

## Forum B

Schwerbehinderten- und Arbeitsrecht, betriebliches Eingliederungsmanagement  
– Diskussionsbeitrag Nr. 2/2011 –

03.02.2011

### **Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben – ökonomische Aspekte, Teil II**

von Anne Tauscher, B. A., Prof. Dr. Harald Seider und Diana Ramm, B. Sc.

#### **I. Auswirkungen auf Sozialleistungsträger**

Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen gehen in hohem Maße zu Lasten der Sozialversicherungsträger. Es stellt sich die Frage, welcher Nutzen und welche Kosten mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement für die Sozialleistungsträger verbunden sind.

Die jährlichen arbeitsbedingten Krankheitskosten werden in Deutschland insgesamt auf rund 43,9 Milliarden Euro geschätzt. Den größten Anteil dieser Kosten verursachen arbeitsbedingte, vorübergehende Krankheiten. Aus Sicht der *Krankenkassen* zählen auch Kosten für Krankengeld und Erstattung der Lohnfortzahlung (§ 1 Aufwendungsausgleichsgesetz, AAG) dazu. Die Kosten für arbeitsbedingte Krankengeldleistungen belaufen sich jährlich auf rund zwei Milliarden Euro. Darüber hinaus entgehen den Krankenkassen Beitragseinnahmen für die Zeit des Krankengeldbezuges. Hierzu gibt es keine genauen Schätzungen. Nicht unerheblich sind auch die Beitragsmindereinnahmen durch eine arbeitsbedingte bzw. gesundheitsbedingte Frühinvalidität. Der **ökonomi-**

**sche Nutzen** des betrieblichen Eingliederungsmanagements besteht **aus Sicht der Krankenkassen** darin, **erneute Krankheitsbehandlungskosten zu vermeiden und Krankengeldleistungen zu vermindern, indem der Mitarbeiter seiner Leistungsfähigkeit entsprechend eingesetzt werden kann sowie darin, dass Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer weiter eingezahlt werden.** Wird ein betriebliches Eingliederungsmanagement erfolglos oder erst gar nicht durchgeführt, sind mögliche Folgen die Kündigung des Mitarbeiters aus gesundheitlichen Gründen oder eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente. So entstehen der Krankenkasse Beitragsmindereinnahmen, aber auch die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse kann entfallen oder gemindert werden.<sup>1</sup>

Die *Rentenversicherung* ist im Kontext arbeitsbedingter Erkrankungen zuständig für die Zahlung von Erwerbsminderungsrenten. Eine höhere Weiterbeschäftigungsquote als Ergebnis eines betrieblichen Eingliederungsmanagements hilft Erwerbsminderungen zu verhindern oder zumindest das Aus-

<sup>1</sup> Vgl. Marburger (2009), S. 101

maß der verminderten Erwerbsfähigkeit zu verringern. Die finanziellen Folgen arbeitsbedingter Frühverrentungen für die Rentenversicherung belaufen sich jährlich auf rund drei Milliarden Euro.<sup>2</sup> Zum einen trägt die Rentenversicherung die Kosten für die Erwerbsminderungsrenten, zum anderen trägt sie anteilig die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Versicherten, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Die Kosten für die Rentenversicherungsträger vermindern sich, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit nicht in die Erwerbsminderung sondern in die Arbeitslosigkeit übergehen. Durch Erwerbsminderungsrenten entstehen der Rentenversicherung die höchsten Kosten und Beitragsverluste. Pro Jahr werden etwa 320.000 Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt und etwa die Hälfte bewilligt.<sup>3</sup> Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund weisen darauf hin, dass durch außerbetriebliche Aus- und Weiterbildung hohe Eingliederungsquoten von 50 bis 70 Prozent erzielt werden. Diese Kosten würden durch Beitragseinnahmen nach sieben Jahren bereits abgegolten sein.<sup>4</sup> Trotz der hohen Eingliederungsquoten werden Ältere, Langzeitarbeitslose, Versicherte mit niedrigen Bildungs- oder Berufsabschlüssen, sowie Migranten bei Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung benachteiligt.<sup>5</sup> Darüber hinaus wollen viele gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, trotz des Bedarfs an beruflicher Rehabilitation, auf die Erwerbsminderungsrente ausweichen, da sie kaum über Angebote und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informiert sind.<sup>6</sup> **Neben den gesparten Rentenzahlungen und zusätzlichen Einnahmen durch ein erfolgreiches betriebliches Eingliederungsmanagement, können allerdings die Ausgaben für den Rehabilitationssektor steigen,**

