

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 10/2014 –

06.05.2014

### **Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 1)**

*von Dr. Christina Reese und Prof. Dr. Oskar Mittag, Universitätsklinikum Freiburg*

#### **I. Hintergrund<sup>1</sup>**

##### **1. Daten zur Erwerbsminderung (EM) in Deutschland**

In Deutschland wurden im Jahr 2011 rund 1,57 Millionen Rentenanträge gestellt; hiervon entfielen knapp 23 Prozent (0,36 Millionen Anträge) auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.<sup>2</sup> Von den insgesamt 360.912 offenen Anträgen auf EM-Rente im Jahr 2011 wurden über 40 Prozent abgelehnt.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Der vorliegende Beitrag entstand im Rahmen des Projekts „Sozialmedizinische Begutachtung, Leistungen zur Teilhabe und Berentungsgeschehen bei Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit oder Behinderung“, das von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde (Projektnummer: S-2012-532-4B). Es handelt sich um eine Zweitveröffentlichung (SuP 2013, S. 343 ff.).

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2012. Link: [http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6\\_Wir\\_ueber\\_uns/03\\_fakten\\_und\\_zahlen/03\\_statistiken/statistik\\_downloads/rv\\_in\\_zahlen\\_2012.html](http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/statistik_downloads/rv_in_zahlen_2012.html) (Stand: 25. März 2013).

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung, Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitverlauf. Stand: Mai 2012.

Die Gesamtanzahl der Rentenneuzugänge lag 2011 insgesamt bei 1,26 Millionen, darunter 880.000 Versichertenrenten und 380.000 Renten wegen Todes. Unter den Versichertenrenten erfolgte rund jede fünfte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, hiervon 13,1 Prozent wegen teilweiser EM.<sup>4</sup>

Link: [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/34840/indikatoren\\_zu\\_erwerbsminderungsrenten.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/34840/indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf) (Stand: 25. März 2013). Im Originaltext findet sich an dieser Stelle ein Tortendiagramm, welches das Verhältnis zwischen abgelehnten, bewilligten und sich auf sonstige Weise erledigten EM-Rentenanträgen aufzeigt: wie bereits erwähnt wurden über 40 Prozent – das Diagramm weist einen Prozentwert von 43 auf (in absoluten Zahlen 154.522) – der 2011 eingereichten EM-Rentenanträge abgelehnt, 53 Prozent wurden bewilligt (190.036) und 4 Prozent (16.354) erledigten sich auf sonstige Weise (vgl. Abbildung 1, SuP 2013, S. 343, S. 343).

<sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung, Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitverlauf (s. FN 3); Deutsche Rentenversicherung, Ergebnisse auf einen Blick. Stand: Dezember 2012. Versicherte, Rentenbestand, Rentenzugang, Rentenwegfall, Rehabilitation. Link: [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238662/publicationFile/52331/ergebnisse\\_auf\\_einen\\_blick.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238662/publicationFile/52331/ergebnisse_auf_einen_blick.pdf) (Stand: 25. März 2013). Im Originaltext wird an-

Das durchschnittliche Zugangsalter bei EM-Rentenzugängen lag im Jahr 2011 bei 50,5 Jahren (zum Vergleich: im Jahr 2000 lag das durchschnittliche Alter bei EM-Rentenzugängen bei 51,4 Jahren; im Jahr 1995 bei 52,1 Jahren).<sup>5</sup> Der durchschnittliche Zahlbetrag bei EM-Rentenzugängen mit voller EM ist in den vergangenen Jahren gesunken und betrug im Jahr 2011 634 Euro (zum Vergleich: im Jahr 2000 lag der durchschnittliche Zahlbetrag bei 738 Euro, im Jahr 1996 bei 714 Euro).<sup>6</sup>

In einer aktuellen Studie zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung<sup>7</sup> wurden umfassende Daten zur Einkommens- und Vermögenssituation von Erwerbsminderungsrentnern im Haushaltskontext erhoben. Diese Daten sind deswegen von großer Relevanz, weil Einkommensausfälle durch Erwerbsminderung den gesamten Haushalt betreffen und zugleich andere Mitglieder des Haushaltes an der Kompensation des Einkommensausfalls beteiligt sein können.

