 VUV). Die Suva untersteht der Oberaufsicht des Bundes, die durch den Bundesrat ausgeübt wird (Art. 61 Abs. 3 UVG).

Betriebsbesuche durch die Vollzugsorgane: Im Berichtsjahr 2024 haben die Vollzugsorgane insgesamt 46'203 Betriebsbesuche durchgeführt³⁴ (2023: 47'049). Davon entfallen 23'050 (2023: 23'624) auf die Suva, 11'426 (2023: 11'756) auf die Kantone, 44 (2023: 43) auf das SECO und 11'683 (2023: 11'626) auf Fachorganisationen. 2024 wurden ausserdem bei 42'993 Arbeitnehmenden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt (2023: 42'443).

2.2 Privatrecht (Obligationenrecht)

Das Obligationenrecht regelt die Pflichten des Arbeitgebers gegenüber seinen Arbeitnehmenden. Dabei interessieren vorliegend insbesondere der Gesundheitsschutz (siehe Kap. 2.2.1, unten) sowie die Lohnfortzahlungspflicht (siehe Kap. 2.2.2, unten).

2.2.1 Gesundheitsschutz des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber hat «zum Schutz von Leben, Gesundheit und persönlicher Integrität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen

³⁴ Jahresbericht 2024 der EKAS im Internet abrufbar unter:
https://www.ekas.admin.ch/fileadmin/Dokumente/Jahresberichte/EKAS_JB_2024_de.pdf.

des Betriebes oder Haushaltes angemessen sind, soweit es mit Rücksicht auf das einzelne Arbeitsverhältnis und die Natur der Arbeitsleistung ihm billigerweise zugemutet werden kann»³⁵.

Mit Artikel 328 Absatz 2 OR wurde der Inhalt der öffentlich-rechtlichen Vorschriften zum Gesundheitsschutz ins Privatrecht übernommen, sodass die Bestimmungen des Privatrechts und des öffentlichen Rechts ein und dieselbe Verpflichtung begründen. Soweit im öffentlichen Recht den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern konkrete Schutzrechte gewährt werden, die Inhalt eines Einzelarbeitsvertrags sein könnten, begründen sie einen zivilrechtlichen Anspruch auf Erfüllung (Art. 342 Abs. 2 OR). Artikel 328 Absatz 2 OR findet im Allgemeinen ausserhalb des Geltungsbereiches des ArG Anwendung, wobei Artikel 6 Absatz 1 ArG zur Konkretisierung herangezogen werden kann³⁶. Doch selbst im Anwendungsbereich von öffentlich-rechtlichen Bestimmungen können weiter gehende Schutzmassnahmen vereinbart werden³⁷. Hier wie dort müssen Schutzmassnahmen nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und den Verhältnissen des Betriebes angemessen sein (ArG 6 I; UVG 82 I; OGer ZH, JAR 2016, 594 E 5.C.1).³⁸

Der Umfang der Schutzpflicht des Arbeitgebers beurteilt sich nach Art und Grösse des Betriebes einerseits und dem Ausmass der Risiken andererseits. Die auferlegten Massnahmen müssen für den Betrieb wirtschaftlich tragbar sein und deren Kosten in einem vernünftigen Verhältnis zu deren Wirksamkeit stehen, wobei aber dem Gesundheitsschutz stets Priorität zukommt. Dies wird durch zahlreiche Gerichtsurteile gestützt.³⁹

2.2.2 Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers

Nach Artikel 324a OR hat der Arbeitgeber bei Krankheit der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer für eine bestimmte Zeit den Lohn weiter auszurichten. Diese Lohnfortzahlungspflicht gilt auch bei Unfall, Erfüllung gesetzlicher Pflichten oder der Ausübung eines öffentlichen Amtes.

³⁵ Siehe Artikel 328 Absatz 2 Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; [SR 220](#)).

³⁶ Siehe [BGE 132 III 257 E 5.4.](#)

³⁷ Siehe [BGE 132 III 257 E 5.4.5, 5.5.](#)

³⁸ Emmel Frank, Obligationenrecht - Einzelne Vertragsverhältnisse - Art 184-529 OR und Innominatverträge, CHK - Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Art. 328 OR, 4. Auflage 2023, Rz. 3 S. 604.

³⁹ Siehe 4A 611/2018 (5.6.19) E. 3.3.4, 132 III 257/260 ff. E. 5.4.4, 112 II 138/142 E. b fr., 110 II 163/165 E. 2a Pra 1984 (Nr. 175) 486, 100 II 352/354 E. 2a Pra 1975 (Nr. 34) 90, 90 II 227/230 f. E. b und c Pra 1965 (Nr. 1) 2, vgl. auch 4C.24/2005 (17.10.05) E. 7.2 fr.

Voraussetzungen

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die aus Gründen, die in ihrer Person liegen und die sie nicht zu vertreten haben, an der Arbeitsleistung verhindert sind, haben für eine begrenzte Dauer Anspruch auf Lohnfortzahlung. Dieser Anspruch besteht nur, wenn das Arbeitsverhältnis mindestens drei Monate gedauert hat oder für mindestens drei Monate eingegangen wurde.

Artikel 324a Absatz 1 OR sieht vor, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer⁴⁰ für eine begrenzte Dauer Anspruch auf ihren Lohn haben, wenn sie aus Gründen, die in ihrer Person liegen, ohne eigenes Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert sind. Zu diesen Gründen können Krankheit, Unfall, gesetzliche Verpflichtungen oder die Ausübung eines öffentlichen Amtes gehören. Damit die Lohnfortzahlungspflicht greift, muss das Arbeitsverhältnis länger als drei Monate bestanden haben oder für mehr als drei Monate geschlossen worden sein.⁴¹

Artikel 324a OR deckt jede Arbeitsverhinderung ab, wenn sie unverschuldet und in der Person der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers liegt. Er beschränkt sich somit nicht auf Krankheit. Mit anderen Worten: Diese Verhinderung muss eine Arbeitsunfähigkeit bedeuten: Die Tätigkeit muss unmöglich sein oder von der Arbeitnehmerin beziehungsweise vom Arbeitnehmer nicht mehr zumutbar verlangt werden können.⁴²

Artikel 324a OR definiert den Begriff «Krankheit» allerdings nicht. Man kann den Begriff jedoch auf die Definition von «Krankheit» in Artikel 3 Absatz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)⁴³ abstützen. Dort wird «Krankheit» definiert als «jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist und eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat». Die Definition von «Krankheit» nach Artikel 3 Absatz 1 ATSG ist jedoch anzupassen, weil Artikel 324a OR alle Beeinträchtigungen abdeckt, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen.⁴⁴ Als «Krankheit» im Sinne von Artikel 324a OR kann somit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist und die die Arbeitsleistung unmöglich oder unzumutbar macht sein.

⁴⁰ Selbstständig Erwerbende gelten nicht als Arbeitnehmende im Sinne des OR. Entsprechend sind sie von der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach Artikel 324a Absatz 1 OR ausgenommen.

⁴¹ Zu dieser Bedingung siehe BGE 131 III 623, c. 2.3-2.4.

⁴² SHK-von Zedtwitz/Keller, N 4 ad Art. 324a OR.

⁴³ [SR 830.1](#).

⁴⁴ SHK-von Zedtwitz/Keller, N 4 ad Art. 324a OR.

In der Praxis:

- Eine Person, die wegen einer Grippe im Krankenhaus liegt oder bettlägerig ist, ist arbeitsunfähig.
- Ein verstauchter Knöchel mag eine Arbeitsunfähigkeit für eine Landschaftsgärtnerin oder einen Landschaftsgärtner begründen, jedoch nicht für Büroangestellte.

Es ist wichtig zu beachten, dass der Anspruch auf Behandlung einer «Krankheit» nach OR keine Wohlfühlbehandlungen wie Thermalkuren oder Schönheitsoperationen abdeckt, es sei denn, diese sind medizinisch indiziert. Bei «Krankheit» gilt die Abwesenheit grundsätzlich als unverschuldet.⁴⁵

Beweislage

Die Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer müssen ihre Arbeitsunfähigkeit nachweisen – in der Regel durch ein ärztliches Attest. Bei längerer Abwesenheit oder bei begründeten Zweifeln des Arbeitgebers kann eine Konsultation eines Vertrauensarztes verlangt werden.

Wenn eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit geltend macht, muss diese nachgewiesen werden. Dieser Nachweis wird in der Regel durch ein ärztliches Attest erbracht. In der Praxis wird das ärztliche Attest dabei oft erst ab dem dritten oder vierten Tag der Abwesenheit verlangt. In den ersten Tagen verlässt sich der Arbeitgeber auf die Angaben der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers. Sie kann jedoch vertraglich vorsehen, dass das Attest bereits ab dem ersten Tag vorgelegt werden muss. Eine solche Verpflichtung kann auch aus einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) hervorgehen. Diese vertraglichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dürfen jedoch das Recht auf Lohn nicht einschränken: Da Artikel 324a OR zwingendes Recht ist, können keine zusätzlichen Bedingungen gestellt werden.⁴⁶

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit muss die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer nachweisen können, dass die Arbeitsunfähigkeit fortbesteht. Dies geschieht in der Regel durch die Vorlage aufeinanderfolgender ärztlicher Atteste. Bei begründeten Zweifeln der Arbeitgeberin kann dieser eine Konsultation eines Vertrauensarztes verlangen. Diese Rechte ergeben sich aus der Treuepflicht der Arbeitnehmerin beziehungsweise des Arbeitnehmers gegenüber ihrem Arbeitgeber und müssen daher auch nicht ausdrücklich im Arbeitsvertrag festgehalten

⁴⁵ Zum Verschuldensbegriff siehe BGE 122 III 268 E. 3. a) aa).

⁴⁶ BGer, 10.11.2000, 4C.230/2000, E. 4; BSK OR I Portmann/Rudolph, N 24 zu Art. 324a OR.

werden.⁴⁷ Die Überweisung an einen Vertrauensarzt setzt jedoch voraus, dass der Arbeitgeber objektive und begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit hat.

Die Kosten für diese erneute Konsultation beim Vertrauensarzt sind von der Arbeitgeberin zu tragen. Der Vertrauensarzt darf der Arbeitgeberin jedoch nur Informationen über die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmerin beziehungsweise des Arbeitnehmers weitergeben; die medizinische Diagnose unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Dauer

Ohne Krankentaggeldversicherung bezahlt der Arbeitgeber den Lohn gemäss Artikel 324a OR, wobei die Dauer nach den Skalen der Gerichte von Bern, Basel oder Zürich entsprechend den Dienstjahren festgelegt wird.

Hat der Arbeitgeber keine gleichwertige Krankentaggeldversicherung abgeschlossen, gilt die Lohnfortzahlungspflicht nach Artikel 324a OR. Gemäss Absatz 2 hat der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit zufolge Krankheit den Lohn im ersten Dienstjahr während drei Wochen und danach während einer längeren als angemessen erachteten Dauer weiter zu entrichten.

Die Dauer, während der die Lohnfortzahlungspflicht gilt, hängt von der Dauer der Betriebszugehörigkeit oder anderen Umständen ab. Die konkrete Dauer der Lohnfortzahlung wird von den Gerichten nach Billigkeit und im Einzelfall festgelegt.⁴⁸ Da das OR über das erste Jahr hinaus keine näheren Angaben enthält, haben die Gerichte sogenannte Zürcher, Basler oder Berner Skalen entwickelt. Anhand dieser Skalen lässt sich die Dauer des Lohnanspruchs bezogen auf die Dienstjahre abschätzen. Diese Skalen sind rechtlich nicht bindend, finden aber in der Praxis weitgehend Anwendung.

Die in den verschiedenen Skalen vorgesehenen Zeiträume und die Berechnungsmethode entsprechend der Dauer des Arbeitsverhältnisses sind nachfolgend tabellarisch dargestellt.⁴⁹

Berner Skala		Basler Skala		Revidierte Zürcher Skala	
Dienstjahr	Lohnfortzahlung	Dienstjahr	Lohnfortzahlung	Dienstjahr	Lohnfortzahlung
1	3 Wochen	1	3 Wochen	1	3 Wochen
2	1 Monat	2 + 3	2 Monate	2	8 Wochen

⁴⁷ Insbesondere Streiff/von Kaenel/Rudolph, N 12 zu Art. 324a OR; Bruchez/Mangold/Schwaab, N 4 zu Art. 324a OR; sowie die in BGE 125 III 70 E. 3 c) erwähnte Umstrittenheit.

⁴⁸ CR CO I-Perrenoud, N 60.

⁴⁹ Aus KUKO OR-Pietruszak Art. 324a OR N 20.

Berner Skala		Basler Skala		Revidierte Zürcher Skala	
Dienstjahr	Lohnfortzahlung	Dienstjahr	Lohnfortzahlung	Dienstjahr	Lohnfortzahlung
3 + 4	2 Monate	4 – 10	3 Monate	3	9 Wochen
5 – 9	3 Monate	11 – 15	4 Monate	4	10 Wochen
10 – 14	4 Monate	16 – 20	5 Monate	5	11 Wochen
15 – 19	5 Monate	Ab 21	6 Monate	6	12 Wochen
Ab 20	6 Monate			6 + X Jahre	12 + X Wochen

Tabelle 2: Die Skalen von Bern, Basel und Zürich veranschaulichen beispielhaft die Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in Abhängigkeit von der Anzahl der von den Arbeitnehmenden geleisteten Dienstjahre.

Der Lohnfortzahlungsanspruch wird pro Dienstjahr im Betrieb ermittelt, wobei jedes Dienstjahr im gleichen Betrieb den Anspruch erhöht. Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer hat ihren beziehungsweise seinen Lohnfortzahlungsanspruch ausgeschöpft, wenn sie oder er im ersten Dienstjahr während dreier Wochen krank ist. Erkrankt sie oder er im zweiten Dienstjahr erneut, hat sie oder er für einen weiteren Monat Anspruch auf Lohnfortzahlung (nach Berner Skala), und bei einer erneuten Erkrankung im dritten Dienstjahr nochmals für zwei Monate. Mehrere krankheitsbedingte Arbeitsausfälle im selben Dienstjahr werden addiert. Ein erneuter Krankheitsfall im gleichen Dienstjahr begründet also keinen nochmaligen Anspruch. Es gilt auch zu beachten, dass der jährliche Lohnfortzahlungsanspruch alle Verhinderungsgründe nach Artikel 324a Absatz 1 OR abdeckt, nicht nur Krankheit. So hat eine Person, die ihren Lohnfortzahlungsanspruch für die Betreuung eines kranken bereits Kindes ausgeschöpft hat, keinen Anspruch auf erneute Lohnfortzahlung, wenn sie im selben Dienstjahr selbst erkranken würde.

Umfang

Der Arbeitgeber muss nach den Bestimmungen des OR während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit 100 Prozent des vereinbarten Lohns ausrichten.

Während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit hat der Arbeitgeber der Arbeitnehmerin beziehungsweise dem Arbeitnehmer den gesamten vertraglich vereinbarten Lohn zu entrichten. Dazu gehört nicht nur der Grundlohn, sondern auch alle Bestandteile, die zum üblichen Arbeitsentgelt gehören.

Zur Bestimmung des geschuldeten Betrags kann sich der Arbeitgeber an einer einfachen Frage orientieren: Wie hoch wäre der Lohn gewesen, wenn die Person normal gearbeitet hätte? Dieser Betrag ist nach dem Lohnausfallprinzip zu zahlen. Die Lohnfortzahlungspflicht nach Artikel 324a OR umfasst somit 100 Prozent des vertraglich vereinbarten Lohns.

Alternative: Krankentaggeldversicherung

Eine Krankentaggeldversicherung kann die Verpflichtung zur Lohnfortzahlung nach OR ersetzen, wenn sie den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einen gleichwertigen Schutz anbietet.

Eine Alternative zur gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht kann in einem schriftlichen Einzelarbeitsvertrag, in einem Normalarbeitsvertrag (NAV) oder in einem GAV vereinbart werden. Diese Alternative kann die gesetzliche Pflicht rechtsgültig ersetzen, wenn sie für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer mindestens gleichwertig zur Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeberin nach OR ist (Art. 324a Abs. 4 OR).

Der Begriff «gleichwertig» ist gesetzlich nicht definiert. Nach Lehre und Rechtsprechung gilt eine Krankentaggeldversicherung jedoch dann als gleichwertig, wenn mindestens die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Sie deckt 80 Prozent des Lohns während 720 Tagen innerhalb eines Zeitraums von 900 Tagen ab;
- sie sieht eine Wartezeit von höchstens einem bis zu drei Tagen vor⁵⁰;
- Die Prämie für die Krankentaggeldversicherung wird zu gleichen Teilen von der Arbeitgeberin und von der Arbeitnehmerin beziehungsweise vom Arbeitnehmer bezahlt.⁵¹

In diesem Fall kann eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer fast zwei Jahre lang 80 Prozent seines Lohns beziehen. Im Gegensatz zur Lohnfortzahlungspflicht nach Artikel 324a OR

⁵⁰ Gemäss BGer (vgl. u.a. 4A_514/2018) ist eine Krankentaggeldversicherung nur dann eine zulässige Ablösung der Lohnfortzahlungspflicht, wenn die Versicherung mindestens gleichwertig zur gesetzlichen Lösung nach Artikel 324a Absatz 2 OR ist. In diesem Zusammenhang hat das BGer ausdrücklich festgestellt, dass eine Karenzfrist von drei Tagen noch als gleichwertig gilt, während zum Beispiel sieben Tage dies nicht mehr wären. Die Praxis (häufig auch in Verbands-GAVs) stützt sich auf diese Rechtsprechung und lässt ein bis drei Karenztage gesamtarbeits- oder einzelvertraglich zu (vgl. z.B. Art. 13.3 Bundesratsbeschluss vom 6. September 2022 über die Allgemeinverbindlicherklärung des Gesamtarbeitsvertrages für das Maler- und Gipsergewerbe; im Internet abrufbar unter: https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Arbeit/Personenfreizuegigkeit/Gesamtarbeitsvertr%C3%A4ge%20und%20Normalarbeitsvertr%C3%A4ge/Gesamtarbeitsvertr%C3%A4ge%20Bund/Allgemeinverbindlich%20erkl%C3%A4rte%20Gesamtarbeitsvertr%C3%A4ge/Maler_Gipsergewerbe/maler_gipsergewerbe_beschluss_06_09_2022.pdf.download.pdf/maler_gipsergewerbe_beschluss_06_09_2022_de.pdf).

Ob Karenztage Auswirkungen auf zukünftige Absenzen oder eine Reduktion bestehender Absenzen haben, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

⁵¹ Insbesondere BGE 135 III 640 E. 2.3.2; CR CO I-Perrenoud, N 86 zu Art. 324a OR; BSK OR I-Portmann/Rudolph, N 53 zu Art. 324a OR; CS-Longchamp, N 39 zu Art. 324a OR.

erneuert sich der Anspruch nicht mit jedem Dienstjahr, sondern erst nach Ablauf der Rahmenfrist von 900 Tagen. Ist die Gleichwertigkeitsvoraussetzung nicht erfüllt, bleibt der Arbeitgeberin zur Lohnfortzahlung nach Artikel 324a OR verpflichtet.

In der Praxis schliessen mittlere und grosse Unternehmen häufig eine freiwillige Krankentaggeldversicherung ab. Eine repräsentative Umfrage im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)⁵² erhob im Jahr 2025, dass rund 57 Prozent der Unternehmen in der Schweiz über eine Krankentaggeldversicherung verfügen (siehe Kap. 4.2, unten). Berücksichtigt man die Anzahl Beschäftigte, ist der Deckungsgrad noch höher: Rund 84 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeiten in einem Unternehmen, das eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hat.⁵³ Eine Krankentaggeldversicherung kann für den Arbeitgeber auch obligatorisch sein, wenn dies zum Beispiel in einem NAV oder einem GAV vorgesehen ist.⁵⁴ In der Praxis erfüllen die meisten der durch den Arbeitgeber abgeschlossenen Krankentaggeldversicherungen die Gleichwertigkeitsvoraussetzung nach Artikel 324a Absatz 4 OR nicht. Der Grund dafür ist, dass die meisten Versicherungsverträge mit einer Wartefrist von dreissig oder mehr Tagen abgeschlossen werden (siehe Kap. 3.2.3, unten). Dies lässt sich mit Kostenargumenten erklären. Die Prämie einer Krankentaggeldversicherung mit einer Wartefrist von höchstens drei Tagen ist im Vergleich zu einer Versicherung mit einer längeren Wartefrist sehr kostspielig. Dies erklärt auch, warum mehr als 60 Prozent der Lohnkosten bei krankheitsbedingten Abwesenheiten gestützt auf Artikel 324a OR von den Arbeitgebern selbst getragen werden (siehe Kap. 5.5.1, unten). Unter gewissen Umständen kann dies auch zu Lücken in der Lohnfortzahlung führen, insbesondere dort, wo der gesetzliche Anspruch bereits ausgeschöpft ist, und keine betriebliche Regelung greift.

Unterlässt es der Arbeitgeber – trotz einer entsprechenden Verpflichtung im Einzelarbeitsvertrag (bzw. NAV oder GAV) – eine Krankentaggeldversicherung zugunsten seiner Mitarbeitenden abzuschliessen oder ist der Krankentaggeldversicherer aus einem durch den Arbeitgeber zu vertretenen Grund nicht leistungspflichtig (z.B. Deckungsunterbruch infolge Zahlungsverzugs), so haftet sie der Arbeitnehmerin beziehungsweise dem Arbeitnehmer für den aus dem

⁵² Ecoplan und FHNW, Daten und Informationen zur Krankentaggeldversicherung, Ergebnisse einer Unternehmensbefragung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, 1. Dezember 2025. Im Internet abrufbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/BITjfdtkOKdJ/KTGV_BerichtEcoplan%201.12.25.pdf.

⁵³ Siehe Ecoplan und FHNW, Daten und Informationen zur Krankentaggeldversicherung, Ergebnisse einer Unternehmensbefragung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, 1. Dezember 2025. Im Internet abrufbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/BITjfdtkOKdJ/KTGV_BerichtEcoplan%201.12.25.pdf.

⁵⁴ Siehe zum Beispiel: Art. 64 GAV Bauhauptgewerbe 2023–2025; Art. 212 Abs. 6 GAV Grafische Industrie 2025–2026; Art. 2.8.1 Abs. 2 GAV Swisscom; Art. 18.5 Abs. 1 und 2 GAV Swissmem (Abschluss wird empfohlen, aber die minimalen Versicherungsbedingungen sind obligatorisch)

Ausfall der Versicherungsleistung erwachsenden Schaden.⁵⁵ Es lebt somit nicht die Lohnfortzahlungspflicht wieder auf, die Arbeitnehmerin beziehungsweise der Arbeitnehmer hat vielmehr einen Anspruch auf den Ersatz der gesamten ausgefallenen Versicherungsleistung.⁵⁶

Koordination mit den obligatorischen Versicherungen (Art. 324b OR)

Wenn eine obligatorische Versicherung mindestens 80 Prozent des Lohns abdeckt, ist der Arbeitgeber von seiner Verpflichtung zur Lohnfortzahlung befreit. Er bleibt jedoch verpflichtet, allfällige Differenzen bis zu 80% auszugleichen und die Wartefrist zu decken.

Artikel 324b Absatz 1 OR sieht vor, dass der Arbeitgeber von seiner Lohnzahlungspflicht befreit ist, wenn «der Arbeitnehmer aufgrund einer gleichwertigen Bestimmung gegen die wirtschaftlichen Folgen einer unverschuldeten, aber aus Gründen, die in seiner Person liegen, bedingten Arbeitsverhinderung versichert ist». Diese Befreiung gilt nur, wenn die Versicherungsleistungen mindestens 80 Prozent des Lohns während des betreffenden Zeitraums abdecken. Zu denken ist dabei an Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung⁵⁷ (UVG) oder die Erwerbsersatzleistungen nach dem Bundesgesetz über den Erwerbsersatz⁵⁸ (Erwerbsersatzgesetz; EOG).

Ist eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift gegen die wirtschaftlichen Folgen unverschuldeter Arbeitsverhinderung aus Gründen, die in ihrer oder seiner Person liegen, obligatorisch versichert, so hat der Arbeitgeber den Lohn nicht zu entrichten, wenn die für die beschränkte Zeit geschuldeten Versicherungsleistungen mindestens 80 Prozent des darauf entfallenden Lohnes decken (Art. 324b Abs. 1 OR). Sind die Versicherungsleistungen geringer, so hat der Arbeitgeber die Differenz zwischen diesen und 80 Prozent des Lohnes zu entrichten (Art. 324b Abs. 2 OR). Nach Absatz 3 muss der Arbeitgeber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mindestens 80 Prozent des Lohns auch während einer allfälligen von der obligatorischen Versicherung vorgesehenen Wartefrist entrichten.⁵⁹

Die Verpflichtung des Arbeitgebers ist jedoch auf die Dauer des Lohnanspruchs der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach Artikel 324a Absatz 2 OR beschränkt. Es handelt sich

⁵⁵ BGE 127 III 318; BGer 5C.41/2001 vom 3.7.2001; 4C.230/2000 vom 10.11.2000.

⁵⁶ Siehe Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 24.13 S. 537, Schulthess 2011.

⁵⁷ [SR 832.20](#).

⁵⁸ [SR 834.1](#).

⁵⁹ Zum Beispiel werden die Taggelder der Unfallversicherung erst ab dem dritten Tag nach dem Unfall ausgezahlt (Art. 16 Abs. 2 UVG).

beispielsweise um eine Gesamtdauer von drei Wochen im ersten Dienstjahr oder um die verbleibende Dauer, wenn der Arbeitgeber gestützt auf Artikel 324a OR bereits Lohnzahlungen hat leisten müssen.

3 Krankentaggeldversicherung

3.1 Die Krankentaggeldversicherung nach KVG

3.1.1 Gesetzesgrundlagen

Die Taggeldversicherung nach KVG ist eine freiwillige Sozialversicherung, die Erwerbsausfälle im Krankheitsfall abdeckt. Alle zugelassenen Versicherer müssen sie Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren, die in der Schweiz wohnhaft sind oder eine Erwerbstätigkeit ausüben, anbieten, inklusive Aufnahmepflicht und Aufhebung allfälliger Vorbehalte spätestens nach fünf Jahren. Der versicherte Betrag kann frei vereinbart werden, es gibt keinen gesetzlichen Mindestbetrag. Im Falle einer Erwerbsunfähigkeit muss jedoch in einem Zeitraum von 900 Tagen eine Entschädigung von mindestens 720 Tagen gezahlt werden.

Die Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)⁶⁰ ist eine freiwillige Sozialversicherung, die das Risiko eines temporären Erwerbsausfalls aufgrund von Krankheit abdeckt. Der Krankheitsbegriff bezieht sich auf die Definition in Artikel 3 ATSG⁶¹. Die Taggeldversicherung wird im 3. Titel des KVG geregelt (Art. 67 ff.) und fällt unter das ATSG.

Jedes Versicherungsunternehmen mit Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung ist gemäss Artikel 5 Buchstabe h des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG)⁶² dazu verpflichtet, auch die Einzeltaggeldversicherung gemäss KVG durchzuführen. Die Taggeldversicherung stellt einen eigenen Versicherungszweig dar (Art. 1a Abs. 1 KVG). Sie muss nicht notwendigerweise beim gleichen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Art. 67 Abs. 2 KVG). Diese Versicherung kann von allen Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren abgeschlossen werden, die in der Schweiz wohnen oder arbeiten. Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, jede Antragstellerin und jeden Antragsteller aufzunehmen, wobei die Versicherungsvorbehalte gegenüber bestehenden Erkrankungen spätestens nach fünf Jahren aufgehoben werden.

Der Betrag des versicherten Taggeldes wird zwischen dem Versicherungsunternehmen und der Versicherungsnehmerin bzw. dem Versicherungsnehmer vereinbart (Art. 72 Abs. 1 KVG).

⁶⁰ [SR 832.10.](#)

⁶¹ Artikel 3 ATSG: «Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.»

⁶² [SR 832.12.](#)

Das Gesetz schreibt keinen Mindestbetrag vor. Die Versicherer sind somit nicht dazu verpflichtet, den Betroffenen einen Versicherungsschutz anzubieten, mit dem diese ihren im Krankheitsfall absehbaren Erwerbsausfall vollständig decken können.⁶³ Gemäss dem Gesetz haben die Versicherer jedoch nebst der Aufnahmepflicht noch weitere Bedingungen zu berücksichtigen: Bei voller Arbeitsunfähigkeit müssen die Versicherten in einem Zeitraum von 900 Tagen an mindestens 720 Tagen ein Taggeld erhalten (Art. 72 Abs. 3 KVG), und bei bestehenden Erkrankungen sind die Vorbehalte spätestens nach fünf Jahren hinfällig (Art. 69 Abs. 2 KVG). Ausserdem gibt es besondere Bestimmungen für Arbeitslose, für Schwangere⁶⁴ (Art. 74 KVG) sowie für Personen, die den Versicherer wechseln oder aus einer Kollektivversicherung aussteigen (Art. 70 f. KVG).

3.1.2 Einzel- und Kollektivtaggeldversicherung

Das KVG verpflichtet die Versicherer dazu, eine Einzeltaggeldversicherung anzubieten, erlaubt aber auch den Abschluss von Kollektivtaggeldversicherungen, insbesondere durch Arbeitgeber oder Berufsverbände. Die Bedingungen und Prämien variieren: Bei der Kollektivtaggeldversicherung werden die Leistungen in der Regel in Lohnprozenten festgelegt (häufig 80 %), während sie bei der Einzeltaggeldversicherung nach oben hin begrenzt sind.

Das KVAG verpflichtet die Sozialversicherer dazu, Einzeltaggeldversicherungen anzubieten (Art. 5 Bst. h KVAG), das KVG erlaubt aber auch Kollektivtaggeldversicherungen (Art. 67 Abs. 3 KVG). Letztere können von Arbeitgebern für ihre Angestellten sowie von Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- oder Berufsverbänden für ihre Mitglieder abgeschlossen werden. Die Prämien der Kollektivtaggeldversicherung unterscheiden sich häufig von denjenigen der Einzeltaggeldversicherung und werden dem Risiko des jeweiligen Kollektivs entsprechend berechnet (vgl. Art. 77 KVG).

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind bei der Kollektivtaggeldversicherung häufig anders ausgestaltet als bei der Einzeltaggeldversicherung. Bei Letzterer wird das Taggeld häufig auf einen bescheidenen Höchstbetrag begrenzt, bei der Kollektivtaggeldversicherung wird es meistens auf einen bestimmten Prozentsatz des effektiven Lohnes (in der Regel 80 %) festgelegt.⁶⁵ Gegebenenfalls wird der Höchstbetrag des versicherbaren Jahreslohnes in einem spezifischen Versicherungsvertrag (Police) vereinbart. Somit wird der Grundsatz der

⁶³ Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2e édition, ch. 1101 ; ATF 126 V 490, 495 consid. 2b.

⁶⁴ Siehe Kapitel 5.1.2 zweiter Absatz.

⁶⁵ Die Taggelder der Einzelversicherung können auf https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/u0KTDKNFEtza/Primes%20de%20l'assurance%20individuelle%20facultative%20indemnit%C3%A9s%20journali%C3%A8res%20avec%20couverture%20accident%202026_.pdf miteinander verglichen werden: Je nach Versicherer, Eintrittsalter und Wartefrist variiert der Betrag zwischen 10 und 834 Franken, einige Versicherer bieten sogar einen unbegrenzten Betrag an. Die Prämien der Kollektivversicherung werden nicht veröffentlicht.

Gleichbehandlung⁶⁶ im Sinne von Artikel 109 der Verordnung über die Krankenversicherung⁶⁷ (KVV) in der Einzeltaggeldversicherung und innerhalb eines jeden Kollektivtaggeldversicherungsvertrags berücksichtigt, nicht jedoch im Vergleich zwischen der Einzel- und der Kollektivtaggeldversicherung.

3.1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Jeder Versicherer kann in seinen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), deren rechtlicher Rahmen durch das KVG vorgegeben ist, spezifische Ausnahmen festlegen. Diese AVB sind für die versicherte Person nur verbindlich, wenn sie im Versicherungsvertrag ausdrücklich erwähnt werden.

Im Rahmen der zwingenden gesetzlichen Bestimmungen des KVG kann jedes Versicherungsunternehmen in seinen AVB spezifische Änderungen vornehmen. Die Versicherer können in den AVB die Beträge ihrer Leistungen, die Vorbehalte gegenüber bestehenden Erkrankungen sowie die für den administrativen Vollzug der Taggeldversicherung erforderliche Regelung festlegen. Für die versicherte Person ist der Inhalt der AVB jedoch nur verbindlich, wenn diese in ihrem Versicherungsvertrag erwähnt werden und sie den gesetzlichen Vorgaben nach KVG entsprechen. Diese Regel gilt auch für jegliche Änderung des Versicherungsvertrags oder der AVB. Die einseitige Änderung des Vertrags ist nur möglich, wenn die AVB eine Änderungsklausel enthalten.

Das Taggeld bei Mutterschaft ist gedeckt, sofern die Versicherung mindestens 270 Tage und ohne einen Unterbruch des Versicherungsschutzes von mehr als drei Monaten vor der Entbindung abgeschlossen worden ist (Art. 74 KVG). Die genauen Modalitäten und die Dauer der Leistungen können ausserhalb des in Artikel 74 KVG festgelegten Rahmens variieren. Bei Vorerkrankungen können die Erhebung von Vorbehalten sowie deren Dauer und Umfang aufgrund der restriktiveren oder liberaleren Praxis des jeweiligen Versicherungsunternehmens variieren, sie sind jedoch auf die gesetzliche Höchstdauer von fünf Jahren begrenzt (Art. 69 KVG).

Tritt eine Person aus einem Kollektivtaggeldversicherungsvertrag aus, so hat sie das Recht, zu einer Einzeltaggeldversicherung mit denselben Bedingungen bezüglich der Leistungen und der Vorbehalte zu wechseln. Das Versicherungsunternehmen darf bei einem Übertritt keine neuen Vorbehalte gegenüber den bisherigen versicherten Leistungen anbringen, sofern die versicherte Person nicht höhere Leistungen versichert (Art. 71 Abs. 1 KVG).

⁶⁶ Prinzip, das ohne ungerechtfertigte Unterscheidung allen Personen den gleichen Zugang zu Sozialleistungen garantiert; siehe Artikel 8 und 35 BV ([SR 101](#)).

⁶⁷ [SR 832.102](#); Artikel 109 KVV: «Jede Person, welche die Voraussetzungen von Artikel 67 Absatz 1 KVG erfüllt, kann zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung entsteht.»

3.1.4 Versicherungsprämien

Bei der Einzelversicherung hängt die Prämie vom versicherten Betrag, vom Alter und gegebenenfalls von der Region ab. Bei der Kollektivversicherung können die Versicherungsunternehmen die Prämien je nach Risiko und Schadenverlauf anpassen, sofern die jeweilige Versicherung finanziell unabhängig ist.

Bei der Einzeltaggeldversicherung hängt die Prämie vom versicherten Taggeld, vom Eintrittsalter und gegebenenfalls von der Region ab (Art. 76 Abs. 3 KVG). Das BAG muss die Prämientarife der Einzeltaggeldversicherung genehmigen (Art. 16 Abs. 1 KVAG). Wartefristen führen zu einer Kürzung der Prämie (Art. 76 Abs. 2 KVG). In der Kollektivtaggeldversicherung können die Versicherer Prämien verrechnen, die von jenen der Einzelversicherung abweichen (Art. 77 1. Satz KVG). Die Tarife der Kollektivtaggeldversicherung werden vom BAG nicht genehmigt. Der Versicherer hat sie jedoch so festzulegen, dass die Kollektivtaggeldversicherung des entsprechenden Versicherers als Ganzes mindestens selbsttragend ist (Art. 77 2. Satz KVG). Das bedeutet, dass die Prämien als ausreichend gelten, wenn sie die Kosten decken und damit eine Combined Ratio⁶⁸ von höchstens 100 Prozent erreichen. Gewinne aus der Einzeltaggeldversicherung dürfen keine Verluste in der Kollektivtaggeldversicherung ausgleichen. Umgekehrt ist es zulässig, dass Gewinne aus der Kollektivtaggeldversicherung Verluste aus dem Geschäft mit Einzeltaggeldversicherungen auffangen, da die Einzeltaggeldversicherung bedingt durch das Übertrittsrecht höhere Risiken trägt. Nach Artikel 25 Absatz 4 Verordnung vom 18. November 2015 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung⁶⁹ (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV) – anwendbar auf die freiwillige Einzeltaggeldversicherung nach Artikel 29 KVAV – dürfen auch Kapitalerträge berücksichtigt werden.

Das Recht auf Versicherungsleistungen erlischt in dem Moment, in dem das Versicherungsverhältnis endet. Das Taggeld wird erst ausgezahlt, wenn die Prämie für den entsprechenden Zeitraum gezahlt worden ist. Infolgedessen muss auch bei der Einzelversicherung die Prämie während der Bezugsdauer des versicherten Taggeldes gezahlt werden, da hier die versicherte Person ihre Prämie selbst bezahlt. Da bei der Kollektivtaggeldversicherung die Prämie auf der Grundlage der AHV-pflichtigen Lohnsumme des Unternehmens erhoben wird, wird das Taggeld so lange ausbezahlt, wie die berechnete Person Teil des versicherten Kollektivs ist. Bei einem Austritt aus dem Betrieb und damit auch aus der Kollektivtaggeldversicherung

⁶⁸ Die Combined Ratio ist eine Kennzahl, welche das Verhältnis der gesamten Aufwendungen einer Versicherung zu den Prämien abbildet. Sie setzt sich aus den Leistungsaufwendungen sowie den Verwaltungs- und Abschlusskosten im Verhältnis zu den Prämieinnahmen zusammen. Eine Combined Ratio von 100% bedeutet, dass die Prämieinnahmen die Kosten vollständig decken und weder ein Gewinn noch ein Verlust entsteht.

⁶⁹ [SR 832.121](#).

hat die versicherte Person jedoch ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung des Versichers, wodurch sie oder er seinen oder ihren Leistungsanspruch gegen Zahlung der entsprechenden Einzelprämie aufrechterhalten kann (Art. 71 KVG).

3.1.5 Koordination der Leistungen mit anderen Versicherungen

Die Taggelder nach KVG können nicht frei mit anderen Erwerbsersatzleistungen (z. B. Unfallversicherung) kumuliert werden. Der während der Arbeitsunfähigkeit erhaltene Gesamtbetrag darf das vor der Krankheit erzielte Einkommen nicht überschreiten.

Für die Koordination der Leistungen mit anderen Sozialversicherungen gelten die Bestimmungen des ATSG. Aufgrund des Prinzips, demzufolge das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen derselben Art mit demselben Ziel nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen darf (Art. 69 Abs. 1 ATSG), können die Taggelder nach KVG nicht frei mit anderen Erwerbsersatzleistungen kumuliert werden. Sie sind subsidiär zu anderen Sozialversicherungen wie der Unfallversicherung nach UVG oder der Invalidenversicherung nach IVG (Art. 110 KVV). Das während der Arbeitsunfähigkeit erhaltene Gesamteinkommen darf das Einkommen von vor der Krankheit nicht überschreiten (Art. 69 Abs. 2 ATSG).

Bei einem Unfall hat die Unfallversicherung Vorrang. Bei Krankheit können die Taggelder gemäss den geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit anderen (privaten oder kollektiven) Erwerbsausfallversicherungen koordiniert werden. Wird eine IV-Rente ausbezahlt, so können die Leistungen gekürzt oder gestrichen werden. Zu guter Letzt enden die Taggelder in der Regel mit dem Erreichen des AHV-Alters.

Bei Überentschädigung erfolgt die Leistungskürzung in der Regel bei der Taggeldversicherung nach VVG, sofern die AVB dies vorsehen (siehe auch Kap. 3.2.6 unten). Wenn zwei Krankentaggeldversicherungen nebeneinander bestehen (KVG und VVG), wird die Kürzung bei der Versicherung nach VVG vorgenommen, während die Entschädigung vonseiten der Versicherung nach KVG vollständig ausbezahlt wird. Die Leistungen nach KVG werden beibehalten, solange das Recht auf gesetzliche Leistungen weiterhin besteht.

Jedes Versicherungsunternehmen kann in den AVB seine eigenen Koordinationsregeln vorsehen (Kumulierungs-, Kürzungs- oder Subsidiaritätsklauseln), die einzeln geprüft werden müssen. Diese Vorschriften dürfen jedoch nicht vom Grundprinzip der Nicht-Überentschädigung abweichen.

3.2 Die Krankentaggeldversicherung nach VVG

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG stellt in der Schweiz eine bedeutende Säule zur Absicherung des Einkommensausfalls bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Mutterschaft beziehungsweise Vaterschaft dar. Sie ermöglicht es sowohl Einzelpersonen als auch Unternehmen, finanzielle Risiken zu minimieren und somit die wirtschaftliche Stabilität zu gewährleisten.

In der Schweiz wird die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG von rund 30 privaten Versicherungsgesellschaften, Krankenversicherern oder Krankenkassen angeboten. Sie unterliegt der Aufsicht durch die FINMA, welche die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere den Schutz der Versicherten vor Missbräuchen) und die finanzielle Stabilität der Anbieter überwacht.

Das Prämien- und Schadenvolumen im Bereich der freiwilligen Krankentaggeldversicherung nach VVG sind Indikator für die Marktbedeutung dieses Versicherungssegments. Laut dem Versicherungsreport der FINMA⁷⁰ betrugen die Prämieinnahmen der Anbieter von Krankentaggeldversicherungen nach VVG im Jahr 2024 rund 5,8 Milliarden Schweizer Franken, wobei die Einzeltaggeldversicherung nach VVG lediglich 61,3 Millionen Schweizer Franken ausgemacht hat. Die Zahlungen der Versicherungsunternehmen für Schadenfälle beliefen sich im Jahr 2024 auf rund 4,8 Milliarden Schweizer Franken, wovon 58,0 Millionen Schweizer Franken aus der Einzeltaggeldversicherung.

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG richtet sich an verschiedene Zielgruppen:

- **Einzelpersonen:** Selbstständigerwerbende oder Erwerbstätige, die die Lücken des Schutzes durch Artikel 324a OR decken wollen, können durch den Abschluss einer Einzeltaggeldversicherung ihr Einkommen bei Krankheit absichern.
- **Unternehmen:** Arbeitgeber können für ihre Mitarbeitenden eine kollektive Krankentaggeldversicherung abschliessen, um im Krankheitsfall die Lohnfortzahlung sicherzustellen und somit ihre Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen und das wirtschaftliche Risiko bei krankheitsbedingten Abwesenheiten der Mitarbeitenden für das Unternehmen abzufedern. Die meisten Gesamtarbeitsverträge schreiben zudem den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung vor.

⁷⁰ Gestützt auf Artikel 25 Absatz 5 Buchstabe c VAG veröffentlicht die FINMA jährlich aufgrund der Berichterstattungen der Versicherungsunternehmen einen Bericht über den Schweizer Versicherungsmarkt (Im Internet abrufbar unter: <https://vrep.finma.ch/reports/de/detail/REP10>).

Durch den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung wird somit nicht nur das finanzielle Risiko bei Arbeitsunfähigkeit reduziert, sondern auch die soziale Absicherung der Arbeitnehmenden beziehungsweise Selbständigerwerbenden gestärkt.

3.2.1 Gesetzesgrundlagen

Die Ausgestaltung der freiwilligen Krankentaggeldversicherung unterliegt den einschlägigen Bestimmungen des VVG. Es besteht aber weitgehend Vertragsfreiheit; ergänzend sind das KVG und OR von Bedeutung.

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung stützt sich primär auf das VVG, welches generell die vertraglichen Beziehungen zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten regelt. Spezifische Bestimmungen zur Krankentaggeld- beziehungsweise Kollektivversicherung sind im VVG in den Artikeln 3 Absatz 3 (Informationspflicht des Arbeitgebers), 35a (ordentliche Kündigung), 35c (Hängige Versicherungsfälle), 46 (Verjährung und Befristung), 95a (Kollektive Unfall- und Krankenversicherung; Forderungsrecht des Begünstigten) und 100 Absatz 2 (Übertrittsrecht für Arbeitslose) vorzufinden.

Ergänzend dazu sind das KVG und das OR zu beachten, insbesondere die Bestimmungen zur Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers(siehe hierzu Kap. 2.2.2 , oben).

3.2.2 Einzel- und Kollektivtaggeldversicherung

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG kann entweder individuell oder kollektiv abgeschlossen werden. Diese Versicherung ist nicht als Sozialversicherung ausgestaltet und stellt auch keine Zusatzversicherung zur OKP dar. Einzelversicherungen richten sich insbesondere an Erwerbstätige ohne Schutz durch den Arbeitgeber und erfordern eine Gesundheitsprüfung. Kollektivversicherungen werden von Unternehmen für ihre Mitarbeitenden abgeschlossen. Für sie gelten vereinfachte Aufnahmebedingungen und einheitliche Prämien. Auch Selbstständigerwerbende werden bei den meisten Versicherungsunternehmen über das Kollektiv versichert.

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG dient dazu, den Einkommensausfall infolge einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit aufzufangen. Sie umfasst zwei Hauptvarianten, die auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten sind: Einzeltaggeldversicherungen für Privatpersonen und kollektive Lösungen für Unternehmen.

Einzeltaggeldversicherung

Die Einzeltaggeldversicherung ist besonders relevant für selbstständig Erwerbstätige und Arbeitnehmende, die Verbesserungen zum Lohnfortzahlungsschutz nach OR anstreben (siehe Kap. 2.2.2, oben). Die versicherte Person schliesst die Versicherung direkt bei einer Versicherungsgesellschaft ab. Das Versicherungsunternehmen führt eine individuelle Gesundheitsprüfung durch, um das Risiko zu bewerten.

Die Prämienhöhe richtet sich unter anderem nach Alter und gewünschtem Leistungsumfang sowie gegebenenfalls nach Geschlecht, Beruf und Gesundheitszustand. Die versicherte Person kann die Deckung individuell anpassen, beispielsweise durch die Wahl der Wartefrist oder der maximalen Leistungsdauer.

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Bei der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG handelt es sich um eine selbstständige, umfassende Versicherung, die den Arbeitgeber gegen den Schaden versichert, welcher ihm im Falle eines krankheitsbedingten Ausfalls seiner Angestellten entstehen kann. Es handelt sich um eine freiwillige Privatversicherung.

Die kollektive Krankentaggeldversicherung wird von Unternehmen abgeschlossen, um die Lohnfortzahlung an ihre Mitarbeitenden bei Krankheit sicherzustellen. Diese Versicherung dient dazu, bei Erkrankung von Mitarbeitenden die wirtschaftliche Belastung des Arbeitgebers zu reduzieren und gleichzeitig den Arbeitnehmenden ein finanzielles Sicherheitsnetz zu bieten. Besonders in Branchen mit erhöhtem Krankheitsrisiko oder einer hohen Personalfluktuations ist diese Absicherung von Bedeutung.

Der Arbeitgeber schliesst die Versicherung für alle Mitarbeitenden ab. Eine individuelle Gesundheitsprüfung entfällt in der Regel, sofern eine Mindestanzahl an Arbeitnehmenden vorhanden ist (im einstelligen Bereich, abhängig je nach Versicherungsunternehmen). Für angestellte Geschäftsinhaber (z.B. Gesellschafter oder Geschäftsführer einer GmbH) verlangen die Anbieter von Krankentaggeldversicherungen je nach Versicherungsmodell eine Gesundheitsprüfung (z.B. bei Summenversicherung⁷¹). Auch Selbständigerwerbende sind in der Regel über die Kollektivversicherung mitversichert. Sie unterliegen jedoch einer Gesundheitsprüfung und werden namentlich im Vertrag aufgeführt. Da für sie ein abweichender – altersabhängiger – Tarif gilt, werden sie separat von den Arbeitnehmenden geführt.

⁷¹ Eine Summenversicherung ist eine Versicherungsform, bei der im Versicherungsfall eine vertraglich festgelegte Pauschalsumme unabhängig vom tatsächlichen Schaden ausgezahlt wird. Sie unterscheidet sich von der Schadensversicherung, wo die Leistung exakt den nachweisbaren Vermögensschaden deckt. Typische Beispiele sind Krankentaggeld-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen, bei denen nur der Eintritt des Ereignisses (z. B. Arbeitsunfähigkeit) nachzuweisen ist.

Die Prämien sind standardisiert und richten sich nach Faktoren wie Unternehmensbranche, Lohnsumme und betriebsindividuellem Schadenverlauf. Mitarbeitende profitieren in der Regel von einer sofortigen Versicherungsdeckung ohne Gesundheitsprüfung, was insbesondere für Personen mit Vorerkrankungen vorteilhaft ist. Für aus einem Betrieb ausscheidende Mitarbeitende besteht grundsätzlich die Möglichkeit, innerhalb einer bestimmten Frist in eine Einzeltaggeldversicherung zu wechseln (Freizügigkeitsrecht).