### **da mehr Beschäftigte eine Rehabilitation in Anspruch nehmen könnten.**

Eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit birgt das Risiko direkt in Arbeitslosigkeit zu wechseln. Insbesondere schwerbehinderte Menschen weisen ein besonders hohes Risiko auf, aus der Krankheit heraus arbeitslos zu werden. Gründe dafür sind eine gewandelte Unternehmensstruktur und das Fehlen geeigneter Arbeitsplätze, insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben. Aufgrund der Zugangshürden für eine Erwerbsminderungsrente sowie für eine Rente wegen Berufskrankheit ist zu vermuten, dass Kosten arbeitsbedingter verminderter Beschäftigungsfähigkeit auch zu Lasten der *Bundesagentur für Arbeit* gehen. Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Die jeweilige Arbeitsmarktlage ist dabei nicht zu berücksichtigen. Der Anteil derer, die zu gesund sind für die Erwerbsminderungsrente, aber zu krank für den Arbeitsmarkt, ist nicht unerheblich. Dabei ist ungesichert, in welchem Ausmaß arbeitsbedingte Erkrankungen, die sich zu einer Frühinvalidität entwickeln, die Bundesagentur für Arbeit belasten. Die Bundesagentur für Arbeit erstattet der Rentenversicherung die Kosten wegen teilweise verminderter Erwerbsfähigkeit aus Arbeitsmarktgründen pauschal zur Hälfte, soweit es sich um einen Zeitraum handelt, in dem typischerweise (durchschnittlich) auch Arbeitslosengeld zu zahlen wäre.<sup>7</sup> Im Jahr 2008 wurden 17 Prozent der Neuzugänge an Erwerbsminderungsrenten aus arbeitsmarktbedingten Gründen gewährt.<sup>8</sup> Ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben hat nicht nur hohe Beitragsverluste für die Rentenversicherung zur Folge, sondern auch für die Arbeitslosenversicherung. Die Bundesagentur für

<sup>2</sup> Vgl. BKK Bundesverband (2008), S. 9

<sup>3</sup> Vgl. Brussig (2010), S. 10

<sup>4</sup> Vgl. Keck (2006), Folie 7

<sup>5</sup> Vgl. Bunge/Welti (2008), S. 4f.

<sup>6</sup> Vgl. Mascher (2010), S. 71f.

<sup>7</sup> Vgl. Viebrok (2004), S. 50 f.; §§ 224, 224a SGB VI

<sup>8</sup> Vgl. Brussig (2010), S. 12

Arbeit hat bei krankheitsbedingten Kündigungen Beitragsausfälle zur Arbeitslosenversicherung zu verzeichnen und muss gleichzeitig die Leistungen zum Arbeitslosengeld I aufbringen. Frühinvalidität bedeutet für alle Sozialleistungsträger Beitragsmindereinnahmen. Im Falle der Arbeitslosenversicherung führt ein erfolgloses betriebliches Eingliederungsmanagement mit anschließender Kündigung zu erheblichen Beitragsverlusten. Des Weiteren ist die Bundesagentur für Arbeit verpflichtet, Beiträge für Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungsträger zu entrichten, wenn Versicherte Arbeitslosengeld I beziehen. Das Ziel muss es also sein, eine Kündigung zu vermeiden.

