

Tel: 0561-4001128  
Fax: 0561-4001128  
e-mail: [dralexander.gagel@arcor.de](mailto:dralexander.gagel@arcor.de)

0221-3597-550  
0221-3597-555  
[schian@iqpr.de](mailto:schian@iqpr.de)

AZ 10-08-02-04  
August 2005

## Forum B

Schwerbehindertenrecht und Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

### – Stellungnahme 2 –

zum Diskussionsbeitrag Nr. 3/2005

(Betriebsvereinbarung zur Regelung des betrieblichen Eingliederungsmanagements  
nach § 84 Abs. 2 SGB IX)

### Ministerialrat Dr. Hartmut Haines und Regierungsdirektor Olaf Liebig, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Wie die folgende zweite Stellungnahme zu unserem Diskussionsbeitrag B 3-2005 zeigt, birgt die konkrete Ausgestaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Rahmen einer Betriebsvereinbarung viel Diskussionsstoff. Dr. Hartmut Haines und Olaf Liebig stellen unter Bezugnahme auf den ebenfalls bei uns veröffentlichten Beitrag der Rechtsanwältinnen Britschgi und Windirsch (B 3-2005-Stellungnahme) dar, welche Anforderungen aus ihrer Sicht an eine Betriebsvereinbarung zum BEM zu stellen sind.

Dabei gehen die Autoren kritisch auf folgende Themen des letztgenannten Beitrags ein:

- Problematik arbeitsrechtlicher Konsequenzen bei Ablehnung des BEM durch den Arbeitnehmer
- Einrichtung eines Vorprüfungsausschusses zur Prüfung des Bedarfs an BEM im Einzelfall
- Fortwirkung bereits bestehender Betriebsvereinbarungen über Krankenrückkehr-Gespräche

Hinsichtlich der Bedarfsprüfung für ein BEM verweisen die Autoren insbesondere auf eine im Anhang abgedruckte Checkliste, die seitens des MDK als Arbeitshilfe zur Umsetzung der ABBA 2004<sup>1</sup> für die Fallmanager der gesetzlichen Krankenkassen entworfen wurde.

Wir stellen auch diesen interessanten Beitrag zunächst unkommentiert zur Diskussion und sehen weiteren Stellungnahmen mit Spannung entgegen.

Dr. Alexander Gagel  
Dr. Hans-Martin Schian  
Marcus Schian  
Sabine Dalitz

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de) aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

---

<sup>1</sup> Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit Es handelt sich hierbei um eine Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V, die gem. § 210 Abs. 3 SGB V in den Satzungen der

### **Autoren:**

Ministerialrat Dr. Hartmut Haines: Leiter des Referats „Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Gesundheitliche Hilfen“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Regierungsdirektor Olaf Liebig: Referent im Referat „Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Gesundheitliche Hilfen“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

---

Frau Sigrid Britschgi und Frau Regine Windirsch haben zum Diskussionsbeitrag 3/2005 aus dem Forum B und dem dort formulierten Vorschlag einer Betriebsvereinbarung jüngst aus rechtsanwaltlicher Sicht Ergänzungen vorgeschlagen.

Das Diskussionsforum hat sich die Weiterentwicklung von Rechtsfragen aus dem SGB IX zum Ziel gesetzt. Deswegen ist es in der Sache angemessen, wenn sich die Diskussion über die Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in die betriebliche Praxis zunächst auf dessen rechtliche Basis konzentriert. Insbesondere zur Förderung der Akzeptanz dieses Instruments dürfte aber auch ein Blick auf dessen Nutzen zuträglich sein.

Die Vereinbarung eines verbindlichen Rahmens für das BEM stellt der Praxis komplexe Aufgaben, deren Lösungen je nach Betrachtungsweise höchst unterschiedlich ausfallen können. Zum einen geht es um die Implementierung von partnerschaftlich gestalteten, praktikablen Verfahrensabläufen, die die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit im Blick haben. Zum anderen gilt es, Konfliktpotential aufzuspüren und auszuräumen. Die Rechtsanwaltschaft wird den Inhalt einer Betriebsvereinbarung naturgemäß – und richtigerweise – oft vorrangig aus letztgenanntem Blickwinkel prüfen. So greifen denn auch die Autorinnen der o.g. Stellungnahme Punkte heraus und legen Vorschläge vor, die durchaus zur Streitvermeidung geeignet sein könnten. Positiv hervorzuheben ist hier etwa die unter Nr. 1 vorgeschlagene Regelung zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung der Beschäftigten.