Während die Einzeltaggeldversicherung individuell auf die Bedürfnisse der versicherten Person zugeschnitten werden kann, bietet die Kollektivlösung vereinfachte Aufnahmebedingungen und günstigere Prämien.

Unterschiede zwischen Einzel- und Kollektivtaggeldversicherung

Einzel- und Kollektivtaggeldversicherungen unterscheiden sich in mehreren Punkten:

Kriterium	Einzeltaggeldversicherung	Kollektivtaggeldversicherung
Versicherungsnehmer	Einzelpersonen	Arbeitgeber für ihre Mitarbeitenden, Selbständigerwerbende
Gesundheitsprüfung	Erforderlich vor Vertragsabschluss (ausser in Fällen, in denen das Freizügigkeitsabkommen ⁷⁶ zum Tragen kommt oder sonst ein Übertrittsrecht aus der Kollektivversicherung besteht)	In der Regel keine Gesundheitsprüfung für Mitarbeitende, jedoch für Selbständigerwerbende
Prämienberechnung	Individuelle Prämie je nach Risiko aufgrund des genehmigten Tarifs	Einheitliche Prämie für die ganze Belegschaft, wenn der Arbeitgeber Mischsätze wählt In KMU kommen teilweise für Frauen und Männer unterschiedliche Sätze zur Anwendung
Wartefrist	Flexibel wählbar	Wählbar, aber standardisiert für alle Mitarbeitenden Selbständigerwerbende mit eigenem Tarif
Versicherungspflicht	Freiwillig	Freiwillig, aber oft Bestandteil des Arbeitsvertrags oder seitens GAV vorgeschrieben
Freizügigkeitsrecht	In der Regel nicht anwendbar	Mitarbeitende können beim Austritt in der Regel in eine Einzelversicherung wechseln Selbständigerwerbende sind vom Freizügigkeitsabkommen ausgenommen

Tabelle 3: Eine Krankentaggeldversicherung kann individuell oder kollektiv abgeschlossen werden. Beide Modelle unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf Eintritt, Prämien und Flexibilität.

3.2.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die AVB regeln die Details der freiwilligen Krankentaggeldversicherung nach VVG. Sie definieren den versicherten Leistungsumfang, die Wartefrist, mögliche Ausschlüsse

sowie die Vertragsdauer und Kündigungsmodalitäten. Je nach Versicherungsunternehmen und Versicherungsform (Einzel oder Kollektiv) können die Bedingungen stark variieren und individuell angepasst werden.

Die AVB regeln die Details der freiwilligen Krankentaggeldversicherung nach VVG. Vorbehaltlich abweichender Bestimmungen im Versicherungsvertrag bestimmen sie die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien und umfassen unter anderem die versicherten Risiken, den Leistungsumfang, die Prämienfestsetzung sowie die Kündigungsmodalitäten. Obwohl die genauen Inhalte je nach Versicherungsunternehmen variieren, gibt es eine Reihe von typischen Merkmalen, die bei den meisten Krankentaggeldversicherungen zu finden sind.

Versicherte Risiken und Leistungsumfang

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach VVG deckt primär den Einkommensausfall infolge Krankheit gemäss Artikel 3 ATSG. Sie kann auch auf andere Risiken ausgedehnt werden, darunter:

- **Unfall:** In der Einzeltaggeldversicherung, falls keine separate Unfallversicherung besteht oder falls eine erweiterte Deckung gewünscht wird.
- **Mutterschaft:** Je nach Versicherungsunternehmen kann in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG ein ergänzendes Krankentaggeld (höhere Leistungen; längere Dauer) während der Mutterschaftszeit vereinbart werden. Teilweise bieten Versicherungsgesellschaften auch eine über die Entschädigung nach EOG hinausgehende Versicherung für den anderen Elternteil an.

Die versicherten Personen erhalten während der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ein tägliches Taggeld, das als Ersatz für den ausfallenden Lohn dient. Der Betrag orientiert sich meist am versicherten Lohn und wird in der Regel in Prozenten des Bruttogehalts (z.B. 80% des versicherten Bruttolohns) angegeben. Die maximale Leistungsdauer beträgt gemäss branchenüblichen Standards häufig 720 oder 730 Tage abzüglich der im Versicherungsvertrag vereinbarten Wartefrist. Oft ist eine allgemeine Klausel vorgesehen, wonach aus dem Leistungsbezug der Arbeitnehmerin beziehungsweise dem Arbeitnehmer kein Gewinn entstehen darf. Die Versicherungsbedingungen halten ferner in der Regel fest, ab welchem Grad an Arbeitsunfähigkeit ein (dem Grad entsprechendes) Taggeld ausbezahlt wird (zum Beispiel ab 25%), und ab welchem die volle Taggeldhöhe geleistet wird (zum Beispiel ab 75%).

Viele Versicherer bieten in der Einzeltaggeldversicherung nach VVG zusätzliche Optionen an, um die Krankentaggeldversicherung an die individuellen Bedürfnisse anzupassen:

- **Option auf garantierte Weiterführung:** Versicherte Personen können die Police bei Änderungen ihrer beruflichen Situation anpassen, z. B. Erhöhung des Taggeldes: Möglichkeit, die versicherte Summe anzupassen.
- **Unfalltaggeld-Integration:** Falls keine separate Unfallversicherung besteht, kann das Taggeld für Unfallfälle mitversichert werden.

Wartefrist

Die Wartefrist bezeichnet den Zeitraum zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem erstmaligen Bezug einer Leistung (Taggeld) aus der Krankentaggeldversicherung. Je nach Vereinbarung kann die Wartefrist unterschiedlich lang ausfallen:

- **Kurz (0–14 Tage):** Höhere Prämien, aber schnellere Leistungsauszahlung.
- **Mittel (30–60 Tage):** Oft gewählter Kompromiss zwischen Prämienhöhe und Wartezeit.
- **Lang (90 Tage oder mehr):** Geringere Prämien, jedoch längere Phase ohne Einkommensersatz.

Gibt es keine anderweitige schriftliche Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien oder einen NAV bzw. GAV, muss während der Wartefrist im Rahmen der Lohnfortzahlungspflicht 100% des bisherigen (Netto-) Lohns weiterbezahlt werden. Durch schriftliche Abrede, d.h. arbeitsvertraglich kann die Lohnfortzahlung während der Wartefrist auf 80% des Lohnes eingeschränkt werden.

Ausschlüsse und Einschränkungen

Je nach Versicherer sind in der Einzel- beziehungsweise in der Kollektivtaggeldversicherung nach VVG für Personen, für welche eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist, gewisse Risiken oder Krankheitsbilder ausgeschlossen oder nur unter besonderen Bedingungen versicherbar. Häufige Ausschlüsse oder Einschränkungen umfassen:

- **Vorerkrankungen**, die bereits bei Versicherungsbeginn bestanden haben, kann ein Vorbehalt angebracht werden. Dieser kann befristet sein.
- **Selbstverschuldete Krankheiten** (z. B. infolge von Alkohol- oder Drogenmissbrauch).

- **Erkrankungen infolge von Straftaten** (z.B. Raufereien oder Schlägereien), während des Strafvollzugs (z.B. Krankheiten während der Verbüßung einer Freiheitsstrafe, im Strafvollzug oder während einer gerichtlich angeordneten Massnahme nach StGB) **oder grober Fahrlässigkeit**.

Dauer und Kündigung des Versicherungsvertrags

Die Krankentaggeldversicherung nach VVG wird in der Regel mit einer Mindestlaufzeit abgeschlossen. Diese beträgt im Einzeltaggeld in der Regel ein Jahr, in der Kollektivversicherung drei Jahre. Nach Ablauf der Mindestlaufzeit gelten unterschiedliche Kündigungsfristen:

- **Einzeltaggeldversicherung:** Versicherte können mit einer Frist von höchstens drei Monaten auf das Ende jedes Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Nur der Versicherungsnehmer kann kündigen, der Versicherer nicht (siehe Art. 35a Abs. 4 VVG).
- **Kollektivtaggeldversicherung:** Der Arbeitgeber kann den Vertrag ebenfalls mit einer vertraglich festgelegten Frist von höchstens drei Monaten kündigen. Mitarbeitende haben nach dem Freizügigkeitsabkommen⁷⁶ (siehe Kap. 3.2.5, unten) bei Ausscheiden aus dem Versicherungsvertrag in der Regel die Möglichkeit, in eine Einzeltaggeldversicherung zu wechseln. Im Gegensatz zur Einzeltaggeldversicherung steht das ordentliche Kündigungsrecht nach Artikel 35a Absatz 4 VVG sowohl der Versicherungsnehmer als auch dem Versicherungsunternehmen zu (siehe Art. 35a Abs. 4 VVG).

3.2.4 Versicherungsprämien

Die Prämien in der Krankentaggeldversicherung nach VVG basieren auf einer Vielzahl von Faktoren. Während die Einzeltaggeldversicherung auf Basis der individuellen Risikomerkmale berechnet wird und eine Gesundheitsprüfung erfordert, profitieren Unternehmen in der Kollektivversicherung von vereinfachten Aufnahmebedingungen und standardisierten Tarifen. Entscheidend für die Prämienhöhe sind die versicherte Lohnsumme, das berufliche Risiko, die betriebliche Schadenerfahrung über mehrere Jahre und die gewählten Leistungsparameter, insbesondere die gewählte Wartefrist.

Die Prämien für die freiwillige Krankentaggeldversicherung werden von den Versicherern auf Basis verschiedener Faktoren kalkuliert. Gemäss einem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 25. Mai 2007⁷² gilt die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG nicht als

⁷² B-1298/2006 (Im Internet abrufbar unter: https://entscheidsuche.ch/view/CH_BVGE_001_B-1298-2006_2007-05-25).

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe r des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 2004 über die Aufsicht über Versicherungsunternehmen⁷³ (Versicherungsaufsichtsgesetz; VAG) und unterliegt damit nicht der präventiven Tarifkontrolle durch die FINMA. Dennoch gibt es regulatorische Vorgaben, insbesondere im FINMA-RS 10/3 „Krankenversicherung nach VVG“⁷⁴, welche für Kollektivtaggeldversicherungen massgebend sind (Rz 58 bis 62 und 74). Diese betreffen insbesondere die Einteilung in Tarifklassen und die Erfahrungstarifizierung (Art. 157 i.V.m. Art. 123 Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen⁷⁵; [AVO]). In der Einzeltaggeldversicherung prüft die FINMA aufgrund der Tarifberechnungen, welche ihr die Versicherungsunternehmen vorlegen, ob sich die Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet (vgl. Art. 38 Abs. 1 VAG).

Die Prämien der Krankentaggeldversicherung nach VVG basieren insbesondere auf den folgenden drei Hauptfaktoren: der versicherten Lohnsumme, dem Risikoprofil der versicherten Personen sowie den gewählten Vertragsbedingungen wie zum Beispiel der vereinbarten Wartezeit.

Versicherte Lohnsumme

Einzeltaggeldversicherung: Die Höhe der Prämie der Krankentaggeldversicherung nach VVG orientiert sich in erster Linie an der AHV-pflichtigen Lohnsumme, die versichert wird. In der Regel beträgt das versicherte Taggeld zwischen 50 und 80 Prozent des AHV-pflichtigen Lohnes. Die Versicherungsunternehmen setzen zudem häufig eine Maximalgrenze für die versicherte Lohnsumme pro Jahr fest.

- **Beispiel:** Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer verdient 80'000 Schweizer Franken pro Jahr und hat eine Deckung von 80 Prozent des AHV-pflichtigen Lohnes. Dies entspricht einer maximalen jährlichen Versicherungsleistung von 64'000 Schweizer Franken. Die monatliche Prämie wird in der Einzeltaggeldversicherung anhand dieser Summe berechnet.

In der **Kollektivtaggeldversicherung** wird die gesamte Lohnsumme des Unternehmens als Berechnungsbasis herangezogen. Die Prämien fallen deshalb in der Regel günstiger aus als

⁷³ [SR 961.01](#).

⁷⁴ Rundschreiben 2010/3 der FINMA vom 18. März 2010 «Krankenversicherung nach VVG / Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung und Spezialfragen der privaten Krankenversicherung» (auf der Homepage der FINMA abrufbar unter: [finma-rs-2010-03-20210506.pdf](#)).

⁷⁵ [SR 961.011](#).

in der Einzeltaggeldversicherung, da das Risiko über eine grössere Gruppe verteilt wird. Versichert wird mindestens 80 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens.

Risikoprofil der versicherten Personen

Die Prämienhöhe variiert zudem aufgrund verschiedener Faktoren. Bei der Einzeltaggeldversicherung wird das individuelle Risiko bewertet, während bei der Kollektivversicherung i.d.R. eine standardisierte Prämie für alle Versicherten eines Unternehmens gilt. Zu beachten sind auch die einschlägigen Bestimmungen des FINMA-RS 10/3 „Krankenversicherung nach VVG“.

- **Berufliche Tätigkeit:** Versicherer unterscheiden zwischen risikoarmen und risikoreichen Branchen. Je höher das Krankheitsrisiko in einem Beruf, desto höher die Prämie. In der Kollektivversicherung kann auch die betriebsindividuelle Schadenerfahrung über mehrere Jahre eine Rolle spielen.
- **Alter:** Ältere Versicherte weisen in der Regel ein höheres Krankheitsrisiko auf, weshalb in der Einzeltaggeldversicherung Prämien in höheren Altersklassen steigen. Das Alter wird in der Kollektivtaggeldversicherung in der Regel nicht zur Berechnung der Prämie herangezogen.
- **Geschlecht:** Statistisch gesehen haben Frauen tendenziell ein höheres Krankheitsrisiko als Männer, was sich in der Einzeltaggeldversicherung in leicht höheren Prämien widerspiegeln kann. In der Kollektivversicherung wird heute zunehmend auf geschlechterspezifische Prämien verzichtet und Mischsätze angewendet, sofern seitens des Arbeitgebers nicht explizit geschlechterspezifische Prämien nachgefragt werden.
- **Gesundheitszustand:** In der Einzeltaggeldversicherung muss die versicherte Person eine Gesundheitsprüfung durchlaufen. Personen mit Vorerkrankungen oder chronischen Leiden können entweder eine höhere Prämie zahlen, sofern das Tarifwerk diese Möglichkeit vorsieht, oder erhalten Vorbehalte/Ausschlüsse. In der Kollektivtaggeldversicherung gibt es in der Regel keine Gesundheitsprüfung, mit Ausnahme von kleinen Unternehmen.
- **In der Kollektivversicherung** können zudem weitere Faktoren eine Rolle spielen, so etwas der bisherige Schadenverlauf in der Regel über mehrere Jahre hinweg betrachtet, die Betriebsgrösse und die absolute Prämienhöhe, der Verbund mit anderen Betrieben, das betriebliche Gesundheitsmanagement, die Gestaltung der Überschussbeteiligung, etc. Massgebend in der Prämiengestaltung ist, dass die Prämie risikogerecht ausgestaltet ist und in einem angemessenen Verhältnis zur versprochenen Versicherungsleistung steht.

Leistungsparameter der Versicherung

Die gewählten Vertragsbedingungen beeinflussen die Prämienhöhe erheblich. Folgende Faktoren spielen eine zentrale Rolle:

- **Wartefrist:** Je kürzer die Wartefrist, desto höher die Prämie, da die Versicherung früher mit Zahlungen beginnen muss. Typische Wartefristen sind 14, 30, 60 oder 90 Tage. Unternehmen wählen oft eine 30- bis 60-tägige Wartefrist, um die Kosten im Rahmen zu halten. Dies erfüllt in der Regel auch die Anforderungen der Gesamtarbeitsverträge.
- **Maximale Leistungsdauer:** Die Versicherung zahlt Taggelder üblicherweise für maximal 720 bis 730 Tage bei BVG-Koordination. Kürzere Leistungszeiträume in der Einzeltaggeldversicherung führen zu günstigeren Prämien.
- **Zusätzliche Deckungen:** Wird die Versicherung auf Unfälle (nur für Einzeltaggeldversicherung) oder Mutterschaft beziehungsweise Versicherung des anderen Elternteils (im Kollektiv jeweils in Ergänzung beziehungsweise Ausweitung zu den Leistungen gemäss EOG) ausgeweitet, steigen die Prämien entsprechend.

3.2.5 Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeldversicherern

Das Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern (FZA)⁷⁶ erleichtert den nahtlosen Übergang zwischen Kollektivtaggeldversicherungen bei einem Arbeitgeber- oder Versichererwechsel. Es schützt Versicherte vor neuen Vorbehalten und regelt die Übernahme laufender Schadenfälle unter bestimmten Bedingungen.

Zweck des Freizügigkeitsabkommens: Das Freizügigkeitsabkommen im Bereich der Krankentaggeldversicherung nach VVG wurde zwischen dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) und santésuisse ausgearbeitet. Es zielt darauf ab, den nahtlosen Übergang von Versicherten zwischen verschiedenen Kollektivkrankentaggeldversicherungen zu gewährleisten, insbesondere bei einem Wechsel des Arbeitgebers oder des Versicherers. Dadurch sollen administrative Aufwände reduziert und unzumutbare Härten für Versicherte vermieden werden. Dem Abkommen können sämtliche in der Schweiz tätigen Krankentaggeldversicherer (nach KVG und VVG) beitreten. Der SVV führt auf seiner Homepage eine jeweils aktuelle Liste der dem Freizügigkeitsabkommen beigetretenen Versicherer.

⁷⁶ Freizügigkeitsabkommen vom 1. Januar 2006 zwischen dem SVV und santésuisse zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung. Im Internet abrufbar unter: https://svv.ch/sites/default/files/media/documents/2017-11/Freizuegigkeitsabkommen_d.pdf.

Inhalt des Freizügigkeitsabkommens: Das Abkommen regelt folgende zentrale Punkte:

- **Anwendungsbereich:** Es findet Anwendung auf Kollektivtaggeldverträge nach VVG und KVG und bezweckt insbesondere die Regelung des Übertritts einzelner versicherter Personen von einer Kollektivtaggeldversicherung in eine andere oder beim Übergang von Versichertenbeständen zwischen den dem Abkommen beigetretenen Versicherern. Zudem gilt es auch für den Übertritt einer einzelnen versicherten Person aus einer Einzeltaggeldversicherung in eine Kollektivtaggeldversicherung, sofern die betroffene Person bereits vorher aufgrund eines Übertrittsrechts von einer Kollektivversicherung in die Einzeltaggeldversicherung gewechselt war.
- **Übertrittsbedingungen:** Anbieter von Krankentaggeldversicherungen verpflichten sich, bisherigen Versicherten den beim neuen Versicherer vorgesehenen Versicherungsschutz ohne neue Versicherungsvorbehalte zu gewähren, sofern keine Erhöhung des Taggeldes, Verlängerung der Leistungsdauer oder Verkürzung der Wartefrist erfolgt. Vorbehalte oder Ausschlüsse aus dem vorherigen Versicherungsvertrag können jedoch übernommen werden. Sieht der neue Versicherer eine Abstufung der Prämie nach Eintrittsalter vor, so wird das beim Vorversicherer gültige Alter übernommen.
- **Übertrittsbedingungen bei laufenden Schadenfällen:** Auch nicht voll arbeitsfähige Personen müssen im Umfang ihrer bestehenden Arbeitsfähigkeit beim neuen Versicherer aufgenommen werden, sofern sie in einem arbeitsvertraglichen Rahmen angestellt werden. Laufende Schadenfälle gehen ab Datum des Versichererwechsels im Umfang der beim bisherigen Versicherer vorgesehenen Höhe des Taggeldes, der Wartefrist und der Leistungsdauer zu Lasten des neuen Versicherers, sofern der Arbeitnehmer beim neuen beziehungsweise bisherigen Arbeitgeber im gleichen Umfang angestellt ist, beziehungsweise war. Bei einer Anstellung im Restarbeitsverhältnis geht der laufende Schadenfall zulasten des bisherigen Versicherers. Das Abkommen enthält zudem eine Regelung für Fälle, in denen nach den AVB des bisherigen Versicherers ein Rückfall vorliegt.
- **Beitrittsberechtigte Versicherer:** Das Abkommen gilt für Versicherungsunternehmen, die ihm beigetreten sind. Alle bedeutenden Krankentaggeldversicherer nach VVG sind dem Freizügigkeitsabkommen beigetreten.
- Bei **KVG-Kollektivversicherungen** endet zwar der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses, und es ist selbst bei einer (weiter)bestehenden Arbeitsunfähigkeit keine Nachleistung aus dem Kollektivvertrag möglich. Wer (als Gesunder) den Versicherungsschutz aufrechterhalten will oder (als arbeitsunfähige

Person) die Versicherungsleistungen weiter beziehen will, muss in die Einzelversicherung nach KVG übertreten. Die Kollektivversicherer nach KVG müssen die Versicherten über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufklären und sie aufnehmen. Es dürfen keine neuen Leistungsausschlüsse vorgesehen beziehungsweise Versicherungsvorbehalte angebracht werden, soweit die versicherte Person nicht höhere Leistungen versichern will. Das Freizügigkeitsabkommen enthält zudem weitere Bestimmungen zur Abwicklung des Freizügigkeitsanspruchs unter den Versicherern sowie Regelungen hinsichtlich der Auskunftspflicht bei Offerten. Ebenfalls besteht für die Versicherer, die Möglichkeit bei Streitigkeiten eine Begutachtung der Kommission Recht und Sozialpolitik des SVV (Streitigkeiten zwischen VVG-Versicherern), einer Kommission bei santésuisse (Streitigkeiten zwischen KVG-Versicherern) oder einer paritätischen Kommission (Streitigkeiten zwischen KVG- und VVG-Versicherern) zu verlangen. Die entsprechenden Kommissionen geben unverbindliche schriftliche Empfehlungen ab. In der Regel werden die entsprechenden Empfehlungen befolgt.

- Aktuell wird das Freizügigkeitsabkommen revidiert und erweitert. Teil dieser Revision ist eine Vorleistungspflicht: Kommt es bei einem Versicherer- oder Arbeitgeberwechsel zu Uneinigkeiten zwischen bisherigem und neuem Versicherer, geht der bisherige zunächst in Vorleistung. Die Koordination zwischen den beteiligten Versicherern erfolgt im Anschluss, was den versicherten Arbeitgebern mehr Planungssicherheit gibt. Zudem wird als Härtefallregelung eine Auffanglösung für Unternehmen geschaffen, die ohne eigenes Verschulden keine Krankentaggeldversicherung finden. Unternehmen werden entweder beim bestehenden Vorversicherer unter Einhaltung einer limitierten PrämienSATzerhöhung wieder aufgenommen oder gemäss Zuweisungsmechanismus nach Alphabet einem Versicherer zugeteilt. Das revidierte Abkommen soll voraussichtlich am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

3.2.6 Koordination mit der Krankentaggeldversicherung nach KVG

Zwischen den Leistungen der Krankentaggeldversicherung nach KVG und jenen nach VVG gibt es keine gesetzlichen Koordinationsregeln. Die Taggeldleistungen nach KVG können nicht gekürzt werden, wenn gleichzeitig noch ein Anspruch auf Leistungen nach VVG besteht⁷⁷. Hingegen sehen die meisten AVB nach VVG in diesen Fällen eine Kürzung wegen Überentschädigung vor (siehe auch Kap. 3.1.5, oben). Fallen Taggeldleistungen nach VVG von mehreren Versicherern zusammen, können die AVB eine proportionale Kürzung vorsehen (vgl. Art. 71 Abs. 1 VVG).

⁷⁷ RKUV 2005 KV 350, S. 421.

3.3 Vergleich zwischen der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG

Kriterium	KVG	VVG
Gesetzesgrundlagen	Krankenversicherungsgesetz (KVG) (insbesondere Art. 67 ff.)	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), insbesondere Artikel 35a, 35c, 46, 95a und 100 Absatz 2
Aufnahmepflicht	Angebots- und Aufnahmepflicht in der Einzeltaggeldversicherung	Keine Aufnahmepflicht in der Privatversicherung
Kündigungsrecht	Nur seitens des Versicherungsnehmers in der Einzelversicherung. In der Kollektivversicherung Kündigungsrecht für beide Vertragsparteien.	Nur seitens des Versicherungsnehmers in der Einzelversicherung. In der Kollektivversicherung Kündigungsrecht für beide Vertragsparteien.
Versicherungsnehmer	Einzelpersonen zwischen 15 und 65 Jahren mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz, Unternehmen	Einzelpersonen (z. B. Selbständige) oder Unternehmen Vertragsfreiheit
Gesundheitsprüfung	In der Einzelversicherung erforderlich, in der Kollektivversicherung in bestimmten Situationen. Vorbehalte fallen in der Einzeltaggeldversicherung spätestens nach fünf Jahren dahin.	In der Einzelversicherung erforderlich; in der Kollektivversicherung in der Regel nicht notwendig
Prämienberechnung	In der Einzelversicherung abhängig von Taggeldhöhe, Eintrittsalter, Wartefrist und ggf. Region. In der Kollektivversicherung ggf. nach Lohnsumme, Wartefrist, Alter, Geschlecht, Schadenverlauf. Der Tarif der Einzelversicherung unterstehen der Genehmigungspflicht durch das BAG.	Abhängig von Lohnsumme, Wartefrist, Alter sowie beruflichem Risiko, in der Einzelversicherung zudem von Geschlecht, Gesundheitszustand und in der Kollektivversicherung vom Schadenverlauf Die Tarife (wie auch die AVB) in der Einzelversicherung unterstehen der Genehmigungspflicht durch die FINMA
Höhe des versicherbaren Taggeldes	In der Einzelversicherung je nach Versicherer in der Höhe begrenzt (im Jahr 2025 zwischen CHF 10 und CHF 834, resp. unbeschränkt). ⁷⁸ In der	Individuell vereinbart (Vertragsfreiheit)

⁷⁸ Siehe «Monatsprämie für freiwillige Taggeldversicherung nach KVG» Übersicht des BAG, im Internet abrufbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/u0KTDKNFEtza/Freiwillige%20Einzeltaggeldversicherung%20Pr%C3%A4mien%20mit%20Unfalldeckung%202026_.pdf.

Kriterium	KVG	VVG
	Kollektivversicherung individuell vereinbart	
Leistungsdauer	In der Einzelversicherung mind. 720 Tage innerhalb von 900 Tagen bei voller Arbeitsunfähigkeit, in der Kollektivversicherung individuell vereinbar	Bis zu 730 Tagen gemäss Vertrag. Dauer und Wartefrist frei wählbar
Koordination mit anderen Versicherungen	Bei Kumulation mit VVG erfolgt Kürzung bei Versicherung aus VVG	Vertraglich geregelt. Kürzungen bei Überentschädigung möglich, insbesondere bei Kumulation mit KVG
Freizügigkeit	Übergang von der Kollektiv- in die Einzelversicherung ohne neue Vorbehalte garantiert (Art. 70-71 KVG und Freizügigkeitsabkommen)	Durch Freizügigkeitsabkommen zwischen Versicherern geregelt (SVV/santésuisse), bei Arbeitgeber- oder Versichererwechsel. Für Arbeitslose Übertrittsrecht gestützt auf Artikel 100 Absatz 2 VVG

Tabelle 4: Wichtigste Unterschiede zwischen der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG.

3.4 Die Krankentaggeldversicherung im internationalen Vergleich

Im Vergleich zu den meisten europäischen Staaten ist die Absicherung des Erwerbsausfalls bei Krankheit in der Schweiz weniger über eine Sozialversicherung und stärker über die arbeitsrechtliche Lohnfortzahlungspflicht plus gegebenenfalls einer freiwilligen Privatversicherung organisiert. Während in der EU das Krankengeld überwiegend als Sozialversicherungsleistung qualifiziert wird, ist die freiwillige Versicherung der Lohnfortzahlungspflicht mehrheitlich als Privatversicherung ausgestaltet. Vergleiche mit anderen europäischen Ländern sind in diesem Zusammenhang schwierig, da die verschiedenen Sozialversicherungssysteme sich deutlich voneinander unterscheiden, teilweise ineinandergreifen und einzelne Aspekte daraus nicht isoliert betrachtet werden können. Eine allgemeine Übersicht der einzelnen Regelungen sind auf der Website des «Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit» MISSOC⁷⁹ einsehbar, welche das System der sozialen Sicherheit in 31 Ländern veranschaulicht. Informationen zu einigen weiteren Ländern sind auf der Website der MISSCEO⁸⁰ ersichtlich.

⁷⁹ Vergleichende Tabellen - MISSOC (im Internet abrufbar unter: <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de>).

⁸⁰ MISSCEO network - Social Rights (im Internet abrufbar unter: <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/missceo-database>).

4 Der Markt für Krankentaggeldversicherungen in der Schweiz

4.1 Offizielle Statistiken zur Krankentaggeldversicherung

Seit 1996 ist die Zahl der Versicherten in der Krankentaggeldversicherung nach KVG stark gesunken. Der Anteil am gesamten Prämienvolumen sank von knapp 42 Prozent auf unter fünf Prozent während gleichzeitig der Anteil der Versicherungen nach VVG stark anstieg und diese den Markt nun weitgehend dominieren.

Seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 hat sich ein grosser Teil der Policen aus dem Bereich des KVG in die Zusatzversicherungen gemäss VVG verlagert. 1996 lag der Anteil der KVG-Versicherung am gesamten Prämienvolumen des Taggeldversicherungsmarktes mit 834.3 Millionen Franken bei 41.9 Prozent. Bis 2024 fiel dieser Anteil auf lediglich 4.1 Prozent mit einem Prämienvolumen von 248.6 Millionen Franken. Im selben Zeitraum stieg das gesamte Prämienvolumen des Taggeldversicherungsmarkts auf über 6 Milliarden Franken an.⁸¹ Gründe für diese Verschiebung liegen unter anderem darin, dass Krankentaggeldversicherungen nach VVG flexiblere, stärker auf die Bedürfnisse der Unternehmen ausgerichtete Vertragsmodelle ermöglichen. Dazu gehören insbesondere eine grössere Gestaltungsfreiheit bei Prämien und Leistungen, die Anpassung an die Struktur der Belegschaft oder an branchenspezifische Risiken sowie Vertragsmodelle mit mehrjährigen Laufzeiten, Verlaufsboni oder differenzierten Prämientarifen.

Die untenstehende Abbildung zeigt diese Entwicklung im Detail. Sie unterscheidet nach dem Risikoträger (KVG-Versicherer oder privater Versicherer) und nach Art der Versicherung (Versicherung nach KVG oder Versicherung nach VVG). Es gab KVG-Versicherer, die mit demselben Träger neben der Taggeldversicherung nach KVG auch solche nach VVG anboten. Seit dem Jahr 2023 ist dies kaum mehr der Fall.⁸² Mittlerweile ist der Taggeldversicherungsmarkt somit stark von privatrechtlich geregelten Produkten geprägt. Die überwiegende Mehrheit (95.9 Prozent des gesamten Prämienvolumens) der Verträge wird nach VVG abgeschlossen. Dies illustriert auch die rote Linie, die den sinkenden Prämienanteil der Versicherung nach KVG abbildet.

⁸¹ Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG (Im Internet abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung>) sowie <https://vrep.finma.ch/reports/de/detail/REP10>).

⁸² Dem Versicherungsbericht der FINMA für das Geschäftsjahr 2024 (im Internet abrufbar unter: <https://vrep.finma.ch/reports/de/detail/REP10>) ist zu entnehmen, dass lediglich die sodalis gesundheitsgruppe, die Atupri Gesundheitsversicherung AG und die Stiftung Krankenkasse Wädenswil, die von Gesetzes wegen eine Taggeldversicherung nach KVG anbieten müssen, auch Prämien in der Taggeldversicherung nach VVG eingenommen haben.

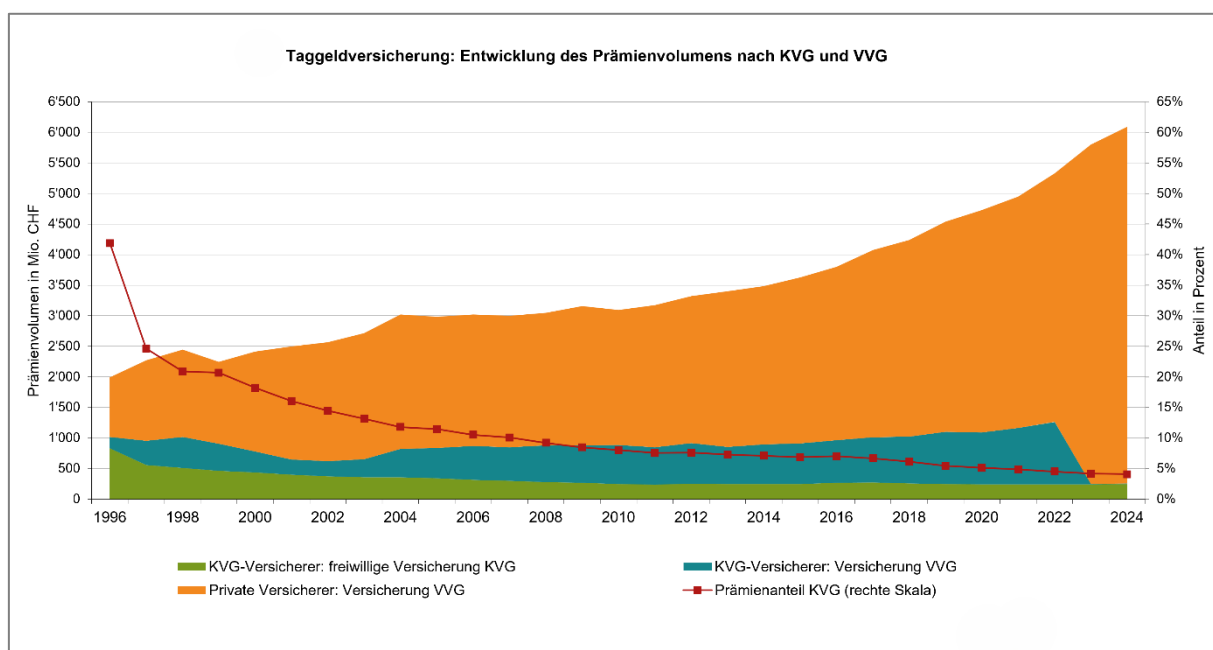


Abbildung 1: Entwicklung des Prämienvolumens in der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG

Die FINMA veröffentlicht jährlich mit dem «Versicherer-Report»⁸³ einen Bericht über den Versicherungsmarkt. Dieser Bericht stützt sich auf die Daten, welche die FINMA für den Vollzug ihrer Aufsichtsaufgaben erhebt. Er enthält Angaben (Prämieneinnahmen und Schadenaufwand) für die Hauptkategorien von Krankenversicherungsdeckungen, insbesondere für die Einzel- und die Kollektivtaggeldversicherung. Diese Daten, die auf Stufe der jeweiligen Versicherungsunternehmen vorhanden sind, werden in aggregierter Weise im Kapitel 4.6.2 dargestellt.

4.2 Unternehmensbefragung von Ecoplan zur Krankentaggeldversicherung

Eine repräsentative Erhebung von Dezember 2025 zeigt, dass 57 Prozent der Unternehmen in der Schweiz über eine Krankentaggeldversicherung verfügen und damit rund 84 Prozent der Arbeitnehmenden gegen Lohnausfall durch Krankheit versichert sind. Die Abdeckung variiert nach Unternehmensgrösse und Branche, wobei Mikrounternehmen und Einzelfirmen ohne Angestellte tiefere Quoten aufweisen.

Die dem BAG von Ecoplan im Dezember 2025 vorgelegte Studie⁸⁴ im Zusammenhang mit dem [Postulat 24.3465](#) (siehe Kap. 1.5.2, oben) basiert auf einer repräsentativen, schweizweiten Unternehmensbefragung und liefert eine differenzierte empirische Grundlage zur Verbreitung, Ausgestaltung und Zugänglichkeit der Krankentaggeldversicherung in der Schweiz, sowie zu

⁸³ Vgl. Versicherer-Report FINMA (auf der Homepage der FINMA abrufbar unter: <https://vrep.finma.ch/reports/de/detail/REP10>).

⁸⁴ Ecoplan und FHNW, Daten und Informationen zur Krankentaggeldversicherung, Ergebnisse einer Unternehmensbefragung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, 1. Dezember 2025. Im Internet abrufbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/BITjfdtkOKdJ/KTGV_BerichtEcoplan%201.12.25.pdf.

möglichen Anstellungshürden bestimmter Personengruppen. Methodisch stützt sich die Untersuchung auf eine geschichtete Zufallsstichprobe von Unternehmen aller Grössen, Branchen und Rechtsformen auf Basis des Betriebs- und Unternehmensregisters (BUR)⁸⁵. Die Daten wurden gewichtet und deskriptiv ausgewertet, um verzerrungsarme Aussagen über den Gesamtmarkt zu ermöglichen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Zugang zur Krankentaggeldversicherung für die Mehrheit der Unternehmen grundsätzlich gegeben ist. Rund 57 Prozent der Unternehmen in der Schweiz verfügen über eine Krankentaggeldversicherung. Bezogen auf alle Beschäftigten liegt der Deckungsgrad deutlich höher, da rund 84 Prozent der Arbeitnehmenden in Unternehmen tätig sind, die eine entsprechende Versicherung abgeschlossen haben. Es handelt sich dabei überwiegend um Kollektivversicherungen. Der Versicherungsabschluss ist stark von der Unternehmensgrösse und Branche abhängig. Während Unternehmen ab drei Beschäftigten mehrheitlich versichert sind (bei Betrieben ab drei Angestellten liegt diese Quote bei über 85 Prozent, bei Betrieben mit über 50 Angestellten bei über 90 Prozent), weisen Mikrounternehmen⁸⁶ mit ein bis drei Beschäftigten und insbesondere Einzelfirmen ohne Angestellte tiefere Abdeckungsquoten auf.

Unternehmen ohne Krankentaggeldversicherung geben in der grossen Mehrheit an, sich nicht aktiv um einen Abschluss bemüht zu haben. Der Verzicht erfolgt primär aus Kosten-Nutzen-Überlegungen oder aufgrund fehlenden Interesses. Nur ein kleiner Teil der Unternehmen nennt nicht tragbare Prämien oder fehlende Angebote als Grund. Nur 6 Prozent der Unternehmen, die sich um den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung bemüht haben, geben an, dass keine Aufnahme möglich war bzw. sie kein Angebot erhalten haben. Das entspricht hochgerechnet rund 0.5 Prozent aller Schweizer Unternehmen und 0.13 Prozent aller Beschäftigten in der Schweiz. Auch Vertragskündigungen durch Versicherer sind selten. Dies haben in den letzten fünf Jahren nur zwei Prozent der Unternehmen mit einer Krankentaggeldversicherung erlebt.

Bezüglich des Anstellungsverhaltens ergeben sich in bestimmten Bereichen Hinweise darauf, dass das Vorliegen einer Krankentaggeldversicherung das Anstellungsverhalten beeinflussen könnte. 12 Prozent der Unternehmen gehen davon aus, dass die bestehende Krankentaggeldversicherung die Anstellung von Personen mit Vorerkrankungen *eher erschweren* könnte. Für andere Personengruppen, namentlich Frauen oder ältere Arbeitnehmende, ergeben sich keine

⁸⁵ Das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) des BFS umfasst alle Unternehmen und Betriebe des privaten und öffentlichen Rechts, die in der Schweiz domiziliert sind und eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/register/unternehmensregister/betriebs-unternehmensregister.html>.

⁸⁶ Mikrounternehmen: 1-2, resp. 1-9 Beschäftigte, kleine Unternehmen: 10-49 Beschäftigte, mittlere Unternehmen: 50-249 Beschäftigte, grosse Unternehmen: > 249 Beschäftigte.

systematischen Hinweise auf relevante Beeinflussungen. Auch bezüglich des Zugangs zu einer Krankentaggeldversicherung bei Vorhandensein spezifischer Gruppen innerhalb der Belegschaft – beispielsweise älterer Arbeitnehmender – zeigen sich keine Auffälligkeiten.

Insgesamt erlaubt die Ecoplan-Studie eine fundierte Einschätzung, wonach der Versicherungszugang im bestehenden System überwiegend gewährleistet ist. Die beobachteten Unterschiede nach Unternehmensgrösse oder Branche weisen auf punktuelle Herausforderungen hin, stellen jedoch die grundsätzliche Funktionsfähigkeit des Marktzugangs nicht infrage.

4.3 Unternehmensbefragung des Schweizerischen Versicherungsverbands zur Krankentaggeldversicherung

Im Oktober und November 2024 hat der SVV bei den ihm angeschlossenen Versicherungsgesellschaften, welche dem Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern beigetreten sind (siehe Kap. 3.2.5, oben), eine Datenerhebung zur Versicherungsabdeckung in Krankentaggeldversicherung nach VVG und nach KVG sowie zu den Kündigungsraten aufgrund von Missbrauch, Rentabilität und Nicht-bezahlen der Prämien durchgeführt (SVV-Umfrage 2024). Von den 30 angeschriebenen Versicherern haben 23 an der Umfrage teilgenommen. Sie repräsentieren 98.9 Prozent des Marktes in der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG (verdiente Prämien brutto gemäss Bericht der FINMA über den Versicherungsmarkt⁸⁷) und 88.6 Prozent im Markt der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach KVG (Prämien, gemäss BAG-Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2023, T6.03⁸⁸).

⁸⁷ Siehe Bericht der FINMA vom 4 September 2024 über den Versicherungsmarkt 2023, (im Internet abrufbar unter: https://www.finma.ch/de/~media/finma/dokumente/dokumentencenter/myfinma/finma-publikationen/versicherungsbericht/20240904-versicherungsmarktbericht-2023.pdf?sc_lang=de&hash=8C41FE7A15B672C93992DBB112136C99).

⁸⁸ Die neusten Zahlen sind auf der Homepage des BAG abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung>.

Die Umfrage ergab folgende Resultate⁸⁹.

		Eingaben Daten Versicherer		
		per 31.12.2021	per 31.12.2022	per 31.12.2023
Angaben zu den Unternehmen und Lohnsummen	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende M KVG (in tsd. CHF)	6'374'787	6'269'572	6'248'071
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende F KVG (in tsd. CHF)	1'991'762	1'943'667	2'027'105
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende M VVG (in tsd. CHF)	191'729'781	200'084'465	205'339'555
	Versicherte Lohnsumme Arbeitnehmende F VVG (in tsd. CHF)	101'641'402	106'469'579	110'799'090
	Summe von versicherten festen Lohnsummen Betriebsinhaber GmbH/AG (in tsd. CHF, nur erfasst, wenn diese nicht bereits bei den Arbeitnehmenden erfasst sind)	3'109'283	3'302'899	3'323'989
	Anzahl versicherte Arbeitgeber mit Arbeitnehmenden (Unternehmen, Gemeinden, Vereine, private Haushalte etc.)	308'182	308'524	307'250
Kündigungen durch Versicherer	* Kündigungsgrund: Rentabilität	758	974	929
	* Kündigungsgrund: nicht bezahlen der Prämie	2'092	2'305	2'422
	* Kündigungsgrund: Missbrauchsverdacht	137	143	159
	* Anzahl Kündigungen KTG pro Jahr (Schnitt der jeweils letzten 3 Jahre) (Verträge, die auch effektiv aufgehoben wurden)			

Diverse, eher kleinere Versicherer, machen keine Differenzierung zwischen "männlich" und "weiblich". Diese Zahlen wurden unter "männlich" erfasst.
Ein Versicherer hat die Zahlen nur für 2023 geliefert. Diese Zahlen wurden auch für das 2021 und 2022 übernommen.

Abbildung 2: Entwicklung der versicherten Lohnsummen und Kündigungsgründe in der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG (2021-2023).

4.4 Versicherungsabdeckung in der kollektiven Krankentaggeldversicherung

4.4.1 Krankentaggeldversicherungen nach AHV-pflichtiger Lohnsumme

Im Jahr 2022 war rund 84 Prozent der AHV-pflichtigen Lohnsumme durch eine kollektive Krankentaggeldversicherung abgedeckt, davon entfielen 81,5 Prozent auf Versicherungsverträge nach VVG und nur 2,4 Prozent auf Verträge nach KVG. Der verbleibende Anteil von rund 15 Prozent wird meist durch interne Lösungen öffentlicher oder privater Arbeitgeber versichert.

Die SVV-Umfrage 2024 (siehe Kap. 4.3, oben) ergibt für das Jahr 2022 eine versicherte Lohnsumme von insgesamt 318.1 Mrd. Schweizer Franken, wobei die Lohnsumme in der Höhe von 8.2 Mrd. Schweizer Franken durch Krankentaggeldversicherungen nach KVG und eine Lohnsumme in der Höhe von 309.9 Mrd. Schweizer Franken durch Krankentaggeldversicherungen nach VVG versichert ist. Hochgerechnet auf 100 Prozent Marktanteil resultiert eine versicherte Lohnsumme von 322.6 Mrd. Schweizer Franken, wobei eine Lohnsumme von 9.3 Mrd. Schweizer Franken durch kollektive Krankentaggeldversicherungen nach KVG und eine Lohnsumme von 313.3 Mrd. Schweizer Franken durch kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG versichert ist.

⁸⁹ Quelle: SVV (2024).

Stellt man dies in Relation zum AHV-pflichtigen Einkommen von Arbeitnehmenden im Jahr 2022 von insgesamt 384.6 Mrd. Schweizer Franken⁹⁰, so sind 81.5 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens der Schweiz durch kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG und 2.4 Prozent durch kollektive Krankentaggeldversicherungen nach KVG gedeckt. Insgesamt sind damit 83.9 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens durch eine freiwillige kollektive Krankentaggeldversicherung gedeckt.

Mindestens ein Teil der verbleibenden AHV-pflichtigen Lohnsumme von rund 15 Prozent ist durch freiwillige Lösungen der jeweiligen Arbeitgeber gedeckt (z.B. Bundesverwaltung, Grossunternehmen wie die Schweizerischen Bundesbahnen, Kantone wie Zürich, Graubünden, Bern, Zug und St. Gallen, Gemeinden wie Zürich).

4.4.2 Krankentaggeldversicherungen nach Anzahl Unternehmungen

Im Jahr 2022 verfügten beinahe 80 Prozent aller Schweizer Unternehmen mit Mitarbeitenden über eine kollektive Krankentaggeldversicherung. Unter den nicht Versicherten finden sich zahlreiche grosse öffentliche oder halböffentliche Arbeitgeber (z.B. Bund, gewisse Kantone und Gemeinden oder auch die SBB).

Gemäss der SVV-Umfrage 2024 (siehe Kap. 4.3, oben), welche dem Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern beigetreten sind, verfügten im Jahr 2022 von insgesamt 637'000⁹¹ Unternehmen in der Schweiz 308'524 über eine kollektive Krankentaggeldversicherung. Von den insgesamt 637'000 Unternehmen in der Schweiz waren laut Avenir Suisse im Jahr 2020 rund 321'000 Selbständigerwerbende ohne Mitarbeitende. Subtrahiert man diese von der Gesamtzahl der Unternehmungen, verbleiben rund 316'000 Unternehmungen, welche über Angestellte verfügen und damit für eine kollektive Krankentaggeldversicherung relevant sind. Folglich kann festgehalten werden, dass mehr als 97.6 Prozent aller Unternehmen mit Angestellten über eine kollektive Krankentaggeldversicherung verfügen. Da die Umfrage des SVV nicht den gesamten Markt abdecken konnte (siehe Kap. 4.3, oben), liegt der Anteil der Unternehmungen mit einer kollektiven Krankentaggeldversicherung sogar noch höher. Es ist somit davon auszugehen, dass in der Schweiz weniger als 7'500 Unternehmungen keine kollektive Krankentaggeldversicherung abgeschlossen haben. Unter diesen Unternehmen finden sich auch zahlreiche Grossunternehmen (z.B. SBB) beziehungsweise öffentliche Verwaltungen von Bund (Bundesverwaltung), Kantonen (u. a. Bern, Zug, Zürich, St. Gallen, Graubünden) und Gemeinden (u.a. Zürich).

⁹⁰ Quelle: BSV, AHV-IK-Daten, Stand 2025.

⁹¹ Quelle: BFS STATNET; abrufbar im Internet unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen/groesse-rechtsform-sektoren-regionale-verteilung.html>.