Im Rechtskreis des SGB II werden vor allem Arbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen betreut. Zu Vermittlungshemmnissen zählen die eingeschränkte gesundheitliche Belastbarkeit, Alter und Qualifikation. Im November 2009 waren im SGB II-Bereich 321169 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen registriert. Das Institut für Arbeitsmarktforschung rechnet damit, dass es durch die derzeit angespannte Arbeitsmarktlage zu einer Stagnation der Arbeitslosenzahl im Rechtskreis des SGB II kommen wird.<sup>9</sup> **Das betriebliche Eingliederungsmanagement könnte dazu beitragen, Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden, indem eingeschränkte Mitarbeiter im Betrieb gehalten werden und insgesamt Berührungängste mit gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeitern vermindert werden. Es ist anzunehmen, dass durch das betriebliche Eingliederungsmanagement die Anzahl der Jahre der beruflichen Tätigkeit erhöht werden kann.** Die Träger der Grundsicherung würden damit finanziell am meisten von einem erfolgreichen betrieblichen Eingliederungsmanagement profitieren.

## II. Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Die Auswirkungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements auf das Gesundheitssystem sind unsicher. Für den Rehabilitationssektor als Teil des Gesundheitssystems wurde in Studien bereits die Tendenz aufgezeigt, dass es zu einem Bedeutungszuwachs kommt.<sup>10</sup> Dies hängt vor allem mit dem zunehmenden Anteil der Beschäftigten über 55 Jahren und dem prognostizierten Fachkräftemangel zusammen. Es ist davon auszugehen, dass vermehrt nach flexiblen Möglichkeiten der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme aus betrieblicher Sicht nachgefragt wird, die besser auf die individuelle berufliche Situation abgestimmt ist. Bisher wird von Experten eine Unteranspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen konstatiert. Eine flexible ambulante Rehabilitation eröffnet eine enge Verzahnung mit weiteren begleitenden Instrumenten, wie zum Beispiel der stufenweisen Wiedereingliederung. Der Ausbau von ambulanten Rehabilitationszentren, die auch am Wochenende Maßnahmen anbieten, würde den Bedürfnissen der Betriebe entgegenkommen. **Der Rehabilitationssektor könnte durch die vermehrte Nachfrage von Leistungen durch das betriebliche Eingliederungsmanagement insgesamt gestärkt werden.** Das betrifft nicht nur die medizinische Rehabilitation, sondern vor allem auch die berufliche Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und das Case Management. Weiterhin ist von vermehrter Beratungsnachfrage bei Rehabilitationsträgern durch Klein- und Mittelbetriebe auszugehen. Dies setzt jedoch voraus, dass Klein- und Mittelbetriebe Kenntnis davon haben, dass sie sich im Bedarfsfall an die Rehabilitationsträger wenden können.

<sup>9</sup> Vgl. Fuchs et al. (2010), S. 7 f.

<sup>10</sup> Vgl. Steiner et al. (2009), S. 1 f.

### III. Mögliche Anreize zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Ausgehend vom Nettonutzen für die Sozialversicherungsträger und Unternehmen ist zu vermuten, dass eine flächendeckende Anwendung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in Klein- und Mittelbetrieben lohnend sein kann. Wie angesprochen, gibt es für Klein- und Mittelbetriebe viele Hemmnisse, die bisher die Umsetzung bzw. Anwendung des betrieblichen Eingliederungsmanagements verhindern. In § 84 Abs. 3 SGB IX heißt es, dass die Rehabilitationsträger und Integrationsämter das betriebliche Eingliederungsmanagement durch einen Bonus oder eine Prämie fördern können. Die Belohnung durch einen Bonus soll als Anreiz zur Förderung eines Frühwarnsystems in Betrieben dienen, um früher einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen. In der Literatur<sup>11</sup> wird dafür plädiert, dass die Ausschüttung eines Bonus bzw. einer Prämie nur für die Betriebe vorgesehen sein sollte, die über das normale Maß hinaus Vorkehrungen im Unternehmen treffen, Mitarbeiter wieder einzugliedern und den Krankenstand effektiv zu senken. **Dabei soll der Bonus bzw. die Prämie an Voraussetzungen gebunden sein, die Klein- und Mittelbetriebe in den meisten Fällen nicht erfüllen können, wie etwa das Vorhandensein eines Betriebsrates oder Betriebsvereinbarungen.** In Klein- und Mittelbetrieben, so scheint es, soll die Einführung und Implementierung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im Wesentlichen durch Aufklärung und Beratung bzw. durch Kostenübernahme des Case Managements gefördert werden. In der Literatur wurde auch über die Möglichkeit eines Rabattsystems zur Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung diskutiert. Hier stellt sich die Frage, ob alle Sozialversicherungsträger einen Arbeitgeber-