Nach den Ergebnissen dieser Studie, der die Daten von N=8806 Personen zugrunde liegen, sind rund 37 Prozent aller Personen in den Haushalten der befragten EM-Rentner armutsgefährdet. Dies bedeutet, dass ihre bedarfsgewichteten Nettoeinkommen einen Schwellenwert von 60 Prozent des mittleren

(Median) bedarfsgewichteten Nettoeinkommens der Gesamtbevölkerung unterschreiten; im Jahr 2010 lag dieser Schwellenwert bei rund 806 Euro im Monat. Im Durchschnitt lag das bedarfsgewichtete monatliche Einkommen der armutsgefährdeten Personen bei knapp 629 Euro, das heißt 22 Prozent unterhalb des genannten Schwellenwerts. Im Vergleich dazu sind laut Daten des Sozioökonomischen Panels 2010 lediglich 14 Prozent der deutschen Bevölkerung armutsgefährdet.

Besonders hoch ist die Armutsgefährdung bei den allein lebenden EM-Rentnern (knapp 50 Prozent Armutsgefährdung) beziehungsweise beim Fehlen weiterer Einkommensbezieher im Haushalt (knapp 55 Prozent). Die Armutsgefährdung ist höher, wenn die berechnete Person männlich ist: 29 Prozent der Personen in Haushalten von EM-Rentnerinnen und 43 Prozent der Personen in den Haushalten von männlichen EM-Rentnern sind armutsgefährdet. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Männer nach wie vor oft höhere Einkommen erzielen als Frauen; somit ist der Einkommensverlust für Haushalte höher, wenn ein Mann erwerbsgemindert ist. 18 Prozent der Personen in den Haushalten von EM-Rentnern nehmen staatliche Mindestsicherungsleistungen (Wohngeld, ALG II/Sozialgeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe inklusive Hilfe zum Lebensunterhalt) in Anspruch, um das soziokulturelle Existenzminimum zu sichern; dieser Anteil ist doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (9 Prozent).<sup>8</sup>

Die häufigsten Diagnosegruppen bei den EM-Rentenzugängen im Jahr 2011 waren psychische Störungen (41 Prozent), gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (14 Prozent), Neu-

---

hand eines weiteren Tortendiagramms der Rentenzugang erläutert (Abbildung 2, SuP 2013, S. 343, S. 344): bei 79 Prozent der Renten handelt es sich um Altersrenten (in absoluten Zahlen 698.753), 21 Prozent der Renten beruhen auf verminderter Erwerbsfähigkeit (in absoluten Zahlen 180.238).

<sup>5</sup> Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2012 (s. FN 2).

<sup>6</sup> Deutsche Rentenversicherung, Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitverlauf (s. FN 3).

<sup>7</sup> Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage, Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung – Projektbericht I zur Studie. DRV-Schriften Band 99, Deutsche Rentenversicherung.

---

<sup>8</sup> Alle Angaben in diesem Abschnitt finden sich in Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage, Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung (s. FN 7).

bildungen (13 Prozent) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10 Prozent).<sup>9</sup> Für Angehörige der einfachen und qualifizierten manuellen Berufe, die häufig mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind, ist das Risiko eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf besonders hoch<sup>10</sup>. So betrug der Anteil der EM-Renten an allen Rentenzugängen in den Bau- und Baunebenberufen im Jahr 2007 35 Prozent, das heißt, mehr als jeder dritte Arbeitnehmer in den Bau- und Baunebenberufen arbeitet nicht bis zum regulären Rentenalter.<sup>11</sup>

Im Jahr 2011 lag die Erwerbsquote in der Gruppe der 50- bis 55-Jährigen bei 86 Prozent, in der Gruppe der 55- bis 60-Jährigen bei 79 Prozent und in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen bei 47 Prozent.<sup>12</sup>

#### **a) Gesetzliche Grundlagen in Deutschland**

Im Jahr 2001 wurden die bisherigen Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente abgelöst. Wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

<sup>9</sup> Deutsche Rentenversicherung, Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) (s. FN 3).

<sup>10</sup> Brussig, M. (2010): Altersübergang-Report. Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab. (Vol. 05). Hans-Böckler-Stiftung, Forschungsnetzwerk Alterssicherung, Institut Arbeit und Qualifikation. Link: <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-05/auem2010-05.pdf> (Stand: 25. März 2013).

<sup>11</sup> Kistler/Trischler/Ebert, Arbeitsbedingungen und Arbeitsfähigkeit bis zur Rente. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit 2008. Stadtbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES).