Die oben genannten Resultate werden durch die Ergebnisse einer nicht repräsentativen Umfrage des SVV bestätigt (SVV-Umfrage 2025), welche der Verband zwischen Januar und März 2025 durchgeführt hat und an der sich 397 Arbeitgeber beteiligt haben. Aus der SVV-Umfrage 2025 lassen sich die folgenden Thesen ableiten:

- 96 Prozent beziehungsweise 380 der an der SVV-Umfrage teilnehmenden Unternehmen, haben für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine kollektive Krankentaggeldversicherung zur Absicherung des Lohnausfalls bei Krankheit für mindestens 720 Tage abgeschlossen.
- Wer als Unternehmen eine eigene betriebliche Lösung für die Lohnfortzahlung wählt, tut dies grossmehrheitlich freiwillig und aus wirtschaftlichen Überlegungen und nicht mangels eines Versicherungsangebots.
- Ein bis eineinhalb Prozent aller Unternehmungen in der Schweiz (d.h. rund 6'000 – 9'000) verfügen über keine kollektive Krankentaggeldversicherung, weil sie auf dem Markt kein für sie passendes Versicherungsangebot finden. Dabei handelt es sich meistens um Kleinstbetriebe.
- Die Quote der Arbeitnehmenden, die bei Firmen beschäftigt sind, die kein Versicherungsangebot finden, liegt bei 0.03 bis 0.5 Prozent aller in der Schweiz tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

4.4.3 Kündigungsquoten in der Krankentaggeldversicherung nach VVG

Im Jahr 2022 stand die Mehrheit der Vertragsauflösungen von Krankentaggeldversicherungen durch das Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit nicht bezahlten Prämien (0,7% der versicherten Unternehmen), 2,4-mal mehr als Kündigungen zufolge mangelnder Rentabilität (0,3%). Die Anzahl der Kündigungen wegen Verdachts auf Missbrauch war marginal (0,05%).

In der SVV-Umfrage 2024 (siehe Kap. 4.3, oben) wurden auch die ausgesprochenen Kündigungen seitens der Versicherungsunternehmen anhand ihrer Ursache erhoben. Infolge mangelnder Rentabilität des Versicherungsvertrages wurden im Jahre 2022 insgesamt 974 Kündigungen ausgesprochen. Die Kündigungsquote infolge mangelnder Rentabilität betrifft demnach bei 0.3 Prozent der versicherten Unternehmen. Gleichzeitig wurden 2'305 Kündigungen zufolge «nicht bezahlen der Prämie» ausgesprochen, das entspricht einer Kündigungsquote von 0.7 Prozent. Die Anzahl der Kündigungen aufgrund mangelnder Zahlungsmoral liegt damit um den Faktor 2.4 höher als die Zahl der Kündigungen aufgrund mangelnder Rentabilität eines Versicherungsvertrags. Die Anzahl der Kündigungen durch das

Versicherungsunternehmen wegen eines Verdachts auf Missbrauch lag 2022 bei 143 Fällen oder einer Quote von 0.05 Prozent.

4.5 Gründe für die geringe Bedeutung der Krankentaggeldversicherung nach KVG

Die Krankentaggeldversicherung nach KVG spielt im heutigen Versicherungsmarkt eine klar untergeordnete Rolle. Der Anteil des Prämienvolumens, der auf Versicherungen nach KVG entfällt, ist kontinuierlich gesunken. Gemessen am Prämienvolumen werden heute rund 96 Prozent der Krankentaggeldversicherungen nach VVG abgeschlossen. Dieser Trend hat sich über die vergangenen zwanzig Jahre verfestigt und deutet auf strukturelle Gründe hin.

Die Ursachen liegen in der unterschiedlichen Ausgestaltung der beiden Systeme und in der Art und Weise, wie Unternehmen ihr Lohnfortzahlungsrisiko steuern. Unternehmen wählen bevorzugt Lösungen, die sich an der eigenen Personalstruktur und an branchenspezifischen Risiken orientieren. Diese Bedürfnisse lassen sich mit den VVG-Produkten deutlich einfacher abdecken. Unternehmen können Prämien und Leistungen näher an ihren betrieblichen Anforderungen ausrichten, etwa an GAV-Vorgaben oder der Struktur der Belegschaft. Die Erhebungen bei den Unternehmen zeigen, dass häufig mehrjährige Vertragsmodelle, Verlaufsboni, differenzierte Prämientarife und individuellere Kündigungsmöglichkeiten vereinbart werden.

Die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach KVG ist demgegenüber deutlich stärker reguliert. Aufnahme- und Gleichbehandlungspflichten, weitgehend solidarische Tarifstrukturen und genehmigungspflichtige Prämientarife schränken die Gestaltungsmöglichkeiten für Versicherer und Unternehmen ein und führen tendenziell zu höheren Prämien. Aus sozialpolitischer Sicht schützen diese Mechanismen Versicherte mit erhöhtem Risiko, etwa Personen mit Vorerkrankungen oder ältere Menschen. Aus Sicht der Unternehmen überwiegen jedoch die Nachteile. Für sie steht nicht der individuelle Schutz einzelner Personen im Vordergrund, sondern eine verlässliche und finanzierbare Gesamtlösung für den Betrieb. Auch Unternehmen mit GAV-Pflichten finden bei VVG-Produkten mehr Spielraum für branchenspezifische Lösungen.

Hinzu kommt, dass die freiwillige Versicherung nach KVG denselben Markt adressiert wie die privatrechtliche Versicherung nach VVG, allerdings ohne die Breite einer Risikodurchmischung. Die KVG-Krankentaggeldversicherung muss solidarische Verpflichtungen erfüllen, ohne dass der Gesetzgeber einen kollektiven Beitritt vorschreibt. In der Einzelversicherung führt dies zu einer ausgeprägten Risikoselektion. Personen mit tieferem Risiko weichen auf

günstigere VVG-Lösungen aus oder verzichten ganz auf eine Versicherung, während Personen mit hohem Risiko eher in der KVG-Einzelversicherung verbleiben. Das verteuert die Prämien zusätzlich und schmälert die Attraktivität für alle Beteiligten.

Auch als Kollektivlösung konnte sich die KVG-Krankentaggeldversicherung nicht als marktfähige Alternative etablieren. Zwar bieten KVG-Versicherer entsprechende Verträge an, die aktuelle Datenlage zeigt jedoch, dass sowohl das Prämienvolumen als auch die Zahl der durch Unternehmen abgeschlossenen Verträge klar von den VVG-Produkten dominiert wird.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach KVG in wesentlichen Punkten nicht mit den Erwartungen der Unternehmen an eine moderne Erwerbsausfallversicherung übereinstimmt und sie sich deshalb in der Praxis überwiegend für eine Versicherung nach VVG entscheiden.

4.6 Entwicklung des Kosten- und Prämienvolumens in den Krankentaggeldversicherung

4.6.1 Krankentaggeldversicherungen nach KVG

Die Entwicklung der Krankentaggeldversicherung nach KVG zeigt im Einzeltaggeld einen anhaltenden Rückgang der Prämieinnahmen, während die Kollektivversicherung weit stabiler verläuft und ein grösseres Gesamtvolumen aufweist.

Die Prämien- und Leistungsentwicklung der Krankentaggeldversicherung nach KVG zeigt im Bereich der Einzeltaggeldversicherung seit 2010 einen deutlichen Rückgang der Prämieinnahmen. Während die Einnahmen im Jahr 2010 noch bei rund 46 Millionen Franken lagen, nahmen sie bis 2022 kontinuierlich ab und erreichten mit knapp 14 Millionen Franken ihren tiefsten Stand. Ab 2022 ist wieder ein Anstieg sichtbar, wobei die Prämieinnahmen 2024 mit rund 23 Millionen Franken weiterhin deutlich unter dem Niveau zu Beginn des Betrachtungszeitraums liegen.⁹² In der Kollektivtaggeldversicherung nach KVG verlief die Entwicklung über den gleichen Zeitraum hinweg deutlich stabiler. Die Prämieinnahmen bewegten sich zwischen rund 200 und 260 Millionen Franken und weisen somit eine weitaus grössere Bedeutung als die Einzeltaggeldversicherung auf.

Die Prämieinnahmen der freiwilligen Krankentaggeldversicherung nach KVG beliefen sich zuletzt gesamthaft auf rund 248 Millionen Franken. Demgegenüber standen Leistungen in der Grössenordnung von über 217 Millionen Franken. Im Einzeltaggeldsegment überstiegen die

⁹² Der Anstieg der letzten zwei Jahre ist ausschliesslich auf einen Versicherer zurückzuführen.

Leistungen in den Jahren 2023 und 2024 die Prämieinnahmen, in der Kollektivversicherung decken die Einnahmen die Leistungen vollständig ab.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Prämieinnahmen sowie die Leistungen in der Krankentaggeldversicherung nach KVG (Einzeltaggeld und Kollektivtaggeld) auf.⁹³ Die Verwaltungskosten und Rückstellungsveränderungen werden dabei nicht berücksichtigt.

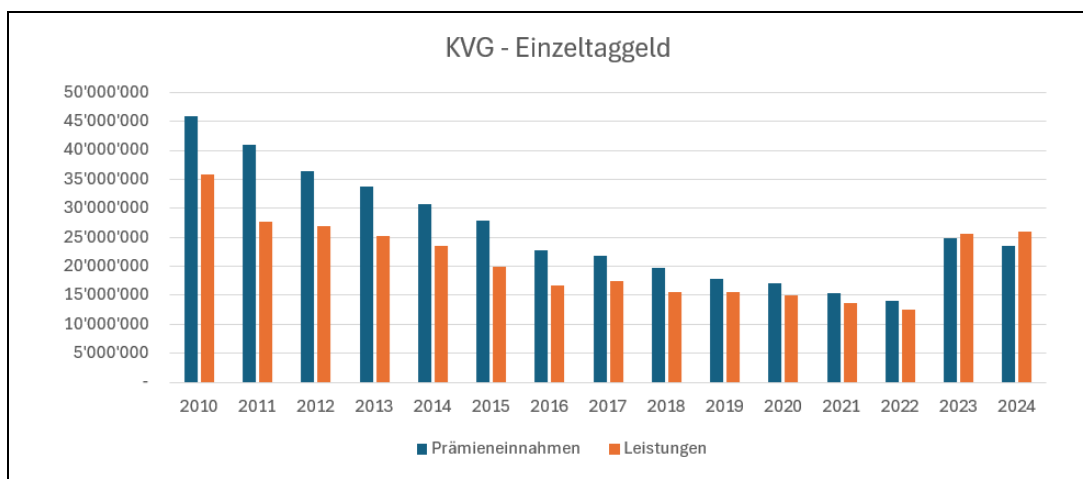


Abbildung 3: Entwicklung des Prämienvolumens in der Einzeltaggeldversicherung nach KVG (2010-2024).

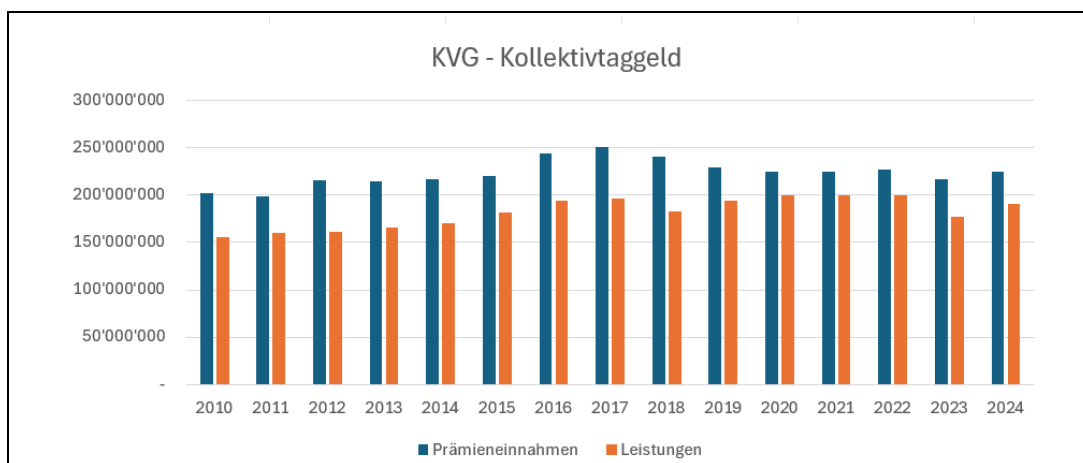


Abbildung 4: Entwicklung des Prämienvolumens in der Kollektivtaggeldversicherung nach KVG (2010-2024).

4.6.2 Krankentaggeldversicherungen nach VVG

Die Daten der FINMA bestätigen, dass die Kollektivversicherung den Markt für Krankentaggeldversicherungen nach VVG dominiert. Ihr Geschäftsvolumen wächst stetig, während die Einzelversicherung weiterhin eine untergeordnete Rolle spielt. Dieses Wachstum könnte auf eine breitere Versicherungsabdeckung, höhere Löhne, häufigere

⁹³ Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG (Im Internet abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung>).

oder längere Arbeitsunfähigkeiten oder höhere Versicherungsdeckungen zurückzuführen sein.

Die nachfolgenden Grafiken, die auf den Berichten der FINMA über den Versicherungsmarkt beruhen⁹⁴, zeigen die Prämienvolumina sowie den jeweiligen Schadenaufwand in der Krankentaggeldversicherung nach VVG, zuerst für die kollektiven Krankentaggeldversicherung (siehe Abb. 5, unten) und dann für die Einzeltaggeldversicherung (siehe Abb. 6, unten).

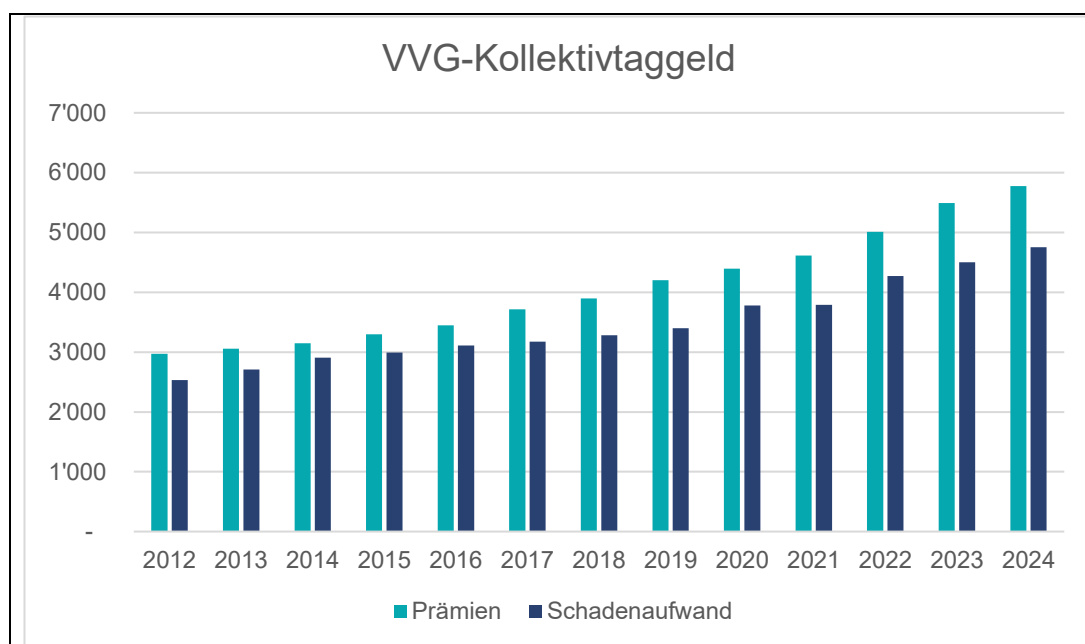


Abbildung 5: Entwicklung von Prämien und Schadenaufwand in der Kollektivtaggeldversicherung nach VVG, 2012-2024 (Angaben in Millionen Schweizer Franken).

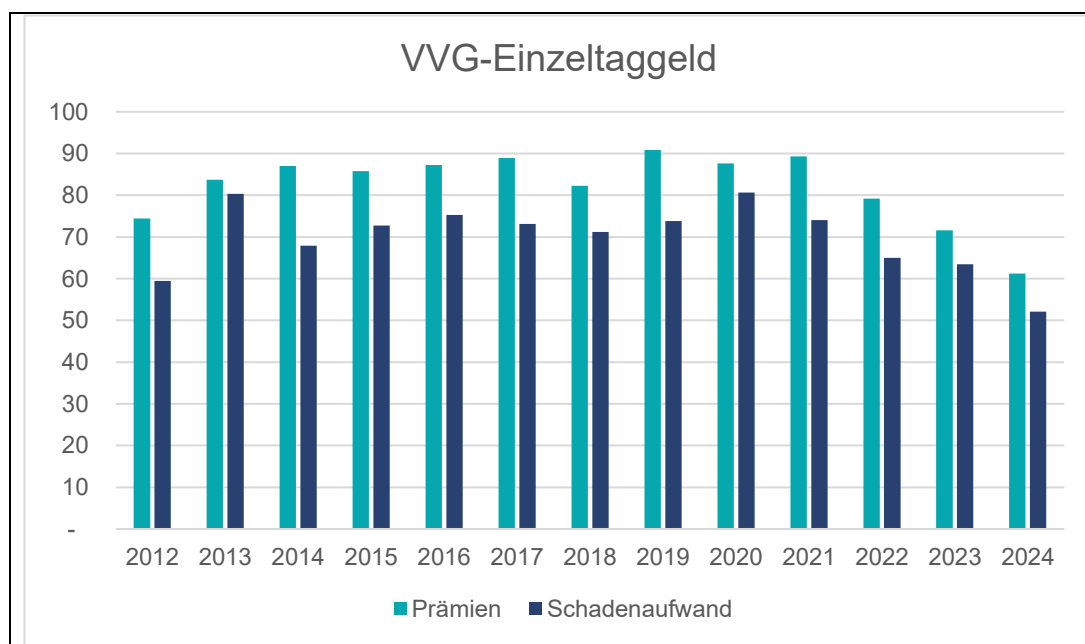


Abbildung 6: Entwicklung von Prämien und Schadenaufwand in der Einzeltaggeldversicherung nach VVG, 2012-2024 (Angaben in Millionen Schweizer Franken).

⁹⁴ Kleinere Abweichungen möglich aufgrund nachträglicher Bereinigungen.

Die Beträge sind jeweils in Millionen Franken ausgewiesen. Dabei ist zunächst ersichtlich, dass im Gesamtgeschäft die Einzeltaggeldversicherung im Vergleich zur Kollektivtaggeldversicherung nur eine marginale Bedeutung aufweist. Ferner ist von Bedeutung, dass das Geschäftsvolumen in der Kollektivtaggeldversicherung regelmässig zunimmt. Mögliche Faktoren dieser Entwicklung sind das Wirtschaftswachstum (Zunahme der Erwerbsbevölkerung sowie steigende Löhne), eine breitere Abdeckung (mehr Arbeitgeber, die eine Krankentaggeldversicherung abschliessen), häufigere und längere Arbeitsunfähigkeiten, die sich dann auch auf die Prämienhöhe auswirken, oder höhere Versicherungsdeckungen (beispielsweise durch kürzere Wartefristen). Eine Analyse dieser potenziellen Faktoren lässt die Datengrundlage jedoch nicht zu.

In der nachfolgenden Tabelle wird die Entwicklung der Schadenquote in der Krankentaggeldversicherung nach VVG aufgezeigt. Die Schadenquote stellt das Verhältnis des Schadenaufwands (Schadenzahlungen zuzüglich der Veränderung der Schadenrückstellungen) zu den Prämieinnahmen dar. Diese Quoten ergeben sich direkt aus den im vorliegenden Kapitel gemachten Angaben.

Jahr	Kollektivtaggeldversicherung	Einzeltaggeldversicherung	Total
2012	0.85	0.80	0.85
2013	0.89	0.96	0.89
2014	0.92	0.78	0.92
2015	0.91	0.85	0.91
2016	0.90	0.86	0.90
2017	0.85	0.82	0.85
2018	0.84	0.87	0.84
2019	0.81	0.81	0.81
2020	0.86	0.92	0.86
2021	0.82	0.83	0.82
2022	0.85	0.82	0.85
2023	0.82	0.89	0.82
2024	0.82	0.85	0.82

Tabelle 5: Entwicklung der Schadenquote in der Krankentaggeldversicherung nach VVG, 2012-2024.

5 Absenzen am Arbeitsplatz

5.1 Definition und Typologie von Absenzen

Abwesenheiten bezeichnen Zeiträume, in denen eine Person ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgegangen ist, obwohl sie zur Arbeit verpflichtet war, unabhängig vom vorgesehenen Ort dieser Tätigkeit (fester oder variabler Arbeitsplatz, vor Ort oder im Homeoffice).

In der Arbeitsvolumensstatistik (AVOL)⁹⁵ des Bundesamtes für Statistik (BFS) werden folgende Abwesenheitsgründe berücksichtigt: Krankheit, Unfall, Mutterschaftsurlaub, Militär- oder Zivildienst, Zivilschutz, (Kurzarbeit), Arbeitskonflikte, persönliche oder familiäre Gründe, schlechtes Wetter oder andere Gründe (insbesondere Quarantäne oder Tätigkeitseinschränkungen für Selbstständige während der COVID-19-Pandemie oder nicht zuvor genannte Gründe). Urlaub, Feiertage und Abwesenheiten aufgrund flexibler Arbeitszeiten gelten hingegen nicht als Abwesenheiten.

5.1.1 Gesundheitsbedingte Absenzen

Gesundheitsbedingte Absenzen stellen den mit Abstand häufigsten Abwesenheitsgrund in der Schweiz dar. Ihre Erhebung erfolgt durch die Arbeitsvolumenstatistik auf Basis der schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, wobei statistisch zwischen Krankheit und Unfall nicht unterschieden wird.

In der Schweiz werden Daten zu Absenzen aus gesundheitlichen Gründen (Krankheit oder Unfall) im Rahmen der AVOL erhoben. Die AVOL ist eine zusammenfassende Statistik, die Daten aus verschiedenen Quellen kombiniert, darunter als wichtigste Quelle die schweizerische Arbeitskräfteerhebung⁹⁶ (SAKE). Die SAKE ist eine Stichprobenerhebung, die repräsentativ für die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ist und vom BFS seit 1991 bei den Haushalten durchgeführt wird. Diese Erhebung ermöglicht eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die gesamte Schweizer Bevölkerung und hat zum Ziel, die Struktur und Entwicklung der Erwerbsbevölkerung in der Schweiz sowie das Verhalten der Schweizer Bevölkerung auf dem Arbeitsmarkt zu beschreiben.

In der SAKE geben die befragten Personen die Anzahl der Tage oder Halbtage an, an denen sie in den vier Wochen vor dem Interview aufgrund von Krankheit oder Unfall von ihrer Arbeit abwesend waren. Auf der Grundlage dieser Angaben wird zunächst die durchschnittliche wö-

⁹⁵ Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) des BFS; im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/absenzen.assetdetail.33466198.html>.

⁹⁶ Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS; im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/erhebungen/sake.html>.

chentliche Dauer der Abwesenheiten aus gesundheitlichen Gründen berechnet. Anschliessend wird diese Dauer anhand der Anzahl der Beschäftigungswochen pro Jahr auf ein Jahr hochgerechnet. Es ist wichtig zu betonen, dass krankheitsbedingte und unfallbedingte Absenzen in den der Erhebung zugrunde liegenden Daten nicht unterschieden werden können, da sie in einer einzigen Frage an die SAKE-Befragten zusammengefasst sind.

Langzeitabwesende werden berücksichtigt, solange sie als erwerbstätig gelten, d. h. einen Arbeitsvertrag haben oder ein Einkommen beziehen.

Bei teilzeitbeschäftigten Personen ist es schwierig zu bestimmen, ob ein Abwesenheitstag einem ganzen Arbeitstag oder einem Tag mit reduzierter Arbeitszeit entspricht, da die verfügbaren Daten keine Angaben zur Arbeitszeitgestaltung enthalten. Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse zur Abwesenheitsdauer pro Beschäftigung beziehen sich daher nur auf Vollzeitarbeitnehmende.

Mit Ausnahme des Jahres 2020, das von der ersten COVID-19-Welle geprägt war, machen Abwesenheiten aus gesundheitlichen Gründen den grössten Anteil am jährlichen Absenzenvolumen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus. Im Jahr 2024 machten sie allein zwei Drittel der jährlichen Gesamtabenzen aus (66,8%), was einer Menge von 407 Millionen Absenzenstunden entspricht.

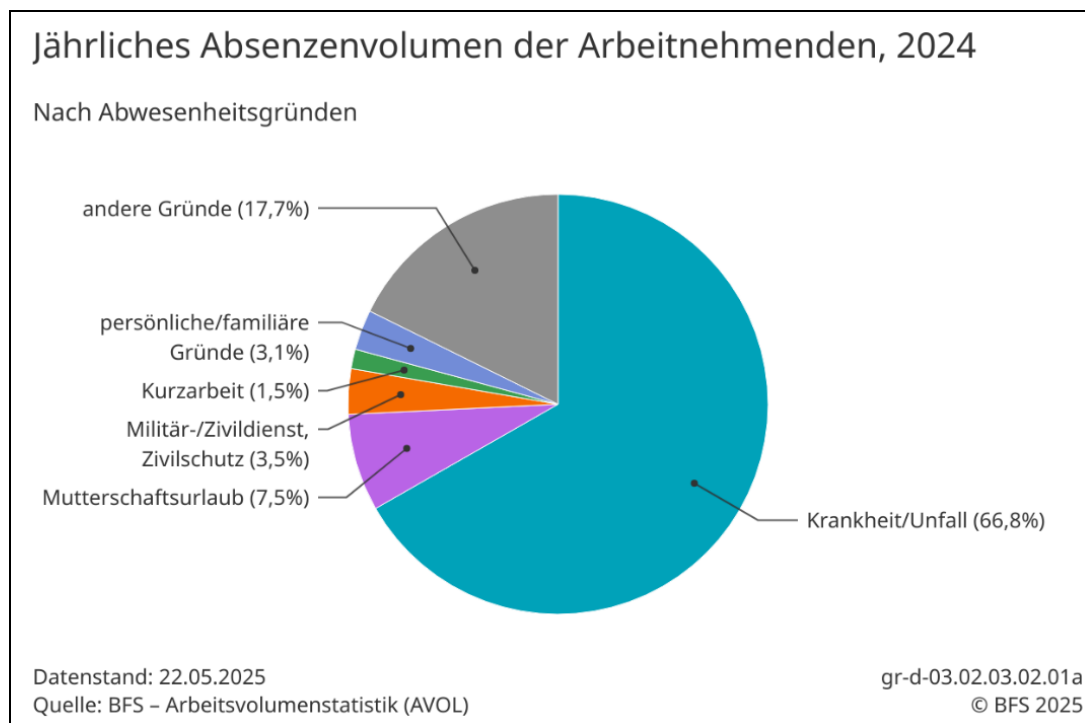


Abbildung 7: Jährliches Absenzenvolumen der Arbeitnehmenden im Jahr 2024, nach Ursachen.

Auch wenn die offiziellen Statistiken keine Unterscheidung zwischen krankheits- und unfallbedingten Absenzen zulassen, handelt es sich aus rechtlicher und versicherungstechnischer Sicht um zwei unterschiedliche Tatbestände, die getrennt behandelt werden.

Grund der Absenz	Rechtsgrundlage	Versicherung
Unfall	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG).	Obligatorische Unfallversicherung (über den Arbeitgeber).
Krankheit	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und Versicherungsvertragsgesetz (VVG).	Freiwillige Krankentaggeldversicherung.

Tabelle 6: Rechtlicher Unterschied zwischen Absenzen aufgrund von Krankheit und Unfall.

Gemäss dem ATSG werden die Begriffe «Krankheit» und «Unfall» wie folgt definiert:

- **Krankheit** (Art. 3 ATSG): Jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- **Unfall** (Art. 4 ATSG): Eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit oder zum Tod führt.

Die Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit ist in der Praxis nicht immer eindeutig. Aus rechtlicher Sicht sind drei Kriterien massgebend für das Vorliegen eines Unfalls: Der Vorfall muss plötzlich, unfreiwillig und durch eine äussere Ursache entstanden sein. Fehlt eines dieser Merkmale, handelt es sich um eine Krankheit.⁹⁷ Die nachfolgende Tabelle illustriert anhand zweier Beispiele die Zuordnung zu «Krankheit» und «Unfall».

Szenario	Beurteilung
Eveline fährt mit dem Velo zur Arbeit und wird von einem Auto angefahren. Sie bricht sich den Arm.	Es liegt eine plötzliche, unbeabsichtigte und äussere Einwirkung vor → Unfall .
Thomas hört nach einem Konzert ein anhaltendes Pfeifen im Ohr. Der Arzt diagnostiziert Tinnitus.	Keine plötzliche Einwirkung, sondern Folge einer längeren Lärmbelastung → Krankheit .

Tabelle 7: Beispiele aus der Praxis zur Abgrenzung zwischen Krankheit und Unfall⁹⁸

⁹⁷ Siehe z.B. BGE 118 V 283 S. 283 (im Internet abrufbar unter: http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F118-V-283%3Ade&lang=de&type=show_document&zoom=YES&) oder SUVA Medical «Abgrenzung zwischen Unfall (UVG) und Krankheit (KVG)» vom 27. Juni 2025, abrufbar im Internet unter: <https://www.suva.ch/de-ch/unfall/fuer-leistungserbringer/suva-medical/publikationen/2025/juni/abgrenzung-zwischen-unfall-uvg-und-krankheit-kvg>.

⁹⁸ Quelle: Homepage der CSS Kranken-Versicherung AG (im Internet abrufbar unter: <https://www.css.ch/de/privatkunden/richtig-versichert/gut-zu-wissen/versicherungstipps/unterschied-unfall-krankheit.html>).

5.1.2 Schwangerschaft

Auch wenn der Grossteil der Frauen ihre Erwerbstätigkeit während ihrer Schwangerschaft für eine bestimmte Zeit unterbrechen, bleibt der Anteil der schwangerschaftsbedingten Absenzen am gesamten Absenzvolumen gering. Im Jahr 2024 machten schwangerschaftsbedingte Absenzen schätzungsweise rund sieben Prozent des Absenzvolumens erwerbstätiger Frauen oder drei Prozent des gesamten Absenzvolumens aus.

Ein Teil der Absenzen am Arbeitsplatz sind schwangerschaftsbedingte Absenzen. Um ihren Umfang zu charakterisieren, werden die Erkenntnisse aus dem Bericht des Bundesrates vom 19. Juni 2015 in Erfüllung des Postulates 15.3793 Maury Pasquier⁹⁹ und die dafür in Auftrag gegebenen Studie des Büros für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG (Büro BASS) «Erwerbsunterbrüche vor der Geburt»¹⁰⁰ hinzugezogen. Für diese Studie wurden 2'809 Frauen, die im Jahr 2016 ein Kind geboren und eine Mutterschaftsentschädigung nach EOG bezogen haben, online befragt. Sie wurden per Stichprobenziehung aus dem Register der Erwerbsersatzordnung (EO-Register) gezogen. Obwohl die Studienergebnisse einige Jahre zurückliegen, gibt es keine klare Evidenz, die aufzeigt, dass sich Absenzen in der Schwangerschaft seit 2016 verändert haben.

Laut der Studie «Erwerbsunterbrüche vor der Geburt» des Büros BASS kommen schwangerschaftsbedingte Absenzen am Arbeitsplatz häufig vor. 81 Prozent der befragten Frauen, gaben an, dass sie im Rahmen ihrer Schwangerschaft die Erwerbstätigkeit unterbrochen haben. Dabei sind etwas mehr als die Hälfte der Erwerbsunterbrüche vollständige Ausfälle, etwa zehn Prozent teilzeitliche Ausfälle und der Rest eine Kombination aus vollzeitlichen und teilzeitlichen Ausfällen. Die Dauer der Unterbrüche liegt im Schnitt bei rund 8 Wochen. Für 50 Prozent der Frauen dauern die Unterbrüche mehr als 6 Wochen, für 25 Prozent der Frauen mehr als zehn Wochen. In den letzten beiden Wochen vor der Geburt sind Frauen häufig voll- oder teilzeitlich krankgeschrieben (68%). Mehr als 15 Prozent der Frauen arbeiten allerdings (fast) bis zum Tag vor der Geburt. Weniger häufig stehen Frauen in einem Beschäftigungsverbot, beziehen Ferientage oder treten den Mutterschaftsurlaub früher an.¹⁰¹

⁹⁹ Im Internet abrufbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/dam/de/sd-web/omkagglfYcUS/br-bericht-mutterschaftsurlaub-vor-geburt.pdf>.

¹⁰⁰ Erwerbsunterbrüche vor der Geburt. Schlussbericht vom 21. Juli 2017 des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG; im Internet abrufbar unter: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/BSV_2018_ErwerbsunterbruecheGeburt_Schlussbericht.pdf.

¹⁰¹ Für die Beantwortung dieser Frage (Situation in den letzten zwei Wochen vor der Geburt) waren laut Studie «Erwerbsunterbrüche vor der Geburt» des Büros BASS Mehrfachantworten möglich. Vorliegend wurden nur die am häufigsten gewählten Antworten berücksichtigt.

Der Anteil der Frauen mit Erwerbsunterbrüchen während der Schwangerschaft variiert auf Grund soziodemografischer und sozioprofessionellen Faktoren. So ist der Anteil an Erwerbsunterbrüchen höher bei Frauen mit einem hohen Erwerbspensum und bei Frauen mit Angestelltenstatus. Es gibt auch gewisse Branchenunterschiede. Absenzen betreffen am häufigsten die öffentliche Verwaltung, das Gesundheits- und Sozialwesen.

Schwangerschaftsbedingte Absenzen können gesundheitliche Ursachen haben oder durch ein Beschäftigungsverbot (aufgrund zu gefährlicher oder zu beschwerlicher Arbeiten) begründet sein. In beiden Fällen haben schwangere Arbeitnehmerinnen Anspruch auf eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber für eine bestimmte Zeit. Bei gesundheitsbedingten Absenzen greift Artikel 324a Absatz 1 und 3 OR und es gelten die im Kapitel 2.2.2 beschriebenen Regelungen. Bei einem Beschäftigungsverbot ist der Arbeitgeber verpflichtet der Schwangeren eine gleichwertige Ersatzarbeit anzubieten oder einen Lohnersatz von 80 Prozent zu zahlen (Art. 35 und Art. 35b Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel¹⁰² [Arbeitsgesetz, ArG]). Eine allfällige Entschädigung basieren auf dem EOG wird erst ab dem Zeitpunkt der Geburt entrichtet.

Laut Studie «Erwerbsunterbrüche vor der Geburt» sind gesundheitliche Einschränkungen in mehr als 85 % der Fälle der Grund für einen Erwerbsunterbruch in der Schwangerschaft. Dieser hohe Anteil ist möglicherweise auch eine Folge von Mängeln in der Umsetzung der Mutterschutzbestimmungen. Studien aus der Westschweiz deuten darauf hin, dass Risikoanalysen von Seiten der Unternehmen selten durchgeführt werden und Krankschreibungen häufig genutzt werden, um schwangere Arbeitnehmerinnen von gefährlichen oder zu beschwerlichen Arbeiten zu entlasten.^{103 104}

Die finanzielle Absicherung der von Absenzen betroffenen Frauen, ist laut Umfrageergebnissen der Studie des Büros BASS entsprechend gut. Rund 95 Prozent der Frauen mit einer gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit erhalten während ihrer Abwesenheit mindestens 80 Prozent ihres Lohnes. Bei Frauen mit Absenzen aufgrund eines Beschäftigungsverbots sind es etwa 90 Prozent.¹⁰⁵ Tendenziell kommt es seltener zu Einkommensausfällen oder -Reduktionen, je höher die Ausbildung und das Einkommen der betroffenen Frauen ist und je

¹⁰² [SR 822.11](#).

¹⁰³ Abderhalden-Zellweger A, Probst I, Politis Mercier MP, Danuser B, Wild P, & Krief P (2020) Implementation of maternity protection legislation: gynecologists' perceptions and practices in Frenchspeaking Switzerland. PloS one 15(4) (im Internet abrufbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231858>).

Abderhalden-Zellweger, A., Vonlanthen, J., Renteria, S. C., Wild, P., Moschetti, K., Brunner, L., ... & Krief, P. (2024). Enhancing maternity protection at work: assessing the contribution of a specialized occupational medicine consultation for pregnant employees in Switzerland. *Journal of public health*, 1-15 (im Internet abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-023-02190-y.pdf>).

¹⁰⁴ Die von der Abteilung für Arbeits- und Umweltgesundheit (DSTE) von Unisanté eingeführte arbeitsmedizinische Beratung für schwangere Arbeitnehmerinnen (PregOH-Beratung) bietet einen evaluierten und erprobten Lösungsansatz, um die Umsetzung der Mutterschutzbestimmungen zu verbessern.

¹⁰⁵ Die höheren prozentualen Lohnausfälle bei Absenzen durch ein Beschäftigungsverbot sind wahrscheinlich der kleinen Anzahl Betroffener geschuldet.

länger sie im Betrieb angestellt sind. Besonders stark von Einkommenseinbussen oder -Lücken betroffen sind Selbstständigerwerbende. Vermutlich, da sie oft unzureichend gegen gesundheitsbedingte Ausfälle versichert sind.

Schätzung des Anteils der schwangerschaftsbedingten Absenzen am jährlichen Absenzvolumen der Arbeitnehmenden

Basierend auf den Ergebnissen der Studie «Erwerbsunterbrüche vor der Geburt» des Büros BASS und Zahlen aus der AVOL wird der Anteil des jährlichen Absenzvolumens¹⁰⁶ für das Jahr 2024 approximiert, der durch Schwangerschaften bedingt ist. Dafür wird angenommen, dass alle erwerbstätigen Mütter einen 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub beziehen und dass 80 Prozent der erwerbstätigen Mütter ihre Erwerbstätigkeit in der Schwangerschaft im Schnitt für rund acht Wochen unterbrechen. Die jährlichen schwangerschaftsbedingten Absenzen würden sich damit auf rund 13 Millionen Stunden belaufen, was rund sieben Prozent des Absenzvolumens von erwerbstätigen Frauen und rund drei Prozent des Absenzvolumens insgesamt erklären würde.

Diese Zahlen stellen eine grobe Annäherung an die tatsächlichen Anteile dar. Mögliche Abweichungen ergeben sich dadurch, dass sich der Anteil an Frauen mit Erwerbsunterbrüchen in der Schwangerschaft seit 2016 geändert hat, dass nicht alle berechtigten schwangeren Arbeitnehmerinnen einen Mutterschaftsurlaub beziehen und bezahlte Mutterschaftsurlaube zum Teil länger als 14 Wochen dauern. Mit Sicherheit kann jedoch gesagt werden, dass schwangerschaftsbedingte Absenzen am gesamten Absenzvolumen am Arbeitsplatz einen kleinen Teil ausmachen.

5.2 Entwicklung der gesundheitsbedingten Absenzen in der Schweiz

Insgesamt sind die krankheitsbedingten Absenzen in den letzten fünfzehn Jahren gestiegen. Zwischen 2010 und 2024 betrug der Anstieg der durchschnittlichen Anzahl an Fehltagen von Vollzeit-Arbeitnehmenden um mehr als ein Drittel von 6,3 auf 8,5 Tage pro Jahr, was einem Anstieg von 2,2 Tagen entspricht.

Zwischen 2010 und 2019 fielen die Schwankungen bei der jährlichen Anzahl der Absenztage relativ moderat aus, jedoch mit einem allmählichen Anstieg. Ab 2020 ist ein deutlicherer Anstieg feststellbar. Dieser Anstieg fällt mit der COVID-19-Pandemie zusammen, die sich stark auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgewirkt hat. Das Jahr 2022 verzeichnet mit durchschnittlich 9,3 Fehltagen den Höchststand.

¹⁰⁶ Inklusive Voll- und Teilzeitbeschäftigte.

Nach dem Höchststand im Jahr 2022 ist für das Jahr 2023 ein Rückgang zu beobachten, gefolgt von einem erneuten Anstieg im Jahr 2024, der jedoch nicht den bisherigen Höchststand von 2022 erreicht.

Die Daten zur Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Geschlecht stammen aus der AVOL, welche vom BFS zwischen 2010 und 2024 durchgeführt worden ist.

Als Kontextinformation ist festzuhalten, dass gemäss der Unfallstatistik das Risiko von Berufsunfällen in den letzten Jahren rückläufig ist, während sich das Risiko von Nichtberufsunfällen weitgehend stabil entwickelt hat. Diese Angaben sind jedoch nicht direkt mit der Entwicklung der Absenztage vergleichbar.

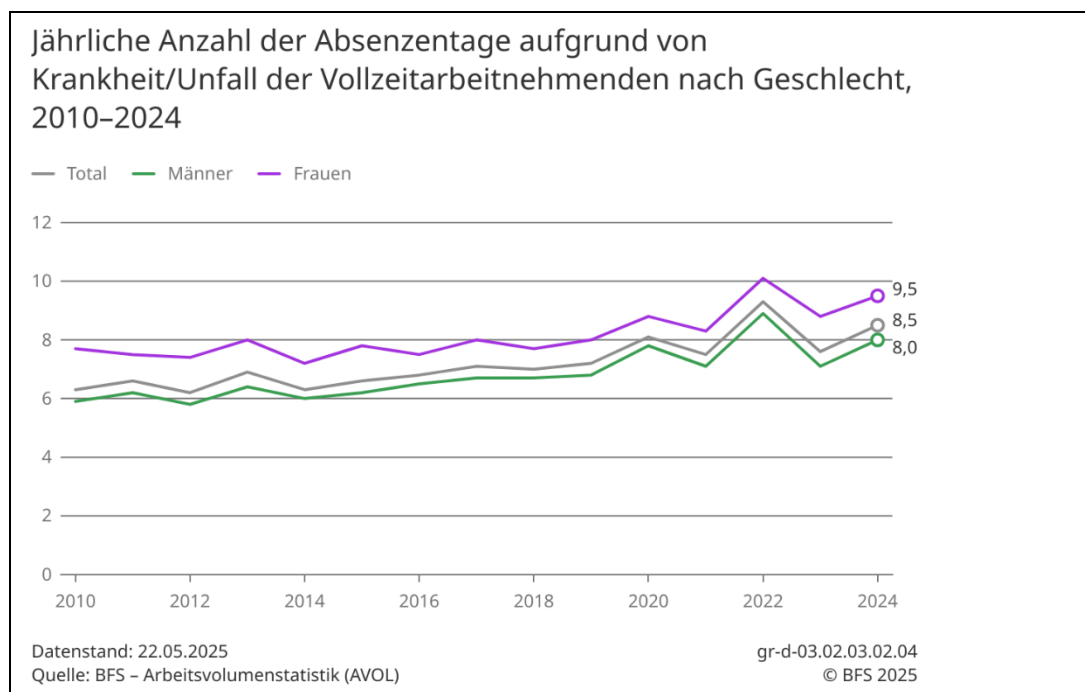


Abbildung 8: Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Geschlecht, 2010-2024¹⁰⁷.

5.2.1 Unterschiede nach Demografie

Seit 2010 sind die Absenzen in allen Altersgruppen gestiegen, bei beiden Geschlechtern sowie in der gesamten Bevölkerung. Auch regional zeigt sich ein allgemeiner Anstieg – mit einer deutlichen Beschleunigung ab dem Jahr 2020. Gesundheitsbedingte Absenzen sind bei Frauen generell häufiger als bei Männern.

Zwischen 2010 und 2024 hat sich die Anzahl an Abwesenheitstagen in allen Altersgruppen erhöht. Bei den 15- bis 24-Jährigen erhöhte sie sich von 6,7 auf 9,5 Tage, bei den 25- bis 54-

¹⁰⁷ Die Konfidenzintervalle wurden zwar berechnet, sind jedoch nicht dargestellt, da ihre Spannweite gering ist und ihre Darstellung die Lesbarkeit der Abbildungen 9 und 10 beeinträchtigen würde.

Jährigen von 6,0 auf 7,9 Tage und bei den 55- bis 64-Jährigen von 7,9 auf 10,6). Aus den Ergebnissen der AVOL des BFS geht zudem hervor, dass das Niveau der gesundheitsbedingten Absenzen bei Frauen generell höher ist als bei Männern. Zwischen 2010 und 2024 stieg die Anzahl der Abwesenheitstage von Vollzeit-Arbeitnehmenden jedoch bei Männern um 37 Prozent (+2,2 Tage von 5,9 auf 8,0 Tage pro Jahr) und damit stärker als bei Frauen (+23% bzw. +1,8 Tage von 7,7 auf 9,5 Tage). Dieser Anstieg ist sowohl bei den Schweizerinnen und Schweizern (+34% bzw. von 6,1 auf 8,2 Tage) als auch bei den Ausländerinnen und Ausländern (+30% bzw. von 6,9 auf 9,0 Tage) festzustellen.

Die längere Abwesenheitsdauer von Frauen hat vielfältige Gründe zum Beispiel geschlechtsspezifische Erkrankungsrisiken¹⁰⁸, soziale Rollenverteilung, strukturelle Doppelbelastung und Berufswahl. Neben der Abwesenheit durch Mutterschaft sind Frauen von bestimmten Erkrankungen häufiger betroffen als Männer (z.B. Brustkrebs, muskuloskelettale Erkrankungen)¹⁰⁹. Frauen arbeiten auch öfter in Berufen mit erhöhten psychosozialen Belastungen (z.B.: Berufe in Pflege und Erziehung). Die sozialen Normen führen oft auch zu einer Doppelbelastung durch Beruf und Familie, welche mit höherem Erkrankungsrisiko verbunden sein kann.¹¹⁰

Ein ähnliches multifaktorielles Bild zeigt sich bei den 15-24-Jährigen: Neben einem erhöhten Unfallrisiko sind Jugendliche oft in Branchen beschäftigt, in denen sie überproportional stark von Belastungen durch Umgebungsfaktoren, des Bewegungsapparates und der Psyche (z.B. Stress) betroffen sind¹¹¹. Die Pandemie scheint diese Belastung noch verstärkt zu haben¹¹².

Die nachfolgende Abbildung 9 zeigt die Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Altersgruppe, 2010-2024. Die Daten stammen aus der AVOL, welche vom BFS zwischen 2010 und 2024 durchgeführt worden ist.

¹⁰⁸ Menstruationsbeschwerden werden in der AVOL nicht als eigene Absenzenkategorie geführt. Wenn sie so stark sind, dass eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, fallen sie statistisch unter Krankheit beziehungsweise krankheitsbedingte Abwesenheit, nicht unter eine separate Menstruationsrubrik. Damit können Menstruationsbeschwerden einen Teil der statistisch längeren Abwesenheitsdauer von Frauen erklären, aber die AVOL erlaubt keine direkte Quantifizierung dieses Anteils.

¹⁰⁹ Bekker MHJ, Rutte CG, Van Rijswijk K. Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Med*. 2009 Aug;14(4):405–18.

¹¹⁰ Casini A, Godin I, Clays E, Kittel F. Gender difference in sickness absence from work: a multiple mediation analysis of psychosocial factors. *Eur J Public Health*. 2013 Aug;23(4):635–42.

¹¹¹ Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung - Arbeitsbedingungen und Gesundheit in den Jahren 2012, 2017 und 2022 (im Internet abrufbar unter: https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen/Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Studien_und_Berichte/bericht_sbg_2022.html).

¹¹² Barrense-Dias Y, Chok L, Suris JC. A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein [Internet]. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté); 2021 [cited 2025 Jun 11]. Im Internet abrufbar unter: <https://www.unisante.ch/fr/node/3663>.

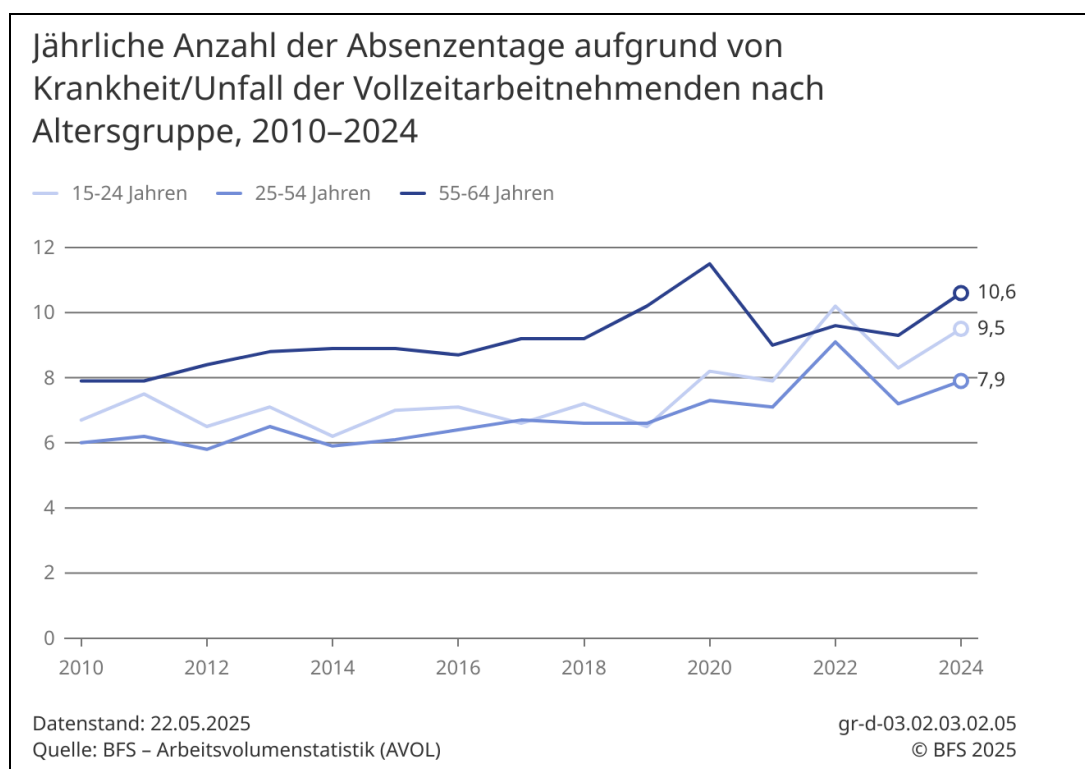


Abbildung 9: Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Altersgruppe, 2010-2024.