Gleichwohl sollten die Ausführungen unter Nr. 2, 4 und 5 der Stellungnahme auch aus dem erstgenannten Blickwinkel erörtert werden. Für die erfolgreiche Umsetzung des BEM ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite über den Nutzen des BEM für alle Beteiligten im Klaren sind. Nicht ohne Grund sieht das SGB IX keine (ausdrückliche) Sanktionierung für den Fall der Nichtbeachtung vor; denn Interessengegensätze sollte es im BEM nicht geben. Wenn aber der Arbeitgeber die Einführung als eine (lästige) Pflichtaufgabe ansieht oder die Arbeitnehmervertretung (allein) den Schutz ihrer Interessen zu wahren sucht, wird ein BEM zum Scheitern verurteilt sein.

So entspricht die unter Nr. 2 der Stellungnahme vorgeschlagene Schutzklausel sicher dem Interesse des Arbeitnehmers, wenn er bei „verweigerter“ Zustimmung nicht mit arbeitsrechtlichen Sanktionen rechnen muss. Inhaltlich bestehen gegen die gewählte Formulierung aber Bedenken, weil sie den Eindruck erweckt, als bliebe auch die unsubstantiierte Weigerung in jedem Fall folgenlos. Die möglichen Auswirkungen einer unbegründeten Verweigerung der Zustimmung auf die Zulässigkeit einer krankheitsbedingten Kündigung lassen sich – auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des BAG – nicht umgehen. Das von § 84 Abs. 2 SGB IX normierte Zustimmungserfordernis entbindet den Arbeitnehmer keinesfalls von seiner Obliegenheit, die Bemühungen des Arbeitgebers, nach Möglichkeiten zur Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses zu suchen, nicht durch unbegründete Verweigerungen zunichte zu machen.

Bedenken gegen die Schutzklausel bestehen auch aufgrund ihrer negativen Formulierung („Weigerung“). Sofern eine solche Schutzklausel überhaupt erforderlich sein sollte, würde sich beispielsweise eher folgende Formulierung anbieten: „Sofern der Arbeitnehmer das Angebot des BEM nicht annehmen möchte, ...“. Auch die einseitige Verlagerung der Pflichten und der Risiken auf die Arbeitgeberseite dürfte der Akzeptanz des BEM eher abträglich sein. So könnte die Formulierung Arbeitnehmer, die die Betriebsvereinbarung weniger unter dem Aspekt des gemeinsamen Nutzens, sondern eher durch die Brille des Interessenkämpfers sehen, gerade zur Verweigerung ihrer Mitwirkung ermuntern. Wünschenswert wäre es, wenn die Betriebsvereinbarung einen Schwerpunkt auf die Förderung der

Unternehmenskultur im Sinne des BEM und auf die Motivation der Beschäftigten legt.

Auch die Ausführungen unter Nr. 4 und 5 beschränken sich auf den rechtlichen Rahmen des § 84 Abs. 2 SGB IX. Es wird zumindest der Eindruck erweckt, als wäre übersehen worden, dass diese Vorschrift lediglich Mindestanforderungen an ein „gutes“ betriebliches Eingliederungs- oder Gesundheitsmanagement stellt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch die isolierte und einzelfallorientierte Betrachtungsweise („...dass ein BEM durchgeführt werden muss...“, „... ob ein BEM erforderlich ist“). Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Einzelmaßnahmen zwar wichtig und erfolgreich sind. Noch bedeutender für ein funktionierendes Eingliederungsmanagement ist jedoch eine langfristig präventiv ausgerichtete Unternehmenspolitik, in der die Mindestanforderungen des § 84 Abs. 2 SGB IX die selbstverständliche Untergrenze bilden.