berrabatt gewähren sollten, wenn ein erfolgreiches betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt wurde. Die Frage, die sich anschließt, bezieht sich auf die Refinanzierung. Eine Möglichkeit, die im Gesetz in anderem Zusammenhang genannt wird, ist die Regelung in § 65a Abs. 3 SGB V. Bonusprogramme sollen sich nach dieser Vorschrift aus dem Krankenversicherungsrecht mittelfristig selbst aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanzieren.

#### Weitere Beiträge zum Thema aus dem Diskussionsforum:

##### Forum A

Beitrag 6/2005–8/2005 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

##### Forum B

- 2010: Beitrag 1/2010–3/2010 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2009: Beitrag 1/2009; 3/2009; 6/2009; 10/2009; 11/2009; 14/2009–16/2009 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2008: Beitrag 1/2008; 3/2008; 5/2008–7/2008; 9/2008; 11/2008; 13/2008; 14/2008; 18/2008; 19/2008 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2007: Beitrag 3/2007; 4/2007; 9/2007; 10/2007; 12/2007; 13/2007; 15/2007–17/2007; 24/2007; 26/2007 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2006: Beitrag 2/2006–6/2006; 8/2006–11/2006; 13/2006; 16/2006 18/2006 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2005: Beitrag 1/2005–10/2005 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)
- 2004: Beitrag 2/2004–6/2004 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

##### Forum D

- Beitrag 1/2006 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)

<sup>11</sup> Vgl. Trenk-Hinterberger (2010), § 84 Rz. 72 f.

## Literatur

**BKK Bundesverband (2008).** *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland.* Essen

**Brussig, M. (2010).** *Künftig mehr Zugänge in Altersrenten absehbar. Gegenwärtig kein Ausweichen in die Erwerbsminderungsrente zu beobachten.* Altersübergangsreport 02/2010. Duisburg/Essen

**Bunge, D.; Welti, F. (2008).** *Ermessensfehlerhafte Ablehnung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen des Lebensalters des Versicherten.* In: Diskussionsforum A Beitrag 2/2008. URL: [www.igpr.de](http://www.igpr.de)

**Fuchs, J.; Hummel, M.; Klinger, S.; Spitznagel, E.; Wanger, S.; Zika, G. (2010).** *Die Spuren der Krise sind noch länger sichtbar.* Nürnberg: IAB-Kurzbericht Nr. 3

**Keck, T. (2006).** *Rehabilitationsberatung der Deutschen Rentenversicherung Bund – Beratung und Leistung aus einer Hand.* Vortrag gehalten im Rahmen des 3rd International Forum on Disability Management. Brisbane

**Marburger, H. (2009).** *Antrag auf Rehabilitation und Rente – Einschränkung des Dispositionsrechts des Versicherten.*

In: Behindertenrecht. Heft 4. S. 101–104

**Mascher, U. (2010).** *Ältere werden bei Bildungsmaßnahmen benachteiligt.*

In: Sozialrecht+Praxis Heft 2. S. 71–77

**Steiner, M.; Zwingmann, C.; Riedel, W.; Schüssler, R.; Zweers, U. (2009).** *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum.* Basel

**Trenk-Hinterberger, P. (2010).** **§ 84**

**Prävention** In: **Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welti, F. (2010).** *HK-SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.* Köln: Luchterhand

**Viebrok, H. (2004).** *Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung.* Bremen

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---