In allen Grossregionen der Schweiz ist ein Anstieg der Absenzen aus gesundheitlichen Gründen zu verzeichnen, mit einer deutlichen Beschleunigung ab dem Kalenderjahr 2020. Die höchsten Werte wurden in drei Regionen verzeichnet: in der Nordwestschweiz (10,6 Tage im Jahr 2022), im Tessin (10,5 Tage im Jahr 2022) sowie in der Genferseeregion, die bereits 2020 mit 10,4 Tagen einen Höchstwert erreichte (9,1 Tage im Jahr 2022). Die Entwicklung nach diesen Spitzenwerten verläuft jedoch regional unterschiedlich. Im Tessin sank die Zahl der Absenzen bis 2024 deutlich auf 7,3 Tage, was einem Rückgang von rund 30 Prozent entspricht. Auch die Genferseeregion zeigt eine Abnahme auf 8,6 Tage im Jahr 2024 (–17% gegenüber 2020). In der Nordwestschweiz hingegen bleibt der Wert mit 9,4 Tagen im Jahr 2024 weiterhin hoch (–11% gegenüber 2022).

Der Espace Mittelland und die Ostschweiz verzeichnen einen allmählichen Anstieg auf durchschnittlich 8,9 beziehungsweise 8,6 Absenztage im Jahr 2024, gegenüber 7,0 beziehungsweise 6,0 Absenztage im Jahr 2010. Die Zentralschweiz, die historisch gesehen die niedrigsten Werte verzeichnete (5,0 Tage im Jahr 2010), zeigt mit 7,8 Absenztagen im Jahr 2024 eine deutliche Entwicklung. Der Kanton Zürich verzeichnet einen Anstieg von 6,1 im Jahr 2010 auf 8,0 Tage im Jahr 2024, mit einem Höchstwert von 9,3 Absenztagen im Jahr 2022. Diese Entwicklungen zur Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Grossregionen (siehe Abbildung 11, unten) gehen aus den

Ergebnissen der Arbeitsvolumenstatistik¹¹³ des BFS hervor und werden in der nachfolgenden Abbildung zur Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Grossregionen grafisch dargestellt.

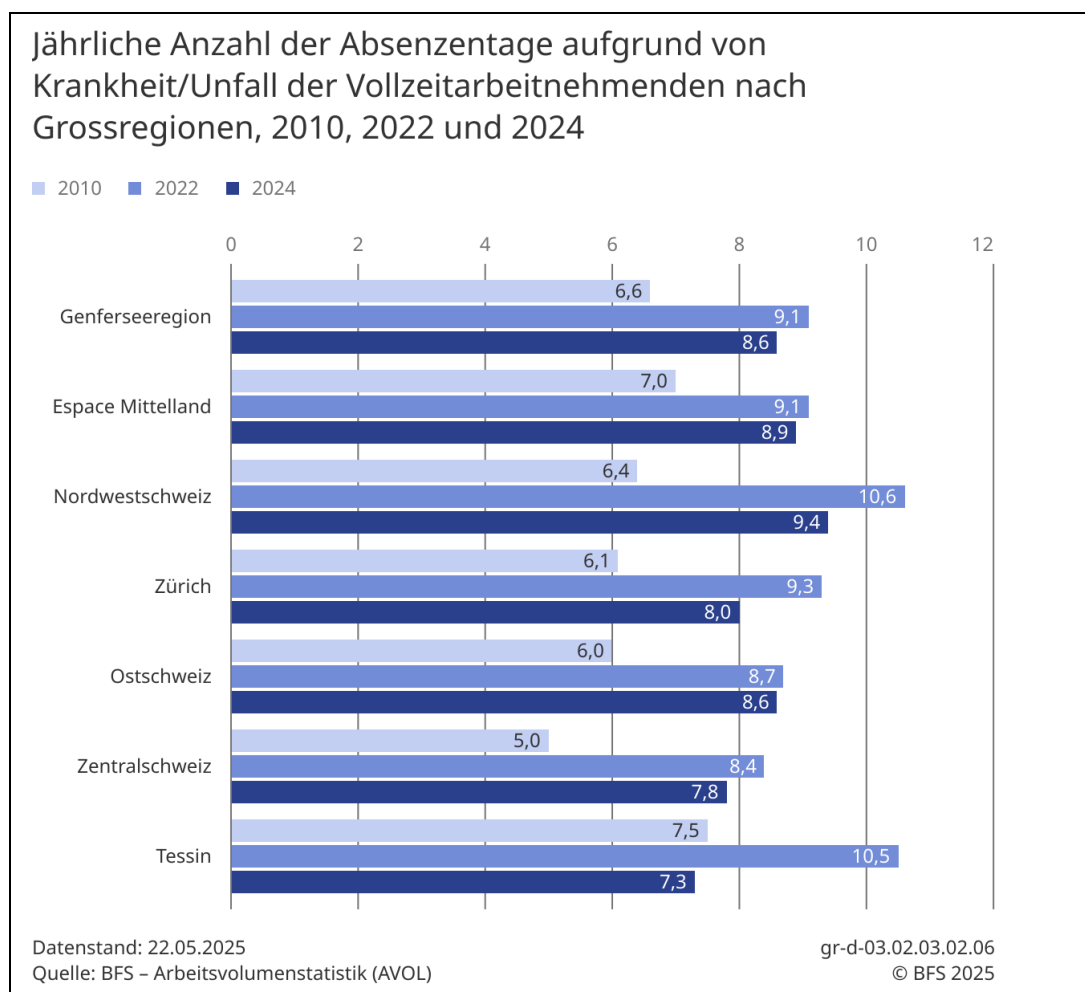


Abbildung 10: Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Grossregionen, 2012, 2022 und 2024.

5.2.2 Unterschiede nach Branchen

Die gesundheitsbedingten Absenzen variieren deutlich zwischen den Wirtschaftssektoren. Am höchsten sind sie in der Immobilienbranche, im Transportwesen, im Baugewerbe sowie im Gesundheits- und Sozialwesen. Am wenigsten Absenzen weisen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in hochqualifizierten Berufen wie Führungskräfte

¹¹³ Die Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) des BFS ist eine Synthesestatistik, deren Hauptquelle die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist. Sie schätzt nach dem Inländerkonzept die tatsächliche Jahresarbeitszeit und das jährliche Arbeitsvolumen in der Schweiz. Die Daten enthalten zudem detaillierte Informationen über die Komponenten der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden pro Arbeitsstelle (vertragliche oder übliche Arbeitsstunden, Absenzen und Überstunden) sowie über die Anzahl Ferienwochen.; Weitere Informationen können auf der Homepage des BFS abgerufen werden: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/avol.html>.

oder Fachspezialisten auf, während demgegenüber Hilfsarbeitskräfte deutlich höhere Werte aufweisen.

Die gesundheitsbedingten Absenzen variieren stark zwischen den verschiedenen Wirtschaftszweigen¹¹⁴. Die folgenden Sektoren weisen in der Regel die längsten Absenzen auf: Immobilien und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen¹¹⁵ (11,5 Tage im Jahr 2024), Verkehr und Lagerei (10,9 Tage), Land- und Forstwirtschaft (10,4 Tage), Baugewerbe (9,4 Tage) sowie Gesundheits- und Sozialwesen (9,4 Tage). Die Anzahl der Fehltage in diesen Branchen erreicht manchmal mehr als zehn pro Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer, insbesondere während und nach der COVID-19-Pandemie. Im Gegensatz dazu weisen Sektoren wie Information und Kommunikation (in der Regel zwischen 4,2 und 6,6 Tagen, ausgenommen ein Spitzenwert von 8,0 Tagen im Jahr 2022), Kredit- und Versicherungsgewerbe (Spitzenwert im Jahr 2024 bei 6,7 Tagen) oder freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (6,0 Tage im Jahr 2024) die wenigsten Absenzen auf, die oft unter sieben Tagen pro Jahr liegen. Obwohl der Finanzsektor sowie die freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen weiterhin zu den Branchen mit den kürzesten durchschnittlichen Absenzen gehören, ist die durchschnittliche Dauer der Absenzen seit 2010 überdurchschnittlich stark angestiegen.

In anderen Sektoren, wie dem Handel (8,6 Tage im Jahr 2024) und der öffentlichen Verwaltung (7,4 Tage), ist die Entwicklung relativ stabil, steigt jedoch nach 2020 stark an. Schliesslich weisen auch das Gastgewerbe (8,6 Tage im Jahr 2024) sowie der Bereich „Kunst, Unterhaltung, private Haushalte, sonstige Dienstleistungen“ (8,3 Tage) erhebliche Schwankungen auf.

Die Daten zur Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Wirtschaftssektoren basieren auf den Ergebnissen der AVOL des BFS. Die in der nachfolgenden Abbildung dargestellten Ergebnisse sollten aber insbesondere in jenen Wirtschaftsbereichen mit grossen Konfidenzintervallen mit Vorsicht interpretiert werden, da grosse Intervalle auf eine geringere Präzision der Schätzungen hinweisen, etwa aufgrund kleinerer Stichproben oder grösserer Streuung der Daten.

¹¹⁴ Der primäre Sektor wird aufgrund einer zu geringen Anzahl Beobachtungen nicht kommentiert. Für das Unterrichtswesen werden keine Ergebnisse veröffentlicht, da bestimmte Hypothesen zugrunde liegen, die einen bedeutenden Einfluss auf die Resultate haben könnten (z. B. wird eine mögliche Reduktion der üblichen Arbeitszeit aus gesundheitlichen Gründen während unterrichtsfreier Wochen nicht berücksichtigt). Diese Wirtschaftsabschnitte sind jedoch in die Berechnung auf Totalebene einbezogen.

¹¹⁵ Gemäss NOGA umfasst die Kategorie L/N die Abschnitte L „Immobilienwesen“ und N „Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen“. Die längeren Absenzen entfallen dabei vor allem auf den Abschnitt N. Die beiden Abschnitte werden zusammengefasst, um eine ausreichende Anzahl Beobachtungen zu gewährleisten.

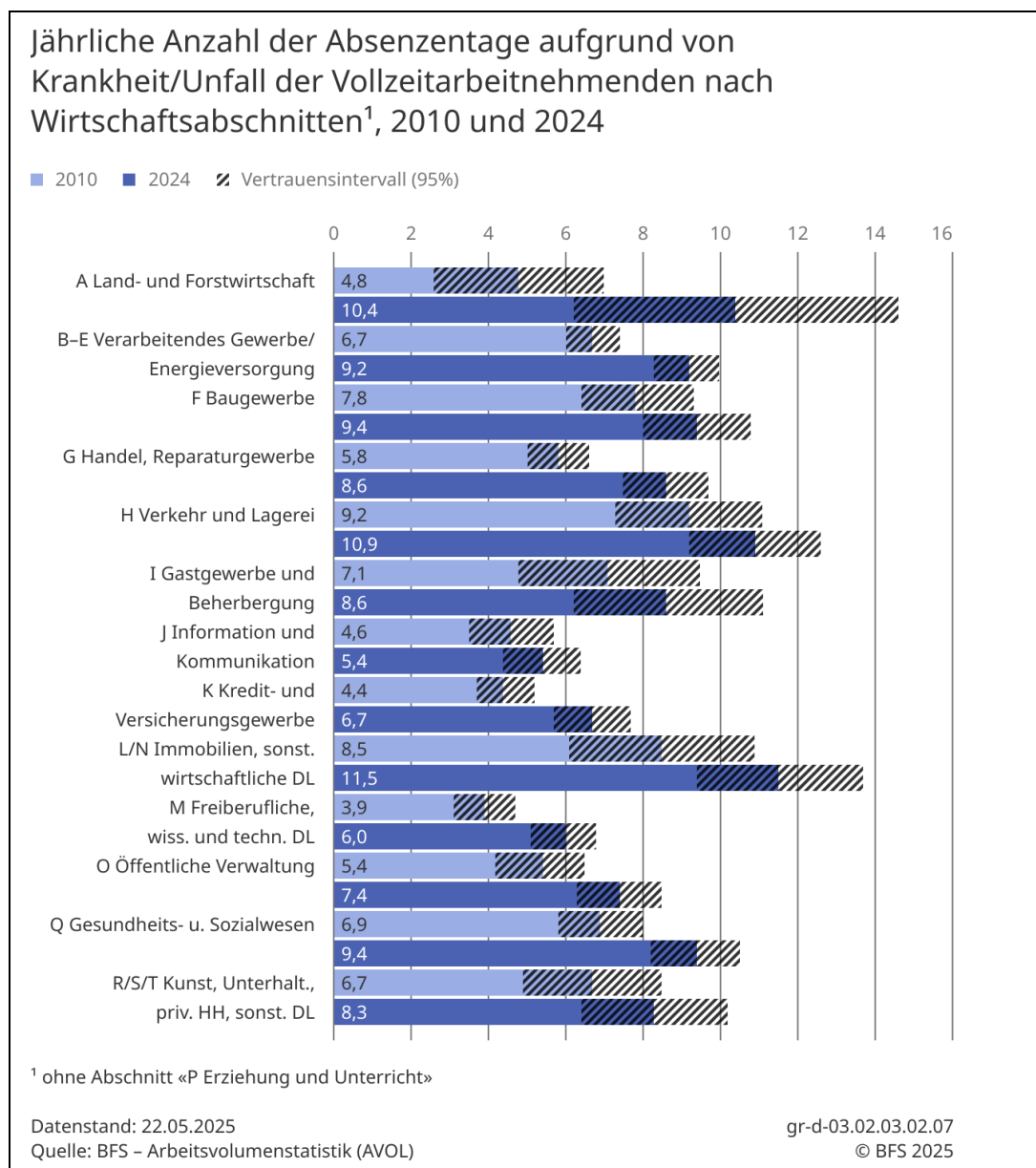


Abbildung 11: Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Wirtschaftssektoren, 2010 und 2024.

Die Ergebnisse der AVOL des BFS für die grossen Berufsgruppen und mit Ausnahme der Land- und Forstwirte zeigen, dass das Ausmass der Absenzen aus gesundheitlichen Gründen stark vom Qualifikationsniveau des ausgeübten Berufs abhängt. Die geringste Anzahl von Abwesenheitstagen ist in den am höchsten qualifizierten Berufen zu verzeichnen (5,7 Tage im Jahr 2024 bei Führungskräften sowie intellektuellen und wissenschaftlichen Berufen), während die höchste Anzahl in den am wenigsten qualifizierten Berufen zu finden ist (13,5 Tage bei Hilfsarbeitskräften).

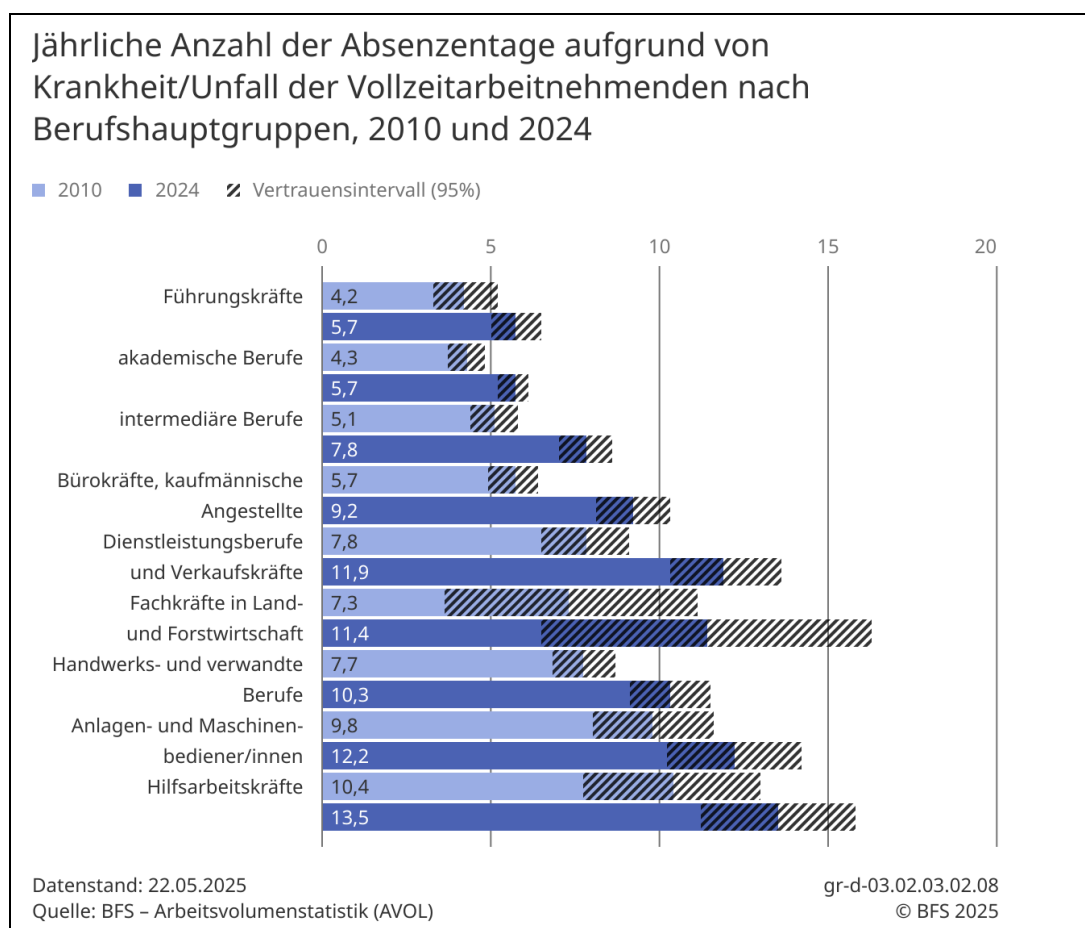


Abbildung 12: Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach grossen Berufsgruppen, 2024.

5.2.3 Verteilung der gesundheitsbedingten Absenztage

Die Verteilung der gesundheitsbedingten Absenztage in den letzten vier Wochen ist deutlich asymmetrisch. Die meisten Arbeitnehmenden weisen wenige oder keine Absenztage auf, während eine hohe Anzahl an Absenztagen auf eine begrenzte Personengruppe konzentriert ist.

Die durchschnittliche jährliche Dauer der gesundheitsbedingten Absenzen ist ein zentraler Indikator zur Beschreibung des gesamten Umfangs an Absenzen. Dieser Durchschnittswert allein erlaubt jedoch keine Aussage darüber, wie die Absenztage auf die einzelnen Erwerbstätigen verteilt sind. Die Verteilung der Absenztage dient daher dazu, die Aussagekraft der durchschnittlichen Absenzdauer zu ergänzen.

Die Mehrheit der Arbeitnehmenden weist im Referenzzeitraum keine gesundheitsbedingten Absenzen auf: im Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2024 erklärten 84% keinen Absenztage in den letzten vier Wochen. Unter den Personen, die mindestens einen halben Absenztage angaben, meldete die Mehrheit nur wenige Absenztage: 57% erklärten, dass sie zwischen einem halben und zwei Absenztagen hatten.

Gleichzeitig zeigt die Verteilung der Absenztage eine ausgeprägte Asymmetrie. Personen mit einer hohen Anzahl deklarerter Absenztage sind zahlenmässig deutlich weniger vertreten, tragen jedoch einen wesentlichen Anteil zur Gesamtzahl der Absenztage bei. So entfallen im Mittel 20 Prozent der abwesenden Personen auf Kategorien mit fünf, zehn, fünfzehn oder zwanzig Absenztagen. Dabei fallen insbesondere die Kategorien mit fünf Absenztagen (9%) sowie mit zwanzig Absenztagen (6%) ins Gewicht.

Insgesamt zeigt die auf mehreren Jahren basierende Betrachtung eine stabile Struktur der Absenztage. Die Analyse der Verteilung der gesundheitsbedingten Absenztage ergänzt somit die Betrachtung der durchschnittlichen jährlichen Absenztagedauer, ohne eine Zerlegung dieser Durchschnittswerte nach der zeitlichen Struktur oder Kontinuität der Absenzen zu ermöglichen.

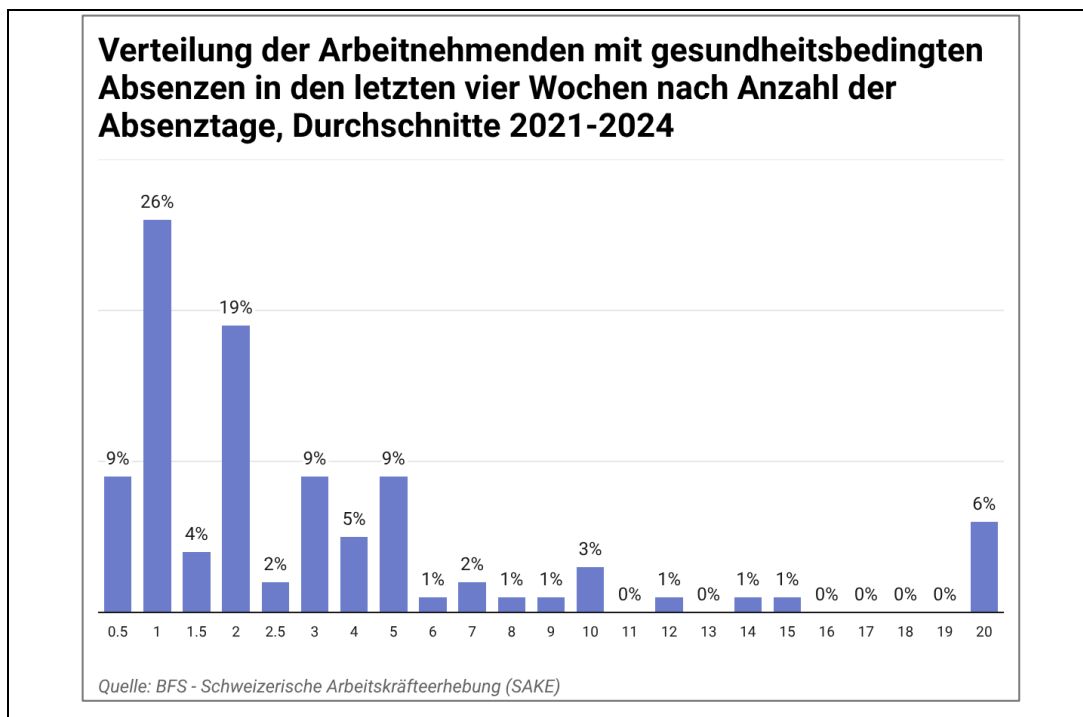


Abbildung 13: Verteilung der Arbeitnehmenden mit gesundheitsbedingten Absenzen in den letzten vier Wochen nach Anzahl der Absenztage, Durchschnitte 2021 - 2024.

5.3 Internationaler Vergleich

Die durchschnittliche Dauer der Abwesenheiten aus gesundheitlichen Gründen variiert stark von Land zu Land. Die höchsten Werte werden in den nordischen Ländern verzeichnet. Die Schweiz liegt im oberen Mittelfeld, mit einer Absenzendauer, die mit jener in Deutschland und Österreich vergleichbar ist.

Die SAKE, das nationale Pendant zur europäischen Arbeitskräfteerhebung¹¹⁶ (AKE), wird nach einer in allen Ländern der Europäischen Union harmonisierten Methodik durchgeführt und von Eurostat, dem statistischen Amt der EU, koordiniert. Jedes teilnehmende Land erhebt im Laufe des Jahres Daten über die Anzahl der Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit oder Unfall, indem jeder Befragte zu einer Referenzwoche befragt wird. Diese kontinuierliche Erhebung ermöglicht es, saisonale Effekte bei der Berechnung der Jahresdurchschnitte zu glätten. Es ist jedoch zu beachten, dass trotz dieser Harmonisierung einige Besonderheiten in den nationalen Erhebungen bestehen bleiben.

Die nachfolgende Abbildung 14 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Abwesenheitstage aus gesundheitlichen Gründen während der Referenzwoche in verschiedenen europäischen Ländern. Es zeigt sich, dass die nordischen Länder, insbesondere Island, Norwegen und Finnland, die höchste Absenzendauer aufweisen. Slowenien, Spanien, Deutschland, Portugal und die Schweiz folgen dicht dahinter. Die niedrigsten Werte sind hingegen in Polen, Bulgarien und Griechenland zu verzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die durchschnittliche Dauer der Abwesenheiten aus gesundheitlichen Gründen von Land zu Land sehr unterschiedlich ist. Diese Unterschiede könnten durch Faktoren wie die Verteilung der Arbeitsplätze auf die Wirtschaftssektoren, den Anteil gesundheitsgefährdender Berufe oder das Vorhandensein atypischer Beschäftigungsformen (z.B. Arbeit auf Abruf, befristete Arbeitsverträge unter einem Jahr) erklärt werden. Natürlich spielen auch andere Faktoren eine wichtige Rolle, wie das Niveau der sozialen Absicherung, die Arbeitsbedingungen oder kulturelle Normen in Bezug auf Fehlzeiten.

¹¹⁶ Die europäischen Arbeitskräfteerhebung (AKE) ist eine umfassende Haushaltsstichprobenerhebung, die vierteljährlich Ergebnisse zur Beteiligung der Personen ab 15 Jahren am Arbeitsmarkt sowie zu Personen, die nicht zu den Arbeitskräften zählen, liefert. Weitere Informationen zu AKE können auf der Homepage des statistischen Amtes der Europäischen Union abgerufen werden: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-union-labour-force-survey>.

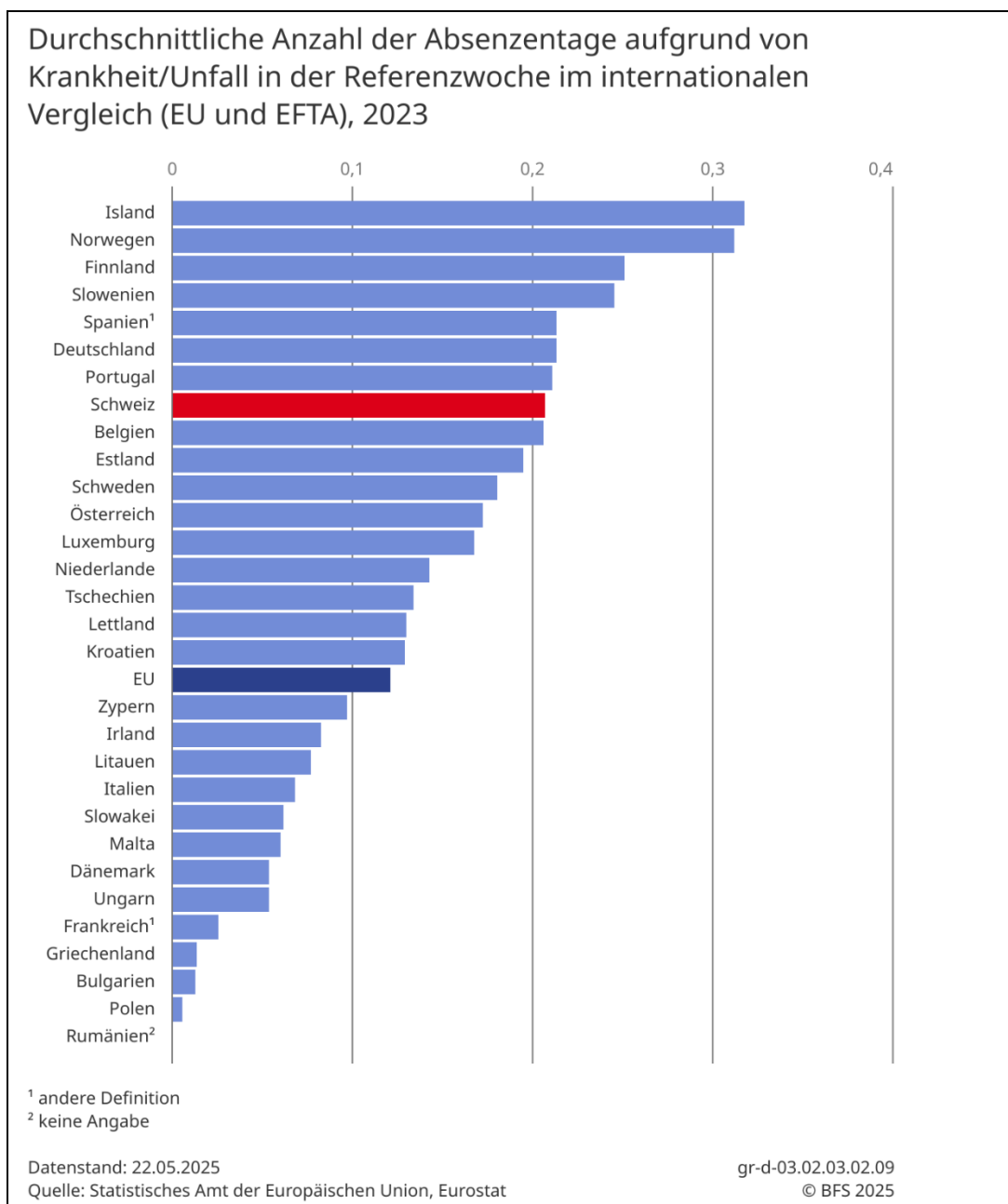


Abbildung 14: Durchschnittliche Anzahl der Abwesenheitstage aus gesundheitlichen Gründen in der Referenzwoche im internationalen Vergleich, 2023.

5.4 Einfluss von Arbeitsbedingungen auf gesundheitsbedingte Absenzen

Die Erwerbsarbeit wird als eine der zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit angesehen. Zum einen ist erwiesen, dass Erwerbstätige allgemein bei besserer Gesundheit sind als Nichterwerbstätige oder Erwerbslose. Diese Erkenntnis ergibt sich aus einem bekannten Selektionsmechanismus, der als «Healthy Worker Effect» bezeichnet wird: Eine Erwerbstätigkeit erfordert einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand und Personen mit angeschlagener Gesundheit haben Mühe, sich im Arbeitsmarkt zu behaupten. Zudem tragen ein Arbeitsplatz und ansprechende Arbeitsbedingungen zu einer guten Gesundheit bei.

Zum anderen können Arbeitsbedingungen in unterschiedlichem Masse die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beeinträchtigen. Seit Langem ist bekannt, dass die Exposition gegenüber giftigen Substanzen oder beschwerliche Arbeiten die Gesundheit gefährden können. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit nicht immer sofort eintreten und manchmal erst Jahre oder sogar Jahrzehnte nach der Exposition auftreten können.

5.4.1 Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme

Im Jahr 2020 berichteten sieben Prozent der Erwerbstätigen über mindestens einen Arbeitsunfall – besonders häufig in der Land- und Forstwirtschaft (18%) sowie im Baugewerbe (16%). Zudem litten 12 Prozent an mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem, meist körperlicher Art. Diese Beschwerden führten bei 44 Prozent der Betroffenen zu mindestens einem Tag Arbeitsunfähigkeit.

Die SAKE beinhaltete 2020 ein europäisches Modul zum Thema «Arbeitsunfälle und andere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme».¹¹⁷ Dieses Modul befasst sich mit den drei Aspekten Arbeitsunfälle, Gesundheitsprobleme, die durch die Arbeit verursacht oder verschlimmert wurden, und Arbeitsbedingungen, die die körperliche Gesundheit oder das psychische Wohlbefinden gefährden können.

Im Jahr 2020¹¹⁸ hatten sieben Prozent der Personen unter 75 Jahren, die zum Zeitpunkt der Erhebung oder in den zwölf Monaten davor erwerbstätig waren, nach eigenen Angaben innerhalb des letzten Jahres mindestens einen Arbeitsunfall zu verzeichnen.

Das höchste Unfallrisiko ist in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Baugewerbe festzustellen: 18 Prozent beziehungsweise 16 Prozent der in diesen Wirtschaftsbereichen tätigen Personen erlitten mindestens einen Unfall. Demgegenüber liegt das Unfallrisiko in mehreren Wirtschaftsbereichen unter vier Prozent; das tiefste Unfallrisiko weist das Finanz- und Versicherungswesen mit weniger als zwei Prozent auf. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Arbeitsunfälle im Jahr 2020 gegliedert nach Wirtschaftsabschnitt.

¹¹⁷ Arbeitsunfälle und andere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme, Publikation zur Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS vom 11. Oktober 2021; im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/19204488>.

¹¹⁸ Es ist dabei zu beachten, dass die Berufsunfälle gemäss der UVG-Statistik 2025 zu Unfällen und Berufskrankheiten in der Schweiz der Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung UVG (KSUV) im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie gegenüber den Vorjahren rückläufig waren (Siehe UVG-Statistik 2025; im Internet abrufbar unter: <https://www.unfallstatistik.ch/d/publik/unfstat/pdf/Ts25.pdf>).

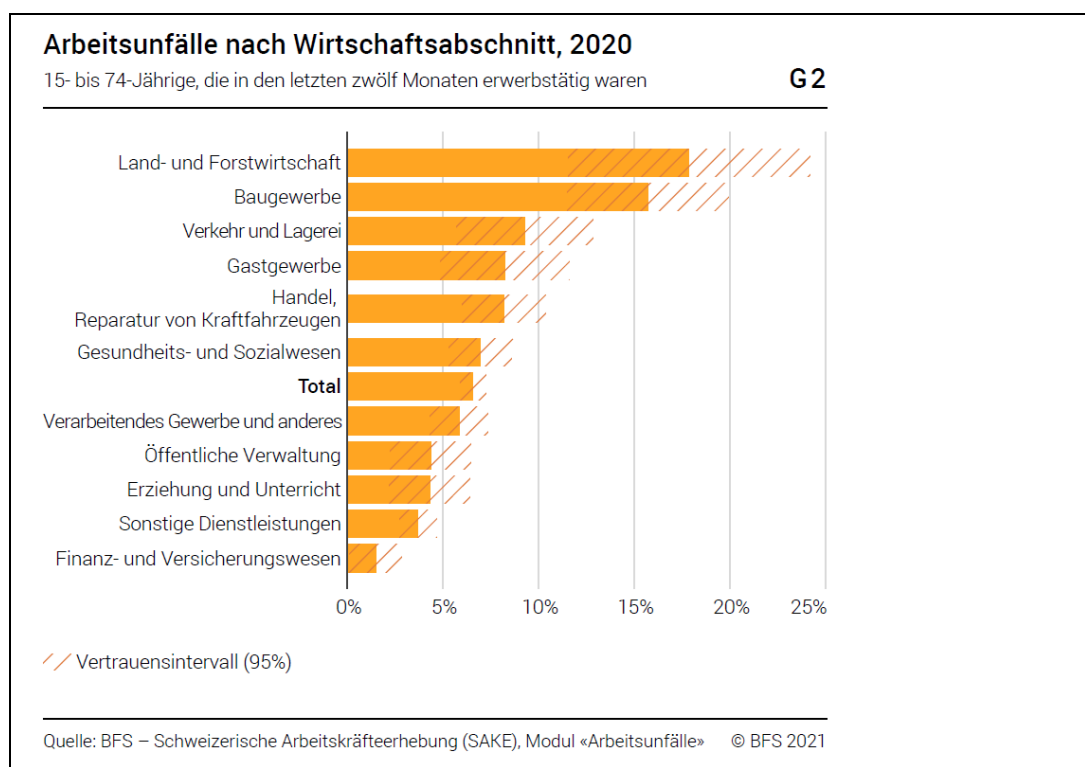


Abbildung 15: Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitt, 2020.

Im Jahr 2020 litten zwölf Prozent der 15- bis 74-Jährigen, die in ihrem Leben eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, nach eigenen Angaben innerhalb der letzten zwölf Monate an mindestens einem Gesundheitsproblem (ohne Zusammenhang mit einem Unfall), das durch die jetzige oder frühere Erwerbstätigkeit verursacht oder verschlimmert wurde. Am höchsten ist dieser Anteil bei den 45- bis 64-Jährigen (15%). Die häufigsten deklarierten Probleme sind Knochen-, Gelenk- oder Muskelbeschwerden (58%), gefolgt von Stress, Depressionen oder Angstzuständen (25%). 44 Prozent der Personen mit einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem geben an, in diesem Zusammenhang mindestens einen Tag arbeitsunfähig gewesen zu sein.

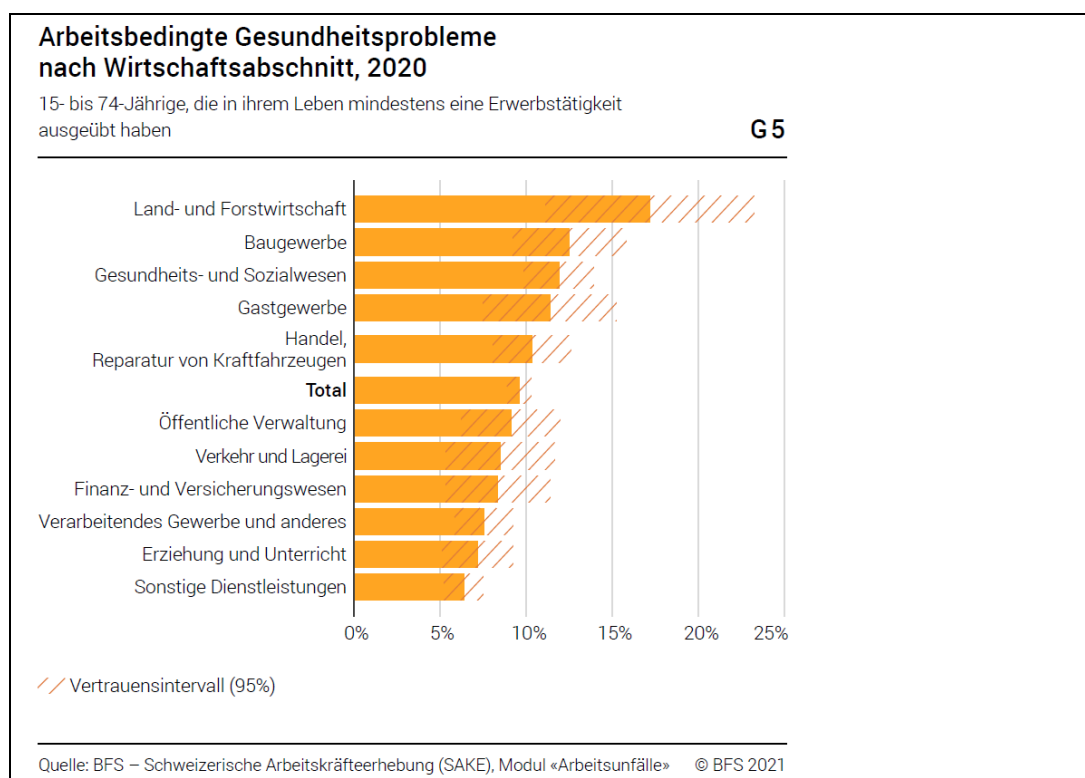


Abbildung 16: Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nach Wirtschaftsabschnitt, 2020.

5.4.2 Physische Belastungen

Physische Belastungen betreffen insbesondere Beschäftigte in den Bereichen Bau, Landwirtschaft, Gastgewerbe und Gesundheitswesen. 2022 waren fast die Hälfte der Männer und 43 Prozent der Frauen mindestens drei physischen Risiken ausgesetzt – am häufigsten durch monotone Bewegungen und belastende Körperhaltungen. Jüngere Beschäftigte unter 30 Jahren sind besonders häufig mehrfach belastet.¹¹⁹

Die physischen Risiken (beschwerliche Arbeit, giftige Substanzen, Lärm, extreme Temperaturen usw.) sind seit Langem als potenzielle Gesundheitsgefahren bekannt. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten in der Landwirtschaft und im Baugewerbe sind physischen Risiken ausgesetzt. Im Gastgewerbe, Verkehr und Lagerei, Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen sind die Beschäftigten überdurchschnittlich sowohl von physischen Belastungen sowie psychosozialen Belastungen betroffen.

¹¹⁹ Siehe «Ausgewählte Ergebnisse der schweizerischen Gesundheitsbefragung - Arbeitsbedingungen und Gesundheit in den Jahren 2012, 2017 und 2022» Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Erscheinungsjahr: 2024. Der Bericht beschreibt die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der abhängig Erwerbstätigen im Jahr 2022. Ausserdem werden Entwicklungen zwischen 2012 und 2022 präsentiert. Die Basis bildet die Schweizerische Gesundheitsbefragung der Jahre 2012, 2017 und 2022 (SGB) des BFS. Die Arbeitsbedingungen werden anhand von physischen Belastungen, psychosozialen Belastungen sowie entlastenden Faktoren (Ressourcen) beleuchtet (im Internet abrufbar unter: https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Studien_und_Berichte/bericht_sbg_2022.html).

2022 waren 43 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer bei ihrer Arbeit mindestens drei von zehn möglichen physischen Risiken ausgesetzt. Diese Anteile sind gegenüber 2012 und 2017 leicht gesunken.

Risiken vom Typ der Belastungen des Bewegungsapparats sind am meisten verbreitet: Von beiden Geschlechtern am häufigsten genannt wurden stets gleiche Arm- oder Handbewegungen (Männer: 64%; Frauen: 61%). Am zweithäufigsten erwähnt wurden schmerzhaft und ermüdende Körperhaltungen (Männer: 45%; Frauen: 50%). Sie werden auch am ehesten mit einem schlechteren Gesundheitszustand in Zusammenhang gebracht.

Risiken in Form von Belastungen durch Umgebungsfaktoren und Gefahrenstoffe betreffen Männer stärker als Frauen. Ein Viertel bis ein Drittel der Männer sind mit starkem Lärm, extremen Temperaturen oder Vibrationen konfrontiert. Die Exposition gegenüber giftigen oder schädlichen Stoffen betraf 2022 23 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen.

Verglichen mit den anderen Altersklassen sind Personen unter 30 Jahren deutlich häufiger Mehrfachbelastungen in Form von mindestens drei physischen Risiken ausgesetzt. 50- bis 64-Jährige sind grundsätzlich seltener von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen betroffen.

Die nachfolgende Abbildung 17 basiert auf der Basis der Ergebnisse der schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS und visualisiert für das Jahr 2022, die Mehrfachbelastungen bezüglich des Bewegungsapparates und der Umgebungsfaktoren/ Gefahrenstoffe nach Branchen, in Prozent.

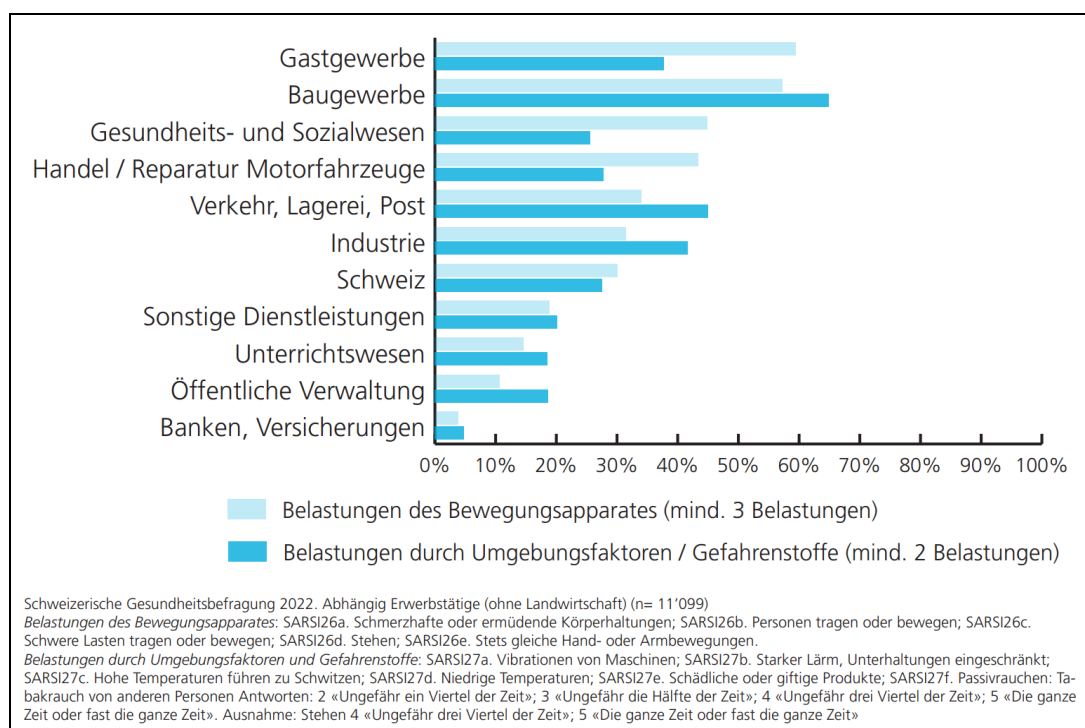


Abbildung 17: Mehrfachbelastungen bezüglich des Bewegungsapparates und der Umgebungsfaktoren/ Gefahrenstoffe nach Branchen, Schweiz 2022, in Prozent.

5.4.3 Psychosoziale Belastungen

Fast die Hälfte der Erwerbstätigen war 2022 von psychosozialen Mehrfachbelastungen betroffen. Hohe Anforderungen, Arbeitsintensität und Stress sind weit verbreitet – insbesondere bei Frauen. Während die Gesamtbelastung stabil blieb, nahmen Stress und Wertekonflikte seit 2012 deutlich zu.¹¹⁹

Psychosoziale Belastungen resultieren aus Arbeitsbedingungen, aus der Arbeitsorganisation und aus den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, die in einem Wechselwirkungsverhältnis mit der psychischen Verfassung stehen und so die psychische, physische und soziale Gesundheit negativ beeinflussen können. Psychosoziale Belastungen können zu verschiedenen gesundheitlichen Folgen führen, wie Herzproblemen, Stoffwechselerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Problemen (wie beispielsweise Depressionen oder Burn-out).

2022 waren 49 Prozent der erwerbstätigen Frauen und 46 Prozent der erwerbstätigen Männer von psychosozialen Mehrfachbelastungen betroffen, indem sie drei oder mehr von neun Typen psychosozialer Risiken ausgesetzt waren.¹²⁰ Hohe Anforderungen (63%) sowie eine

¹²⁰ Die neun Dimensionen der psychosozialen Arbeitsbelastungen sind: hohe Arbeitsanforderungen, hohe Intensität, geringe Autonomie, Wertekonflikte, emotionale Beanspruchung, geringe soziale Unterstützung, selbstberichteter Stress, Diskriminierung oder Gewalt, Angst um den Arbeitsplatz.

hohe Arbeitsintensität (51%) charakterisieren die Arbeitsbedingungen für eine Mehrheit der Erwerbstätigen.

Frauen sind häufiger als Männer von einem geringen Gestaltungsspielraum (35% gegenüber 28%) und von emotionaler Beanspruchung (25% gegenüber 22%) betroffen. Insgesamt sind die psychosozialen Belastungen in den letzten zehn Jahren stabil geblieben. Allerdings haben Stress (selbst berichtet) und Wertekonflikte zwischen 2012 und 2022 deutlich zugenommen. Der Anteil Frauen, die an ihrem Arbeitsplatz meistens oder immer Stress erleben, erhöhte sich von 17 Prozent im Jahr 2012 auf 25 Prozent im Jahr 2022 und bei den Männern von 18 Prozent auf 21 Prozent. Stress gehört zu den psychosozialen Risiken, die am häufigsten mit gesundheitlichen Problemen in Zusammenhang gebracht werden (siehe Abbildung 18, unten).