Die gesetzlich vorgesehene Mindestvariante verpflichtet zwar den Arbeitgeber zum Handeln, wenn der Beschäftigte im Laufe eines Jahres in Addition der AU-Tage länger als sechs Wochen krank ist. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein vorzeitiges Handeln untunlich wäre. Im Gegenteil, häufig können auch andere Anzeichen ein frühes Handeln sinnvoll oder erforderlich machen. So können im Einzelfall Auffälligkeiten in der (auch längeren) AU-Vorgeschichte oder/und soziale Hintergründe auf das Risiko einer Langzeit-AU hinweisen. Hinzu kommt, dass Arbeitgeber erkrankten Beschäftigten meist mehr Beachtung während des Zeitraums der Entgeltfortzahlung schenken und schenken sollten, also vor Ablauf der sechs Wochen, denn die während dieser Zeit bundesweit jährlich anfallenden fast 30 Mrd € drücken sie mehr als das Krankengeld. Die unter Nr. 4 der Stellungnahme vorgeschlagene Installation eines „mehrköpfigen Vorprüfungsausschusses“ wäre einer solchen Handlungsweise schon wegen des damit verbundenen Zeitverlustes eher hinderlich. Hinzuweisen ist an dieser Stelle auf die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossene Richtlinie „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004)“, die hilfreiche Hinweise für die Identifikation sogenannter Risikofälle gibt (vgl. insbesondere S. 23 ff. der Richtlinie)<sup>2</sup> sowie die im Anhang abgedruckte Checkliste, eine Kurzfassung des

---

<sup>2</sup> vgl. Fußnote 1.

Kapitels 4.1.2 „Auswahlkriterien für die Gruppierung“ (Seiten 24 bis 26 der ABBA 2004). Über die Daten, die in der Checkliste enthalten sind, verfügen die Krankenkassen. Sinnvoll wäre daher im Rahmen des BEM die Zusammenarbeit mit der jeweiligen Krankenkasse des arbeitsunfähigen Arbeitnehmers. Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse das Fallmanagement nach ABBA 2004 „lebt“. Auch der MDK kann auf Wunsch des Arbeitgebers eingeschaltet werden (§ 275 SGB V). Das würde sich mit dem BEM sinnvoll ergänzen.

Die unter Nr. 5 der Stellungnahme vorgeschlagene Konzentration allein auf ein Regelwerk ist grundsätzlich zu unterstützen. Fragen des betrieblichen Gesundheits-/ Eingliederungsmanagements sollten regelmäßig in einer Vereinbarung zusammengefasst werden. Abzulehnen ist jedoch der Vorschlag, sinnvolle Vereinbarungen, die ein frühzeitigeres Handeln ermöglichen, ersatzlos aufzuheben. Schließlich wäre im Einzelfall auch zu prüfen und von den Partnern der Vereinbarung zu klären, ob sich Inhalte und Ziele der sogenannten Krankenrückkehrgespräche mit denen des betrieblichen Gesundheits- oder Eingliederungsmanagements zumindest teilweise decken.

Für die Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist insbesondere den kleinen und mittleren Betrieben Zeit zu geben. Dies gilt jedenfalls dann, wenn nicht nur die Umsetzung der gesetzlichen Mindeststandards erreicht werden soll. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung unserer Bevölkerung, den veränderten Bedingungen am Arbeitsmarkt sowie sozialrechtlicher (insbes. rentenrechtlicher) Änderungen wird es sich für Unternehmen und Beschäftigte lohnen, wenn sie gemeinsam die Perspektive auf den Nutzen des BEM richten; der klar formulierte § 84 Abs. 2 SGB IX macht dies jedenfalls möglich.