<sup>12</sup> Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbstaetigkeit.html> (Stand: 25. März 2013).

mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, erhält eine Rente wegen voller Erwerbsminderung; wer außerstande ist, täglich mindestens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, erhält eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 und 2 SGB VI). In aller Regel sind die Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit zeitlich befristet (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Die Beurteilung der Erwerbsminderung orientiert sich an der Erwerbsfähigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt, das heißt allen am Arbeitsmarkt verfügbaren Tätigkeiten, und nicht, wie bis 2001, ausschließlich an Tätigkeiten, die dem erlernten Beruf oder der jeweiligen Qualifikation entsprechen.

#### **b) Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben in Deutschland**

Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung haben gravierende Konsequenzen für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft. Teilhabeleistungen wie zum Beispiel medizinische oder berufliche Rehabilitation haben daher zum Ziel, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu überwinden und die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

In einer aktuellen Studie<sup>13</sup> wurde untersucht, (a) wie hoch der Anteil der EM-Rentner ist, die vor der EM-Rente keine Rehabilitation erhalten und (b) warum keine Rehabilitation in Anspruch genommen wurde. 42 Prozent der befragten EM-Rentner absolvierten im Fünfjahreszeitraum vor Rentenbescheid keine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Rund 80 Prozent der EM-Rentner, die vor der EM-Rente keine Reha

<sup>13</sup> Martin/Zollmann, Keine Reha vor Rente? Ergebnisse des Projekts „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“. In Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? (DRV-Schriften Band 101, S. 109–111). Vortrag beim 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung in Mainz.

erhielten, stellten keinen Reha-Antrag. Dies wurde in über drei Viertel der Fälle damit begründet, dass die Krankheit sehr plötzlich auftrat, sich drastisch verschlechterte oder keine Aussicht auf Besserung der Leiden bestand. Knapp einem Drittel der Personen, die vor der EM-Rente keine Reha beantragt hatten, waren die Rehabilitationsmöglichkeiten nicht bekannt. Hier besteht also Bedarf, insbesondere Personen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko besser über Teilhabeleistungen zu informieren.<sup>14</sup>

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) ist eine weitere wichtige Maßnahme, um die berufliche Reintegration zu fördern. Allerdings wurde in einer Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) aus dem Jahr 2008<sup>15</sup> ermittelt, dass ein BEM lediglich in ungefähr jedem zweiten Unternehmen durchgeführt wird. Bisher gibt es keine effektiven Sanktionsmöglichkeiten für den Fall, dass Arbeitgeber kein BEM anbieten, eine Einforderung des BEM vonseiten des Arbeitnehmers oder des Betriebsrates ist nicht möglich. Eine Ausnahme bildet die Situation, dass eine Kündigung des Arbeitnehmers erfolgt und dieser Kündigungsschutzklage einlegt. Lediglich in diesem Fall würde geprüft werden, ob dem Arbeitnehmer ein BEM angeboten wurde oder ob alle Optionen der Weiterbeschäftigung ausgeschöpft wurden.

## 2. Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung in den Niederlanden

In den Niederlanden erfolgten in den vergangenen Jahren verschiedene Reformen, deren Ziel es war, sowohl für die Arbeitgeber

als auch die Arbeitnehmer Anreize für die Prävention und eine aktive berufliche Wiedereingliederung zu schaffen.

Im Jahr 1996 wurden die Arbeitgeber zu einer Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 52 Wochen verpflichtet (Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte, WULBZ), und seit 2004 beträgt der reguläre Zeitraum der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber sogar 104 Wochen (Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte, WVLBZ). Zusätzlich zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die Arbeitgeber durch eine private Versicherung abdecken können, sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch das „Gatekeeper“-Gesetz (Wet verbetering poortwachter) bei einer Krankheitsdauer von über sechs Wochen zu strukturierten Reintegrationsmaßnahmen im Krankheitsfall verpflichtet. Diese Maßnahmen werden dokumentiert und durch die Versicherung überprüft. Nicht ausreichende Bemühungen können sanktioniert werden: Der Arbeitgeber kann zu einer Lohnfortzahlung für weitere 52 Wochen verpflichtet werden, und dem Arbeitnehmer können Versicherungsleistungen gekürzt werden.