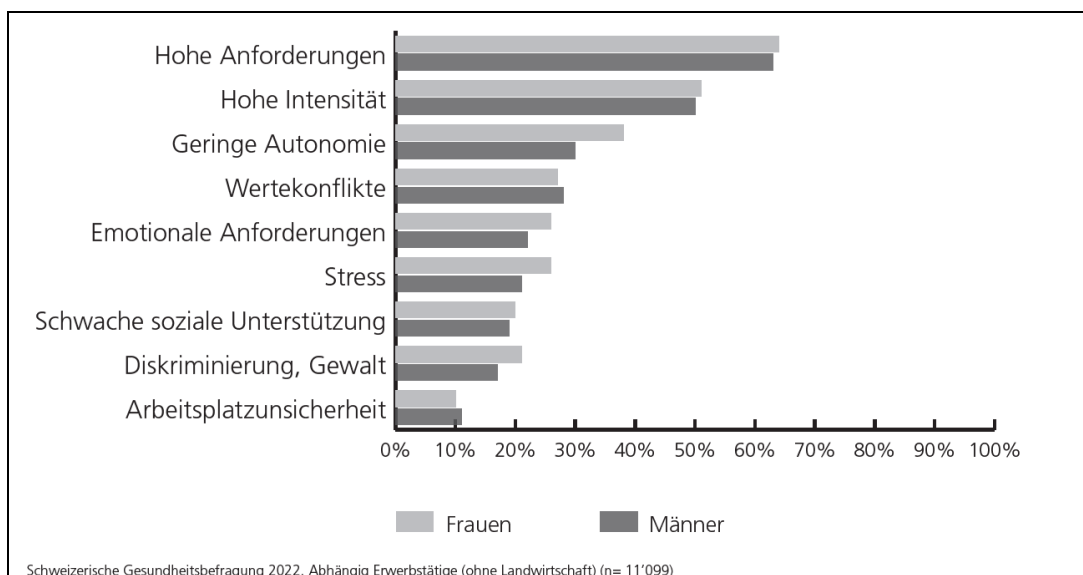


Abbildung 18: Psychosoziale Belastungen nach Geschlecht, 2022

Auch die Studie «Der Anstieg gesundheitsbedingter Fehlzeiten in der Schweiz: Welche Arbeitnehmer sind häufiger abwesend?»¹²¹ aus dem Jahr 2025 bestätigt, dass psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz sowohl mit der Wahrscheinlichkeit als auch mit der Dauer gesundheitsbedingter Fehlzeiten in Zusammenhang stehen. Die Studie kommt zum Schluss, dass insbesondere die drei psychosozialen Risiken – Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Gewalt am Arbeitsplatz und Arbeitsplatzunsicherheit – sich als die robustesten Prädiktoren für die Abwesenheitswahrscheinlichkeit erweisen. Längere Abwesenheitszeiten stehen dabei am stärksten im Zusammenhang mit wahrgenommener Diskriminierung, Arbeitsplatzunsicherheit und mangelnder Unterstützung durch Vorgesetzte, wobei letzteres erst 2022 signifikant wird. Das Risiko von Fehlzeiten steigt – so die Studie – mit der kumulati-

¹²¹ Adrien Currat «Der Anstieg gesundheitsbedingter Fehlzeiten in der Schweiz: Welche Arbeitnehmer sind häufiger abwesend?», Masterthesis in Wirtschaftswissenschaften, Universität Lausanne, 2025.

ven Exposition gegenüber widrigen Bedingungen, insbesondere in den Bereichen hohe Anforderungen, geringe Autonomie, geringe soziale Unterstützung und emotionale Anforderungen. Im Gegensatz dazu scheint die kumulative Exposition gegenüber hoher Arbeitsintensität oder Konflikten zwischen Wertvorstellungen und Werten weniger relevant zu sein.

5.4.4 Job-Stress-Index

Der Job-Stress-Index misst das Verhältnis zwischen arbeitsbedingten Belastungen und verfügbaren Ressourcen und zeigt seit 2014 eine deutliche Verschlechterung. 2022 befanden sich 28,2 Prozent der Erwerbstätigen im kritischen Bereich; gleichzeitig berichteten 30,3 Prozent über emotionale Erschöpfung – ein zentrales Burnout-Warnsignal. Ein ungünstiges Belastungs-Ressourcen-Verhältnis wirkt sich nachweislich negativ auf die Gesundheit und Produktivität aus. Stressbedingte Produktivitätsverluste kosten die Schweizer Wirtschaft jährlich rund 6,5 Mrd. Schweizer Franken, was weniger als 1 Prozent des BIP entspricht.

Der Job-Stress-Index¹²² basiert auf einer Studie der von Kantonen und Versicherern getragenen Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit der Universität Bern und der ZHAW. Seit 2014 werden darin regelmässig Kennzahlen zu arbeitsbezogenem Stress und zu dessen Zusammenhängen mit Gesundheit und Produktivität (Absentismus¹²³ und Präsentismus¹²⁴) von Erwerbstätigen in der Schweiz ermittelt. Dazu werden jeweils rund 3'000 Personen in der Schweiz befragt, die 20 Prozent oder mehr erwerbstätig sind. Die Stichprobe ist repräsentativ für Erwerbstätige in der Schweiz hinsichtlich Alter, Geschlecht, Branche und Grossregion. In den Jahren 2014, 2015, 2016 sowie 2020, 2021 und 2022 wurden zudem Längsschnitterhebungen durchgeführt, d.h. die gleichen Personen wurden mehrmals befragt. Diese Art von Studie lässt die Untersuchung von individuellen Veränderungen und deren Einflussfaktoren sowie von zeitversetzten Effekten zu.

¹²² Studie Job-Stress-Index: im Internet abrufbar unter: <http://www.job-stress-index.ch/>.

¹²³ Absentismus misst die krankheitsbedingten Fehlzeiten in Prozent der Arbeitszeit. Er wird berechnet, indem die Anzahl versäumter Arbeitsstunden durch die Summe aus versäumten und tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden geteilt wird. (Quelle: Igic et al, 2017, im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-10/Arbeitspapier_043_GFCH_2017-12_-_Job-Stress-Index_2014_bis_2016.pdf).

¹²⁴ Präsentismus misst die reduzierte Arbeitsleistung während der Arbeit aufgrund gesundheitlicher (psychischer und/oder physischer) Probleme ebenfalls in Prozent der Arbeitszeit. Er wird berechnet, indem der Anteil an nicht versäumter Arbeitszeit mit der prozentualen Leistungseinschränkung während der Arbeit multipliziert wird. (Quelle: Igic et al, 2017, im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-10/Arbeitspapier_043_GFCH_2017-12_-_Job-Stress-Index_2014_bis_2016.pdf).

Die Kennzahl Job-Stress-Index bildet bis 2022¹²⁵ das Verhältnis von sechs arbeitsbedingten Belastungen¹²⁶ und vier Ressourcen¹²⁷ der Erwerbstätigen in der Schweiz zum Zeitpunkt der Erhebung in Relation zum ersten Erhebungsjahr 2014 ab. Ein Wert über 50 bedeutet ein ungünstigeres Verhältnis von Belastungen und Ressourcen als 2014, ein niedrigerer Wert ein günstigeres Verhältnis. Der Fokus liegt dabei auf psychosozialen Aspekten der Arbeit (siehe Kap. 5.4.3, oben). Bei Ressourcen handelt es sich um verfügbare Bewältigungsmöglichkeiten, die den negativen Effekt von Belastungen abfedern können. Unter arbeitsbezogenem Stress wird ein Ungleichgewicht zwischen zu bewältigenden Belastungen und verfügbaren Ressourcen verstanden. Dieses kann das Wohlbefinden und die Produktivität einschränken und zu Krankheit führen.

Das Verhältnis von arbeitsbedingten Belastungen und Ressourcen hat sich seit 2014 signifikant verschlechtert¹²⁸ (siehe Abb. 19, unten). In den Jahren 2018, 2020 und 2022 berichten die Erwerbstätigen in der Schweiz über mehr Belastungen im Verhältnis zu den Ressourcen, als sie dies in den Jahren 2014 und 2016 getan haben. Im Mittelwert (M) des Job-Stress-Index zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter (16-24-Jährige: M=51.46; 25-39-Jährige: M=51.33; 40-54-Jährige: M=50.45; 55-65-Jährige: M=49.33), von der Branche (höchste Werte in den Branchen «Gastronomie und Gastgewerbe» (M=51.65) und «Gesundheits- und Sozialwesen» (M=51.64) und von der Funktion (mit Führungsfunktion: M=49.18; ohne Führungsfunktion: M=51.47).

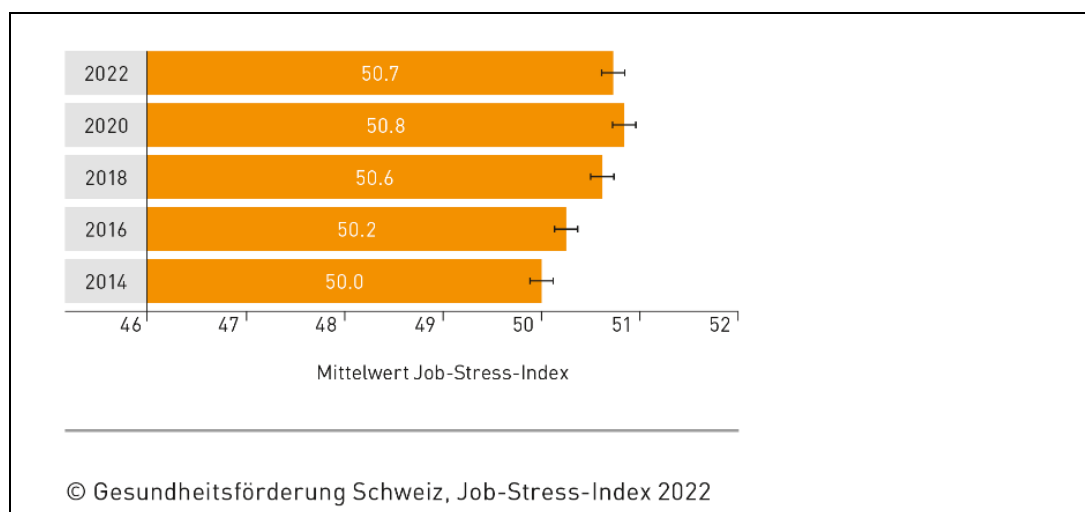


Abbildung 19: Mittelwert des Job-Stress-Index in den Jahren 2014, 2016, 2018, 2020 und 2022. Die Balken repräsentieren das 95 Prozent Vertrauensintervall.

¹²⁵ Um sich den Veränderungen in der Arbeitswelt anzupassen, wird der Job-Stress-Index überarbeitet. Der Index und die Erhebungsmethode werden optimiert und auf den neuesten Stand gebracht. Die erste Erhebung des überarbeiteten Job-Stress-Index findet 2026 statt. Die Ergebnisse dieser und weiterer Erhebungen werden fortlaufend auf der folgenden Webseite publiziert: <http://www.job-stress-index.ch/>.

¹²⁶ Zeitdruck, Arbeitsbezogene Unsicherheit, Arbeitsorganisatorische Probleme, Qualitative Überforderung, Soziale Stressoren durch Vorgesetzte, Soziale Stressoren durch Kolleginnen und Kollegen.

¹²⁷ Handlungsspielraum, Ganzheitliche Tätigkeit, Unterstützendes Vorgesetztenverhalten, Wertschätzung.

¹²⁸ Gesundheitsförderung Schweiz (2022a). *Job-Stress-Index 2022*. Faktenblatt 72. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-10/Faktenblatt_072_GFCH_2022-08_-_Job-Stress-Index_2022.pdf).

Im Jahr 2022 befindet sich der Job-Stress-Index von 28.2 Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz in einem kritischen Bereich. Der kritische Bereich zeigt jenen Bereich an, bei dem die Belastungen im Verhältnis zu den Ressourcen überdurchschnittlich ausgeprägt sind. Der Anteil der Erwerbstätigen im kritischen Bereich hat seit 2014 signifikant zugenommen (24.8%).

Neben dem Job-Stress-Index wird in der Monitoring-Studie auch das Ausmass emotionaler Erschöpfung der Erwerbstätigen in der Schweiz erhoben – als Warnsignal für Burnout. Im Jahr 2022 fühlen sich 30.3 Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz emotional erschöpft¹²⁹. Dieser Anteil ist signifikant höher als in den Jahren 2014 (24%) und 2016 (25.4%). Bei der emotionalen Erschöpfung zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter. Die älteste Gruppe der 55- bis 65-Jährigen berichtet über signifikant weniger emotionale Erschöpfung als alle jüngeren Gruppen. Die Gruppe der 25-39-Jährigen berichtet die höchsten Werte der emotionalen Erschöpfung - signifikant mehr als die beiden älteren Gruppen. In Bezug auf das Geschlecht sind weibliche Erwerbstätige signifikant emotional erschöpfter als männliche Erwerbstätige. Wie auch beim Job-Stress-Index zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit der Funktion: Personen mit Führungsfunktion berichten eine signifikant niedrigere emotionale Erschöpfung als Personen ohne Führungsfunktion.

Wer ein ungünstiges Verhältnis von Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz erlebt, ist kurz- aber auch langfristig emotional erschöpfter¹³⁰. Personen, die im Jahr 2020 über mehr Ressourcen als Belastungen berichten, fühlen sich zwei Jahre später deutlich weniger erschöpft als Personen mit einem weniger günstigen Verhältnis von Belastungen und Ressourcen (siehe Abb. 20, unten). Zudem geht ein über die Jahre konstant niedriger Job-Stress-Index mit einer sinkenden emotionalen Erschöpfung einher, ein konstant hoher Job-Stress-Index hingegen mit einer steigenden emotionalen Erschöpfung. Ein günstiges Belastungs-Ressourcen-Verhältnisses hat also nicht nur einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden der Erwerbstätigen, sondern auch eine über Jahre präventive Wirkung. Zudem scheint keine Gewöhnung an ungünstige Arbeitsbedingungen stattzufinden – sie beeinflussen das Wohlbefinden der Erwerbstätigen über einen längeren Zeitraum negativ. Nicht nur das absolute Niveau des Job-Stress-Index, sondern auch individuelle Veränderungen gehen mit Veränderungen in der emotionalen Erschöpfung einher: Kann der Job-Stress-Index einer Person verbessert werden, fühlt sie sich weniger emotional erschöpft. Verschlechtern sich jedoch die Arbeitsbedingungen dieser Person hin zu einem schlechteren Belastungs-Ressourcen-Ver-

¹²⁹ Unterschiede in der Prävalenz im Vergleich zum Kapitel 5.2 lassen sich durch unterschiedliche Arten der Erhebung erklären.

¹³⁰ Gesundheitsförderung Schweiz (2022b). Arbeitsbedingungen, Wohlbefinden und Produktivität bei Erwerbstätigen in der Schweiz während der Covid-19-Pandemie. Faktenblatt 76. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-12/Faktenblatt_076_GFCH_2022-11_-_Job-Stress-Index_2020-2022.pdf).

hältnis, berichtet sie über mehr emotionale Erschöpfung. Dieser Zusammenhang ist besonders stark für die Personen, die im Jahr 2020 bereits über eine hohe emotionale Erschöpfung berichteten.

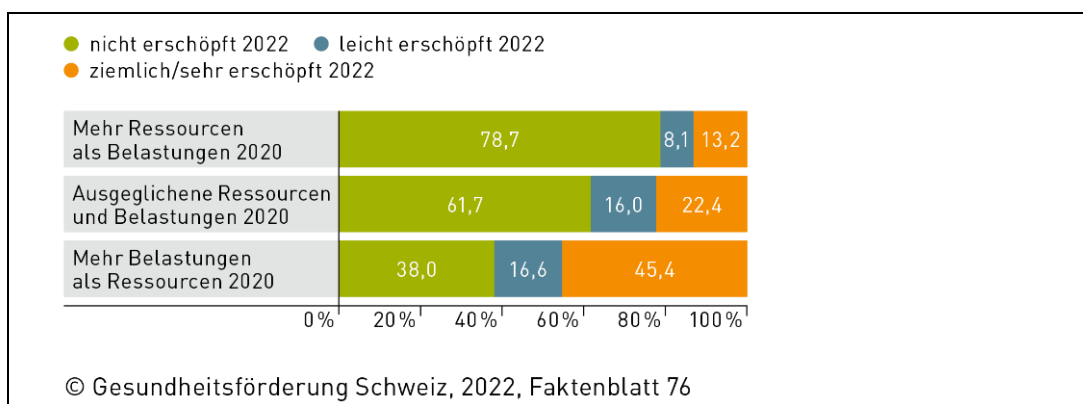


Abbildung 20: Job-Stress-Index-Gruppen 2020 in Zusammenhang mit dem Ausmass emotionaler Erschöpfung 2022.

Als weitere Kennzahl werden im Job-Stress-Index Monitoring die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste erhoben. Neben gesundheitsbedingten Absenzen (Absentismus, siehe Kap. 5.2, oben) beziehen diese auch gesundheitsbedingte Leistungseinschränkungen bei Anwesenheit am Arbeitsplatz (Präsentismus) mit ein. Die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste sind seit 2014 recht stabil geblieben¹³¹ (s. Abb. 21 unten).

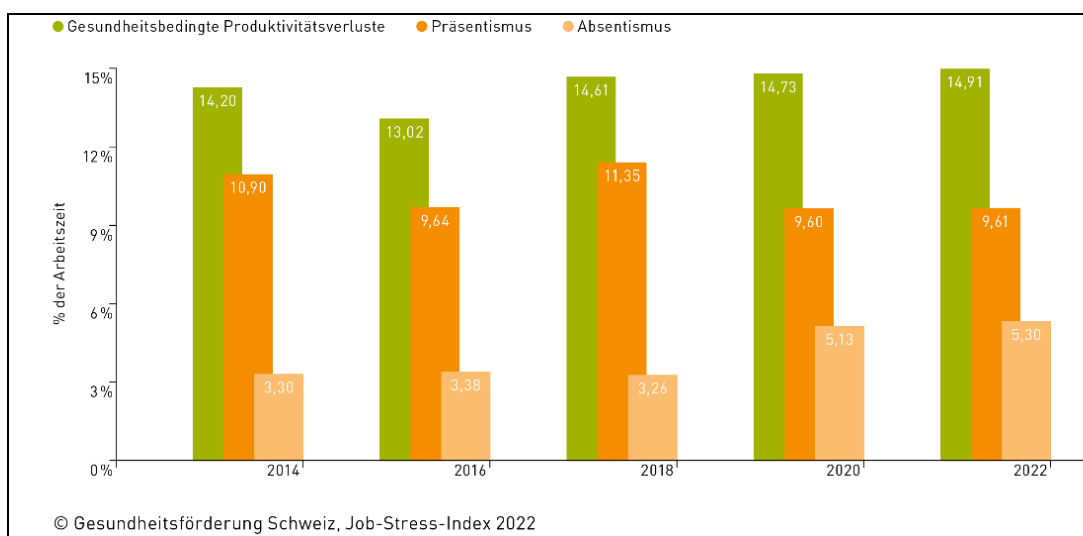


Abbildung 21: Gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste nach Jahr.

Eine Verschlechterung des Job-Stress-Index hängt mit einem Anstieg bei den Produktivitätsverlusten zusammen¹³². Steigt der Job-Stress-Index um einen Punkt, ergibt sich bei einem

¹³¹ Gesundheitsförderung Schweiz (2022a). *Job-Stress-Index 2022*. Faktenblatt 72. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-10/Faktenblatt_072_GFCH_2022-08_-_Job-Stress-Index_2022.pdf).

¹³² Gesundheitsförderung Schweiz (2022b). *Arbeitsbedingungen, Wohlbefinden und Produktivität bei Erwerbstätigen in der Schweiz während der Covid-19-Pandemie*. Faktenblatt 76. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-12/Faktenblatt_076_GFCH_2022-11_-_Job-Stress-Index_2020-2022.pdf).

durchschnittlichen Arbeitspensum¹³³ ein zusätzlicher Arbeitsausfall von 5,2 Stunden pro Arbeitnehmerin beziehungsweise Arbeitnehmer pro Jahr. Für die Stichprobe des Längsschnitts 2020-2022 bedeutet dies beispielsweise Folgendes: Für 143 Personen hat sich der Job-Stress-Index im Zeitraum von 2020 bis 2022 verschlechtert – im Durchschnitt um 3.225 Punkte. In der Summe ist für diese Personen durchschnittlich von einem durch diese Verschlechterung zusätzlich entstandenen Produktivitätsverlust von 16,77 Stunden, also rund zwei Arbeitstagen pro Person pro Jahr auszugehen. Gleichzeitig berichten 133 Personen über einen konstant hohen Job-Stress-Index von im Schnitt 60.44 Punkten. Würde für diese Personen ein ausgeglichenes Verhältnis von Belastungen und Ressourcen erreicht, also einen Job-Stress-Index von 50 Punkten, könnten die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste um 54,3 Arbeitsstunden, das heisst um etwa 6,5 Arbeitstage pro Person pro Jahr, reduziert werden.

Gleichzeitig zeigt das Job-Stress-Index Monitoring: Arbeitsbezogener Stress kostet die Schweizer Wirtschaft rund 6,5 Mrd. Schweizer Franken pro Jahr. Wenn alle Erwerbstätigen ein mindestens ausgeglichenes Verhältnis von Belastungen und Ressourcen erleben würden, könnten in der Schweiz Kosten von 6,5 (+/-2) Mrd. Schweizer Franken pro Jahr gespart werden, die durch Absentismus und Präsentismus entstehen. Ein ausgeglicheneres Verhältnis von Belastungen und Ressourcen kann durch Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement gefördert werden. Die Reduktion von Absenzen ist für Betriebe in der Schweiz der zweitwichtigste Grund, sich für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu engagieren¹³⁴

5.5 Kosten von Absenzen für Arbeitgeber

5.5.1 Direkte Kosten

Im Jahr 2022 beliefen sich die geschätzten Kosten für bezahlten Krankheitsurlaub in der Schweiz auf 12,7 Milliarden Franken, was 1,6 Prozent des BIP¹³⁵ entspricht. Rund 62 Prozent dieses Betrags wurden von den Arbeitgebern getragen, der Rest durch Krankentaggeldversicherungen nach VVG (36,4%) und KVG (2%). Im Vergleich zu an-

¹³³ Das durchschnittliche Arbeitspensum der befragten Personen lag bei 86%.

¹³⁴ Gesundheitsförderung Schweiz (2025). Wie verbreitet ist betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz? Monitoring-Ergebnisse 2024. Faktenblatt 116. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz (im Internet abrufbar unter: https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2025-04/Faktenblatt_116_GFCH_2025-04_-_BGM_in_Schweizer_Betrieben.pdf).

¹³⁵ Das Bruttoinlandprodukt (BIP) ist ein Indikator der Wirtschaftstätigkeit, mit dem die wirtschaftlichen Entwicklungsstufen der einzelnen Länder gemessen und verglichen werden können. Das BIP wird zu laufenden Preisen sowie zu Preisen des Vorjahres berechnet. So kann die Wirtschaftsentwicklung frei von Preiseinflüssen dargestellt werden. Weitere Informationen und Statistiken zum BIP können auf der Homepage des BFS abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/volkswirtschaft/volkswirtschaftliche-gesamtrechnung/bruttoinlandprodukt.html>.

deren europäischen Ländern liegt die Schweiz im oberen Bereich, mit einem finanziellen Aufwand, der ähnlich hoch ist wie in Schweden und Spanien, aber niedriger als in den Niederlanden und Deutschland.

Der bezahlte Krankheitsurlaub¹³⁶ ist in den Sozialschutz-Gesamtrechnungen (GRSS)¹³⁷ enthalten, einer zusammenfassenden Statistik des BFS über die Finanzen des Sozialschutzes in der Schweiz und in Europa. Die Komplexität des bezahlten Krankheitsurlaubs und das Fehlen von Primärstatistiken über die Lohnfortzahlung machen eine genaue Messung des finanziellen Umfangs dieser Sozialleistung nicht möglich. Im Rahmen des Europäischen Systems für integrierte Sozialschutzstatistiken (ESSOSS) wurde jedoch eine Schätzmethode entwickelt¹³⁸.

Für die Erhebung der ausgerichteten Taggelder werden die Daten des BAG und der FINMA bereinigt, sodass nur der Teil der Leistungen berücksichtigt wird, der dem Konzept des sozialen Schutzes der Arbeitnehmenden entspricht (Schätzung). Die Höhe der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber wird indirekt ermittelt. Es werden zunächst theoretische Gesamtkosten geschätzt, die sich aus der Multiplikation der Lohnsumme in der Schweiz (BFS – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung) mit der Abwesenheitsquote bei Krankheit und Unfällen (BFS – Arbeitsvolumenstatistik) ergeben. Die Lohnfortzahlung entspricht der Differenz zwischen diesen theoretischen Gesamtkosten und der Summe der Taggelder (UVG, KVG und VVG). Der Stichprobenfehler und mehrere nicht oder nur teilweise überprüfte Annahmen (mangels Daten) können die Aussagekraft und Verlässlichkeit der Schätzungen einschränken.

Das BFS schätzt¹³⁹ die Gesamtkosten für bezahlten Krankheitsurlaub in der Schweiz für 2022 auf 12,7 Milliarden Franken und für 2021 auf 8,8 Milliarden Franken. Die Werte für 2022 sind unter anderem aufgrund der gestiegenen Abwesenheitsquote aus gesundheitlichen Gründen stark angestiegen (siehe Kap. 5.2.1, oben).

Dieser Betrag von 12,7 Milliarden Franken entspricht 1,6 Prozent des BIP beziehungsweise 3049 Franken pro Vollzeitäquivalent (2021: 2177 Franken).

¹³⁶ Unter dem Begriff «bezahlter Krankheitsurlaub» sind Perioden zu verstehen, in denen eine erwerbstätige Person wegen Krankheit arbeitsunfähig ist, aber weiterhin ihr Entgelt (Lohn / Gehalt) erhält. Erfasst wird die Entgeltfortzahlung, die durch gesetzliche oder vertragliche Regelungen gedeckt ist (z. B. Lohnfortzahlung des Arbeitgebers während der gesetzlichen Frist, Krankentaggeld-Leistungen der Krankenkasse, Beiträge der Sozialversicherung). Nicht enthalten sind unbezahlte Freistellungen oder freiwillige Zusatzleistungen, die nicht über das Sozialversicherungssystem abgerechnet werden.

¹³⁷ Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit, BFS; im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/gesamtrechnung-sozialen-sicherheit.html>.

¹³⁸ Siehe «ESSPROS, Manual and users guidelines, 2022 Edition» (abrufbar im Internet unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/21109687/KS-01-24-016-EN-N.pdf/7bb156f3-79bc-afa0-6a1f-ffc5d63820e4>) sowie «ESSPROS: Compendium of methodological clarifications, 2025 Edition» (abrufbar im Internet unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/21109687/KS-01-24-016-EN-N.pdf/7bb156f3-79bc-afa0-6a1f-ffc5d63820e4>).

¹³⁹ Diese Schätzungen wurden für die [Publikation vom Februar 2024](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/gesamtrechnung-sozialen-sicherheit.gnpdetail.2024-0453.html) erstellt (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/gesamtrechnung-sozialen-sicherheit.gnpdetail.2024-0453.html>) und basieren ihrerseits auf den *early estimates* vom August 2023. Ausnahmsweise konnte die Aktualisierung der GRSS im Februar 2025 nicht durchgeführt werden. Die vorliegenden Ergebnisse sind daher als provisorisch zu betrachten.

Regelung	2018	2019	2020	2021	2022	Qualität der Schätzung
Taggelder nach KVG	175	186	192	191	191	Gut
Taggelder nach VVG	3095	3240	3445	3545	3733	Gut
Lohnfortzahlung bei Krankheit	4326	4558	6105	5072	8754	Begrenzt
Total (Schätzung)	7596	7984	9742	8808	12679	

Tabelle 8¹⁴⁰ Komponenten der Kosten für bezahlten Urlaub bei Krankheit, in Millionen Franken.

Zwischen 2018 und 2022 wurden fast zwei Drittel der Kosten des bezahlten Krankheitsurlaubs (61,6%) von Arbeitgebern getragen, der Rest wurde von Krankentaggeldversicherungen nach VVG (36,4%) oder KVG (2,0%) in Form von Taggeldern gezahlt.

Regelung	Durchschnitt
Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber (Schätzung)	61,6%
Taggelder nach VVG (Schätzung)	36,4%
Taggelder nach KVG (Schätzung)	2,0%
Total	100,0%

Tabelle 9: Komponenten der Kosten für bezahlten Urlaub im Krankheitsfall in Prozenten (Durchschnittswerte zwischen 2018 und 2022).

Europäische Vergleiche

Ein kurzer Überblick zeigt, dass in den Nachbarländern (und in den meisten europäischen Ländern) das Krankengeld durch obligatorische Sozialversicherungen geregelt ist, während in der Schweiz die Modalitäten von mehreren Faktoren abhängen. Sie ergänzen die Lohnfortzahlungspflicht in Höhe von 50 bis 70 Prozent. So ist beispielsweise der bezahlte Krankheitsurlaub in Italien auf 180 Tage begrenzt, in Frankreich beträgt er normalerweise 360 Tage, in Österreich und Deutschland kann er bis zu 546 Tage betragen (siehe Europäische Kommission 2018¹⁴¹).

Die Methodik des ESSOSS ermöglicht einen Vergleich des finanziellen Umfangs des bezahlten Urlaubs bei Krankheit oder Unfall auf europäischer Ebene. Gemessen an der Lohnsumme der jeweiligen Länder ist der finanzielle Umfang des bezahlten Urlaubs bei Krankheit

¹⁴⁰ Die Abweichung zwischen den Daten der Tabelle 08 und jenen der Abbildungen 6 und 7 erklärt sich durch Unterschiede im statistischen Abdeckungsbereich. Die in Tabelle 08 dargestellten Taggeldleistungen werden im Rahmen von ESSOSS angepasst, sodass nur der Teil der Leistungen berücksichtigt wird, der dem Konzept des sozialen Schutzes der Arbeitnehmenden entspricht. Zudem handelt es sich bei den Daten für 2022 um sogenannte *early estimates* vom August 2023 (siehe Fussnote 138).

¹⁴¹ Commission européenne (2018) : Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) : www.missoc.org.

und Unfall in der Schweiz (3,9%) in etwa gleich hoch wie in Schweden (4,0%) und Spanien (3,6%). Italien (1,4%) und Frankreich (2,3%) zahlen weniger, während Deutschland (4,6%) und die Niederlande (5,8%) die Vier-Prozent-Schwelle überschreiten. Die nachfolgende Tabelle 10 wurde auf die Nachbarländer der Schweiz und einige grosse europäische Länder beschränkt, um den Vergleich zu erleichtern. Die festgestellten Unterschiede können auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein: den Anteil des Lohns und den Anteil der abgedeckten Absenzen, die Abwesenheitsquote aufgrund von Krankheit und Unfällen (wobei zu beachten ist, dass diese Information auf europäischer Ebene nicht erhoben wird) und die Qualität der Schätzungen. Diese Ergebnisse können daher nicht eindeutig interpretiert werden. Sie zeigen jedoch, dass die Schweiz hinsichtlich des finanziellen Aufwands für bezahlten Gesundheitsurlaub im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld liegt.

Land	2018	2019	2020	2021	2022
Niederlande	4,9%	4,9%	5,2%	5,4%	5,8%
Deutschland	4,4%	4,4%	4,5%	4,4%	4,6%
Schweden	3,2%	3,3%	4,3%	3,8%	4,0%
Schweiz	2,9%	3,0%	3,6%	3,2%	3,9%
Spanien	2,5%	2,9%	3,8%	3,6%	3,6%
Europäische Union	2,9%	2,9%	3,2%	3,1%	3,2%
Österreich	2,7%	2,7%	2,6%	2,5%	3,0%
Frankreich	2,0%	2,0%	2,4%	2,2%	2,3%
Italien	1,4%	1,4%	1,6%	1,6%	1,4%

Tabelle 10: Bezahlter Urlaub bei Abwesenheit aus gesundheitlichen Gründen (Krankheit und Unfall) in Prozent der Lohnsumme.

5.5.2 Indirekte Kosten

In der arbeits- und organisationswissenschaftlichen Literatur¹⁴² besteht weitgehend Konsens darüber, dass krankheitsbedingte Absenzen substanzielle indirekte Kosten verursachen, deren Höhe stark vom betrieblichen Kontext abhängt. Diese Kosten treten zeitlich verzögert, verteilt und häufig nicht linear auf, was ihre monetäre Erfassung erschwert, ihre betriebswirtschaftliche Relevanz jedoch nicht mindert. Der Verein «Compasso» schätzt die indirekten Kosten auf 200 Prozent der direkten Kosten.

¹⁴² Loisel et al., 2005; Cancelliere et al., 2016. Dabei zeigt sich zu «return-to-work konsistent, dass frühzeitige und schrittweise Wiedereingliederung: die Dauer von Absenzen verkürzt, indirekte Kosten reduziert, das Risiko von Langzeitabsenzen senkt sowie soziale / organisationale Bildung stärkt.

Gerade im Kontext von Teilarbeitsfähigkeit und gestufter Wiedereingliederung zeigt sich, dass indirekte Kosten nicht binär entstehen, sondern sich dynamisch entwickeln. Frühzeitige, gut begleitete Rückkehrprozesse können den Koordinationsaufwand reduzieren, Know-how im Betrieb halten und kostenintensive Ersatzlösungen vermeiden.

Das reWork Profil (inklusive Arbeitsfähigkeitszeugnis der SIM Swiss Insurance Medicine)¹⁴³ des Vereins «Compasso»¹⁴⁴ ist als gezieltes Instrument für Arbeitgebende zur Förderung der Teilarbeitsfähigkeit positioniert. Neben der ressourcenorientierten Reintegration¹⁴⁵ macht es den Nutzen der Teilarbeitsfähigkeit insbesondere im Hinblick auf direkte und indirekte Kosten sichtbar. Erkenntnisse aus dem Compasso Think Tank¹⁴⁶ und Branchen-Workshops zeigten, dass eine frühzeitige und proaktive Prüfung der Teilarbeitsfähigkeit einen positiven Einfluss auf eine Kostensenkung haben kann. Zur Unterstützung dieses Verständnisses bietet der Verein «Compasso» ergänzend zum reWork Profil neben einem Absenzenkostenrechner auch einen Kosten-Einsparrechner¹⁴⁷ an. Dieser soll Arbeitgebern auf anschauliche Weise verdeutlichen, dass sich eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Teilarbeitsfähigkeit nicht nur menschlich, sondern auch wirtschaftlich lohnt, um die Absenzkosten zu senken. Vor allem soll aufgezeigt werden, dass sich Teilarbeitsfähigkeit schon ab kleinen Teilarbeitsfähigkeits-schritten lohnen kann.

Die indirekten Kosten im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Absenzen umfassen verschiedene Faktoren¹⁴⁸ wie:

- **Produktivitätsverluste:** Fehlende Arbeitskraft reduziert die Leistung des Teams.
- **Kosten für Vertretungen / Ersatz:** Temporärarbeitende (direkt bzw. über Personalverleih) oder Überstunden von Arbeitskollegen müssen finanziert werden.
- **Zusätzlicher administrativer Aufwand:** Personalabteilung: Verwalten der Absenzen, Organisation Ersatz, Koordination Versicherungen sowie den Dialog bzw. Austausch mit den Involvierten.
- **Verlust von Know-how & Erfahrung:** Langjährige Mitarbeitende verfügen häufig über spezialisiertes Wissen, das bei längerer Abwesenheit verloren gehen kann.

¹⁴³ Das reWork Profil ersetzt das bisherige ressourcenorientierte Eingliederungsprofil REP.

¹⁴⁴ Der Verein Compasso hat sich zum Ziel gesetzt, die berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt aktiv zu fördern und den Arbeitgebenden alle notwendigen Informationen, Instrumente und Kontaktstellen zur Verfügung zu stellen. Als Vernetzungsplattform hat Compasso zudem den Anspruch, die aus Arbeitgebersicht relevanten Partner für eine berufliche Wiedereingliederung zusammenzuführen und partnerschaftlich neue Lösungen zu entwickeln. Weitere Informationen zum Verein sind auf seiner Homepage publiziert unter: <https://www.compasso.ch/>.

¹⁴⁵ Rückkehrplanung und Arbeitsplatzergänzung.

¹⁴⁶ Arbeitsgruppe bestehend aus Arbeitgebern, Versicherern, Reintegrationsspezialisten und Ärzten.

¹⁴⁷ Im Internet abrufbar unter: <https://rework-profil.ch/savings-calculator>.

¹⁴⁸ Diese Faktoren ergeben sich aus Produktivitätsverlusten und organisatorischen Massnahmen.

- **Belastung für das Team & verminderte Arbeitsmotivation:** Ein erhöhter Druck auf die verbleibenden Mitarbeitenden kann deren Leistung und Motivation beeinträchtigen.
- **Risiko von Kettenreaktionen:** Mehr Stress und zusätzliche Arbeitsbelastung erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Folgeabsenzen bei anderen Mitarbeitenden.

Der Verein «Compasso» schätzt die indirekten Kosten auf 200 Prozent der direkten Kosten; andere Einsparrechner gehen von ähnlichen Annahmen aus:

- Der PK Rück Rechner deklariert zum Beispiel die indirekten Kosten mit einem Wert von 200%. Als Definition wird folgendes vermerkt: «Organisatorische Aufwände, Produktionsausfall, externe Arbeitskräfte, Stress/ Unzufriedenheit etc. (doppelt so hoch wie die direkten Kosten)».
- Die Zürich Versicherungen nimmt als Kalkulationsbasis für die indirekten Kosten 250%. Die Definition wird wie folgt vermerkt: «Entsprechen der Summe aus Produktivitätsausfall, Qualitätsverlust, steigenden Personalkosten, abnehmender Kundenzufriedenheit und ähnlichen Faktoren (Faktor 2.5 der direkten Kosten)»

Die Erkenntnisse seit Lancierung des reWork Profils und des Einsparrechners zeigen, dass die Verwendung eines starren indirekten Kostenfaktors zwar methodisch einfach, jedoch die hohe Heterogenität betrieblicher Realitäten nur unzureichend abbildet, insbesondere da folgende Aspekte eine wichtige Rolle spielen:

- In einer ersten Absenzphase wird Arbeit häufig durch interne Ressourcen kompensiert
- Der zusätzliche Koordinationsaufwand steigt oftmals bei längeren oder wiederholten Absenzen
- Ersatzrekrutierungen verursachen je nach Qualifikationsniveau stark unterschiedliche Kosten
- Immaterielle Effekte sind nicht monetarisierbar.

Vor diesem Hintergrund kann ein indirekter Faktor von zwei je nach Situation zur Bestimmung der indirekten Absenzkosten sowohl unter- als auch überschätzend wirken. Ihre Modellierung erfordert daher flexible, transparente und szenarienbasierte Ansätze. Die variable Wahl des indirekten Kostenfaktors entspricht sowohl arbeitsökonomischen Erkenntnissen als auch den praktischen Anforderungen betrieblicher Entscheidungsprozesse. Aus diesem Grund würde ein variabler indirekter Kostenfaktor diese Dynamik besser abbilden als ein statisches Modell.

Gerade im Kontext von Teilarbeitsfähigkeit entstehen indirekte Kosten nicht linear, sondern können durch geeignete Massnahmen deutlich reduziert werden. Im Jahr 2026 soll der indi-

rekte Kostenfaktor im Einsparrechner deshalb überarbeitet und neu variabel wählbar ausgestaltet werden (z.B. Indirekter Kostenfaktor von 0.5 – 1.0 – 1.5 – 2.0) sowie mit der entsprechenden plausiblen Definition versehen wird. Dieser Ansatz ermöglicht:

- Eine realistischere Abbildung betrieblicher Unterschiede
- Eine höhere Akzeptanz bei Arbeitgebern auf ihre Bedürfnisse angepasst
- sowie eine Annäherung an tatsächliche Kosten aufgrund der Wählbarkeit des indirekten Faktors

Der Einsparrechner versteht sich dabei ausdrücklich nicht als exakte Kostenabrechnung, sondern als strategisches Entscheidungs- und Sensibilisierungsinstrument für Handlungsempfehlungen, um präventives Absenzmanagement, Förderung der Teilarbeitsfähigkeit, Unterstützung der ressourcenorientierten Rückkehrplanung an den Arbeitsplatz zu ermöglichen bzw. zu fördern (Prinzip: Bandbreitenwerte, statt Fixwerte zu verwenden).

6 Massnahmen zur Verhinderung oder Reduktion von Absenzen am Arbeitsplatz

Die nachfolgend in den Kapiteln 6.1 und 6.2 diskutierten Massnahmen wurden in erster Linie anhand der Auswertung der ZHAW über die wissenschaftliche Literatur zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz ermittelt (siehe Kap. 1.4, oben). Im Kapitel 6.3 werden zudem aufgrund von Rückmeldungen der am vorliegenden Bericht beteiligten Sozialpartner (siehe Kap. 1.3.3, oben) weitere mögliche Massnahmen zur Verhinderung oder Reduktion von Absenzen erörtert.

6.1 Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Absenzen

Präventionsmassnahmen haben zum Ziel, zukünftige Krankheiten und/oder Absenzen zu verhindern, bevor diese entstehen. Sie lassen sich in individuumbezogene und arbeitsumgebungsbezogene Massnahmen unterteilen. Präventionsmassnahmen können auch aus mehreren Bestandteilen bestehen und individuum- und arbeitsumgebungsbezogene Elemente miteinander verknüpfen.

Die ZHAW-Literaturübersicht zeigt auf, dass Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Absenzen, welche beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie oder entspannungsbasierte Methoden anwenden¹⁴⁹, positive Effekte auf Präsentismus sowie auf psychische Beschwerden wie Stress, Angst oder Burnout zeigen. Die Wirkung der Massnahmen auf die Absenzen ist jedoch unklar. Zudem würden auf den Lebensstil¹⁵⁰ bezogene und ergonomische Massnahmen¹⁵¹ oft positive Effekte auf die Gesundheit aufweisen. Die Wirksamkeit werde jedoch entscheidend durch das betriebliche Setting, die Zielgruppenselektion und die spezifische Massnahmengestaltung beeinflusst. Gleichzeitig zeige die Forschung trotz positiver Effekte auf die Gesundheit oft unklare Wirksamkeit auf die Absenzen, den Präsentismus und die Kosteneffektivität.

¹⁴⁹ Beispielsweise Meditations- und Atemübungen, Problemlösungs-Training, Stressmanagement, Schulungen von Vorgesetzten oder Arbeitsplatzgestaltung.

¹⁵⁰ Diese Massnahmen bestehen beispielsweise aus Förderung physischer Aktivitäten, Ernährungsberatung und Informationen zur Gesundheitsförderung.

¹⁵¹ Dabei zielt ein Teil der Massnahmen darauf ab, *arbeitsbedingte* Gesundheitsrisiken (wie beispielsweise ergonomische Risiken am Arbeitsplatz) zu vermindern. Ein anderer Teil der Massnahmen hat *allgemeine* Gesundheitsrisiken im Fokus (d.h. Lebensstiländerungen durch z.B. Ernährungsratschläge) (siehe z.B. Schröder et al., 2014).

Individuumsbezogene Massnahmen

Individuumsbezogene Präventionsmassnahmen zielen darauf ab, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit einzelner Arbeitnehmender zu erhalten oder zu verbessern. Dabei stehen persönliche Verhaltensänderungen und der Umgang mit Stress im Fokus. Zu den individuumsbezogenen Massnahmen zählen zum einen kognitiv-verhaltensbasierte Massnahmen, wie zum Beispiel die Schulung im Umgang mit Gedanken und Emotionen oder die Förderung von Strategien zur Bewältigung belastender Situationen, zum anderen entspannungs-basierte Massnahmen zur Reduktion körperlicher und psychischer Stressreaktionen, zum Beispiel durch Meditation, Yoga oder ähnliche Praktiken. Ziel ist, eine Veränderung der Denkmuster und damit der Stressbewältigung.

Arbeitsbezogene Massnahmen

Massnahmen, welche auf die Arbeitsumgebung gerichtet sind, beschreiben Änderungen struktureller Natur. Ein Beispiel dafür wäre eine Massnahme auf Organisationsebene, bei welcher veränderte Arbeitsbedingungen so erschaffen werden, dass sich Arbeitnehmende Stresssituationen in geringerem Ausmass ausgesetzt sehen. Beispielsweise kann dies eine Schulung der Vorgesetzten in einem Betrieb beinhalten, bei welchem diese lernen, weniger Druck auf die Arbeitnehmenden zu übertragen¹⁵².

6.2 Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen

Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen werden bei bestehender Krankschreibung eingesetzt, um den Rückkehrprozess aktiv zu fördern und die Arbeitnehmenden sowohl beim Wiedereinstieg als auch nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. Die Forschung dazu zeigt uneinheitliche Ergebnisse. Insgesamt hängt die Wirksamkeit von Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen von der Qualität der Umsetzung und von individuellen Faktoren wie der Bindung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers zum Arbeitsplatz ab. Entsprechend variieren die Studienergebnisse je nach Kontext und Teilnehmenden erheblich.

Massnahmen zur Verkürzung der Dauer bei bestehenden Absenzen wie die gezielte Kommunikation und Koordination zwischen den krankgeschriebenen Arbeitnehmenden und den am Rückkehrprozess beteiligten Akteuren (siehe Kap. 6.2.1, unten) und die berufsbezogene Rehabilitationstherapie (siehe Kap. 6.2.2, unten) weisen gemäss ZHAW-Literaturübersicht¹⁵³

¹⁵² Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, S. 17.

¹⁵³ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, Kapitel 3.4.7.

überwiegend keine eindeutigen oder signifikanten Effekte auf, während der Einsatz der kognitiven Verhaltenstherapie (siehe Kap. 6.2.2, unten) zu mehrheitlich positiven Ergebnissen führt. Teilzeit-Krankschreibungen (siehe Kap. 6.2.3, unten) zeigen in mehreren methodisch robusten Studien konsistent positive Effekte auf die Verkürzung der Absenzdauer. Arbeitsplatzanpassungen (siehe Kap. 6.2.4, unten) können sich positiv auswirken, vor allem wenn sie zu einer Stressreduktion führen.

Die ZHAW kommt zum Schluss¹⁵³, dass Präsentismus und Kosteneffizienz in der Forschung praktisch nicht untersucht werden. Insgesamt würden sich fast keine Studien mit den Auswirkungen der Massnahmen auf Präsentismus oder mit deren Kosteneffizienz befassen. Daher lasse sich zu diesen beiden Aspekten derzeit keine fundierte Beurteilung vornehmen. Insgesamt würde die Wirksamkeit von der Qualität der Umsetzung und von individuellen Faktoren wie der Bindung zum Arbeitsplatz abhängen. Entsprechend würden die Studienergebnisse je nach Kontext und Teilnehmenden erheblich variieren.

6.2.1 Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern

Ein zentraler Bestandteil des Absenzenmanagements ist eine gezielte Kommunikation und Koordination zwischen den krankgeschriebenen Arbeitnehmenden und den am Rückkehrprozess beteiligten Akteuren. Bei diesen Akteuren handelt es sich zum Beispiel um Arbeitgebende, medizinisches Personal, oder Sozial- und Krankenversicherung. Die Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern umfasst das Case Management sowie die motivierende Gesprächsführung. Diese stärkt die Arbeitsfähigkeit und verlängert die berufliche Laufbahn, vor allem bei Personen mit langfristig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit.

Case Management

Case Management (Koordinations- oder Kommunikationsmassnahme oder auch Return-to-Work-Koordinator) ist eine Koordinationsmassnahme, bei der eine aussenstehende Person oder ein Team (Case Manager) die Rückkehr zur Arbeit koordiniert und unterstützt. Obwohl einzelne Studien positive Effekte zur Reduktion bestehender Absenzen verzeichnen, wird in der Mehrheit kein Effekt festgestellt.

Das Case Management ist weit verbreitet und gilt oft als Standardmassnahme zur Reduktion bestehender Absenzen. Es richtet sich vor allem an Arbeitnehmende mit längeren Absenzen oder langfristig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Die Koordination im Rahmen des Case Management beginnt dabei meist schon vor dem Ende der Absenz und ist zeitlich nicht darauf

begrenzt. Die Evidenz zur Wirksamkeit ist aber gemischt. Die Mehrheit der Studien findet keinen Effekt auf die Absenzdauer. Einzelne Studien zeigen positive Effekte bei frühzeitigem Einsatz. Die starke Variabilität in Ausgestaltung und Implementierung erschwert eine eindeutige Bewertung. Entsprechend lässt sich laut ZHAW aus der Literatur auch keine klare Wirkung auf die Absenzdauer, den Präsentismus und somit auf die Kosteneffizienz ableiten.¹⁵⁴

Motivierende Gesprächsführung

Bei der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) handelt es sich um einen Beratungsansatz zur Förderung der Eigenmotivation für Verhaltensänderungen. Im Kontext der Rückkehr zur Arbeit soll sie die intrinsische Motivation¹⁵⁵ zur Rückkehr der krankgeschriebenen Person stärken. Die motivierende Gesprächsführung wird nicht allein verwendet, sondern sie wird zusammen mit anderen Massnahmen umgesetzt. Meist ist sie Teil des Case Managements.

Die motivierende Gesprächsführung basiert auf vier Grundhaltungen: Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz (bedingungslose Wertschätzung und Empathie), Mitgefühl sowie Evokation (Hervorhebung interner Motivation). Sie vermeidet konfrontative oder direktive Stilmittel und nutzt stattdessen offene Fragen, Affirmationen (Würdigung von Stärken), Reflexionen und Zusammenfassungen, um «Change Talk» – selbst formulierte Argumente für Veränderung – zu fördern.