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

## **Anhang:**

### **Checkliste für die Fallmanager der Krankenkassen zur Umsetzung der ABBA 2004**

Die folgende Checkliste wurde durch den MDK für die Fallmanager der Krankenkasse erarbeitet, um sie bei der Umsetzung der ABBA 2004 zu unterstützen. Sie stellt im Wesentlichen eine Kurzfassung des Kapitels 4.1.2 der ABBA 2004 dar. Die ABBA 2004, in Kraft seit 27.04.2004, regelt die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK bei der Bearbeitung von AU-Fällen. Sie ist als Richtlinie nach § 282 SGB V beschlossen und dementsprechend gem. § 210 Abs. 2 SGB V in den Satzungen der Landesverbände der Krankenkassen für verbindlich zu erklären. Sie enthält u.a. Anleitungen zu der Frage, zu welchem Zeitpunkt ein AU-Fall genauer betrachtet und welche Fälle gesondert bearbeitet und/oder dem MDK (zwecks sozialmedizinischer Fallberatung und ggf. Begutachtung) vorgestellt werden sollen. Die ABBA 2004 ordnet diese Fälle der sogenannten „Fallgruppe 2“ zu. Darauf nimmt die untenstehende Checkliste Bezug. Weitere Details – auch zu rechtlichen Rahmenbedingungen und zu in der Praxis verwendeten Formularen - finden sich in der ABBA 2004 selbst<sup>1</sup>, die auch als Nachschlagewerk für Sozialmediziner und Fallmanager dienen soll. Die Checkliste wurde zeitgleich mit dem Inkrafttreten der ABBA 2004 erstellt und findet sich daher nicht in deren Anhängen.

---

<sup>1</sup> Abrufbar im Internet unter [www.mds-ev.org/download/ABBA\\_2004.pdf](http://www.mds-ev.org/download/ABBA_2004.pdf).

## Check-List für die Fallgruppe 2

Name:

Geb.-Datum:

<b>Auffälligkeiten in Bezug auf AU-Zeiten</b>			
	Anzahl der Fälle	Dauer der einzelnen AUs in Tagen	Gesamtsumme der AU-Tage pro Jahr
AU-Fälle dieses Jahr			
AU-Fälle letztes Jahr			
AU-Fälle vor 2 Jahren			
AU-Fälle vor 3 Jahren			
<b>Besonderheiten in der AU-Dauer</b>			
	identische AU-Dauern zu bestimmten Zeiten (z. B. im Zusammenhang mit Urlaub)	Jeweils gleiche AU-Dauern nur mit unterschiedlichen Diagnosen	AU-Zeiten, länger als 3 Monate
Dieses Jahr			
Letztes Jahr			
Vor 2 Jahren			
Vor 3 Jahren			

<b>Auffälligkeiten in Bezug auf den bescheinigenden Arzt</b>	
Wechselnde Ärzte derselben Fachrichtung	
Wechselnde Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung	
Bekannte „AU-Praxis“	

<b>Auffälligkeiten in Bezug auf soziale Vorgeschichte</b>	
Lange Arbeitslosigkeit	
Kurze Arbeitsverhältnisse	
Häufige Phasen von Arbeitslosigkeit	
Familiäre Belastungen/Konflikte	
Pflegefall in der Familie	

<b>Auffällig in Bezug auf Diagnosen</b>	
Wiederkehrende AU, dieselbe Diagnose	
Häufige AU, wechselnde Diagnose	
Gravierende Erkrankung (z.B. Krebs, Polytrauma...) als Hinweis für einen etwaigen Reha-Bedarf	
BU-/EU-Rente	
Suchtkrankheit	
Psychotherapie / psychosomatische Rehabilitation	

<b>Auffälligkeiten in Bezug auf AU-Beginn</b>	
Kündigung oder Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses	
Ende der Probezeit oder ABM	
Konflikt am Arbeitsplatz	
Arztwechsel zu Arzt derselben Fachrichtung	
Neue Erstbescheinigung nach Beendigung AU durch Arzt oder MDK	
Ende Anspruch Arbeitslosengeld, -hilfe	
Maßnahme Agentur für Arbeit, Umschulung, berufliches Training...	
Rentantragstellung	
Nach stat. Reha-Maßnahme af entlassen	
Nach Mutterschutz	
Ende Mitgliedschaft Krankenkasse	
Ende Zeitrente	
Nach Unfall Überschreitung Kriterien der Arbeitshilfe Fallsteuerung	
Selbständiger	
Saisonarbeiter	

<b>Auffälligkeiten in Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen</b>	
Diverse Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel	
Häufige Krankenhausaufenthalte	
Häufige Reha-Aufenthalte	