Wenn nach zwei Jahren der Erkrankung ein Verlust der Verdienstfähigkeit von mehr als 35 Prozent vorliegt, erhält der versicherte Arbeitnehmer eine finanzielle Versicherungsleistung, deren Höhe abhängig vom Verlust der Verdienstfähigkeit ist (Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten, WGA). Bei einem dauerhaften Verlust der Verdienstfähigkeit von mehr als 80 Prozent (Regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten, IVA) besteht volle Erwerbsminderung und der Versicherte erhält 75 Prozent seines früheren monatlichen Verdienstes.<sup>16</sup> Die standardisierte Be-

<sup>14</sup> Martin/Zollmann, Keine Reha vor Rente? (s. FN 13).

<sup>15</sup> Niehaus/Magin/Marfels/Vater/Werkstetter, Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX.

<sup>16</sup> Pennings, The new dutch disability benefits act: the link between income provision and participation in work. In Devetzi/Stendahl, Too Sick to Work? Social Security Reforms in Europe for Persons With Reduced Earnings Capacity, S. 77–93.

gutachtung und Beurteilung der Verdienstfähigkeit erfolgen durch einen Versicherungsmediziner und einen Arbeitsexperten (arbeitsdeskundigen).

Die Anzahl der Zugänge in die EM-Rente konnte durch die vorgenommenen Reformen erfolgreich gesenkt werden; während es im Jahr 2000 in den Niederlanden noch rund 100.000 EM-Rentenzugänge gab, reduzierte sich ihre Anzahl in den Jahren 2007 und 2008 auf jährlich etwa 40.000 EM-Rentenzugänge.<sup>17</sup> In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit<sup>18</sup> findet sich Evidenz für die Effektivität verschiedener Maßnahmen, die in den Niederlanden regelhaft zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden (vor allem früher Beginn der Reintegrationsbemühungen, zeitlich festgelegtes und strukturiertes Vorgehen, multidisziplinäre und aktivierende Interventionen).

## II. Fragestellung

Die Niederlande und Deutschland unterscheiden sich stark hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen und der Praxis der beruflichen Wiedereingliederung und der sozialen Sicherung von erwerbsgeminderten Menschen. Es stellt sich die Frage, ob aus dem niederländischen System konkrete Anregungen für das deutsche System abgeleitet

<sup>17</sup> OECD (2007) *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands*. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review. Link: <http://www.oecd.org/social/socialpolicydata/41429917.pdf> (Stand: 25. März 2013); OECD (Ed.) (2010): *Sickness, disability and work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing. Link: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers\\_9789264088856-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en) (Stand: 25. März 2013)

<sup>18</sup> Hoefsmit/Houkes/Nijhuis, *Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review*. *Journal of occupational rehabilitation* 22(4), S. 462–477.

werden können. Im Vordergrund stehen folgende Aspekte:

- Bessere Ausschöpfung von Maßnahmen, die vorzeitige Berentungen wegen Erwerbsminderung verhindern und dazu beitragen, Menschen im Erwerbsleben zu halten;
- Senkung der Armutsgefährdung von Menschen mit (teilweiser oder voller) Erwerbsminderung.

## III. Ergebnisse

### 1. Allgemeiner Ablauf in den Niederlanden

In den ersten beiden Jahren der Erkrankung müssen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestimmte Anforderungen und Prozesse einhalten, zu denen sie unter anderem durch das „Gatekeeper“-Gesetz verpflichtet sind.<sup>19</sup> Ziel ist die berufliche Reintegration des Arbeitnehmers. Die Einhaltung der Anforderungen wird vom Ausführungsinstitut der Arbeitnehmersicherungen (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV) überwacht. In den Niederlanden spielt es rechtlich keine Rolle, ob die Erkrankung durch einen Arbeitsunfall bedingt ist oder nicht; die gleichen Gesetze finden hier Anwendung.

Im Folgenden soll anhand eines kurzen Abrisses aufgezeigt werden, welche Anforderungen in den ersten beiden Krankheitsjahren erfüllt werden müssen und welche Prozesse ablaufen.<sup>20</sup>

In der ersten Woche informiert der Arbeitnehmer den Arbeitgeber über seine Krank-

<sup>19</sup> OECD (2007), *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands* (s. FN 17).