Im Kontext der Rückkehr zur Arbeit wird die motivierende Gesprächsführung eingesetzt, um Widerstände abzubauen und die Eigenmotivation für eine schrittweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu heben. Sie ist kein Stand-Alone-Tool, sondern integraler Bestandteil des Case Management beziehungsweise des betrieblichen Eingliederungsmanagements, wo sie mit medizinischen, rechtlichen und organisatorischen Massnahmen kombiniert wird. Studien zeigen, dass die motivierende Gesprächsführung die Kooperationsbereitschaft steigern und Rückfallrisiken senken kann, besonders bei psychischen Erkrankungen. Die Wirkung der motivierenden Gesprächsführung auf die Absenzdauer, auf den Präsentismus und die Kosteneffizienz ist gemäss ZHAW-Literaturübersicht allerdings unklar, da die Mehrheit der Studien keine Evidenz findet. Unterschiedliche Resultate würden sich möglicherweise durch die nicht standardisierte und damit in der Praxis unterschiedliche Umsetzung erklären lassen.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, Kapitel 3.4.2.

¹⁵⁵ Intrinsische Motivation bedeutet, dass der Antrieb für ein Verhalten von innen kommt – also aus Interesse, Freude, persönlicher Überzeugung oder dem Erleben von Sinn in der Tätigkeit selbst, nicht wegen äusserer Belohnungen oder Druck.

¹⁵⁶ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, S. 26.

6.2.2 Berufsbezogene Rehabilitationsmassnahmen

Bei berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen handelt es sich um Massnahmen, bei denen die medizinische Behandlung spezifisch auf die Arbeit und die konkreten Arbeitstätigkeiten der krankgeschriebenen Person ausgerichtet oder durch arbeitsbezogene Elemente ergänzt wird. Insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie hat das Potenzial, krankheitsbedingte Absenzen zu reduzieren.

Zu den berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen gehören beispielsweise physio- oder psychotherapeutische Behandlungen, Ergotherapie, Arbeitsplatzbesuche, Beratung zu ergonomischen Anpassungen sowie die Kommunikation mit Arbeitgebenden über Hindernisse und Erleichterungen für die Rückkehr. Ziel dieser Massnahmen ist es, die medizinische Behandlung zu ergänzen und die Wiedereingliederung in den Berufsalltag zu erleichtern. Die Ergebnisse der Forschung zur Wirksamkeit dieser Massnahmen sind laut ZHAW-Literaturübersicht uneinheitlich. Eine klare Beurteilung der Wirkung sei schwierig, da die Massnahmen meist aus mehreren Komponenten bestehen würden und sich in ihrer Zusammensetzung stark unterscheiden können.

Die Bindung der Mitarbeitenden zum Arbeitsplatz kann gemäss der ZHAW-Literaturübersicht¹⁵⁷ eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit von berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen spielen. Eine Bindung gilt als stark, wenn Beschäftigte kein Risiko verspüren, ihre Arbeit aufgrund einer Absenz zu verlieren, und wenn sie Einfluss auf die Arbeitsplanung haben. Bei Beschäftigten mit schwacher Bindung zeigte sich kein Unterschied in der Rückkehrate zwischen den getesteten Massnahmen. Bei Personen mit starker Bindung hingegen traten Unterschiede in den Rückkehraten auf.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine der verbreitetsten und am besten wissenschaftlich untersuchten Formen der Psychotherapie. Sie verbindet Methoden auf kognitiver Ebene und auf Verhaltensebene. Ihr zentrales Prinzip besagt, dass psychische Probleme teilweise auf fehlerhaften oder nichthilfreichen Denkweisen und erlernten Verhaltensmustern beruhen.

Die Therapie zielt darauf ab, diese negativen Denkmuster bewusst zu machen, zu verändern und durch gesündere, realistischere Gedanken und Verhaltensweisen zu ersetzen. Der Therapeut fungiert dabei als eine Art Lehrer, wobei der Patient befähigt werden soll, selbstständig zu denken, zu fühlen und zu handeln. Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist die

¹⁵⁷ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, S.27/28.

Bewältigung von psychischen Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Sie soll die Rückkehr oder den Verbleib im Arbeitsleben unterstützen. Insgesamt deuten die Übersichtsarbeiten nach der ZHAW-Literaturübersicht darauf hin, dass die kognitive Verhaltenstherapie das Potenzial hat, krankheitsbedingte Absenzen zu reduzieren. Es gibt aber keine Informationen zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz dieser Massnahme.

6.2.3 Teilzeit-Krankschreibung und schrittweise Rückkehr zum vollen Arbeitspensum

Als Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen dienen die Teilzeit-Krankschreibung (auch Teilkrankschreibung) und die schrittweise Rückkehr zum vollen Arbeitspensum (Wiedereingliederung) dazu, bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit eine flexible Arbeitsaufnahme zu ermöglichen. Im Gegensatz zur Massnahme der schrittweisen Rückkehr zum vollen Arbeitspensum hat dabei die Teilzeit-Krankschreibung einen positiven Effekt auf die Absenzdauer.

Teilzeit-Krankschreibung

Bei der Teilzeit-Krankschreibung werden Beschäftigte – sofern gesundheitlich möglich – nur teilweise statt vollständig krankgeschrieben. Meistens kommt diese Massnahme bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit muskuloskelettalen oder psychischen Erkrankungen zur Anwendung, damit sie nicht vollständig aus dem Arbeitsprozess herausgelöst werden. Die Evidenz von Teilzeit-Krankschreibungen für einen positiven Effekt ist stark und konsistent: Mehrere methodisch hochwertige Studien belegen, dass diese Massnahme die Absenzdauer verkürzt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unterstützt. Es gibt jedoch keine Informationen zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz von Teilzeit-Krankschreibungen.¹⁵⁸

Schrittweise Rückkehr zum vollen Arbeitspensum

Die Literatur zu einer schrittweisen Rückkehr (schrittweise Erhöhung des Arbeitspensums) zum vollen Arbeitspensum bei psychischen Erkrankungen deutet darauf hin, dass mit dieser Massnahme weder die Wiedereingliederung beschleunigt noch die Wahrscheinlichkeit einer

¹⁵⁸ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, Kapitel 3.4.4.

erneuten Absenz reduziert wird. Laut ZHAW-Literaturübersicht gibt es zudem weder Informationen zur Wirkung bei nicht-psychischen Erkrankungen noch zum Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme¹⁵⁹.

6.2.4 Arbeitsplatzbezogene Anpassungen

Arbeitsplatzbezogene Massnahmen zielen darauf ab, Arbeitsanforderungen für krankgeschriebene Beschäftigte anzupassen und damit die Rückkehr zu erleichtern. Anpassungen der Arbeitsaufgaben oder -umgebung können die Rückkehr wirksam unterstützen, insbesondere wenn sie auf die Stressreduktion abzielen. Arbeitsplatzbezogene Anpassungen können sich positiv auf die Produktivität und somit auf den Präsentismus auswirken. Die Kosteneffizienz lässt sich gemäss ZHAW-Literaturübersicht jedoch nicht beurteilen, weil die Evidenzlage dazu ungenügend sei.

6.3 Zusätzliche, von den Sozialpartnern erarbeitete Massnahmen

Insbesondere scheint eine Ursachenanalyse für die Erarbeitung weiterer Massnahmen wichtig. Daneben haben die Sozialpartner weitere Massnahmen eingebracht, die sie als sinnvoll erachten, aber nicht in der ZHAW-Literaturübersicht behandelt werden. Dabei handelt es sich um organisatorische und individuelle Massnahmen auf Betriebsebene.

6.3.1 Verbesserung der Datenbasis

Die am vorliegenden Bericht mitwirkenden Sozialpartner (SAV, SGB, sgV und Travail.Suisse) sind sich einig, dass es schwierig sei, Massnahmen zur Reduktion von Absenzen zu erarbeiten, ohne die zugrunde liegenden Ursachen derselben zu kennen. Für die Erarbeitung von Massnahmen müsse man zuerst die Dynamik von Absenzen verstehen (sgV). Erst eine klare Ursachenanalyse ermögliche es, Massnahmen angemessen einzuordnen und ihre Wirksamkeit realistisch zu bewerten (Travail.Suisse und SGB).

Ursachenanalyse zu Absenzen

Laut SAV sollen Massnahmen stets auf den jeweiligen Grund, der zu einer Absenz geführt hat, abgestimmt sein. Denn Absenzen könnten ganz unterschiedliche Ursachen haben: So könne z.B. ein medizinischer Hintergrund vorliegen, es könnten zwischenmenschliche Konflikte im Betrieb bestehen, oder ein Mitarbeitender bleibe ohne nachvollziehbaren Grund der

¹⁵⁹ Siehe Anhang 1 zum vorliegenden Bericht; ZHAW-Literaturübersicht, Kapitel 3.4.5.

Arbeit fern. Mit anderen Worten: Wer die Ursachen nicht kenne, bekämpfe Symptome – nicht das Problem.

Der SGB und Travail.Suisse erachten den Zusammenhang zwischen den beruflichen Gesundheitsrisiken und den gesundheitsbedingten Absenzen als offensichtlich.¹⁶⁰ Aus den Daten ergebe sich ein klarer Zusammenhang zwischen höheren beruflichen Gesundheitsrisiken und höheren gesundheitsbedingten Absenzen. Erklärungsbedarf bestehe hingegen bei der stetigen Zunahme in den letzten Jahren. Hier dürften wie in anderen Ländern (D, A) einerseits zunehmende psychische Belastungen und andererseits Atemwegserkrankungen die Hauptursachen sein.¹⁶¹ Ein Erklärungsbedarf bestehe somit hauptsächlich bei den Ursachen für die höheren psychischen Belastungen. Travail.Suisse erachtet Veränderungen in der Arbeitswelt als eine der zentralen Ursachen dafür. Darauf deuten Studien hin.¹⁶² Unabhängig von den Ursachen müsse gemäss Travail.Suisse in den Betrieben ein Umgang mit dieser Herausforderung gefunden werden. Auch der SGB ist der Ansicht, dass unabhängig von den Ursachen innerhalb der Arbeitswelt nach Lösungen im Umgang mit den gestiegenen Absenzen gesucht werden muss.

Der sgV weist darauf hin, dass man mangels umfassenderer Analysen nicht davon ausgehen sollte, dass diese Entwicklung ausschliesslich auf die Arbeitsbedingungen zurückzuführen ist. Auch andere gesundheitliche, demografische oder verhaltensbezogene Faktoren könnten dazu beitragen.

Gemäss SAV sind in der betrieblichen Realität private Stressfaktoren ein entscheidender Einflussfaktor für Absenzen. Dazu zählen z.B. familiäre Belastungen (Trennung, Scheidung, Pflege von Angehörigen, Kinderbetreuungskonflikte usw.), finanzielle Probleme, psychische Belastungen aus dem privaten Umfeld, wie Partnerschaftskrisen oder Suchterkrankungen. Diese Ursachen hätten einen unmittelbaren Einfluss auf die psychische Gesundheit und somit auf die Arbeitsfähigkeit. Die beruflichen Gesundheitsrisiken oder die Art der beruflichen Tätigkeit müssten nicht in einem Zusammenhang mit Absenzen stehen, die durch private psychosoziale Belastungen ausgelöst wurden.

¹⁶⁰ Körperliche und psychosoziale Risiken im Beruf und gesundheitsbedingte Absenzen: Absenzen (Bundesamt für Statistik, Arbeitsvolumenstatistik 2022, Durchschnitt 2022-2024), gesundheitliche Risiken bei der Arbeit (Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022), ohne Landwirtschaft.

¹⁶¹ Siehe Travail.Suisse «Gesundheitsbedingte Absenzen von Arbeitnehmenden – warum nehmen sie zu?» vom 17. Oktober 2025. Im Internet abrufbar unter: <https://www.travailsuisse.ch/de/arbeit-wirtschaft/2025-10-17/gesundheitsbedingte-absenzen-von-arbeitnehmenden-warum-nehmen-sie-zu>.

¹⁶² Z.B. Scholz-Odermatt, S. und A. Zyska Cherix (2024): «Work-Related Mental Health Problems in Switzerland», Journal of Occupational and Environmental Medicine, Volume 66, Number 5, Mai 2024. ; Seidler, Andreas und Schubert, Melanie. Systematischer Review der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur zum Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungen auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen (insbesondere Depressionen). Abschlussbericht; Rugulies, Reiner et al (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *The Lancet* 402(10410): 1368-1381.

Aufgrund der Tatsache, dass die Ursachen für Absenzen nicht erhoben wurden, fehlen gemäss SAV entscheidende Daten. Ohne zu wissen, was die Absenzen konkret auslöst, bleibe es schwierig, zielgerichtete Massnahmen zu entwickeln (SAV).

Wie oben erwähnt bestehe laut SGB und Travail.Suisse Klärungsbedarf bei der stetigen Zunahme der Absenzen in den letzten Jahren. Eine detaillierte Abgrenzung nach Gründen von Absenzen, Absenzendauer, sowie den betroffenen Branchen, Berufen, Alter, Geschlecht sei dafür wichtig. Sie erachten es dafür als zwingend, dass die Datengrundlagen mit Hilfe der Daten der Krankentaggeldversicherer verbessert werden kann, wie dies die Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) für die Statistik der Unfallversicherungen (UVG-Statistik) bereits heute macht.¹⁶³

Der sgV betont die Notwendigkeit einer differenzierteren Analyse der Absenzen. Derzeit seien die genauen Ursachen für deren Zunahme noch unzureichend dokumentiert. Die verfügbaren Daten, insbesondere der SECO-Bericht 2022 (Arbeitsbedingungen und Gesundheit)¹¹⁹ und der Job Stress Index 2022, deuten auf einen leichten Anstieg der psychosozialen Belastungen und des Stresses am Arbeitsplatz hin, ohne jedoch einen direkten Zusammenhang mit dem beobachteten Anstieg der Abwesenheiten herzustellen (vgl. Kap. 5.4.4, oben).

Zudem erachten es insbesondere die Arbeitgeberverbände (SAV und sgV) als wichtig, die Kosten anzuschauen. Einerseits wäre es sinnvoll, die wirtschaftlichen Folgen von Absenzen für Unternehmen, insbesondere für KMU, klarer darzustellen (sgV) und andererseits müssten die Massnahmen ökonomisch bewertet werden (SAV). Auch Travail.Suisse ist der Ansicht, dass es eine klare Effizienzanalyse braucht. Demnach sollten aus Sicht des sgV und SAV allfällige zusätzliche Datenerhebungen gezielt und möglichst auf bestehenden Quellen basierend erfolgen. Neue, breit angelegte Meldepflichten für Arbeitgeber sollten vermieden werden, um die administrativen Belastungen insbesondere für KMU nicht weiter zu erhöhen.¹⁶⁴

Im Konkreten könnte laut SAV die Beantwortung folgender Fragen für die Arbeitgeber zur Erarbeitung von Massnahmen nützlich sein: Welche Krankheiten sind die Hauptursache für Absenzen? Was kostet ein Absenztage, und lohnt sich eine bestimmte Massnahme finanziell? Wie sieht die Situation in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern aus? Welche Effekte

¹⁶³ Die Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) ist die zentrale Institution in der Schweiz, die einheitliche Statistiken zur obligatorischen Unfallversicherung (UVG) erstellt. Sie sammelt und wertet Daten aller beteiligten UVG-Versicherer (wie Suva und private Anbieter) aus, um Statistiken über Unfälle, Berufskrankheiten, Kosten und Prävention zu erzeugen. Diese dienen der Prämienberechnung, Unfallverhütung und versicherungstechnischen Grundlagen. Gemäss Verordnung des EDI vom 15. August 1994 über die Statistiken der Unfallversicherung ([SR 431.835](#)) müssen Versicherer ihre Daten an die SSUV melden. Die Suva führt die SSUV administrativ. Kosten tragen die Versicherer anteilig nach Lohnsumme und Prämieinnahmen. Der Fokus der UVG-Statistik liegt auf Unfallursachen, medizinischen Diagnosen, Heilkosten und Renten – ergänzt durch Spezialstatistiken zu Freizeit- und Berufsunfällen. Jährliche Berichte wie die UVG-Statistik 2025 (im Internet abrufbar unter: <https://www.unfallstatistik.ch/index.htm>) bieten Überblicke zum Unfallgeschehen.

¹⁶⁴ Dabei wären die Digitalisierungsmassnahmen innerhalb des BAG DigiSanté Programms (im Internet abrufbar unter: <https://www.digisante.admin.ch/de>) zu berücksichtigen, wie z.B. der Swiss Health Data Space, und zu prüfen, ob diese Massnahmen den Datenaustausch zukünftig erleichtern können.

gibt es langfristig (über mehrere Jahre)? Welche Unterschiede gibt es zwischen kleinen, mittleren und grossen Betrieben oder Branchen?

Gemäss sgv wäre es nützlich, differenzierte Angaben zur Abdeckung der Krankentaggeldversicherung (VVG und KVG), bezüglich Prämien und Kündigungen zu haben. Weiter wären AVOL/BFS-Statistiken nach Branche, Region und Unternehmensgrösse, mit besonderem Fokus auf die Entwicklung seit 2020 erwünscht sowie Informationen zu den indirekten Kosten von Absenzen (Produktivitätsverluste, Ersatzkosten), die für die Unternehmen entscheidend sind.

Vorschlag für weiteres Vorgehen

Der bisherige Austausch, zwischen den am vorliegenden Bericht beteiligten Sozialpartner zeigt, dass ein gemeinsames Interesse daran besteht, die Ursachen von Absenzen am Arbeitsplatz genauer zu analysieren. Die Sozialpartner erklären sich bereit, diesen Dialog weiterzuführen, um die Faktoren, die zum Anstieg der Fehlzeiten am Arbeitsplatz geführt haben, so weit wie möglich zu verstehen. Weitere Überlegungen zu allfälligen, geeigneten Massnahmen können nur auf einer solchen Basis erfolgen.

6.3.2 Optimierung der Arbeitsbedingungen

Aus Sicht des SGB sollte die Betriebsebene – also Arbeitsorganisation, Personalressourcen, Planbarkeit und Führungskultur – stärker beleuchtet werden. Diese strukturellen Faktoren seien entscheidend für die Entstehung und Prävention von Absenzen. Die am vorliegenden Bericht mitarbeitenden Arbeitnehmerverbände (SGB und Travail.Suisse) sind der Ansicht, dass Arbeitsbedingungen, welche mit erhöhten krankheitsbedingten Abwesenheiten einhergehen, berücksichtigt werden müssen. Neben präventiven und rehabilitativen Massnahmen im Betrieb sollen auch Massnahmen in den Bereichen Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation sowie Mitwirkung des Personals im Gesundheitsschutz berücksichtigt werden. Laut Travail.Suisse würden organisatorische, systemische Faktoren, darunter spezifische Arbeitsbedingungen (Schichtarbeit, Nachtarbeit, überlange Arbeitstage, Erholungszeiten, Schutz vor

Gewalt etc.) nachweislich eine hohe Bedeutung hinsichtlich der Gesundheit von Arbeitnehmenden haben.¹⁶⁵ Dies entspreche auch den Schlussfolgerungen relevanter Forschungsliteratur.¹⁶⁶

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention bezeichnet Massnahmen, welche die Arbeitsbedingungen und Strukturen am Arbeitsplatz gezielt so gestalten, dass psychosoziale Risikofaktoren und ihre gesundheitsschädlichen Folgen minimiert werden. Beispiele umfassen Lärmreduktion, bessere Belüftung oder angepasste Arbeitszeiten, um Stress, Burnout oder Absenzen vorzubeugen. Gemäss dem SGB ist die Verhältnisprävention eine zentrale Säule der Prävention, da sie nicht das individuelle Verhalten ändert, sondern die Arbeitsumgebung verbessert – etwa durch Beachtung von psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz und ihren gesundheitsschädlichen Auswirkungen.

In diesem Zusammenhang verweist der sgV auf die methodischen Grenzen der ZHAW-Literaturübersicht (siehe Kap. 1.4.1, oben). Daher könne nicht davon gesprochen werden, dass bestimmte Faktoren wie spezifische Arbeitsbedingungen nachweislich eine hohe Bedeutung für die Gesundheit der Arbeitnehmenden hätten. Der SAV unterstützt diese Aussage, insbesondere auch deshalb, weil die Erkenntnisse der ZHAW-Literaturübersicht oftmals vage, sehr kontextabhängig und methodisch unsicher seien.

Der SGB verweist weiter auf die gesetzlich verankerte Pflicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zum Gesundheitsschutz (Art. 6 ArG). Diese Bestimmung sei die zentrale Referenz für die Verhältnisprävention und den Arbeitsschutz. Ebenso müssten Artikel 82 UVG und 328 Absatz 2 OR als rechtliche Grundlagen bei der Massnahmendiskussion einbezogen werden (siehe dazu Kap. 3.1.1, oben). Nur so könne eine praxisrelevante und rechtskonforme Beurteilung der Wirksamkeit erfolgen (SGB).

Flexible Arbeitszeitmodelle

Flexible Arbeitszeitmodelle wie Gleitzeit oder hybride Formen können zur Reduzierung von Absenzen beitragen, indem sie Work-Life-Balance fördern und Stress mindern. Sie ermöglichen es Mitarbeitern, Termine flexibel zu planen, was Fehlzeiten verringert.

¹⁶⁵ Scholz-Odermatt/Zyska Cherix (2024): „Work-Related Mental Health Problems in Switzerland“, JOEM, Volume 66, Nummer 5, Mai 2024; Bosma E. et al (2025): „Evidence-based interventions to prevent sick leave: a scoping review of reviews“, BMC Public Health, 25, 751; Sørensen JK et al (2023): „Psychosocial working conditions and sickness absence among younger employees in Denmark: a register-based cohort Study in using job exposure matrices“, Scan. Journal of Work, Environment, Health, 2023, 49, 4, S. 249-258; Merkus S. et al. (2012): „The association between shift work and sick leave: a systematic review“, Occup. Environ. Med. 69, S. 701-712.

¹⁶⁶ Bosma et al (2025): „Multi-component interventions consisting of a combination of individual level components (...) and environmental level components such as examination of working conditions or training of the employer seem promising to prevent sick leave due to mental health problems“, S. 10.

Eine Studie der International Workplace Group, des weltweit grössten Anbieters von flexiblen Arbeitsplätzen ergab, dass mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weniger Krankheitstage in Anspruch nehmen, wenn sie flexibler entscheiden können, wie und wo sie arbeiten. Weitere Vorteile seien, dass sich 74 Prozent der hybriden Arbeitnehmenden Zeit für die Gesundheitsvorsorge nehmen würden, zum Beispiel durch regelmässige Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups und Änderungen des Lebensstils.¹⁶⁷

SAV ist der Ansicht, dass flexible Arbeitszeitmodelle dazu beitragen können, Absenzen am Arbeitsplatz zu verhindern, weil sie unterschiedlichen Lebenssituationen und Bedürfnissen der Mitarbeitenden besser gerecht würden. Wenn Mitarbeitende ihre Arbeitszeit innerhalb gewisser Grenzen selbst gestalten können, steige die Möglichkeit, Arbeit und Privatleben in Einklang zu bringen. Gerade bei gesundheitlichen Einschränkungen könnten flexible Modelle helfen und verhindern, dass Mitarbeitende überfordert werden oder sich erschöpft fühlen.

6.3.3 Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern

Die an der Erarbeitung des vorliegenden Berichts beteiligten Vertreter der Arbeitgeberseite sehen die Problematik bei Absenzen in erster Linie im persönlichen Bereich des Arbeitnehmenden. Der SAV schlägt deshalb zur Reduktion bestehender Absenzen insbesondere innerbetriebliche individuelle Massnahmen vor, die auf die Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern abzielen. Darunter fallen Massnahmen wie die Verwendung des «reWork Profils», die Durchführungen von Mediationen und von Gesundheitsgesprächen.

Verwendung des «reWork Profils» zur Förderung der Teilarbeitsfähigkeit

Das reWork Profil des Vereins «Compasso» ist als gezieltes Instrument für Arbeitgebende zur Förderung der Teilarbeitsfähigkeit positioniert. Neben der ressourcenorientierten Reintegration¹⁶⁸ macht es den Nutzen der Teilarbeitsfähigkeit insbesondere im Hinblick auf die direkten und indirekten Kosten von Absenzen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sichtbar (siehe insb. Kap. 5.5.2, oben).

¹⁶⁷ Siehe Pressemitteilung der International Workplace Group vom 1. März 2025 (Im Internet abrufbar unter: <https://work.iwgpplc.com/MediaCentre/PressRelease/hybrid-work-promotes-healthier-and-more-productive-workforce>). Die Datenerhebung wurde von Censuswide (<https://censuswide.com/>) durchgeführt, basierend auf einer Stichprobe von 4.002 hybriden Arbeitnehmenden aus den USA und dem Vereinigten Königreich. Die Daten wurden zwischen dem 20.02.2025 und dem 24.02.2025 erhoben. Censuswide hält sich an die Richtlinien der Market Research Society und folgt dem Verhaltenskodex der MRS sowie den ESOMAR-Prinzipien. Censuswide ist auch Mitglied des British Polling Council.

¹⁶⁸ Rückkehrplanung und Arbeitsplatzhalt.

Erkenntnisse aus dem Compasso Think Tank¹⁶⁹ und Branchen-Workshops zeigten, dass eine frühzeitige und proaktive Prüfung der Teilarbeitsfähigkeit einen positiven Einfluss auf eine Kostensenkung auf Arbeitgeberseite haben kann. Zur Unterstützung dieses Verständnisses bietet der Verein «Compasso» ergänzend zum reWork Profil (inklusive Arbeitsfähigkeitszeugnis der SIM Swiss Insurance Medicine)¹⁷⁰ neben einem Absenzenkostenrechner auch einen Kosten-Einsparrechner¹⁷¹ an. Dieser soll Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auf anschauliche Weise verdeutlichen, dass sich eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Teilarbeitsfähigkeit nicht nur menschlich, sondern auch wirtschaftlich lohnt, um die Abszenzkosten zu senken. Vor allem soll aufgezeigt werden, dass sich Teilarbeitsfähigkeit schon ab kleinen Teilarbeitsfähigkeitsschritten lohnen kann.

Mediation

Mediation im Zusammenhang mit Absenzen am Arbeitsplatz bezeichnet ein strukturiertes, freiwilliges und vertrauliches Verfahren, in dem Konflikte, die zu (häufigen oder langen) Abwesenheiten beitragen, mit Unterstützung einer neutralen Drittperson bearbeitet werden.

Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. mit Vorgesetzten, im Team, über Arbeitsbelastung) können Stress, psychische Belastungen und damit erhöhte Fehlzeiten auslösen oder verstärken. Durch Mediation lassen sich solche Konflikte häufig frühzeitig entschärfen. Das kann dazu beitragen, krankheitsbedingte oder konfliktbedingte Absenzen zu reduzieren und Rückkehrbeziehungsweise Verbleib im Betrieb zu erleichtern.

Der SAV betont, dass eine Mediation für die betroffene Mitarbeitenden entlastend wirken könne, weil sie merken, dass ihre Situation ernst genommen werde und sie aktiv an der Lösung beteiligt seien. Gleichzeitig könne eine Mediation helfen, das Vertrauen in den Arbeitgeber beziehungsweise den Arbeitgeber wiederherzustellen. Das sei aus Arbeitgebersicht für die Rückkehr an den Arbeitsplatz von wesentlicher Bedeutung.

Gesundheitsgespräche

Gesundheitsgespräche sind strukturierte, freiwillige und vertrauliche Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden am Arbeitsplatz, die gesundheitliche Herausforderungen thematisieren, um Absenzen frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren.

¹⁶⁹ Arbeitsgruppe bestehend aus Arbeitgebern, Versicherern, Reintegrationsspezialisten und Ärzten.

¹⁷⁰ Das reWork Profil ersetzt das bisherige ressourcenorientierte Eingliederungsprofil REP.

¹⁷¹ Im Internet abrufbar unter: <https://rework-profil.ch/savings-calculator>.

Diese Gespräche dienen der Klärung von Ursachen für häufige oder längere Fehlzeiten, wie zum Beispiel nach einer Krankheit oder bei wiederholten Kurzabsenzen. Ziel ist es, Belastungen zu identifizieren, Unterstützung anzubieten und Massnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit zu vereinbaren – ohne Sanktionen oder Zwang. Sie basieren auf der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers (Art. 328 OR) und dessen Pflicht zum Gesundheitsschutz (Art. 6 ArG).

Der SAV veranschaulicht die Massnahme der Gesundheitsgespräche beispielhaft anhand eines Arbeitsreglements eines Produktionsunternehmens: Das Reglement lege fest, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit mehr als drei Kurzabsenzen oder acht bis zehn Absenztagen innerhalb der letzten sechs Monaten, von der Arbeitgeberin zu einem Gespräch eingeladen werde. Dieses Gesundheitsgespräch werde respektvoll, lösungsorientiert und ohne Druck geführt. Mit dem Gespräch soll signalisiert werden, dass sich der Arbeitgeber für das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person interessiere. Zudem werde Raum geschaffen, um offen über mögliche Belastungen, gesundheitliche Einschränkungen oder Schwierigkeiten im beruflichen oder privaten Umfeld anzusprechen. Dadurch würden sich Mitarbeitende ernst genommen und unterstützt fühlen. Gleichzeitig würden Gesundheitsgespräche präventiv wirken: Wenn sie nicht als Kontrolle, sondern als Unterstützung verstanden werden, würden sie dazu beitragen, erneuten Absenzen entgegenzuwirken. Die Verankerung der Gesundheitsgespräche im Arbeitsreglement des Betriebs schaffe Transparenz und Verbindlichkeit und führe dazu, dass die Gespräche von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern breit akzeptiert würden. Wichtig sei, dass die Gesundheitsgespräche jeweils an die konkrete Situation angepasst werden.

Job-Stress-Analysis

Job-Stress-Analysis von Gesundheitsförderung Schweiz ist ein strukturiertes, freiwilliges und vertrauliches Befragungsinstrument für Unternehmen, das Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz sichtbar macht.

Durch die Online-Befragung werden Handlungsfelder mit hohen Belastungen sowie fehlenden Ressourcen frühzeitig erkannt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse unterstützen dabei, gezielt Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Prävention von Absenzen oder auch Präsentismus zu implementieren. Die Ergebnisse zeigen, wie sich Stresswerte und Ressourcen verteilen, ermöglichen Vergleiche mit anderen Organisationen und dienen als Frühwarnsystem. So kann eine Organisation wirkungsvoll und transparent handeln.

Systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Ein systematisches BGM nach den Qualitätskriterien von Gesundheitsförderung Schweiz ist ein strukturierter, freiwilliger und vertraulicher Ansatz für die frühzeitige Erkennung und Prävention von Gesundheitsrisiken im Betrieb.

Das BGM ermöglicht es Unternehmen, aktuelle Belastungen zu analysieren, Handlungsfelder zu identifizieren und gezielte Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit umzusetzen. Durch Prozesse zur Früherkennung und regelmässige Schulungen wird Transparenz und Verbindlichkeit geschaffen. Das stärkt die Fürsorgepflicht und trägt dazu bei, Absenzen zu reduzieren sowie das Vertrauen und die Produktivität nachhaltig zu verbessern. Unternehmen, die ein systematisches BGM nach diesen Kriterien aufgebaut haben, können bei Bedarf die Zertifizierung nach Friendly Work Space anstreben.

6.3.4 Weitere Massnahmen

Der sgv betont, dass die Reduktion von Absenzen nicht allein von innerbetrieblichen Massnahmen abhängt: Auch die Koordination mit den Versicherern (VVG/KVG, IV), die Nutzung bestehender Instrumente (z. B. Compasso (siehe Kap. 5.5.2), Früherfassung IV) sowie branchenspezifische Ansätze der Sozialpartner müssten berücksichtigt werden. Auch der SAV plädiert für einen Bezug zu den Branchen, da diese allenfalls unterschiedliche Herausforderungen haben.

Laut SGB sollte die Unfallprävention berücksichtigt werden. Allenfalls könnte das Wissen von SUVA, SBB und Arbeitsmedizinern nützlich sein.

Für den sgv müssen Aspekte des Lebensstils und der individuellen Gesundheit in die Analyse einbezogen werden, da sie – neben beruflichen Faktoren – zur Gesamtdynamik der Absenzen beitragen könnten. Diese Aspekte könnten Gegenstand von Massnahmen sein, ohne dass der Arbeitgeber in das Privatleben eingreift, beispielsweise freiwillige, vertrauliche und Anreize bietende Programme, wie sie bereits in einigen Unternehmen existieren.

Gemäss sgv seien Absenzen, insbesondere aus psychischen Gründen, oft auf eine Verflechtung beruflicher, persönlicher und verhaltensbezogener Ursachen zurückzuführen. Daher erscheint ein offener und multifaktorieller Ansatz besser geeignet, um wirklich wirksame Massnahmen zu identifizieren.

Vollzug der Arbeitsbedingungen

Nach Ansicht des SGB ist der mangelnde Vollzug ein zentraler Faktor für den unzureichenden Gesundheitsschutz. Das SECO (Vollzugsbericht 2020–2023) weise auf grosse Unterschiede zwischen den Kantonen hin; vielfach seien die Arbeitsinspektorate unterbesetzt und verfügten über zu wenig Ressourcen für systematische Kontrollen. Zudem fehlten in der Schweiz ausreichende arbeitsmedizinische Kapazitäten. Gemäss Revue Médicale Suisse (2022) gäbe es nur rund 130 aktive Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner – das entspräche einem Verhältnis von 1 pro 20 000 Beschäftigte.

Aus Sicht des sgV und SAV ist ein wirksamer Vollzug des Arbeitsschutzes ebenfalls wichtig. Entscheidend sei dabei, dass Kontrollen risikobasiert und verhältnismässig erfolgen, die vorhandenen Ressourcen gezielt eingesetzt werden und die administrativen Belastungen für die Unternehmen, insbesondere für KMU, nicht unnötig erhöht werden.

Arbeitsmedizinische Beratung für schwangere Arbeitnehmerinnen (PregOH-Beratung)

Die PregOH-Beratung ist eine spezialisierte Beratung für schwanger beschäftigte Frauen bei Unisanté¹⁷² in der Schweiz. Sie richtet sich an Arbeitnehmerinnen im Kanton Waadt, um gesundheitliche Risiken in der Schwangerschaft am Arbeitsplatz frühzeitig zu erkennen und zu minimieren.

Der SGB weist auf die seit 2015 von der Abteilung für Arbeits- und Umweltgesundheit (DSTE) von Unisanté in der französischsprachigen Schweiz entwickelte spezialisierte arbeitsmedizinische Beratung für schwangere Arbeitnehmerinnen (PregOH-Beratung) hin. Schwangere Arbeitnehmerinnen würden dabei von ihren behandelnden Ärzten an die Beratung überwiesen, wenn sie Unterstützung bei der Anwendung der Schwangerschaftsschutzgesetze benötigten. Mit Zustimmung der Arbeitnehmerinnen nahm die Beratungsstelle in 83% dann Kontakt auf mit den Unternehmen und konnte sie so unterstützen, dass fast die Hälfte der vorher mit Problemen konfrontierten Arbeitnehmerinnen sicher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren konnten. Alle Nutzer äusserten sich sehr zufrieden: 95 % der schwangeren Arbeitnehmerinnen, 88 % der Arbeitgeber und 97 % der Gynäkologen waren mit der Beratung zufrieden. Die Nutzer

¹⁷² Unisanté ist das Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit in Lausanne (Kanton Waadt, Schweiz). Es verbindet klinische Praxis, Prävention, Forschung und Lehre für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung im Waadtland. Unisanté bietet ein breites Spektrum an medizinischen, präventiven und beruflichen Dienstleistungen im Bereich Allgemeinmedizin und öffentlicher Gesundheit an. Als Universitätszentrum in Lausanne deckt es die gesamte ambulante Versorgungskette ab, mit Fokus auf personalisierte Betreuung und evidenzbasierte Ansätze. Weitere Informationen zu Unisanté, siehe: <https://www.unisante.ch/fr>.

hoben den Wert der Beratung hervor, da sie Einblicke in den rechtlichen Rahmen und die beruflichen Risiken sowie die Neutralität und Unterstützung der Arbeitsmediziner bot.¹⁷³

¹⁷³ Siehe Enhancing maternity protection at work: assessing the contribution of a specialized occupational medicine consultation for pregnant employees in Switzerland, Journal of Public Health, 25 December 2023 (Im Internet abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-023-02190-y.pdf>).

7 Fazit

Der vorliegende Bericht erfüllt das [Postulat 24.3154](#) «Absenzen am Arbeitsplatz. Sozialpartnerschaftlich Transparenz herstellen und zielgerichtete Massnahmen entwickeln». Der Bundesrat wurde beauftragt, unter Einbindung der Sozialpartner, der Krankentaggeldversicherer und weiteren Beteiligten einen Bericht zu verfassen, welcher Transparenz zu Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz sowie zur Versicherungsabdeckung und zur Prämienentwicklung im Bereich Krankentaggeld herstellt. Es sollen zudem gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeitete und geprüfte Massnahme präsentiert werden, wie Absenzen und Krankschreibungen am Arbeitsplatz verringert werden können.

Der Bericht zeigt auf, dass der Schweizer Versicherungsmarkt für Krankentaggeldversicherungen nach VVG weitgehend effizient funktioniert und eine sehr hohe Abdeckung der AHV-pflichtigen Löhne sowie der Unternehmen bietet. Nur 6 Prozent der Unternehmen, die sich um den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung bemüht haben, geben an, dass keine Aufnahme möglich war, beziehungsweise, dass sie kein Angebot erhalten haben. Das entspricht hochgerechnet rund 0.5 Prozent aller Schweizer Unternehmen und betrifft 0.13 Prozent aller Beschäftigten in der Schweiz.

Die Prämienentwicklung in der Krankentaggeldversicherung ist mit einem Anstieg des Prämienenvolumens von 2 Milliarden CHF im Jahr 1996 auf 6 Milliarden CHF im Jahr 2024 eng mit den gestiegenen Kosten parallel verlaufen, bei niedrigen Kündigungsquoten und stabiler Rentabilität.

Die gesundheitsbedingten Absenzen variieren je nach Tätigkeit, Geschlecht und Wirtschaftssektor. Die Gründe für Absenzen liegen primär in gesundheitlichen Belastungen, wobei physische Faktoren auch eine zentrale Rolle spielen.

Gemäss den am vorliegenden Bericht mitwirkenden Sozialpartnern eignen sich zur Reduktion von Absenzen praxisnahe Massnahmen wie Prävention durch Ergonomie und Arbeitsbedingungsoptimierung, Teilzeit-Krankschreibungen mit schrittweiser Rückkehr, Case Management inklusive motivierender Gespräche sowie eine bessere Koordination zwischen Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Ärzten. Eine Herausforderung stellt dabei aus Sicht der Sozialpartner die begrenzte Datenlage dar.

Abkürzungsverzeichnis

AKE	Europäische Arbeitskräfteerhebung
ArG	Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVO	Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen
AVOL	Arbeitsvolumensstatistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesgerichts
BFS	Bundesamt für Statistik
BSK	Basler Kommentar
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
Büro BASS	Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EFD	Eidgenössisches Finanzdepartement
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
EKAS	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit

EOG	Bundesgesetz vom 25. September 1952 über den Erwerbsersatz (Erwerbsersatzgesetz)
ESENER	Europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken
EO-Regis-ter	Register der Erwerbsersatzordnung
ESSOSS	Europäisches System Integrierter Sozialschutzstatistiken
EU	Europäische Union
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FZA	Freizügigkeitsabkommen vom 1. Januar 2006 zwischen dem SVV und santésuisse zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GRSS	Sozialschutz-Gesamtrechnungen
Ip.	Interpellation
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung
KAI	Kantonale Arbeitsinspektorate
Kap.	Kapitel
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KVAG	Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz)
KVAV	Verordnung vom 18. November 2015 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV)

KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung
M	Mittelwert
MISSOC	System der EU zur gegenseitigen Information über den sozialen Schutz
Mo.	Motion
NAV	Normalarbeitsvertrag
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OR	Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht)
Po.	Postulat
Rz.	Randziffer
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
SBB	Schweizerische Bundesbahnen
SBVR	Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
sgv	Schweizerischer Gewerbeverband
SIF	Staatssekretariat für internationale Finanzfragen
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats
SSUV	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVP	Schweizerische Volkspartei

SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
VAG	Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen
VUV	Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Verordnung über die Unfallverhütung)
VVG	Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)
WBF	Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Grafiken

Tabelle 1	Parlamentarische Vorstösse im Zusammenhang mit Fragen zur Krankentaggeldversicherung und Absenzen am Arbeitsplatz (2004-2024)	Seite 19
Tabelle 2	Die Skalen von Bern, Basel und Zürich veranschaulichen beispielhaft die Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in Abhängigkeit von der Anzahl der von der Arbeitnehmerin beziehungsweise vom Arbeitnehmer geleisteten Dienstjahre.	Seite 31
Tabelle 3	Eine Krankentaggeldversicherung kann individuell oder kollektiv abgeschlossen werden. Beide Modelle unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf Eintritt, Prämien und Flexibilität.	Seite 46
Tabelle 4	Vergleich der wichtigsten Unterschiede zwischen der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG	Seite 55
Abbildung 1	Krankentaggeldversicherung: Entwicklung des Prämienvolumens nach KVG und VVG	Seite 58
Abbildung 2	Entwicklung der versicherten Lohnsummen und Kündigungsgründe in der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG (2021-2023)	Seite 61
Abbildung 3	Entwicklung des Prämienvolumens in der Einzeltaggeldversicherung nach KVG (2010-2024)	Seite 66
Abbildung 4	Entwicklung des Prämienvolumens in der Kollektivtaggeldversicherung nach KVG (2010-2024)	Seite 66
Abbildung 5	Entwicklung von Prämien und Schadenaufwand in der Kollektivtaggeldversicherung nach VVG, 2012-2024.	Seite 67
Abbildung 6	Entwicklung von Prämien und Schadenaufwand in der Einzeltaggeldversicherung nach VVG, 2012-2024.	Seite 67
Tabelle 5	Entwicklung der Schadenquote in der Krankentaggeldversicherung nach VVG nach VVG, 2012-2024	Seite 68
Abbildung 7	Jährliches Absenzenvolumen der Arbeitnehmenden im Jahr 2024, nach Ursachen.	Seite 70

Tabelle 6	Rechtlicher Unterschied zwischen Absenzen aufgrund von Krankheit und Unfall.	Seite 71
Tabelle 7	Beispiele aus der Praxis von CSS zur Abgrenzung zwischen Krankheit und Unfall	Seite 71
Abbildung 8	Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage pro Jahr von Vollzeit-Arbeitnehmenden nach Geschlecht, 2010-2024	Seite 75
Abbildung 9	Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr, gegliedert nach Altersgruppen, 2010-2024	Seite 77
Abbildung 10	Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Grossregionen, 2012, 2022 und 2024.	Seite 78
Abbildung 11	Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach Wirtschaftssektoren, 2010 und 2024.	Seite 80
Abbildung 12	Anzahl der gesundheitsbedingten Absenztage von Vollzeit-Arbeitnehmenden pro Jahr nach grossen Berufsgruppen, 2024.	Seite 81
Abbildung 13	Verteilung der Arbeitnehmenden mit gesundheitsbedingten Absenzen in den letzten vier Wochen nach Anzahl der Absenztage, Durchschnitte 2021 - 2024.	Seite 82
Abbildung 14	Durchschnittliche Anzahl der Abwesenheitstage aus gesundheitlichen Gründen in der Referenzwoche im internationalen Vergleich, 2023	Seite 84
Abbildung 15	Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitt, 2020	Seite 86
Abbildung 16	Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nach Wirtschaftsabschnitt, 2020	Seite 87
Abbildung 17	Mehrfachbelastungen bezüglich des Bewegungsapparates und der Umgebungsfaktoren/Gefahrenstoffe nach Branchen, Schweiz 2022, in Prozent.	Seite 89
Abbildung 18	Psychosoziale Belastungen nach Geschlecht, 2022.	Seite 90

Abbildung 19	Mittelwert des Job-Stress-Index in den Jahren 2014, 2016, 2018, 2020 und 2022.	Seite 92
Abbildung 20	Job-Stress-Index-Gruppen 2020 in Zusammenhang mit dem Ausmass emotionaler Erschöpfung 2022.	Seite 94
Abbildung 21	Gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste nach Jahr.	Seite 94
Tabelle 8	Komponenten der Kosten für bezahlten Urlaub bei Krankheit, in Millionen Franken.	Seite 97
Tabelle 9	Komponenten der Kosten für bezahlten Urlaub im Krankheitsfall in Prozent (Durchschnittswerte zwischen 2018 und 2022).	Seite 97
Tabelle 10	Bezahlter Urlaub bei Abwesenheit aus gesundheitlichen Gründen (Krankheit und Unfälle) in Prozent der Lohnsumme.	Seite 98

An der Erstellung des vorliegenden Berichts Beteiligte

Bundesamt für Gesundheit BAG	Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern https://www.bag.admin.ch/de
Bundesamt für Justiz BJ	Bundesrain 20 CH-3003 Bern https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html
Bundesamt für Sozialversicherung BSV	Effingerstrasse 20 CH-3003 Bern https://www.bsv.admin.ch/de
Bundesamt für Statistik BFS	Espace de l'Europe 10 CH-2010 Neuchâtel https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html
Compasso	Hegibachstrasse 47 CH-8032 Zürich https://www.compasso.ch/
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA	Laupenstrasse 27 CH-3003 Bern https://www.finma.ch/
Gesundheitsförderung Schweiz	Wankdorfallee 5 CH-3014 Bern http://www.gesundheitsfoerderung.ch/
Staatssekretariat für Wirtschaft SECO	Holzikofenweg 36 CH-3003 Bern https://www.seco.admin.ch/seco/de/home.html
Staatssekretariat für internationale Finanzfragen SIF	Bundesgasse 3 CH-3003 Bern https://www.sif.admin.ch/de

Schweizerischer Versicherungsverband SVV	Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 CH-8002 Zürich https://svv.ch/de
Schweizerischer Arbeitgeberverband SAV	Hegibachstrasse 47 CH-8032 Zürich https://www.arbeitgeber.ch/
Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB	Monbijoustrasse 61 CH-3000 Bern https://www.sgb.ch/aktuell
Schweizerischer Gewerbeverband sgV	Schwarztorstrasse 26 CH-3001 Bern https://www.sgv-usam.ch/
Travail.Suisse	Hopfenweg 21 CH-3001 Bern https://www.travailsuisse.ch/de

Anhang 1:

Literaturübersicht zum Thema «betriebliche Massnahmen zu gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz» der ZHAW (ZHAW-Literaturübersicht)

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



WIG - Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Literaturübersicht zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz

Schlussbericht



Impressum

Literaturübersicht zu Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz

Schlussbericht

Winterthur, 16.10.2025

Auftraggeber: SECO

AutorInnen: Louisa Cakir, Rebecca Duewell, Christoph Thommen, Andreas Kohler

Kontakt

Christoph Thommen

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Gertrudstrasse 8

8401 Winterthur

christoph.thommen@zhaw.ch

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Management Summary**Ausgangslage und Zielsetzung**

Im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) eine Literaturübersicht zum Thema «betriebliche Massnahmen zu gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz» erstellt. Diese Forschungsarbeit hat zum Ziel, bestehende betriebliche Massnahmen und deren Wirksamkeit anhand der wissenschaftlichen Literatur zu beschreiben. Dabei wird untersucht, wie sich diese Massnahmen auf die Reduktion von Absenzen, auf die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie auf den Präsentismus (gesundheitsbedingter Produktivitätsverlust bei Anwesenheit am Arbeitsplatz) auswirken. Die Studie fokussiert auf zwei Massnahmenarten: 1) Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Absenzen sowie 2) Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen und Förderung der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Methodisches Vorgehen

Die Literaturübersicht basiert auf einem Narrative Review. Insgesamt wurden 231 Studien erfasst und 109 davon ausgewertet. Diese wurden anhand inhaltlicher Relevanz und Qualität selektiert und nach Kriterien wie Art der untersuchten Massnahme eingeordnet. Der Fokus liegt auf wissenschaftlicher Literatur aus OECD-Ländern. Für Massnahmen in der Schweiz ist die Literaturlage, sowohl im wissenschaftlichen als auch im Bereich grauer Literatur, unzureichend, um fundierte Aussagen zur Wirksamkeit von Massnahmen treffen zu können.

Einordnung der Studienqualität und -lage: Übertragbarkeit und Methodik

Die Übertragbarkeit der Resultate aus internationalen Studien auf den Schweizer Kontext ist aus mehreren Gründen eingeschränkt: Die Wirksamkeit von Massnahmen hängt einerseits von institutionellen Rahmenbedingungen eines Landes ab und andererseits vom betrieblichen Setting (z.B. Spital, Büro, Baustelle), in welchem die Massnahme eingeführt wurde. Ausserdem weisen viele Studien Qualitätsmängel auf, darunter kleine Stichproben, fehlende Kontrollgruppen und unklare Implementierungsbeschreibungen.