<sup>20</sup> Im Originaltext erfolgt die Aufzählung in tabellarischer Form (Tabelle 1, SuP 2013, S. 343, S. 348 ff.), eine Abbildung skizziert die Leistungen zum Lebensunterhalt für langfristig erkrankte Arbeitnehmer anhand eines Zeitstrahls (Abbildung 3, SuP 2013, S. 343, S. 351).

heit; der Arbeitgeber informiert den Arbodienst (=arbeits-/ betriebsmedizinischen Dienst) oder den Firmenarzt.

Der Arbeitnehmer erhält im ersten Jahr der Erkrankung in den meisten Fällen eine volle Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber; gesetzlich vorgeschrieben ist eine Lohnfortzahlung von 70 Prozent des Verdienstes. Es gibt private Versicherungen für Arbeitgeber, die die Lohnfortzahlung (je nach Versicherungsart) teilweise oder ganz übernehmen. Der Versicherungsbeitrag ist abhängig von der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung der Arbeitnehmer.

Spätestens in der sechsten Woche fertigt der Arbodienst eine Problemanalyse an, nachdem er mit dem Arbeitnehmer Kontakt aufgenommen hat. Diese Problemanalyse beinhaltet Empfehlungen in Bezug auf die zukünftige Wiederaufnahme der Arbeit, die an den Arbeitnehmer und Arbeitgeber weitergeleitet werden. Von da an ist der Arbeitgeber zum Führen einer Reintegrations-Akte verpflichtet.

Falls der Arbodienst Möglichkeiten zur beruflichen Reintegration sieht, verfassen Arbeitgeber und Arbeitnehmer spätestens in der achten Woche einen schriftlichen Wiedereingliederungsplan, der regelmäßig (etwa alle sechs Wochen) evaluiert wird; außerdem wird ein Fall-Manager benannt. Im ersten Erkrankungsjahr wird entweder eine Rückkehr zur zuvor ausgeübten Arbeit angestrebt, eventuell mit notwendigen Anpassungen, oder es wird die Aufnahme einer anderen Arbeit beim bisherigen Arbeitgeber angestrebt („first track“).

Zwischen der 46. und der 51. Woche verfassen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer einen Evaluationsbericht über das erste Erkrankungsjahr, der auch Pläne für das zweite Erkrankungsjahr beinhaltet. Dieser Bericht wird an das UWV geschickt und der Reintegrations-Akte hinzugefügt.

Im zweiten Krankheitsjahr (ab der dreiundfünfzigsten Woche) beträgt die Lohnfortzah-

lung durch den Arbeitgeber noch 70 Prozent des früheren Gehalts. Es wird nun verstärkt nach Beschäftigungsmöglichkeiten bei anderen Arbeitgebern gesucht („second track“).

Falls der Arbeitnehmer weiterhin krank ist, erhält er in der 87. Krankheitswoche vom UWV ein Antragsformular für eine finanzielle Versicherungsleistung entsprechend der gesetzlichen Grundlagen im „Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)“. Diese Leistung muss der Arbeitnehmer bis zur 91. Krankheitswoche beantragen. Der Arbeitgeber verfasst nach Rücksprache mit dem Arbeitnehmer einen Reintegrations-Bericht über die erfolgten Wiedereingliederungsbemühungen, dieser Bericht wird dem WIA-Antrag beigelegt.

Zwischen der 91. und der 104. Woche entscheidet das UWV auf Grundlage der eingereichten Unterlagen, ob Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausreichende Bemühungen in Bezug auf die berufliche Reintegration unternommen haben. Falls die durch den Arbeitgeber umgesetzten Maßnahmen als unzureichend eingeschätzt werden, wird er zu einer Lohnfortzahlung für weitere 52 Wochen verpflichtet. Falls der Arbeitnehmer nicht ausreichend kooperiert hat, können ihm die WIA-Versicherungsleistungen gekürzt werden.

Ein Versicherungsmediziner und ein Arbeitsexperte (arbeidsdeskundigen) begutachten die Verdienstfähigkeit („earning capacity“). Der Versicherungsmediziner orientiert sich bei der Begutachtung an einer Liste, anhand derer verschiedene Bereiche der Funktionsfähigkeit standardisiert beurteilt werden (Functionele Mogelijkhedenlijst, FML). Diese Informationen werden vom Arbeitsexperten in ein Computerprogramm (Claim Beoordelings- en Borgingssysteem, CBBS) eingegeben, das etwa 7500 Berufe mit ihren Anforderungen und durchschnittlichen Verdiensten enthält. Der Arbeitsexperte sucht dann Arbeiten aus, die für den erkrankten Arbeitnehmer geeignet wären; hierbei wird

berücksichtigt, ob eine realistische Chance der beruflichen Wiedereingliederung besteht. Der durchschnittliche Verdienst dieser Berufe wird errechnet und mit dem früheren Verdienst des Versicherten verglichen. Wenn der Verlust des Verdienstes mehr als 35 Prozent beträgt, erhält der Versicherte WIA-Leistungen (siehe unten).