Resultate**1 Präventionsmassnahmen**

Präventionsmassnahmen haben zum Ziel, zukünftige Krankheiten und/oder Absenzen zu verhindern, bevor diese entstehen. Sie lassen sich in individuumsbezogene (z.B. Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen) und arbeitsumgebungsbezogene Massnahmen (z.B. Schulung von Vorgesetzten) unterteilen. Präventionsmassnahmen können auch aus mehreren Bestandteilen bestehen und individuums- und arbeitsumgebungsbezogene Elemente miteinander verknüpfen.

Physische Gesundheit: Lebensstil- und ergonomische Massnahmen zeigen oft positive Effekte auf die Gesundheit der Mitarbeitenden. Die Wirksamkeit solcher Massnahmen wird jedoch durch das betriebliche Setting, die Zielgruppenselektion und die spezifische Massnahmengestaltung beeinflusst. Die Wirksamkeit der Massnahmen auf die Absenzen, Präsentismus und Kosteneffektivität ist jedoch unklar.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Psychische Gesundheit: Einige Massnahmen, welche beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie oder entspannungsbasierte Methoden anwenden, zeigen positive Effekte auf Präsentismus sowie auf psychische Beschwerden wie Stress, Angst oder Burnout. Die Wirkung der Massnahmen auf die Absenzen ist unklar. Auch hier wird die Wirksamkeit einer spezifischen Massnahme entscheidend durch das betriebliche Setting, die Zielgruppenselektion und die spezifische Massnahmengestaltung beeinflusst.

2 Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen

Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen werden bei bestehender Krankschreibung eingesetzt, um den Rückkehrprozess aktiv zu fördern und die Arbeitnehmenden sowohl beim Wiedereinstieg als auch nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen.

Case Management: Weit verbreitet, aber die Evidenz zur Wirksamkeit ist gemischt. Die Mehrheit der Studien findet keinen Effekt auf die Absenzdauer. Einzelne Studien zeigen positive Effekte bei frühzeitigem Einsatz. Die starke Variabilität in Ausgestaltung und Implementierung erschwert eine eindeutige Bewertung. Es lässt sich aus der Literatur keine klare Wirkung auf die Absenzdauer, den Präsentismus und somit auf die Kosteneffizienz ableiten.

Motivierende Gesprächsführung: Meist als Ergänzung zum Case Management eingesetzt. Die Wirkung ist unklar, da die Mehrheit der Studien keine Evidenz findet. Unterschiedliche Resultate lassen sich möglicherweise durch nicht standardisierte Umsetzung erklären.

Berufsbezogene Rehabilitationstherapie: Dabei handelt es sich um Massnahmen, bei denen die medizinische Behandlung auf die Arbeit und die konkreten Arbeitstätigkeiten ausgerichtet oder durch arbeitsbezogene Elemente ergänzt wird. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Massnahmen sind uneinheitlich. Eine klare Beurteilung der Wirkung ist erschwert, da die Massnahmen meist aus mehreren Komponenten bestehen und sich in ihrer Zusammensetzung stark unterscheiden. Die Bindung der Mitarbeitenden zum Arbeitsplatz kann dabei eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit spielen.

Kognitive Verhaltenstherapie: Insgesamt deuten die Übersichtsarbeiten darauf hin, dass kognitive Verhaltenstherapie das Potenzial hat, krankheitsbedingte Absenzen zu reduzieren. Es gibt keine Informationen zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme.

Teilzeit-Krankschreibung: Beschäftigte werden nur teilweise statt vollständig krankgeschrieben. Die Evidenz für einen positiven Effekt ist stark und konsistent: Mehrere methodisch hochwertige Studien belegen, dass diese Massnahme die Absenzdauer verkürzt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unterstützt. Es gibt keine Informationen zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme.

Arbeitsplatzanpassungen: Anpassungen der Arbeitsaufgaben oder -umgebung können die Rückkehr wirksam unterstützen, insbesondere wenn sie auf Stressreduktion abzielen. Die Massnahmen können sich positive auf die Produktivität und somit auf den Präsentismus auswirken, die Evidenzlage zur Kosteneffizienz ist jedoch ungenügend.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Fazit

Die vorliegende Literaturübersicht zeigt, dass die Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Massnahmen zur Reduktion gesundheitsbedingter Absenzen komplex ist. Trotz teilweiser positiver Effekte auf die Gesundheit lassen sich oft keine eindeutigen Effekte auf die Absenzreduktion oder Präsentismus nachweisen und folgend kann die Kosteneffizienz nicht beurteilt werden. Die starke Kontextabhängigkeit und methodischen Limitationen der vorhandenen Studien schränken die Aussagekraft ein. Für die Schweiz besteht erheblicher Forschungsbedarf, um evidenzbasierte Empfehlungen für betriebliche Massnahmen formulieren zu können.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Methode	10
3	Ergebnisse	12
3.1	Einschätzung der Literatur und Studienlage.....	12
3.2	Kontextuelle Einbettung von Massnahmen und zusätzliche Einflussfaktoren	13
3.2.1	Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen.....	14
3.2.2	Biopsychosoziale Faktoren	14
3.3	Massnahmen zu Prävention	16
3.3.1	Einordnung der Massnahmen zu Prävention	16
3.3.2	Outcomes	17
3.3.3	Studien mit Fokus auf physische Gesundheit	18
3.3.4	Studien mit Fokus auf psychische Gesundheit.....	20
3.3.5	Fazit zu Präventionsmassnahmen	21
3.4	Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen	22
3.4.1	Einordnung der Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen	22
3.4.2	Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern.....	23
3.4.3	Berufsbezogene Rehabilitationstherapie.....	27
3.4.4	Teilzeit-Krankschreibung	28
3.4.5	Schrittweise Rückkehr	29
3.4.6	Massnahmen am Arbeitsplatz.....	29
3.4.7	Fazit zu Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen.....	30
4	Schlussfolgerungen.....	30
5	Literatur	32
6	Anhang.....	44

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Erklärung häufig verwendeter Begriffe

Begriff	Erklärung
Absentismus	Abwesenheit von der Arbeit aufgrund von Krankheit oder Gesundheitsproblemen.
Präsentismus	Verringerte Produktivität der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz aufgrund Krankheit oder gesundheitlichen Problemen.
Quasi-experimentelles Studiendesign	Quasi-experimentelle Studiendesigns untersuchen den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung, ohne zufällige Einteilung der Teilnehmenden. Es wird oft eingesetzt, wenn eine echte Zufallszuweisung nicht möglich ist.
Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Eine randomisierte kontrollierte Studie ist eine experimentelle Studienform, bei der Teilnehmende zufällig einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen werden, um kausale Effekte einer Massnahme zu beurteilen. Durch die Randomisierung werden Störfaktoren minimiert und die Vergleichbarkeit der Gruppen erhöht.
Signifikanter Effekt	Statistisch nachweisbarer Effekt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zutrifft und nicht zufällig ist. Statistisch signifikant bedeutet jedoch nicht, dass die Wirkung gross, klinisch oder ökonomisch relevant ist, sondern nur, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit existiert.
Systematisches Literaturreview	Strukturierte und methodisch standardisierte Recherche, Bewertung und Zusammenfassung aller verfügbaren wissenschaftlichen Studien zu einer spezifischen Forschungsfrage
Systematisches Literaturreview mit Meta-Analyse	Systematisches Literaturreview mit zusätzlicher statistischer Auswertung, bei der die Ergebnisse mehrerer Einzelstudien quantitativ zusammengefasst werden.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Umbrella Review	Übersichtsarbeit, die bereits existierende systematische Reviews und Meta-Analysen zu einem Themenbereich sammelt und auswertet.
Scoping Review	Explorative Übersichtsarbeit zur Erfassung der verfügbaren Evidenz in einem Forschungsbereich und zur Identifikation von Forschungslücken.
Scoping Review von systematischen Literaturreviews	Scoping Review, das sich ausschliesslich auf die Analyse bereits vorhandener systematischer Literaturreviews zu einem Themengebiet konzentriert.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

1 Einleitung

Im Rahmen des Postulats 24.3154 (Absenzen am Arbeitsplatz. Sozialpartnerschaftlich Transparenz herstellen und zielgerichtete Massnahmen entwickeln) hat das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) beauftragt, eine literaturbasierte Übersicht zum Thema «*Massnahmen zu gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz*» zu erarbeiten.

Ziel des Forschungsprojekts ist es, auf Basis von wissenschaftlicher Literatur eine Übersicht über Massnahmen zu erstellen, die von Betrieben eingesetzt werden, um gesundheitsbedingte Absenzen zu verringern. Der Fokus liegt darauf, bereits existierende Massnahmen zu beschreiben und zu prüfen, inwiefern die wissenschaftliche Literatur Hinweise auf deren Wirksamkeit hinsichtlich Absenzreduktion, verbesserter Gesundheit und Präsentismus gibt. Dabei wird keine Unterscheidung zwischen Branchen, Betrieben und Berufen vorgenommen.

Das Projekt umfasst grundsätzlich jegliche betrieblichen Massnahmen, welche der Reduktion krankheitsbedingter Absenzen dienen und dem Leistungsbereich der Krankentaggeldversicherung unterliegen. Diese können sich sowohl auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit beziehen. Unfälle unterliegen dem Kompetenzbereich der Unfallversicherung und werden folglich in der Studie nicht berücksichtigt.

Der Fokus liegt bei den folgenden zwei Arten von betrieblichen Massnahmen:

- 1) Massnahmen, welche direkt oder indirekt **Absenzen durch Prävention verhindern sollen**. Diese reduzieren Risikofaktoren, welche Erkrankungen verursachen und dadurch Absenzen zur Folge haben können.
- 2) Massnahmen, welche zum Zeitpunkt der Massnahme **bestehende Absenzen verkürzen** und sich auf den **Wiedereinstieg eines Arbeitnehmenden** konzentrieren.

Es ist nicht Ziel des Projektes, eine vollständige oder abschliessende Übersicht über alle spezifischen, betrieblichen Massnahmen zu erstellen. Vielmehr sollen die Massnahmen durch allgemeine, übergeordnete Kategorien abgedeckt werden. Angestrebt wird dementsprechend eine Abdeckung der relevanten Massnahmetypen (Breite) nicht jedoch eine erschöpfende Erfassung spezifischer Massnahmen innerhalb der Kategorien (Tiefe).

Nicht im Fokus des Projektes steht die Ursachenanalyse. Die Gründe für das Entstehen von Absenzen am Arbeitsplatz können vielfältig sein. Die Arbeit selbst wirkt zwar oft gesundheitsfördernd, indem diese beispielsweise Unabhängigkeit, Akzeptanz in der Gesellschaft und persönliche Entwicklung fördert (Modini et al., 2016; Schuring et al., 2017). Sie kann unter Umständen jedoch auch gesundheitsschädigend wirken und dadurch Absenzen auslösen. Arbeitsbedingte Risikofaktoren, wie beispielsweise psychosoziale und ergonomische Risiken

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

oder auch der Kontakt mit Chemikalien am Arbeitsplatz, können die Wahrscheinlichkeit für eine Vielzahl von Krankheiten wie Depression, Herz-Kreislaufkrankungen, Arthrose, Lungenerkrankungen oder Krebs erhöhen und dadurch hohe gesellschaftliche Kosten verursachen (da Costa & Vieira, 2010; Niedhammer et al., 2021; Nurminen & Karjalainen, 2001; Takala et al., 2024).

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Im nachfolgenden Kapitel wird die Methode beschrieben. Kapitel 3 präsentiert die Ergebnisse. Zuerst erfolgt eine Einschätzung der Literatur und der Studienlage (Kapitel 3.1). Danach folgt eine Diskussion zur theoretischen Grundlage zur kontextuellen Einbettung der Massnahmen und deren Wirkungsweg diskutiert (Kapitel 3.2). Kapitel 3.3 stellt die Ergebnisse zur Literatur zu Präventionsmassnahmen vor, Kapitel 3.4 jene zu Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen. Kapitel 4 fasst die Schlussfolgerungen zusammen.

2 Methode

Die Literaturübersicht wurde anhand eines Narrative Reviews erarbeitet und berücksichtigt sowohl internationale (Fokus OECD) als auch Schweizer Literatur. Ein Narrative Review ist eine zielgerichtete Literatursuche in bibliographischen Datenbanken unter Einbezug grauer Literatur. Es gibt einen Überblick über vorhandenes Wissen. Ein Narrative Review ist nicht umfassend und deshalb kein systematischer Review (Klein, 2020). In die Recherche wurden Fachzeitschriften und Fachbereiche wie die der betrieblichen Gesundheit (occupational health), Arbeitsmedizin und Personalmanagement (human resources) miteinbezogen. Der Fokus lag dabei auf der wissenschaftlichen Literatur. Im Schweizer Kontext wurde zudem graue Literatur herbeigezogen.

Das Vorgehen bei der Literaturrecherche wurde in folgende Arbeitsschritte gegliedert:

- Definition Stichworte und Stichworteabfolgen (siehe Tabelle 1: Keywords für Literatursuche im Anhang)
- Recherche relevanter internationaler wissenschaftlicher Literatur anhand vordefinierter Stichworteabfolgen in Title/Abstract/Keywords mit der Suchmaschine Scopus (Elsevier). Die Literatursuche wurde auf den Zeitraum 2010-2025 eingegrenzt, um den Fokus auf aktuelle Forschungserkenntnisse und zeitgemässe Massnahmen zu legen.
- Anpassung der Stichworte für den Schweizer Kontext und Recherche relevanter Schweizer wissenschaftlicher Literatur anhand verschiedener Datenbanken wie Scopus und Google Scholar. Um graue Literatur zu finden, wurde zusätzlich eine Google-Suche durchgeführt.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Das Resultat der Literaturrecherche kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Erfassung (insgesamt 231 Studien) und Zusammenfassung (insgesamt 109 Studien) relevanter Studien. Alle Studien stammen aus OECD-Ländern und eine Mehrheit davon stammt aus Skandinavien, Kanada und den Niederlanden. Studien wurden ausgeschlossen, wenn sie thematisch unpassend waren oder eine unzureichende Qualität aufwiesen (z.B. fehlende Kontrollgruppe). Für die Wirksamkeitsprüfung hauptsächlich quantitative Studien berücksichtigt, um Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit zu ermöglichen. Studien mit kausalem Studiendesign wurden bevorzugt, da sie eine objektive Messung des Effekts ermöglichen und die Zufälligkeit der Ergebnisse reduzieren
- Einordnung der Studien nach Massnahmearten (Prävention vs. Reduktion bestehender Absenzen), Massnahausagegestaltung (einteilige vs. mehrteilige Massnahme, Inhalt der Massnahme usw.), Outcomes, Effekte und Kontext.
- Obwohl in der Schweiz verschiedene Massnahmen zur Absenzreduktion existieren, fehlen wissenschaftliche Studien, welche deren Wirksamkeit bezüglich Gesundheitszustands, Präsentismus oder Kosteneffizienz untersuchen. Berichte in der grauen Literatur (siehe z.B. von Wyl et al., 2015) behandeln das Thema zwar, entsprechen jedoch nicht unseren Studienkriterien.

In diesem Narrative Review wurde ein Überblick zur Literatur aus internationalen (vor allem OECD) sowie Schweizer Quellen zusammengestellt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Insgesamt wurden 231 Studien erfasst und 109 davon ausgewertet. Für die Schweiz fehlen qualitativ hochwertige Studien. Die Studien wurden nach Art der Massnahmen, ihrer Ausgestaltung, den Ergebnissen und dem jeweiligen Kontext eingeordnet.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

3 Ergebnisse

Dieses Kapitel beschreibt die Ergebnisse in vier Unterkapiteln. Das erste Unterkapitel schätzt die Qualität und Übertragbarkeit der in den dritten und vierten Unterkapiteln zitierten Studien ein. Im zweiten Unterkapitel wird die kontextuelle Einbettung der Massnahmen und zusätzliche Einflussfaktoren beschrieben, die die Wirksamkeit der Massnahmen beeinflussen. Diese beiden letzten Unterkapitel (Kapitel 3.3 und 3.4) beschreiben die Massnahmen zu Prävention und Reduktion bestehender Absenzen.

3.1 Einschätzung der Literatur und Studienlage

Basierend auf dem im Kapitel 2 beschriebenen Vorgehen, wurde die wissenschaftliche Literatur ausgewertet. Als wissenschaftliche Literatur gelten Artikel, die in Fachzeitschriften publiziert und einem Peer-Review-Verfahren unterzogen wurden. Das Peer-Review-Verfahren bedeutet, dass andere Forschende aus dem gleichen Fachbereich einen Artikel kritisch begutachten, bevor er veröffentlicht wird. Das erhöht die allgemeine Qualität der publizierten Artikel.

Bei der Sichtung der Literatur fallen mehrere Aspekte zum Studiendesign und zum geografischen Fokus auf. Viele Studien, die die Wirkung einer Massnahme untersuchen, weisen eine geringe Qualität auf. Diese Einschätzung spiegelt sich teilweise auch in den Erkenntnissen der systematischen Literaturreviews wieder, die eine Qualitätsbewertung der untersuchten Studien vornehmen (siehe z.B. Vogel et al., 2017; Williams-Whitt et al., 2015).

Folgende Aspekte können Gründe für die geringe Qualität sein:

- Kleine Anzahl an Studienteilnehmenden
- Unzureichendes Studiendesign, etwa fehlende Vergleichsgruppe oder die Kombination mehrerer Massnahmen, sodass unklar ist, welche Wirkung von welcher Massnahme ausgeht
- Verwendung ungeeigneter statistischer Verfahren (z.B. Regressionsanalysen bei zu kleiner Studienpopulation)
- Ungenaue Beschreibung der Massnahmen und des Studienkontextes, z.B. wie oft, in welchem Umfang und von wem eine Massnahme durchgeführt wurde oder in welchem Arbeitsumfeld sich die Beschäftigten befanden (Büro, Baustelle, Spital etc.)

Ein weiterer Aspekt ist der geografische Fokus: Ein Grossteil der Studien stammt aus Skandinavien. Dies führt dazu, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz eingeschränkt ist, da skandinavische Status-Quo-Vergleiche (d.h. «usual practice») bereits Massnahmen enthalten, die in der Schweiz nicht implementiert sind.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Hinzu kommt, dass viele Studien keinen statistisch signifikanten Effekt der Massnahme auf die betrachteten Outcomes finden. Dies erschwert die Interpretation, da unklar bleibt, ob eine Massnahme tatsächlich keine Wirkung zeigt oder ob methodische Limitationen die Nachweisbarkeit der Effekte verhindern (z.B. eine zu kleine Anzahl Studienteilnehmer). Des Weiteren zeigt sich, besonders bei Präventionsmassnahmen, dass zwar ein positiver Effekt auf den Gesundheitszustand besteht, nicht aber auf die Anzahl der Absenzen.

Die Literaturlage für die Schweiz begrenzt sich auf graue Literatur. Die Recherche zeigt, dass verschiedenen Massnahmen zur Absenzreduktion existieren. Es fehlen jedoch wissenschaftliche Studien, welche deren Wirksamkeit bezüglich Gesundheitszustands, Präsentismus oder Kosteneffizienz wissenschaftlich untersuchen. Berichte in der grauen Literatur (siehe z.B. von Wyl et al., 2015) behandeln zwar das Thema, entsprechen jedoch nicht unseren Studienkriterien zur Evaluation der Wirksamkeit.

Es gibt Institutionen, wie zum Beispiel die Gesundheitsförderung Schweiz und deren Label 'Friendly Work Space', die das erfolgreiche Umsetzen von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden fördern, sowie Dienstleistungen zur Einführung und Wirkungsprüfung von Massnahmen in Betrieben anbieten. Die Ergebnisse zu letzterem sind jedoch nicht öffentlich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorhandene Literatur nur eingeschränkt belastbare Aussagen zur Wirksamkeit von Massnahmen erlaubt. Unterschiedliche Studiendesigns, methodische Schwächen und der geografische Fokus der Studien verhindern klare Aussagen und schränken die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz stark ein.

3.2 Kontextuelle Einbettung von Massnahmen und zusätzliche Einflussfaktoren

Massnahmen zu Prävention und Reduktion bestehender Absenzen sind kontextgebunden. Diese müssen dementsprechend abhängig von den institutionellen, rechtlichen und betrieblichen Rahmenbedingungen interpretiert werden. Ausserdem gibt es weitere Faktoren, die unabhängig von spezifischen Massnahmen einen Einfluss darauf haben können, wie lange Personen krankgeschrieben sind. Die folgenden zwei Abschnitte sollen ein Verständnis darüber geben, inwiefern i) die Wirksamkeit einer Massnahme von den rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen eines Landes abhängt und ii) weitere Faktoren einen Einfluss auf die Absenzdauer von Arbeitnehmenden haben.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

3.2.1 Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen

Die Umsetzung einer Massnahme erfolgt innerhalb eines rechtlichen, institutionellen, kulturellen und schlussendlich betrieblichen Kontextes. Eine Vielzahl der Massnahmen, die in den Kapiteln 3.3 und 3.4 beschrieben werden, wurden in Betrieben in skandinavischen Ländern eingeführt. Die Wirksamkeit dieser Massnahmen kann nicht losgelöst von den genannten Rahmenbedingungen betrachtet werden. In Dänemark beispielsweise ist die Zusammenarbeit zwischen kommunalen Arbeitsämtern mit weiteren Stakeholdern wie den Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden Bestandteil der Gesetzgebung. Die kommunalen Arbeitsämter sind dabei zuständig für deren Umsetzung in Bezug auf krankheitsbedingte Absenzen (Ladekjær Larsen et al., 2022). Die Evaluation einer neuen Massnahme muss entsprechend auch in diesem Kontext verstanden werden, da der Vergleich einer Massnahme immer mit dem Status Quo stattfindet. Das bedeutet wiederum, dass eine Massnahme, welche sich in Dänemark als nicht effektiv erweist, nicht zwingend auch in der Schweiz nicht wirksam wäre (und umgekehrt), da sich der Status Quo unterscheidet.

Weiter zeigt die Literaturzusammenfassung in den Kapiteln 3.3 und 3.4, dass die Wirksamkeit einer Massnahme beträchtlich vom betrieblichen Setting abhängen kann. Dies könnte auch der Grund dafür sein, dass sich nicht konsistente Resultate in Bezug auf die Wirksamkeit einer spezifischen Massnahme über verschiedene Betriebe, Branchen und Studien hinweg zeigen.

3.2.2 Biopsychosoziale Faktoren

Das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977) zeigt, dass **Gesundheit und Krankheit als ein Zusammenspiel zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren** verstanden werden müssen. In diesem Kontext werden in der Literatur oft die Hindernisse bei der Rückkehr in die Arbeit aufgefasst. Auch die (Un-)Wirksamkeiten der in den beiden Kapiteln 3.3 und 3.4 beschriebenen Massnahmen sollten in diesem Zusammenhang interpretiert werden.

Laut Waddell und Burton (2004) zeigt sich, dass einerseits die Langzeitabsenzen vieler Personen durch «häufige Gesundheitsprobleme» verursacht werden. Gleichzeitig zeigt sich, dass andere Arbeitnehmende trotz ähnlicher Gesundheitsprobleme weiterhin arbeiten, oder dass sie, trotz einer längeren Absenz, wieder zurück an den Arbeitsplatz finden. Das bedeutet, dass eine Erholung und Rückkehr an den Arbeitsplatz zwar grundsätzlich in vielen Fällen zu erwarten wäre, sich einige Menschen mit häufigen Gesundheitsproblemen jedoch trotzdem nicht wie erwartet erholen (Waddell & Burton, 2004).

Aus diesem Grund sollte nicht nur die Krankheit als biopsychosoziales Konzept, sondern auch die Arbeitsunfähigkeit als solches verstanden werden. Aus dieser Perspektive entsteht eine langfristige Arbeitsunfähigkeit durch **biologische, psychologische und soziale Hindernisse**,

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

die sowohl einzeln als auch in Kombination die Krankheit aufrechterhalten und die Rückkehr an den Arbeitsplatz erschweren (Waddell & Burton, 2004).

Ein wichtiger **biologischer** Aspekt ist der Gesundheitszustand selbst. Dieser hängt wiederum mit dem Geschlecht, dem Alter, der Gesundheitsversorgung, der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und dem Aktivitätsniveau zusammen. Der Gesundheitszustand wird dabei an den körperlichen und geistigen Anforderungen der Arbeit gemessen (Waddell & Burton, 2004). Wichtige **psychologische** Faktoren sind die persönlichen Wahrnehmungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen, auch in Bezug auf die Arbeit. **Soziale** Faktoren beinhalten unter anderem organisatorische und systemische Hindernisse, sowie die Einstellung zu Gesundheit, Invalidität und Arbeit in der Gesellschaft. Ein Beispiel dafür können gesellschaftliche Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sein. Die sozialen Faktoren sind eng mit den im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen Rahmenbedingungen verbunden.

Eine grosse Anzahl der Massnahmen, die ergriffen werden, um Absenzen zu reduzieren, orientieren sich am biopsychosozialen Modell und kombinieren mehrere Bestandteile miteinander. Oft werden diese auch so kombiniert, dass verschiedene der oben aufgeführten Aspekte gleichzeitig in der Massnahme aufgegriffen werden (siehe z.B. Cochrane et al., 2017). Wenn verschiedene Bestandteile zu einer Massnahme kombiniert werden, wird oft von **mehrkomponentigen** oder **mehrteiligen** Massnahmen gesprochen (siehe auch Kapitel 3.3).

Trotzdem scheint die Evidenz zur Wirksamkeit bei vielen in den Kapiteln 3.3 und 3.4 beschriebenen Massnahmen unklar oder nicht vorhanden. Ein Grund dafür könnte sein, dass viele der genannten **biologischen** (z.B. Alter, Geschlecht) und **sozialen** (z.B. bürokratische Hürden) Faktoren durch eine erkrankte Person, das Gesundheitssystem oder eine betriebliche Massnahme nicht oder nur schwer beeinflussbar sind. Cancelliere et al. (2016) sowie Nilsson und Ekberg (2013) zeigen beispielsweise, dass Faktoren wie das Alter, das Geschlecht und das Schmerzlevel die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz beeinflussen. Auch Faktoren wie auf die Gesundheit bezogene Stigmata in der Gesellschaft erschweren die Rückkehr an den Arbeitsplatz (van Beukering et al., 2022). Ein weiterer Grund kann zudem darin liegen, dass die Massnahmen nicht alle zentralen Faktoren berücksichtigen oder nicht dort ansetzen, wo sie den grössten Effekt erzielen könnten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Massnahmen zur Vermeidung oder Verkürzung von Absenzen nicht überall gleich wirken. Sie hängen stark vom Umfeld ab, also von Gesetzen, Institutionen, Betrieben und der Kultur eines Landes. Gleichzeitig haben weitere nicht veränderbare Faktoren wie Geschlecht und Alter einen Einfluss auf die Absenzdauer.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

3.3 Massnahmen zu Prävention

In diesem Kapitel werden betriebliche Massnahmen beschrieben, die der Prävention dienen. Das Ziel dieser Massnahmen ist es, die Gesundheit und/oder Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmenden, die sich bei der Einführung einer Massnahme nicht in einer Krankschreibung befinden, zu verbessern oder zu erhalten.

3.3.1 Einordnung der Massnahmen zu Prävention

Der Ausdruck «präventiv» wird in der Literatur nicht immer gleich verwendet. Erstens werden Massnahmen als «präventiv» umschrieben, **wenn sie die Gesundheit der Arbeitnehmenden erhalten oder verbessern sollen, bevor diese erkranken** (z.B. Definition in White et al., 2016). In diesem Sinne sollen die Massnahmen präventiv auf die Verschlechterung der Gesundheit wirken. Zweitens wird der Begriff für Massnahmen verwendet, **welche Absenzen verhindern sollen, bevor diese entstehen** (z.B. Definition in Bosma et al., 2025). In diesem Zusammenhang sollen die Massnahmen präventiv auf das Eintreten von Absenzen wirken. Aus diesem Grund können die Arbeitnehmenden gemäss der zweiten Definition auch schon erkrankt sein oder Symptome einer Erkrankung aufweisen ¹(siehe z.B. Population in Lerner et al., 2015; Moe-Byrne et al., 2022). Studien zu präventiven Massnahmen unterscheiden sich von Studien, welche sich auf Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen fokussieren. Dies, weil die untersuchten Populationen **zum Zeitpunkt der Massnahmeeinführung aktiv beschäftigt sind und sich trotz allfälliger Symptome oder Erkrankungen nicht in einer Krankschreibung befinden**.

In der Literatur wird zudem oft zwischen zwei verschiedenen **Massnahmeebenen** unterschieden: Einerseits Massnahmen, die auf das **Individuum** und andererseits Massnahmen, welche auf die **Arbeitsumgebung** gerichtet sind (Bosma et al., 2025). Vor allem in der Literatur zu Massnahmen, die mit der **psychischen Gesundheit** der Arbeitnehmenden zusammenhängen, werden **individuumsbasierte Massnahmen** weiter als entweder kognitiv-verhaltensbasiert oder entspannungsbasiert beschrieben (Estevez Cores et al., 2021). Interventionen, die auf kognitiver Verhaltenstherapie basieren, beschäftigen sich mit der Schulung von Personen im Umgang mit ihren Gedanken und Emotionen. Im Fokus steht dabei die Konfrontation und Bewältigung mit Situationen, die als stressreich wahrgenommen werden. Diese Massnahmen zielen darauf ab, die Denkmuster von Personen zu verändern. Entspannungsmassnahmen

¹ Die Massnahmen werden in der Literatur eher selten durch die Begriffe der primären (Verhinderung eines Gesundheitsproblems, bevor dieses entsteht), sekundären (Früherkennung und Frühbehandlung) und tertiären (Verhinderung von Verschlechterung der Gesundheit) Prävention beschrieben und unterschieden. Faktisch werden jedoch alle drei Ebenen in verschiedenen Massnahmen adressiert.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

haben ebenfalls zum Ziel, körperliche oder psychische Reaktionen auf Stress zu verändern. Beispiele für entspannungsbasierte Interventionen sind Meditation oder Yoga-Übungen, mit denen die Stressreaktionen von Menschen verbessert werden sollen (Estevez Cores et al., 2021). Massnahmen, welche auf die **Arbeitsumgebung** gerichtet sind, beschreiben Änderungen struktureller Natur. Ein Beispiel dafür wäre eine Massnahme auf Organisationsebene, bei welcher veränderte Arbeitsbedingungen so erschaffen werden, dass sich Arbeitnehmende Stresssituationen in geringerem Ausmass ausgesetzt sehen (Bosma et al., 2025). Beispielsweise kann dies eine Schulung der Vorgesetzten in einem Betrieb beinhalten, bei welchem diese lernen, weniger Druck auf die Arbeitnehmenden zu übertragen.

Schlussendlich werden die Massnahmen in der Literatur oft als **einteilig** oder **mehrteilig** beschrieben (Bosma et al., 2025). Während einige Massnahmen isoliert geprüft werden, werden in anderen Fällen verschiedene Massnahmen miteinander kombiniert. Es werden sowohl verschiedene Massnahmen auf der gleichen Massnahmeebene als auch individuums- und arbeitsumgebungsbezogene Massnahmen miteinander kombiniert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Begriff «präventiv» in der Forschung unterschiedlich verwendet wird. Einerseits meint er Massnahmen, die die Gesundheit von Arbeitnehmenden erhalten sollen, bevor sie krank werden. Andererseits beschreibt er Massnahmen, die Abwesenheiten verhindern sollen, auch wenn die betroffenen Personen schon gesundheitliche Probleme haben. Dabei wird zwischen Massnahmen unterschieden, die direkt bei den einzelnen Personen ansetzen, und solchen, die die Arbeitsumgebung betreffen. Zudem können Massnahmen einzeln oder kombiniert eingesetzt werden.

3.3.2 Outcomes

In den Studien werden verschiedene **Outcomes**, auf welche die präventiven Massnahmen positive Effekte haben sollen, gemessen. Die Outcomes können in vier Kategorien gruppiert werden:

- **Gesundheit:** Outcomes, welche sowohl körperliche (z.B. muskuloskelettale Symptome) als auch psychische (z.B. Stress) Gesundheit messen.
- **Absentismus:** Outcomes, welche Absenzen vor und nach der präventiven Massnahme auf Organisationsebene (z.B. Firmen- oder Abteilungsebene) messen.
- **Präsentismus:** Outcomes, welche beispielsweise die Produktivität der Arbeitnehmenden vor und nach der Einführung der Massnahme messen. Präsentismus beschreibt die verminderte Produktivität der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz aufgrund Krankheit oder gesundheitlichen Problemen (Hägerbäumer, 2017).

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- **Kosten:** Outcomes, welche beispielsweise die Kosteneffektivität einer Massnahme messen.

In den folgenden zwei Abschnitten werden die Massnahmen, die gemessenen Outcomes sowie die in den Studien dargestellten Resultate in den zwei Bereichen physische und psychische Gesundheit genauer beschrieben.

3.3.3 Studien mit Fokus auf physische Gesundheit

Verschiedene Studien untersuchen Massnahmen, welche das Ziel verfolgen, die physische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu erhalten oder zu verbessern, beziehungsweise Absenzen aufgrund physischer Krankheiten zu verhindern (Amirabdollahian et al., 2025; Bosma et al., 2025; May et al., 2025; Schröer et al., 2014; Soler-Font et al., 2019; White et al., 2016). Die darin beschriebenen Massnahmen bestehen beispielsweise aus Förderung physischer Aktivitäten, Ernährungsberatung, Informationen zur Gesundheitsförderung sowie ergonomischer Anpassungen. Dabei zielt ein Teil der Massnahmen darauf ab, *arbeitsbedingte* Gesundheitsrisiken (wie beispielsweise ergonomische Risiken am Arbeitsplatz) zu vermindern. Ein anderer Teil der Massnahmen hat *allgemeine* Gesundheitsrisiken im Fokus (d.h. Lebensstiländerungen durch z.B. Ernährungsratschläge) (siehe z.B. Schröer et al., 2014).

Die Resultate zweier Studien zeigen, dass die darin geprüften mehrteiligen Massnahmen positive Effekte auf **gesundheitsbezogene Outcomes** aufweisen. May et al. (2025) prüften in ihrer Studie eine App, mit welcher Teilnehmende Erinnerungen und Anweisungen zu gesundheitsbezogenen Themen erhalten und über ihr eigenes Gesundheitsverhalten informiert werden. Zudem ermöglichte die App den Austausch mit Trainer und Ernährungsfachpersonen sowie das Teilen von Erfolgen in Teamgruppen. Die Verwendung der App zeigte signifikante positive Effekte auf somatische Symptome (dies sind z.B. Herzklopfen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden, Müdigkeit). Soler-Font et al. (2019) untersuchten eine Massnahme bei Pflegefachpersonal, welche unter anderem partizipative Ergonomie mit einem Programm zur Promotion eines gesünderen Lebensstils (Nordic Walking, webbasierte Ernährungsratschläge, Mindfulness-Training) kombinierte. Die Massnahme zeigte signifikante positive Effekte auf die Reduktion von Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen². Das systematische Review von Schröer et al. (2014) findet weiter mehrheitlich positive, jedoch kleine Effekte verschiedener, lebensstilbezogener Massnahmen am Arbeitsplatz auf das Gewicht, die physische Aktivität und die Ernährung der Arbeitnehmenden. Laut Schröer et al. (2014) zeigen dabei vor allem

² Einige der Teilnehmenden haben sich bei Beginn dieser Studie jedoch schon in einer Krankschreibung befunden. Diese haben im Rahmen der Studie zusätzlich ein Case Management Programm absolviert.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

mehrteilige Massnahmen positive Effekte. Hingegen zeigt das Umbrella Review von Amirab-dolahian et al. (2025) ein unklareres Bild und findet keine einstimmige Evidenz zur Effektivität verschiedener digitaler Massnahmen auf Outcomes wie physische Aktivität oder Gewicht. Die Studie stellt klar, dass die Effektivität der Massnahme auch vom betrieblichen Setting sowie der Zielpopulation abhängt. Letzteres bedeutet, dass Studien generell eher signifikante positive Effekte zeigen, wenn Massnahmen gezielt bei Risikogruppen eingesetzt werden.

Aus den Resultaten aus zwei Scoping Reviews von systematischen Reviews (Bosma et al., 2025; White et al., 2016) kann hinsichtlich **Absentismus-Outcomes** kein eindeutiger Schluss abgeleitet werden. Einerseits findet die Studie von White et al. (2016) vor allem für einteilige und zweiteilige Massnahmen, welche physische Aktivität als Fokus haben, Evidenz für positive Effekte auf die zukünftigen Absenzen bei Personen mit Rückenschmerzen. Die Resultate für komplexere, mehrteilige Massnahmen sind gemischt. Andererseits finden die in Bosma et al. (2025) zitierten systematischen Reviews gemischte bis keine signifikanten positiven Effekte auf Absentismus-Outcomes bei Massnahmen zu physischer Gesundheit. Die in Bosma et al. (2025) beschriebenen Massnahmen beinhalten etwa physische Aktivitäten, Schulungen zu Aktivitäten, Einführung und Schulung von Fitnesstrainern auf Organisationsebene sowie ergonomische Anpassungen.

Nur eines der genannten Scoping Reviews von systematischen Reviews fasst zudem Resultate zu **Präsentismus-Outcomes** zusammen. Die Studie von White et al. (2016) erwähnt insgesamt zwei Studien zum Einfluss von einteiligen Massnahmen auf die Produktivität der Mitarbeitenden mit widersprüchlichen Resultaten. Eines der genannten systematischen Reviews findet Evidenz (Cancelliere et al., 2011), ein anderes keine Evidenz (Proper et al., 2002). Auch bei komplexeren mehrteiligen Massnahmen sind die Resultate aus zwei Studien (Cancelliere et al., 2011; Czabala et al., 2011) widersprüchlich und es kann keine klare Aussage darüber gemacht werden, ob Massnahmen, welche sich auf die physische Gesundheit konzentrieren, Präsentismus verbessern können.

Bei den **kostenbezogenen Outcomes** zeigt sich wiederum ein ähnliches Bild. Das systematische Review von White et al. (2016) zitiert insgesamt fünf Studien zu kostenbezogenen Outcomes (Aldana, 2001; Chapman, 2012; Maher, 2000; Tveito et al., 2004; van Dongen et al., 2011). Auch hier sind die Resultate nicht über alle Studien hinweg konsistent. Am ehesten zeigen laut den Autoren (White et al., 2016) mehrteilige Massnahmen mit Fokus auf physische Aktivität und Bewegung positive Resultate. Die Studien betrachten jedoch verschiedene Kostenträger und unterschiedliche Kosten, welche nicht alle in dem gegebenen Kontext relevant sind. Zudem hängt die Kosteneffektivität massgeblich von der Wirksamkeit einer Massnahme

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

ab. Da die Wirksamkeit vieler der genannten Massnahmen jedoch unklar ist, können auch nur schwer Aussagen über die Kosteneffektivität formuliert werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Lebensstil- und ergonomische Massnahmen **oft positive Effekte auf die Gesundheit** aufweisen. Die Wirksamkeit wird jedoch entscheidend durch das betriebliche Setting, die Zielgruppenselektion und die spezifische Massnahmengestaltung beeinflusst. Gleichzeitig zeigt die Forschung trotz positiver Effekte auf die Gesundheit oft **unklare Wirksamkeit auf die Absenzen, Präsentismus und Kosteneffektivität**.

3.3.4 Studien mit Fokus auf psychische Gesundheit

Verschiedene Studien untersuchen Massnahmen, welche den Fokus haben, die psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu erhalten oder zu verbessern und damit Absenzen zu verhindern. Auch diese Massnahmen sind vielfältig und können beispielsweise aus kognitiver Verhaltenstherapie, Meditations- und Atemübungen, Problemlösungs-Training, Stressmanagement, Schulungen von Vorgesetzten oder Arbeitsplatzgestaltung bestehen (z.B. Bosma et al., 2025; Estevez Cores et al., 2021). Mehrere systematische Reviews zeigen (Amirabdo-lahian et al., 2025; Carolan et al., 2017; Kechagias et al., 2024; Moe-Byrne et al., 2022), dass individuumbezogene Interventionen oft in Form einer digitalen Applikation eingeführt werden. Diese basieren mehrheitlich auf dem Ansatz kognitiver Verhaltenstherapie (Carolan et al., 2017).

In den Studien werden verschiedene **gesundheitsbezogene Outcomes** gemessen, wie beispielsweise wahrgenommener Stress, psychisches Wohlbefinden, Depression, Angst(-störung) oder Burnout. Es zeigen sich gemischte, jedoch mehrheitlich positive Resultate. Drei systematische Reviews (Carolan et al., 2017; Estevez Cores et al., 2021; Kechagias et al., 2024) finden positive Effekte verschiedener Massnahmen wie kognitiver Verhaltenstherapie und entspannungsbasierter Massnahmen auf Stress, Angst, Burnout, psychologisches Wohlbefinden und psychische Gesundheit. Ein erst gerade erschienenes Umbrella Review von Amirabdo-lahian (2025), welches verschiedene systematische Reviews zusammenfasst, zeigt wiederum uneindeutige Resultate hinsichtlich der Effektivität verschiedener digitaler Massnahmen auf Depression, Stress und Angst(-störungen). Es zeigt, dass die Wirksamkeit einer Massnahme vom betrieblichen Setting sowie der Zielpopulation abhängt. Zwei Studien beschreiben eher signifikante positive Effekte, wenn Massnahmen gezielt bei Risikogruppen eingesetzt werden (Amirabdo-lahian et al., 2025; Lerner et al., 2015).

In Bezug auf die **Absentismus-Outcomes** zeigen sich unklare Ergebnisse und aus den drei Studien von Bosma et al.(2025), Moe-Byrne et al. (2022) und Amirabdo-lahian et al. (2025)

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

können keine eindeutigen Ergebnisse abgeleitet werden. Das systematische Review von Moe-Byrne et al. (2022) zitiert zwei Studien, welche Absentismus im Kontext der Prävention untersuchen (Bostock et al., 2016; Ebert et al., 2016). Beide dieser Studien finden keine signifikanten positiven Effekte digitaler Applikationen zur Förderung psychischer Gesundheit auf Absentismus. Das Umbrella Review von Amirabdollahian et al. (2025) findet ein systematisches Review zu digitalen Applikationen, auch dieses zeigt keine signifikanten positiven Effekte (Stratton et al., 2021). Schlussendlich zitieren Bosma et al. (2025) insgesamt zehn systematische Reviews (Czabala et al., 2011; Dannheim et al., 2021; Estevez Cores et al., 2021; Gillen et al., 2017; Greiner et al., 2022; Kuehn et al., 2019; Lee et al., 2014; Nieuwenhuijsen et al., 2008; Noordik et al., 2013; Stratton et al., 2021). Sie beschreiben für vier von zehn dieser Studien positive Effekte (Czabala et al., 2011; Dannheim et al., 2021; Lee et al., 2014; Noordik et al., 2013).

Das systematische Review von Moe-Byrne et al. (2022) zitiert zwei Studien, welche **Präsentismus** untersuchen (Bostock et al., 2016; Ebert et al., 2016). Beide dieser Studien finden signifikante positive Effekte digitaler Applikationen zur Förderung psychischer Gesundheit auf Präsentismus. Auch das systematische Review mit Meta-Analyse von Carolan et al. (2017) zeigt signifikante positive Effekte digitaler Applikationen auf Arbeitseffektivität. Das Umbrella Review von Amirabdollahian et al. (2025) beschreibt ein systematisches Review zu digitalen Applikationen (Stratton et al., 2021), dieses zeigt uneindeutige Resultate. Keine der genannten Studien untersuchte zusätzlich **Outcomes zu Kosteneffektivität**.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass einige Massnahmen **positive Effekte auf die psychische Gesundheit und Präsentismus** aufweisen können. Die Wirksamkeit wird jedoch entscheidend durch das betriebliche Setting, die Zielgruppenselektion und die spezifische Massnahmengestaltung beeinflusst. Gleichzeitig zeigt die Forschung trotz positiver Effekte auf die Gesundheit insgesamt **unklare Wirksamkeit auf die Absenzen**.

3.3.5 Fazit zu Präventionsmassnahmen

Präventive Massnahmen fokussieren sich darauf, die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu erhalten oder zu verbessern und/oder Absenzen vorzubeugen. In den Studien zeigen sich oft signifikante und positive Effekte auf gesundheitsbezogene Outcomes. Diese Effekte werden teilweise als klein beschrieben (z.B. in Schröder et al., 2014) und sind nicht unbedingt klinisch relevant. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, weshalb sich in Bezug auf die Absentismus-Outcomes oft unklare Effekte zeigen. Auch die Präsentismus-Outcomes weisen inkonsistente Befunde auf, wobei digitale Applikationen zur Förderung psychischer Gesundheit oft signifikante Verbesserungen der Arbeitseffektivität zeigen. Die Wirksamkeit der Massnahmen

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

scheint vom betrieblichen Setting und der Zielpopulation abzuhängen, gezielte Massnahmen bei Risikogruppen zeigen teilweise stärkere Effekte. Schliesslich hängt die Kosteneffektivität massgeblich von der Wirksamkeit einer Massnahme ab. Da die Wirksamkeit vieler der genannten Massnahmen jedoch unklar ist, können keine Aussagen über die Kosteneffektivität formuliert werden.

3.4 Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen

In diesem Kapitel geht es um Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen. Diese Massnahmen werden bei bestehender Krankschreibung eingesetzt, um den Rückkehrprozess aktiv zu fördern und die Arbeitnehmenden beim Wiedereinstieg in den Arbeitsplatz zu unterstützen. Solche Massnahmen betreffen nicht nur Beschäftigte mit vereinzelt Absenzen, sondern auch Personen mit wiederkehrenden Absenzen (z.B. aufgrund chronischer Erkrankungen).

3.4.1 Einordnung der Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen

Die Forschung konzentriert sich meist auf Langzeitabsenzen oder auf Arbeitnehmende, die aufgrund chronischer Erkrankungen regelmässig fehlen. In der wissenschaftlichen Literatur stehen vor allem muskuloskelettale und psychische Erkrankungen mit (teilweiser) Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund. Untersucht werden dabei sowohl Massnahmen für Personen in bestehenden Arbeitsverhältnissen als auch solche für arbeitswillige Personen ohne Arbeitsplatz.

Meistens messen Studien den Erfolg von Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen daran, wie schnell Arbeitnehmende nach Beginn der Absenz an den Arbeitsplatz zurückkehren. Was unter «Rückkehr» gilt, variiert jedoch: Manche Studien verstehen darunter die vollständige Rückkehr zum ursprünglichen Pensum, andere eine teilweise Rückkehr. Ein weiteres Kriterium ist die Zahl der Absenzen nach der Massnahme innerhalb eines festgelegten Zeitraums. Die Evaluation erfolgt in der Regel über sechs bis zwölf Monate. Das erschwert eine langfristige Beurteilung und die Ergebnisse haben dabei insbesondere für chronisch erkrankte Arbeitnehmende nur begrenzte Aussagekraft. Zudem berücksichtigen Studien den Gesundheitszustand (und damit einhergehend die Arbeitsproduktivität) nach der Rückkehr meistens nicht. Dadurch bleibt oft unklar, ob weniger Absenzen nicht gleichzeitig mit vermehrtem Präsentismus einhergehen.

Die Literaturrecherche zeigt eine Vielzahl von Massnahmen, die teilweise in der Strategie ähnlich sind, sich jedoch bei der Umsetzung unterscheiden. Im Folgenden werden die Massnahmen in allgemeiner Form dargestellt, ohne auf einzelne Ausgestaltungen einzugehen. Oft bestehen Massnahmen aus mehreren Bestandteilen und betreffen verschiedene Aspekte einer Absenz. Sie setzen ausserdem an unterschiedlichen Phasen der Absenzperiode an: Manche

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

ergänzen die medizinische Behandlung, andere fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz (teilweise trotz eingeschränkter Arbeitsfähigkeit) und weitere unterstützen die Nachhaltigkeit der Rückkehr. Letztere überschneiden sich teilweise mit den weiter oben beschriebenen Präventionsmassnahmen.

Die Massnahmen zur Reduktion von Absenzen werden in der Literatur von verschiedenen Akteuren initiiert und umgesetzt. Die Zuständigkeit kann entweder bei den Arbeitgebenden, dem Gesundheitswesen oder den Sozialversicherungen liegen. Die Ausführung der relevanten Tätigkeit kann durch interne Mitarbeitende oder durch externe Fachpersonen erfolgen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Forschung sich meist mit **Langzeitabsenzen** auseinandersetzt. Meistens messen Studien den Erfolg von Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen daran, wie schnell Arbeitnehmende nach Beginn der Absenz an den Arbeitsplatz zurückkehren. Die Literaturrecherche zeigt eine Vielzahl von Massnahmen, die teilweise in der Strategie ähnlich sind, sich jedoch bei der Umsetzung unterscheiden. Massnahmen können **mehrteilig** sein und von **unterschiedlichen Akteuren** initiiert werden.