Falls beim Arbeitnehmer nach Ablauf der zwei Jahre ein langfristiger Verlust der Verdienstfähigkeit vorliegt, erhöhen sich die zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers (Government of the Netherlands, 2013). Der Arbeitgeber hat die Möglichkeit, für diesen Fall eine private Versicherung abzuschließen („Eigenrisicodrager“).

Ab der 105. Krankheitswoche erhält der Arbeitnehmer in Abhängigkeit von seiner Verdienstfähigkeit WIA-Leistungen. Hier gibt es zwei Varianten:

**Variante 1:** Bei einem dauerhaften 80- bis 100-prozentigen Verlust der Verdienstfähigkeit erhält der Arbeitnehmer gemäß der „regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA)“ 75 Prozent seines letzten regulären Gehalts<sup>21</sup> vor der Erkrankung.

**Variante 2:** Bei einem nicht dauerhaften vollständigen Verlust der Verdienstfähigkeit oder einem Verlust zwischen 35 bis 80 Prozent bekommt der Arbeitnehmer gemäß der „regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA)“ zunächst eine gehaltsabhängige Leistung, die 70 Prozent

des früheren Gehalts beträgt, und später eine Lohnergänzungsleistung, deren Höhe sich am Verlust der Verdienstfähigkeit bemisst. Die Höhe der Lohnergänzungsleistung beträgt 70 Prozent der Differenz zwischen dem früheren Verdienst und der aktuellen Verdienstfähigkeit. Demnach ist die Lohnergänzungsleistung unabhängig vom tatsächlichen Verdienst; Voraussetzung ist allerdings, dass der Verdienst mindestens 50 Prozent der verbleibenden Verdienstfähigkeit beträgt.

Bei einem Verdienst unterhalb 50 Prozent der verbleibenden Verdienstfähigkeit wird eine Anschlussleistung („follow-up benefit“) gezahlt, deren Höhe wiederum vom Verlust der Verdienstfähigkeit abhängt.<sup>22,23</sup>

---

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

---

<sup>21</sup> Bis zur Obergrenze von 194,85 Euro brutto pro Arbeitstag für 21 Tage pro Monat (Pennings, The new dutch disability benefits act: the link between income provision and participation in work, in: Devetzki/Stendahl (Eds.), Too Sick to Work? Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earning Capacity, pp. 77–93; Government of the Netherlands, State of Affairs of Social Security (Short survey of Social Security in the Netherlands, link: <http://www.government.nl/documents-and-publications/leaflets/2013/01/30/state-of-affairs-of-social-security-jan-2013.html> (Stand 25. März 2013).

---

<sup>22</sup> Pennings, The new dutch disability benefits act: the link between income provision and participation in work, in: Devetzki/Stendahl (Eds.), Too Sick to Work? Social Security Reforms in Europe for Persons with Reduced Earning Capacity, pp. 77–93.

<sup>23</sup> Im Originaltext findet sich an dieser Stelle zur Verdeutlichung eine Tabelle: beträgt der Verlust der Verdienstfähigkeit zwischen 35 und 45 Prozent, erhält der Betroffene eine Anschlussleistung von 28 Prozent des minimalen monatlichen Bruttlohns (im Jahr 2012 lag dieser bei 1446 Euro). Liegt der Verlust der Verdienstfähigkeit zwischen 45 und 55 Prozent, beträgt die Anschlussleistung 35 Prozent des minimalen monatlichen Bruttlohns. Bei einem Verlust zwischen 55 und 65 Prozent erhält der Betroffene 42 Prozent des minimalen monatlichen Bruttlohns als Anschlussleistung, bei einem Verlust der Verdienstfähigkeit von 65 bis 80 Prozent 51 Prozent und bei einem Verlust von 80 Prozent 70 Prozent (vgl. Tabelle 2, SuP 2013, S. 343, S. 351).