3.4.2 Kommunikation und Koordination zwischen betroffenen Arbeitnehmenden und relevanten Stakeholdern.

Ein zentraler Bestandteil des Absenzmanagements ist eine gezielte Kommunikation und Koordination zwischen den krankgeschriebenen Arbeitnehmenden und den am Rückkehrprozess beteiligten Akteuren. Bei diesen Akteuren handelt es sich zum Beispiel um Arbeitgebende, medizinisches Personal, oder Sozial- und Krankenversicherung. Solche Massnahmen stärken die Arbeitsfähigkeit und verlängern die berufliche Laufbahn, vor allem bei Personen mit langfristig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (Kausto et al., 2021). Die konkrete Ausgestaltung variiert stark, insbesondere darin, wer die Koordination übernimmt, welche Aufgaben dazugehören, und welche Akteure einbezogen werden. Der verantwortliche und initiiierende Akteur für die Koordination zwischen den Akteuren unterscheidet sich je nach Studie, eine effektive Beurteilung welche Wahl am wirksamsten ist, ist jedoch nicht möglich. Je nach Land sind Institutionen und Akteure auch anders zu definieren.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Case Management / Koordinierte Rückkehr zu Arbeit

Case Management (Koordinations- oder Kommunikationsmassnahme oder auch *Return-to-Work-Koordinator*) ist eine Koordinationsmassnahme, bei der eine aussenstehende Person oder ein Team (Case Manager), die Rückkehr zur Arbeit koordiniert und unterstützt. Diese Massnahme richtet sich vor allem an Arbeitnehmende mit längeren Absenzen oder langfristig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (Kausto et al., 2021). Die Koordination beginnt meist schon vor dem Ende der Absenz und ist zeitlich nicht darauf begrenzt.

Die Literatur zeigt ein heterogenes Verständnis des *Case Management*. Es gibt eine grosse Bandbreite von Aufgaben, die unter den Begriff Case Management fallen können. Das systematische Literaturreview von Soler-Font et al. (2021) identifiziert 18 verschiedenen Elemente, die in unterschiedlichen Kombinationen unter dem Begriff Case Management eingesetzt werden.

Case Management kann von verschiedenen Stellen aus organisiert werden. Case Manager werden entweder direkt von den Unternehmen eingesetzt (Smedley et al., 2013), sind Teil von Gesundheitsinstitutionen (Bergman et al., 2022; McQueen & McFeely, 2017; P. Pedersen et al., 2017), oder arbeiten im Auftrag der Sozialversicherungen (Alpino et al., 2022; Larsen et al., 2017; Moll et al., 2018; Momsen et al., 2016; Poulsen et al., 2014; Vogel et al., 2017). Dazu variiert die fachliche Ausbildung der Case Manager stark. Es können Psychologen, HR-Fachleute, medizinisches Personal oder Mitarbeitende der Sozialversicherungen sein. Die vorliegende Literatur lässt jedoch keine klaren Schlüsse zu, welche beruflichen Hintergründe besonders wirksam sind oder von welcher Institution aus Case Management am effektivsten organisiert wird.

Die Evidenz zur Wirksamkeit des Case Management ist gemischt, aber in der Mehrheit wird kein Effekt festgestellt. Es gibt einzelne Studien die positiven Effekte verzeichnen. In England stellten Smedley et al. (2013) eine signifikante Abnahme von Langzeitabsenzen bei Mitarbeitenden in einem Spital mit Case Management fest, während die Absenzen in einem vergleichbaren Spital ohne diese Massnahme zunahmen. Jedoch kann es sein, dass betriebliche Faktoren in den Spitälern für die Resultate verantwortlich sind. Bergman et al. (2022) zeigen, dass ein frühzeitiger Einsatz von Case Management bei muskuloskelettalen Erkrankungen die Rückkehr zur Arbeit beschleunigen kann. Der Effekt des Case Managements war bei Personen mit zusätzlichen psychischen Belastungen stärker als bei jenen, die ausschliesslich muskuloskelettale Erkrankungen hatten.

Kausto et al. (2021) fanden keine Abnahme der absoluten Krankheitstage durch den Einsatz von Case Management. Im öffentlichen Sektor von finnischen Gemeinden führte die Einführung von Case Management jedoch zu einer Reduktion der IV-Fälle, also eine Abnahme der Anzahl Beschäftigter, die aufgrund von Krankheit aus dem Arbeitsmarkt austreten müssen.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Gleichzeitig stiegen die absoluten Absenzen, da Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit im Arbeitsmarkt verblieben, anstatt vollständig auszutreten.

Vogel et al. (2017) weisen in einem systematischen Literaturreview darauf hin, dass weder über kurze noch lange Beobachtungszeiträume hinweg konsistente Effekte auf die Reduktion von Krankheitstagen erkennbar sind. Auch Björkelund et al. (2023) fanden bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen keine signifikanten Effekte. Alpino et al. (2022) untersuchten Koordinationstreffen zwischen Arbeitgebenden, Arbeitnehmenden und Ärztinnen oder Ärzten nach einer Absenz von mindestens 26 Wochen und stellten ebenfalls keine Effekte fest.

Die Untersuchungen von Larsen (2017) und Poulsen et al. (2014) zeigen, dass die Ergebnisse sogar innerhalb des gleichen Untersuchungskontexts stark variieren können. In diesem wird das Case Management von der Sozialversicherung bei Beschäftigten mit Langzeitabsenzen eingeführt und in verschiedenen Gemeinden getestet. In beiden Studien zeigten die jeweils verschiedenen Gemeinden gegensätzliche Wirkungen. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren in den unterschiedlichen Kontextfaktoren der jeweiligen Gemeinden, aber auch darin, dass die Interventionen unterschiedlich gut umgesetzt wurden.

Zur Kosteneffizienz von Case Management liegen kaum Daten vor. Vogel et al. (2017) stellen in ihrer Literaturübersicht fest, dass es wenig Evidenz zur Kosteneffizienz von Case Management gibt. Insgesamt lässt sich aufgrund der insgesamt unklaren Wirkung dieser Massnahme derzeit keine fundierte Aussage zur Kosteneffizienz machen. Auch zum Thema Präsentismus fehlen Erkenntnisse. Keine der untersuchten Studien befasst sich mit der Wirkung von Case Management auf Präsentismus.

Abschliessend ist festzuhalten, dass Case Management **weit verbreitet** ist und oft als Standardmassnahme gilt. Gleichzeitig lässt sich aus der Literatur **keine klare Wirkung** auf die Absenzdauer, den Präsentismus und somit auf die Kosteneffizienz ableiten. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass Case Management häufig mit anderen Massnahmen kombiniert wird und grosse Unterschiede bestehen, was darunter verstanden wird. Dies erschwert eine eindeutige Bewertung der Wirksamkeit.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Motivierende Gesprächsführung

Bei der *motivierenden Gesprächsführung* (Motivational Interviewing) handelt es sich um einen Beratungsansatz zur Förderung der Eigenmotivation für Verhaltensänderungen (Aanesen et al., 2022; Rollnick et al., 2010). Im Kontext der Rückkehr zur Arbeit soll sie die intrinsische Motivation zur Rückkehr der krankgeschriebenen Person stärken. Die motivierende Gesprächsführung wird nicht allein verwendet, sondern sie wird zusammen mit anderen Massnahmen umgesetzt. Meist ist sie Teil des Case Managements.

Die Ergebnisse zur Wirkung auf die Absenzdauer sind jedoch gemischt. Eine Mehrheit von Studien findet keine Evidenz für die Wirkung. Mehrere norwegische Studien (Aanesen et al., 2022; Aasdahl et al., 2023; Cashin et al., 2023; Tingulstad et al., 2023) untersuchten die motivierende Gesprächsführung als Ergänzung zum bereits eingesetzten Case Management. Dies gilt sowohl für Studien, die sich ausschliesslich auf muskuloskelettale Erkrankungen konzentrieren (Aanesen et al., 2022; Cashin et al., 2023; Tingulstad et al., 2023), als auch für die Studie von Aasdahl et al. (2023), die alle krankgeschriebenen Beschäftigten miteinbezieht. Drei der Studien (Aanesen et al., 2022; Aasdahl et al., 2023; Tingulstad et al., 2023) fanden keinen signifikanten positiven Effekt. Aasdahl et al. (2023) führen dies auf eine lückenhafte Umsetzung durch die Case Manager zurück. Die Ergebnisse zur Wirkung auf die Absenzdauer sind jedoch gemischt.

Dagegen zeigen Cashin et al. (2023), dass die motivierende Gesprächsführung die Erwartungen der Befragten zur Rückkehr an den Arbeitsplatz innerhalb von drei Monaten deutlich verbesserte. Zwar änderte sich die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit nicht, doch die veränderten Erwartungen verkürzten die Absenzdauer im Durchschnitt.

Tingulstad et al. (2023) berichten zwar von einer positiven Kosteneffizienz durch den Einsatz der Massnahme. Das Konfidenzintervall, also die statistische Unsicherheit des Ergebnisses, reicht jedoch von Kostenreduktion bis hin zu Kostenzunahme. Damit lässt sich keine verlässliche Aussage über einen tatsächlichen Kosteneffekt treffen. Die anderen Studien enthalten keine Informationen zur Kosteneffizienz. Ebenso fehlen in allen untersuchten Studien Angaben zu möglichen Auswirkungen auf Präsentismus.

Zusammenfassend ist die Wirkung der motivierenden Gesprächsführung auf die Absenzdauer, auf den Präsentismus und die Kosteneffizienz **unklar**. Die unterschiedlichen Studienergebnisse lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Massnahme nicht standardisiert ist und entsprechend **unterschiedlich umgesetzt** wird.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

3.4.3 Berufsbezogene Rehabilitationstherapie

Bei berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen werden Behandlungen spezifisch auf die Arbeit der krankgeschriebenen Person ausgerichtet. Dazu gehören beispielsweise physio- oder psychotherapeutische Behandlungen, Ergotherapie, Arbeitsplatzbesuche, Beratung zu ergonomischen Anpassungen sowie die Kommunikation mit Arbeitgebenden über Hindernisse und Erleichterungen für die Rückkehr. Ziel ist es, die medizinische Behandlung zu ergänzen und die Wiedereingliederung zu erleichtern.

Die Ergebnisse der bisherigen Forschung sind uneinheitlich. Einige Studien zeigen positive Effekte, darunter Beemster et al. (2021) bei chronischen Schmerzen, Hoff et al. (2022) bei Depressionen und Angststörungen, Kovacevic et al. (2024) bei Brustkrebspatientinnen sowie Stapelfeldt et al. (2011) bei Rückenschmerzen. Ein systematisches Review von Nieuwenhuijsen et al. (2020) bestätigt, dass berufsbezogene Massnahmen bei Depressionen nicht nur zu weniger Krankheitstagen führen, sondern auch Depressionssymptome lindern. Die systematische Literaturübersicht von Désiron et al. (2011) zeigt dass Ergotherapie als Teil multidisziplinärer Rehabilitationsprogramme die Rückkehr zur Arbeit fördert. Désiron et al. (2011) betonen, dass die tatsächliche Wirksamkeit schwierig einzuschätzen ist, da sich die Ergotherapie oft nur schwer von anderen Massnahmen isolieren lässt.

Die Studien von Christensen et al. (2025), Moll et al. (2018), Severinsson et al. (2023) und Momsen et al. (2016) zeigen keine signifikanten Effekte für Beschäftigte mit muskuloskelettalen oder psychischen Erkrankungen. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren in der geringen Beteiligung der Studienteilnehmenden oder dass die Massnahme sehr unterschiedlich umgesetzt wurden.

Ein zusätzlicher Aspekt ist die Rolle der Bindung zum Arbeitsplatz. Pedersen et al. (2022) untersuchen in ihrer Studie zu berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen das Verhältnis, das Arbeitnehmende zu ihrem Arbeitsplatz haben. Eine Bindung gilt als stark, wenn Beschäftigte kein Risiko verspüren, ihre Arbeit aufgrund einer Absenz zu verlieren, und wenn sie Einfluss auf die Arbeitsplanung haben. Bei Beschäftigten mit schwacher Bindung zeigte sich kein Unterschied in der Rückkehrate zwischen den getesteten Massnahmen. Bei Personen mit

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

starker Bindung hingegen traten Unterschiede in den Rückkehraten auf. Die Literatur präsentiert keine Ergebnisse zu den Effekten der Massnahme auf Präsentismus oder die beurteilt die Kosteneffizienz der Massnahme.

Zusammenfassend ist eine Wirkungsbeurteilung von **berufsbezogenen Rehabilitationsmassnahmen** schwierig, da diese meist mehrteilig sind. Zusätzlich variiert die Zusammensetzung der Massnahmen zwischen den Studien. Insgesamt lässt sich **nicht eindeutig** feststellen, ob berufsbezogene Rehabilitationsmassnahmen die Absenzdauer verkürzen oder den Präsentismus reduzieren oder nicht. Es gibt keine Informationen zur Kosteneffizienz der Massnahme.

Kognitive Verhaltenstherapie

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie ist das Ziel die Bewältigung von psychischen Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz. Das Ziel ist dabei, die Rückkehr oder den Verbleib im Arbeitsleben (Slater et al., 2023) zu unterstützen. Im systematischen Literaturreview von Tingulstad et al. (2022) resultieren gemischte Ergebnisse bezüglich der Wirkung dieser Massnahme auf die Reduktion von Krankheitstagen. Dagegen kommen Xu et al. (2024) in ihrer Meta-Analyse zum Schluss, dass die Massnahmen die Dauer der Absenz verkürzen und die Wiedereingliederung von Arbeitnehmern erleichtern. Die Literatur präsentiert keine Ergebnisse zu den Effekten der Massnahme auf Präsentismus oder eine Beurteilung die Kosteneffizienz der Massnahme.

Insgesamt deuten die Übersichtsarbeiten darauf hin, dass **kognitive Verhaltenstherapie** das Potenzial hat, krankheitsbedingte Absenzen **zu reduzieren**. Es gibt keine Informationen zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme.

3.4.4 Teilzeit-Krankschreibung

Bei dieser Massnahme werden Beschäftigte, sofern gesundheitlich möglich, nur teilweise statt vollständig krankgeschrieben. Meistens handelt es sich dabei um Beschäftigte mit muskuloskelettalen oder psychischen Erkrankungen. Mehrere Studien zeigen einen positiven Effekt durch diese Massnahme auf die Reduktion der Anzahl wiederkehrenden Absenzen. Die finnischen Studien von Viikari-Juntura et al. (2012, 2017) und Kausto et al (2014) sowie die schwedische Studie von Andrén und Svensson (2012) zeigen, dass eine teilweise Krankschreibung die Dauer der Absenz verkürzt und die vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit fördert. Diese Studien zeichnen sich durch robuste Designs (randomisierte kontrollierte Studie oder quasi-experimentelle Studie) aus, was ihren Ergebnissen eine hohe interne Validität verleiht.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Im Gegensatz dazu findet eine norwegische Studie von Østerås et al. (2010) keinen signifikanten Effekt auf die Dauer der Krankschreibung. Ihre Aussagekraft ist jedoch begrenzt, da die Autoren die Umsetzung der Massnahme selbst als ungenügend einstufen. Die Literatur präsentiert keine Ergebnisse zu den Effekten der Massnahme auf Präsentismus oder die beurteilt die Kosteneffizienz der Massnahme.

Die Evidenz für einen positiven Effekt der **Teilzeit-Krankschreibung auf die Absenzdauer und die Anzahl wiederkehrender Absenzen ist stark und konsistent**: Mehrere hochwertige Studien belegen, dass sie die Dauer der Abwesenheit verkürzt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unterstützt wird. Es gibt keine Informationen in der Literatur zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme.

3.4.5 Schrittweise Rückkehr

Eine andere Massnahme ist die schrittweise Rückkehr zum vollen Arbeitspensum. Noordik et al. (2013) testet diese Massnahme bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen. Sie zeigen, dass die Massnahme einerseits zu einer verlangsamten Rückkehr in das volle Pensum führte und dass es andererseits keinen signifikanten Unterschied in der Anzahl an Krankheitsrückfälle im einjährigen Nachbeobachtungsraum gab. Das bedeutet, dass der längere Genesungsweg bei der Massnahmengruppe nicht mit einem späteren Vorteil in Form von weniger wiederkehrenden Absenzen verbunden war. Die Literatur präsentiert keine Ergebnisse zur Wirkung der Massnahme auf Präsentismus oder zur Beurteilung die Kosteneffizienz der Massnahme.

Noordik et al. (2013) zeigen, dass eine **schrittweise Rückkehr** zum vollen Arbeitspensum bei psychischen Erkrankungen **weder die Rückkehr beschleunigt noch die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Absenz reduziert**. Es gibt keine Informationen in der Literatur zur Wirkung auf den Präsentismus oder zur Kosteneffizienz der Massnahme.

3.4.6 Massnahmen am Arbeitsplatz

Arbeitsplatzbezogene Massnahmen zielen darauf ab, Arbeitsanforderungen für krankgeschriebene Beschäftigte anzupassen und damit die Rückkehr zu erleichtern. Beispielhafte Massnahmen sind Anpassung der Arbeitsaufgaben oder der Arbeitsumgebung. Das systematische Literaturreview von Williams-Whitt et al. (2015) zeigt, dass solche Anpassungen einen positiven Effekt auf die Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer erneuten Absenz haben, vor

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

allen, wenn sie auf die Stressreduktion abzielen. Allerdings ist es schwierig bei Massnahmen am Arbeitsplatz, zwischen Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen und Präventionsmassnahmen zu unterscheiden. Williams-Whitt et al. (2015) schlussfolgern, dass sich diese Massnahmen positiv auf die Produktivität auswirken, können diese jedoch nicht quantifizieren. Für die Kosteneffizienz beurteilen Williams-Whitt et al. beurteilen die Evidenz aus den untersuchten Studien als nicht ausreichend, um verlässliche Aussagen zur Kosteneffizienz zu treffen.

Die Evidenz deutet darauf hin, dass **arbeitsplatzbezogene Anpassungen**, z.B. bei den Arbeitsaufgaben oder -umgebung, die Rückkehr von Beschäftigten **wirksam unterstützen**, sowie positiv auf die Produktivität auswirken können, insbesondere wenn sie auf Stressreduktion abzielen. Bei diesen Massnahmen ist die Abgrenzung zu präventiven Massnahmen schwierig. Die Evidenzlage für eine Beurteilung der Kosteneffizienz ist ungenügend.

3.4.7 Fazit zu Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen

Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen setzen bei einer Krankschreibung an, fördern den Rückkehrprozess aktiv und unterstützen die Arbeitnehmenden beim Wiedereinstieg in den Arbeitsplatz. Die Forschung dazu zeigt uneinheitliche Ergebnisse. Meist wird die Dauer bis zur Rückkehr sowie die Zahl der Absenzen über sechs bis zwölf Monate betrachtet. Case Management, motivierenden Gesprächsführung und berufsbezogene Rehabilitation weisen überwiegend keine eindeutigen oder signifikanten Effekte auf, während der Einsatz der kognitiven Verhaltenstherapie zu mehrheitlich positiven Ergebnissen führt. Teilzeit-Krankschreibungen zeigen in mehreren methodisch robusten Studien konsistent positive Effekte auf die Verkürzung der Absenzdauer. Arbeitsplatzanpassungen können sich positiv auswirken, vor allem wenn sie zu einer Stressreduktion führen. Präsentismus und Kosteneffizienz werden in der Forschung praktisch nicht untersucht. Insgesamt befassen sich fast keine Studien mit den Auswirkungen der Massnahmen auf Präsentismus oder mit deren Kosteneffizienz. Daher lässt sich zu diesen beiden Aspekten derzeit keine fundierte Beurteilung vornehmen. Insgesamt hängt die Wirksamkeit von der Qualität der Umsetzung und von individuellen Faktoren wie der Bindung zum Arbeitsplatz ab. Entsprechend variieren die Studienergebnisse je nach Kontext und Teilnehmenden erheblich.

4 Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigt sich, dass die Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Massnahmen zur Reduktion gesundheitsbedingter Absenzen und Präsentismus am Arbeitsplatz schwierig ist.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

Viele Studien kommen zu nicht signifikanten Ergebnissen. Das bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Massnahmen wirkungslos sind. Vielmehr konnte ihre Wirksamkeit nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden, unter anderem aufgrund methodischer Schwächen und nicht robuster Resultate.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist die Kontextabhängigkeit, sowohl der Wirksamkeit wie auch des individuellen Absenzverhaltens. Das bedeutet, dass Umweltfaktoren (z.B. Organisationskultur) sowie individuumsspezifische Faktoren (z.B. Beziehung zu Arbeitgebenden) die Wirkung der Massnahme auf das Absenzverhalten beeinflussen können. Diese Faktoren können auch direkt auf das Absenzverhalten wirken.

Bei Präventionsmassnahmen findet die Literatur mehrheitlich positive, teilweise jedoch kleine Effekte auf die physische und psychische Gesundheit. Die positiven Effekte fallen bei Risikogruppen tendenziell grösser aus. Trotz Gesundheitsverbesserungen sind die Effekte auf den Absentismus uneindeutig. Auch die Präsentismus-Outcomes (Produktivität und Arbeitseffektivität) weisen inkonsistente Befunde auf, wobei digitale Applikationen zur Förderung psychischer Gesundheit oft signifikante Verbesserungen der Produktivität zeigen. Schliesslich hängt die Kosteneffektivität massgeblich von der Wirksamkeit einer Massnahme ab. Da die Wirksamkeit vieler der genannten Massnahmen jedoch unklar ist, können keine Aussagen über die Kosteneffektivität getroffen werden.

Die Evidenz für Massnahmen zur Reduktion bestehender Absenzen ist gemischt: Case Management, motivierende Gesprächsführung und berufsbezogene Rehabilitationsmassnahmen zeigen keine einheitlichen Resultate. Studien zu kognitiver Verhaltenstherapie deuten auf einen positiven Effekt hin. Teilzeit-Krankschreibungen zeigen in Studien mit robustem Design konsistent positive Effekte. Arbeitsplatzanpassungen zeigen ebenfalls positive Effekte, insbesondere wenn eine Stressreduktion beabsichtigt wird. Letztere Massnahmen können sich positiv auf die Produktivität und somit auf den Präsentismus auswirken. Für die anderen Massnahmen gibt es keine Evidenz zur Auswirkung auf den Präsentismus. Es gibt für keine der Massnahmen eine fundierte Beurteilung zur Kosteneffizienz.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem Narrative Review. Es wurde eine gezielte Literatursuche durchgeführt, jedoch ohne die formalen Kriterien eines systematischen Reviews zu erfüllen. Entsprechend bietet die Übersicht eine strukturierte, aber nicht vollständige Zusammenstellung der relevanten Literatur. Die Arbeit zeigt, dass die Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Massnahmen zur Reduktion gesundheitsbedingter Absenzen komplex ist. Für die Schweiz besteht erheblicher Forschungsbedarf, um evidenzbasierte Empfehlungen für betriebliche Massnahmen formulieren zu können.

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

5 Literatur

- Aanesen, F., Grotle, M., Rysstad, T. L., Tveter, A. T., Tingulstad, A., Løchting, I., Småstuen, M. C., Van Tulder, M. W., Berg, R., Foster, N. E., Wynne-Jones, G., Sowden, G., Fors, E., Bagøien, G., Hagen, R., Storheim, K., & Øiestad, B. E. (2022). Effectiveness of adding motivational interviewing or a stratified vocational advice intervention to usual case management on return to work for people with musculoskeletal disorders: The MI-NAV randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 80(1), 42–50. Scopus. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108637>
- Aasdahl, L., Standal, M. I., Hagen, R., Solbjør, M., Bagøien, G., Fossen, H., Foldal, V. S., Bjørngaard, J. H., Rysstad, T., Grotle, M., Johnsen, R., & Fors, E. A. (2023). Effectiveness of „motivational interviewing“ on sick leave: A randomized controlled trial in a social insurance setting. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 49(7), 477–486. Scopus. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4117>
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 15(5), 296–320. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-15.5.296>
- Alpino, M., Hauge, K. E., Kotsadam, A., & Markussen, S. (2022). *Effects of dialogue meetings on sickness absence—Evidence from a large field experiment*. 83. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102615>
- Amirabdollahian, S., Pare, G., & Tams, S. (2025). Digital Wellness Programs in the Workplace: Meta-Review. *Journal of Medical Internet Research*, 27. Scopus. <https://doi.org/10.2196/70982>
- Andrén, D., & Svensson, M. (2012). Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 418–426. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9348-7>
- Beemster, T. T., van Bennekom, C. A. M., van Velzen, J. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Reneman, M. F. (2021). Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Pa-

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- tients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), 72–83. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09893-z>
- Bergman, B. P., Demou, E., Lewsey, J., & Macdonald, E. (2022). A comparison of routine and case-managed pathways for recovery from musculoskeletal disorders in people in employment. *Disability and Rehabilitation*, 44(17), 4648–4655. Scopus. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1912837>
- Björkelund, C., Saxvik, A., Svenningsson, I., Petersson, E.-L., Wiegner, L., Larsson, M., Törn-
bom, K., Wikberg, C., Arai, N., Nejati, S., Hensing, G., & Hange, D. (2023). Rehabili-
tation cooperation and person-centred dialogue meeting for patients sick-listed for com-
mon mental disorders: 12 months follow-up of sick leave days, symptoms of depres-
sion, anxiety, stress and work ability—A pragmatic cluster randomised controlled trial
from the CO-WORK-CARE project. *BMJ Open*, 13(6). Scopus.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074137>
- Bosma, E., Grigore, D., Abma, F. I., Proper, K. I., & Loef, B. (2025). Evidence-based interven-
tions to prevent sick leave: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 25(1).
Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21911-4>
- Bostock, S., Luik, A. I., & Espie, C. A. (2016). Sleep and Productivity Benefits of Digital Cog-
nitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial Conducted in
the Workplace Environment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*,
58(7), 683. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000778>
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Côté, P. (2011). Are workplace health pro-
motion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review
and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*, 11(1), 395.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-395>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C.,
& Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic and Manual Therapies*, 24(1).

Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>

Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: Systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7). Scopus. <https://doi.org/10.2196/jmir.7583>

Cashin, A. G., Øiestad, B. E., Aanesen, F., Storheim, K., Tingulstad, A., Rysstad, T. L., Lee, H., McAuley, J. H., Sowden, G., Wynne-Jones, G., Tveter, A. T., & Grotle, M. (2023). Mechanisms of vocational interventions for return to work from musculoskeletal conditions: A mediation analysis of the MI-NAV trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 80(5), 246–253. Scopus. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108716>

Chapman, L. S. (2012). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 26(4), TAHP1–TAHP12. <https://doi.org/10.4278/ajhp.26.4.tahp>

Christensen, T. N., Hjorthøj, C., Poulsen, C. H., Ebersbach, B., & Eplöv, L. F. (2025). Integrated mental health care and vocational rehabilitation intervention to improve return to work rates for people on sick leave due to common mental and functional disorders (IBBIS-II)—results from a randomized clinical trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 79(1), 86–95. Scopus. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2446362>

Cochrane, A., Higgins, N. M., Fitzgerald, O., Gallagher, P., Ashton, J., Corcoran, O., & Desmond, D. (2017). Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31(11), 1466–1481. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0269215517699976>

Czabała, C., Charzyńska, K., & Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: An overview. *Health Promotion International*, 26 Suppl 1, i70–84. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar050>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- Dannheim, I., Ludwig-Walz, H., Buyken, A., Grimm, V., & Kroke, A. (2021). Effectiveness of health-oriented leadership interventions for improving health and wellbeing of employees: A systematic review. *Journal of Public Health*, 30(12). <https://ris.uni-paderborn.de/record/46078>
- Désiron, H. A., De Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 11(1), 615. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-615>
- Ebert, D. D., Heber, E., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Funk, B., & Lehr, D. (2016). Self-guided internet-based and mobile-based stress management for employees: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(5), 315–323. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103269>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Estevez Cores, S., Sayed, A. A., Tracy, D. K., & Kempton, M. J. (2021). Individual-focused occupational health interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(3), 189–203. Scopus. <https://doi.org/10.1037/ocp0000249>
- Gillen, P. A., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Begley, C. M., & Luyben, A. G. (2017). Interventions for prevention of bullying in the workplace. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD009778. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009778.pub2>
- Greiner, B. A., Leduc, C., O'Brien, C., Cresswell-Smith, J., Rugulies, R., Wahlbeck, K., Abdulla, K., Amann, B. L., Pashoja, A. C., Coppens, E., Corcoran, P., Maxwell, M., Ross, V., de Winter, L., Arensman, E., & Aust, B. (2022). The effectiveness of organisational-level workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in construction

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- workers: A systematic review and recommended research agenda. *PLoS ONE*, 17(11 November). Scopus. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277114>
- Hägerbäumer, M. (2017). *Risikofaktor Präsentismus: Hintergründe und Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17457-6>
- Hoff, A., Poulsen, R. M., Fisker, J., Hjorthøj, C., Rosenberg, N., Nordentoft, M., Bojesen, A. B., & Eplov, L. F. (2022). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: Results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 79(2), 134–142. Scopus. <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107894>
- Kausto, J., Oksanen, T., Koskinen, A., Pentti, J., Mattila-Holappa, P., Kaila-Kangas, L., Nevala, N., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Ervasti, J. (2021). 'Return to Work' Coordinator Model and Work Participation of Employees: A Natural Intervention Study in Finland. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 831–839. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09970-x>
- Kausto, J., Viikari-Juntura, E., Virta, L. J., Gould, R., Koskinen, A., & Solovieva, S. (2014). Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: A quasi-experiment in finland. *BMJ Open*, 4(12). Scopus. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006685>
- Kechagias, E. P., Papadopoulos, G. A., & Rokai, I. (2024). Evaluating the Impact of Digital Health Interventions on Workplace Health Outcomes: A Systematic Review. *Administrative Sciences*, 14(6). Scopus. <https://doi.org/10.3390/admsci14060131>
- Klein, S. (2020). Es muss nicht immer ein systematischer Review sein. *Es muss nicht immer ein systematischer Review sein*. <https://www.uzh.ch/blog/hbz/2020/02/18/es-muss-nicht-immer-ein-systematischer-review-sein/>
- Kovacevic, N., Žagar, T., Homar, V., Pelhan, B., Sremec, M., Rozman, T., & Besic, N. (2024). Benefits of Early Integrated and Vocational Rehabilitation in Breast Cancer on Work Ability, Sick Leave Duration, and Disability Rates. *Healthcare (Switzerland)*, 12(23). Scopus. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232433>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- Kuehnl, A., Seubert, C., Rehfuess, E., von Elm, E., Nowak, D., & Glaser, J. (2019). Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD010905. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010905.pub2>
- Ladekjær Larsen, E., Jensen, J. M., & Pedersen, K. M. H. (2022). Cross-sectorial collaboration in return to work interventions: Perspectives from patients, mental health care professionals and case managers in the social insurance sector. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 2317–2324. Scopus. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1830310>
- Larsen, M. R., Aust, B., & Høgelund, J. (2017). Improving the effectiveness of sickness benefit case management through a public-private partnership? A difference-in-difference analysis in eighteen Danish municipalities. *BMC Public Health*, 17(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4236-5>
- Lee, N., Roche, A., Duraisingam, V., Fischer, J., & Cameron, J. (2014). Effective interventions for mental health in male-dominated workplaces. *Mental Health Review Journal*, 19(4), 237–250. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2014-0034>
- Lerner, D., Adler, D. A., Rogers, W. H., Chang, H., Greenhill, A., Cymerman, E., & Azocar, F. (2015). A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatric Services*, 66(6), 570–577. Scopus. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400350>
- Maher, C. G. (2000). A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 46(4), 259–269. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60287-7](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60287-7)
- May, N., Kasten, S., Schwan, T., Scharle, M., Tautz, A., Letzel, S., & Dietz, P. (2025). The effect of an app-based health intervention on somatic symptoms among employees of the DHL Group: A longitudinal pilot study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s00420-025-02145-8>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- McQueen, J., & McFeely, G. (2017). Case management for return to work for individuals living with cancer: A systematic review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 24(5), 203–210. Scopus. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2017.24.5.203>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Moe-Byrne, T., Shepherd, J., Merecz-Kot, D., Sinokki, M., Naumanen, P., Hakkaart-Van Roijen, L., & Van Der Feltz-Cornelis, C. (2022). Effectiveness of tailored digital health interventions for mental health at the workplace: A systematic review of randomised controlled trials. *PLOS Digital Health*, 1(10). Scopus. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000123>
- Moll, L. T., Jensen, O. K., Schiøttz-Christensen, B., Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Nielsen, C. V., & Labriola, M. (2018). Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 346–356. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9727-9>
- Momsen, A.-M. H., Stapelfeldt, C. M., Nielsen, C. V., Nielsen, M. B. D., Aust, B., Rugulies, R., & Jensen, C. (2016). Effects of a randomized controlled intervention trial on return to work and health care utilization after long-term sickness absence. *BMC Public Health*, 16(1), 1–11. Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3812-4>
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489–508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H. a. M., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Interventions to improve occupational

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

health in depressed people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12). Scopus. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>

Nilsson, S., & Ekberg, K. (2013). Employability and work ability: Returning to the labour market after long-term absence. *Work*, 44(4), 449–457. Scopus. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1402>

Noordik, E., van der Klink, J. J., Geskus, R. B., de Boer, M. R., van Dijk, F. J. H., & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39(2), 144–154. Scopus. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3320>

Nurminen, M., & Karjalainen, A. (2001). Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(3), 161–213. <https://doi.org/10.5271/sjweh.605>

Østerås, N., Gulbrandsen, P., Kann, I. C., & Brage, S. (2010). Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(2), 192–199. Scopus. <https://doi.org/10.1177/1403494809357096>

Pedersen, K. K. W., Langagergaard, V., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Sørensen, V. N., & Pedersen, P. (2022). Two-Year Follow-Up on Return to Work in a Randomised Controlled Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention in Employees on Sick Leave Due to Low Back Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 697–704. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10030-1>

Pedersen, P., Nielsen, C. V., Andersen, M. H., Langagergaard, V., Boes, A., Jensen, O. K., Jensen, C., & Labriola, M. (2017). Comparing multidisciplinary and brief intervention in

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

employees with different job relations on sick leave due to low back pain: Protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 17(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4975-3>

Poulsen, O. M., Aust, B., Bjorner, J. B., Rugulies, R., Hansen, J. V., Tverborgvik, T., Winzor, G., Mortensen, O. S., Helverskov, T., Ørbæk, P., & Nielsen, M. B. D. (2014). Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40(1), 47–56. Scopus. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3383>

Proper, K. I., Staal, B. J., Hildebrandt, V. H., van der Beek, A. J., & van Mechelen, W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 28(2), 75–84. <https://doi.org/10.5271/sjweh.651>

Rollnick, S., Butler, C. C., Kinnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *BMJ*, 340(apr27 2), c1900–c1900. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1900>

Schröer, S., Haupt, J., & Pieper, C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace-an overview. *Occupational Medicine*, 64(1), 8–12. Scopus. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt136>

Schuring, M., Robroek, S. J., & Burdorf, A. (2017). The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: Evidence for the selection and causation mechanism. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(6), 540–549.

Severinsson, Y., Grimby-Ekman, A., Nordeman, L., Holmgren, K., Käll, L. B., Dottori, M., & Larsson, M. E. H. (2023). Components of primary care multimodal rehabilitation and their association with changes in sick leave: An observational study. *Work*, 74(3), 907–917. Scopus. <https://doi.org/10.3233/WOR-210836>

Slater, D., Venning, A., Matthews, L., Iles, R., & Redpath, P. (2023). Defining work-focused cognitive behavioural therapy (W-CBT) and whether it is effective at facilitating return

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- to work for people experiencing mental health conditions: A systematic review and narrative synthesis. *Health Psychology Open*, 10(2), 20551029231217840. <https://doi.org/10.1177/20551029231217840>
- Smedley, J., Harris, E. C., Cox, V., Ntani, G., & Coggon, D. (2013). Evaluation of a case management service to reduce sickness absence. *Occupational Medicine*, 63(2), 89–95. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs223>
- Soler-Font, M., Ramada, J. M., Montero-Moraga, J. M., Palencia-Sánchez, F., Merelles, A., Macdonald, E. B., & Serra, C. (2021). What is meant by case management for the return-to-work of workers with musculoskeletal disorders A scoping review. *Work*, 70(4), 1069–1087. Scopus. <https://doi.org/10.3233/WOR-205172>
- Soler-Font, M., Ramada, J. M., Van Zon, S. K. R., Almansa, J., Bültmann, U., Serra, C., Merelles, A., Peña, P., & Vargas-Prada, S. (2019). Multifaceted intervention for the prevention and management of musculoskeletal pain in nursing staff: Results of a cluster randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(11). Scopus. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225198>
- Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D., & Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12. Scopus. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-112>
- Stratton, E., Jones, N., Peters, S. E., Torous, J., & Glozier, N. (2021). Digital mHealth Interventions for Employees: Systematic Review and Meta-Analysis of Their Effects on Workplace Outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(8), e512–e525. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002267>
- Takala, J., Hämäläinen, P., Sauni, R., Nygård, C. H., Gagliardi, D., & Neupane, S. (2024). Global-, regional- and country-level estimates of the work-related burden of diseases and accidents in 2019. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(2), 73–82. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4132>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- Tingulstad, A., Maas, E. T., Rysstad, T., Øiestad, B. E., Aanesen, F., Pripp, A. H., Van Tulder, M. W., & Grotle, M. (2023). Six-month cost-effectiveness of adding motivational interviewing or a stratified vocational advice intervention to usual case management for workers with musculoskeletal disorders: The MI-NAV economic evaluation. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 18(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12995-023-00394-2>
- Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J., Evensen, L. H., Bjerk, M., & Berg, R. C. (2022). Effectiveness of work-related interventions for return to work in people on sick leave: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 11(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02055-7>
- Tveito, T. H., Hysing, M., & Eriksen, H. R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: A systematic literature review. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 54(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg109>
- van Beukering, I. E., Smits, S. J. C., Janssens, K. M. E., Bogaers, R. I., Joosen, M. C. W., Bakker, M., van Weeghel, J., & Brouwers, E. P. M. (2022). In What Ways Does Health Related Stigma Affect Sustainable Employment and Well-Being at Work? A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(3), 365–379. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09998-z>
- Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E.-P., Karppinen, J., Miranda, H., Luukkonen, R., & Martimo, K.-P. (2012). Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(2), 134–143. Scopus. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3258>
- Viikari-Juntura, E., Virta, L. J., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, K.-P., Laaksonen, M., Leinonen, T., Husgafvel-Pursiainen, K., Burdorf, A., & Solovieva, S. (2017). Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 43(5), 447–456. Scopus. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3664>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E., Busse, J. W., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3). Scopus. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>
- von Wyl, A., Eich, B., & Hentrich, J. (2015). *Prävention von psychosozialen Gesundheitsrisiken in Betrieben—Qualitativer Forschungsbericht*.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2004). *Waddell, Gordon and Burton, A. Kim (2004) Concepts of rehabilitation for the management of common health problems*. The Stationery Office. ISBN 0117033944
- White, M. I., Dionne, C. E., Wärje, O., Koehoorn, M., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Koehn, C., Williams-Whitt, K., Harder, H. G., Pasca, R., Hsu, V., McGuire, L., Schulz, W., Kube, D., & Wright, M. D. (2016). Physical activity and exercise interventions in the workplace impacting work outcomes: A stakeholder- centered best evidence synthesis of systematic reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(2), 61–74. Scopus. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2016.739>
- Williams-Whitt, K., White, M. I., Wagner, S. L., Koehn, C., Dionne, C. E., Koehoorn, M., Harder, H., Pasca, R., Warje, O., Hsu, V., McGuire, L., Schulz, W., Kube, D., Hook, A., & Wright, M. D. (2015). Job demand and control interventions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on workplace disability. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 6(2), 61–78. Scopus. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2015.553>
- Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., Buys, N., & Sun, J. (2024). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Helping People on Sick Leave to Return to Work: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 34(1), 4–36. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>

Massnahmen bei gesundheitsbedingten Absenzen am Arbeitsplatz – Schlussbericht

6 Anhang

Tabelle 1: Keywords für Literatursuche

Ort AND	Massnahme / Akteure AND	Absenz AND
occupation*	coordination	absenteeism
work*	collaboration	sick leave
labo?r	prevention	health-related absence
employ*	health intervention	disability absence
	return-to-work	absence
	health promotion	medical leave
	health screening	
	safety measures	
	first aid mental health	
	rehabilitation	
	modified work	
	case management	
	integrated care	
	supervisory training	
	workplace culture	
	assistance programs	
	organisational health	
	stakeholder	

Die Zeilen innerhalb einer Spalte sind jeweils innerhalb Klammern mit «OR» verbunden und die Spalten jeweils mit «AND». Aufgrund der Begrenzung der Suchmaschinen, wurde schrittweise eine Zeile der Spalte 'Massnahme & Akteure' ausgewechselt. Zeitlich wurde die Suche von 2010 bis und mit 2025 eingegrenzt.

Beispiel Stichwortabfolge:

TITLE-ABS-KEY ((occupation* OR work* OR labo?r OR employ*) AND "case management" AND (absenteeism OR "sick leave" OR "health-related absence" OR "disability absence" OR absence OR "medical leave"))

Vorgehen Schweiz:

- Google Scholar und Scopus Suche auf Deutsch mit: Schweiz AND betrieb* AND «gesundheit» OR «Rückkehr» OR «Absenz» OR «Krankschreibung»
- Mit den Stichworten auch eine Google Suche und dann iterativen Vorgehen weiter recherchiert

Anhang 2:

Stellungnahmen der Sozialpartner zur ZHAW-Literaturübersicht

Die am vorliegenden Bericht beteiligten Sozialpartner (siehe Übersicht auf Seite 127 des vorliegenden Berichts) haben die ZHAW-Literaturübersicht diskutiert und zu den in den Kapiteln 6.1 und 6.2 des vorliegenden Berichts aufgeführten Massnahmen Stellung bezogen.

ZHAW-Literaturübersicht

Der SGB begrüsst die Literaturübersicht, welche eine breite Bestandesaufnahme vorhandener Massnahmen und Präventionsansätze enthalte. Er macht darauf aufmerksam, dass die Literaturübersicht bedauerlicherweise keine Ursachenanalyse enthält. Da sie sich auf betriebliche Massnahmen beschränke, werde der Einfluss der rechtlichen Rahmenbedingungen und ihres Vollzugs nicht aufgezeigt. Gerade hier wäre ein internationaler Vergleich gewinnbringend gewesen. Der sgV befindet die Literaturübersicht als gute Grundlage, indem sowohl der Stand der Datenlage als auch mögliche Massnahmen dargestellt werden. Positiv sei, dass das Thema breit aufgearbeitet werde und die Reduktion von Absenzen ins Zentrum gestellt werden.

Travail.Suisse erachtet die fehlende Ursachenanalyse ebenfalls als problematisch. Eine Analyse möglicher Massnahmen sollte auf Grundlage einer Kenntnis der Ursachen stattfinden. Aufgrund der Analyse der Entwicklungen in Deutschland und Österreich zeigten sich zwei Hauptursachen für den Anstieg der gesundheitsbedingten Absenzen, einerseits psychische Belastungen/Erkrankungen und andererseits Atemwegserkrankungen. Die Ursachen für die zunehmenden Absenzen dürften sich in der Schweiz vermutlich nicht grundsätzlich unterscheiden. Aus Sicht von Travail.Suisse muss der Fokus verstärkt auf die zunehmenden psychischen Belastungen und ihre Ursachen gelegt werden. Diese seien allerdings häufig komplex. Entsprechend brauche es auch bei Ursachen und Massnahmen differenzierte Analysen, welche der Bericht nur teilweise liefern könne.

Laut SAV liefert die Literaturübersicht eine Übersicht zu den Massnahmen, doch sei der Bericht wenig praxisnah und zu abstrakt. Die Erkenntnisse seien oftmals vage, sehr kontextabhängig und methodisch unsicher (Relativierung «nicht signifikant», «kontextabhängig», «uneinheitliche Resultate» usw.). Der SAV zweifelt, ob Massnahmen auf einer solchen Basis die gewünschten Resultate erzielen.

Der SGB weist weiter darauf hin, dass Therapien und Krankschreibungen keine betrieblichen Massnahmen sind, sondern primär eine medizinische Grundlage darstellen. Sie fallen nicht in die Handlungssphäre des Betriebs. Von Seite der Arbeitnehmenden her solle neben präventiven und rehabilitativen Massnahmen im Betrieb der Fokus jedoch mehr auf Massnahmen in den Bereichen Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation sowie Mitwirkung des Personals im Gesundheitsschutz berücksichtigt werden. Der SAV ist hingegen der Ansicht, dass insbesondere private psychosoziale Belastungen, die nicht im Arbeitskontext entstehen, ein entscheidender Einflussfaktor für Absenzen sei.

Schliesslich gibt der SAV zu bedenken, dass Massnahmen nicht überall gleich wirken, sondern von Unternehmenskultur, Rahmenbedingungen und Zielgruppen abhängen. Der sgV äussert sich dahingehend, dass es aufgrund der Unterschiede zwischen Branchen, Betrieben etc. schwierig sei, Massnahmen zu verallgemeinern. Der SGB und Travail.Suisse teilen diese Einschätzung teilweise. Gleichzeitig bestehe aber hinsichtlich bestimmter Arbeitsbedingungen eine klare empirische Evidenz für deren gesundheitlich negativen Auswirkungen.

In der ZHAW-Literaturübersicht erwähnte Massnahmen

als positiv erachtete Massnahmen

Gemäss Studie ist die Evidenz für einen positiven Effekt der Teilzeit-Krankschreibung auf die Absenzdauer und die Anzahl wiederkehrender Absenzen stark und konsistent. Die Arbeitgeberverbände (SAV und sgV) erachten deshalb die Teilzeitkrankschreibung als wirksame Massnahme zur Verkürzung der Absenzen. Der Fokus solle hierbei auf die Restarbeitsfähigkeit gerichtet sein (siehe oben gemäss ReWork Profil in Kapitel 6.3.3). Laut sgV brauche es dafür einer guten Koordination zwischen Arzt, Arbeitnehmenden und Arbeitgeber.

Travail.Suisse erachtet grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen präventiven Massnahmen, sowie Massnahmen, welche bei Erkrankungen greifen sollen, als wichtig.

Bei den präventiven Massnahmen sollen basierend auf einer guten Datengrundlage in erster Linie sozialpartnerschaftliche Ansätze entwickelt und verfolgt werden, welche sich nahe an den spezifischen Bedingungen in den Branchen orientieren.

Travail.Suisse erachtet es grundsätzlich als zentral, dass für die stetig steigende Anzahl an Krankheitsfällen auch Rehabilitationsmassnahmen entwickelt werden. Berufsbezogene Rehabilitationstherapien, Verhaltenstherapien, arbeitsplatzbezogene Massnahmen oder Case Management, wie sie in der Studie beschrieben werden, können aus Sicht von Travail.Suisse je nach Situation erfolgsversprechend sein. Bei Rehabilitationsmassnahmen ist eine enge Koor-

dination zwischen verschiedenen Akteuren (u.a. IV, Krankentaggeldversicherung, Suva) notwendig. Travail.Suisse erachtet aufgrund des starken Wandels bei den gesundheitlichen Risiken von Arbeitnehmenden die gesetzliche und institutionelle Trennung von Unfall und Berufskrankheiten auf der einen und Krankheiten auf der anderen Seite kaum mehr als zeitgemäss.

Der SGB unterstützt diese Ausführungen von Travail.Suisse inhaltlich.

als negativ erachtete Massnahmen

Die Arbeitgeberverbände (SAV und sgv) sprechen sich allgemein gegen Massnahmen aus, die hohen Aufwand und Kosten generieren, ohne dass ein klarer Nutzen nachweisbar sei. Travail.Suisse teilt die Einschätzung, dass Massnahmen wirksam und effizient sein sollen.

Insbesondere für das Case Management lässt sich aus der Literatur keine klare Wirkung auf die Absenzendauer ableiten. Zudem wurde in Bezug auf die motivierende Gesprächsführung in einer Mehrheit von Studien keine Evidenz für die Wirkung gefunden. In Bezug auf das Case Management liegt gemäss Literaturstudie eine mögliche Erklärung darin, dass grosse Unterschiede bestehen, was darunter verstanden wird. Eine solche Basis erschwert eine eindeutige Bewertung der Wirksamkeit. Der SAV hält fest, dass, solange weder Wirkung noch ein einheitliches Verständnis über Case Management belegt sind, keine abschliessende Positionierung abgegeben werden kann.

Gemäss sgv solle die stufenweise Rückkehr bei psychischen Erkrankungen mit Vorbehalt betrachtet werden, da deren Wirksamkeit in der Literatur nicht bestätigt ist.

Der SGB weist darauf hin, dass sogenannte «lebensstilbezogene» Massnahmen am Arbeitsplatz je nach Ausgestaltung und mit Blick auf den Schutz der Privatsphäre problematisch sein können (bspw. Massnahmen, welche das Gewicht, die physische Aktivität und die Ernährung der Arbeitnehmenden betreffen).