

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 11/2014 –

06.05.2014

Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 2)

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

2. Allgemeiner Ablauf in Deutschland

a) Leistungen zum Lebensunterhalt

In den ersten sechs Wochen der Erkrankung hat der Arbeitnehmer einen Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber. Im Anschluss besteht ein Anspruch auf Krankengeld (§ 44 SGB V) von der Krankenkasse in Höhe von 70 Prozent des letzten Bruttoverdienstes (§ 47 SGB V), solange medizinische Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Diese Leistung wird jedoch längstens für 78 Wochen erbracht (§ 48 SGB V).

Die Krankenkasse kann den Arbeitnehmer nach § 51 SGB V auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Dieser Antrag müsste dann in einer Frist von zehn Wochen gestellt werden und gilt zugleich als Antrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung, wenn eine weitere Reha keine Aussicht auf Erfolg verspricht (§ 116 Abs. 2 SGB VI).

Nach dem Auslaufen des Krankengeldanspruchs besteht zunächst ein Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Dabei handelt es sich um den Fall der sogenannten

Nahtlosigkeit gemäß § 145 SGB III. Die Höhe des Arbeitslosengeldes beträgt 60 Prozent beziehungsweise (wenn Unterhaltspflicht für Kinder besteht) 67 Prozent des pauschalierten Nettoentgeltes. Die Agentur für Arbeit hat den Arbeitnehmer aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (§ 145 Abs. 2 SGB III). Arbeitslosengeld wird abhängig vom vorherigen Versicherungszeitraum für maximal zwölf Monate gezahlt.

Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung kommen in Betracht, wenn in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeitragszahlungen geleistet wurden. Die DRV prüft dann, ob die Voraussetzungen des § 43 SGB VI für die Bewilligung einer EM-Rente vorliegen, wenn nicht vorrangig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder eine weitere medizinische Rehabilitation Erfolg versprechend scheinen. Sollten derartige Leistungen erbracht werden, so wird in diesem Zeitraum Übergangsgeld (§ 20 SGB VI) vom Rentenversicherungsträger gezahlt. Dies

sind 80 Prozent des Entgelts, für das vor Beginn der Leistungen im letzten Kalenderjahr Beiträge entrichtet wurden. Wird eine EM-Rente bewilligt, so ist deren Höhe abhängig von den bisherigen Rentenversicherungspunkten.

Wenn eine Rente bewilligt wird, kann nach dem Auslaufen des Arbeitslosengeldanspruchs Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach § 41 SGB XII beantragt werden. Wenn keine dauerhafte Erwerbsminderung durch die DRV festgestellt wurde, die betroffene Person aber weiterhin nicht erwerbsfähig ist (d. h. dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht drei Stunden täglich zur Verfügung steht), kann sie gegebenenfalls nach Einsatz ihres Vermögens und Offenlegung ihrer Vermögens- und Einkommensverhältnisse Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27 SGB XII) erhalten. Anderenfalls hat sie Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II („Hartz IV“).

b) Leistungen zur Teilhabe, Betriebliches Eingliederungsmanagement

Vorrangig vor einem Rentenanspruch besteht Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe. Nur wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (nach §§ 10 f. SGB VI) nicht vorliegen (insbesondere müssten in den letzten zwei Jahren zumindest sechs Monate Beiträge an die Rentenversicherung gezahlt worden sein), werden die Leistungen von der Krankenkasse gezahlt. Leistungen zur Teilhabe sind vorrangig vom Rentenversicherungsträger zu erbringen. Im Falle eines Arbeitsunfalls wären die Leistungen von der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen. Die Leistungen richten sich in ihrem Umfang und den Instrumenten nach dem SGB IX. Sollte sich die Situation der erkrankten Person bessern, so wäre insbesondere an die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (§ 33 SGB IX) zu denken.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) kommt für Beschäftigte in Frage, die

innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Bei ihnen klärt der Arbeitgeber mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Falls erforderlich, kann der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen werden.

Bei einem Arbeitsunfall besteht zunächst Anspruch auf Verletztengeld (§ 45 SGB VII) in Höhe von 80 Prozent des Regelentgelts. Werden Leistungen zur Teilhabe erbracht, so besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe von 68 Prozent des Regelentgelts bzw. in Höhe von 75 Prozent des Regelentgelts unter der Voraussetzung, dass der Leistungsempfänger mindestens ein Kind hat (§ 49 SGB VII in Verbindung mit § 46 SGB IX). Nach 26 Wochen besteht im Anschluss an das Verletztengeld ein Anspruch auf eine Verletztenrente, wobei eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) (§ 56 Abs. 2 SGB VII) zu erfolgen hat. Die Vollrente beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Teilrenten werden grundsätzlich erst ab einer MdE von 20 Prozent geleistet und werden anteilig zur Vollrente gezahlt.

3. Zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Niederlanden und Deutschland

In Tabelle 1 werden zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem niederländischen und dem deutschen System der beruflichen Wiedereingliederung und sozialen Sicherung von erwerbsgeminderten Menschen stichwortartig aufgeführt:

Tabelle 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem deutschen und dem niederländischen System der beruflichen Wiedereingliederung und sozialen Sicherung von erwerbsgeminderten Menschen

Deutschland	Niederlande
Erwerbsminderungsrente (dadurch Konnotation des „Ruhestandes“ und der „Dauerlösung“)	benefit (im Kontrast zur Altersrente)
Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber für sechs Wochen. Danach Anspruch auf Krankengeld durch die Krankenkasse (maximal 78 Wochen).	Entgeltfortzahlung für 104 Wochen (evtl. plus 52 Wochen) durch den Arbeitgeber.
Kaum reale (finanzielle) Anreize für Wiedereingliederung (z. B. beim BEM)	(Finanzielle) Anreize für alle Akteure für berufliche Wiedereingliederung
GKV (Krankengeld) und DRV sind an Leistungen zum Lebensunterhalt und zur Teilhabe beteiligt. Die konkreten Bemühungen des Arbeitnehmers und Arbeitgebers um berufliche Wiedereingliederung werden aber nicht überwacht und können nicht sanktioniert werden (Ausnahme: Arbeitnehmer weigert sich, in Reha zu gehen; § 51 SGB V).	Verschiedene Institutionen mit definierten Aufgaben und Interessen sind am Wiedereingliederungsprozess beteiligt; gegenseitige Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Krankenkasse fordert Arbeitnehmer dazu auf, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beim Rentenversicherungsträger zu stellen (§ 51 SGB V). • „Reha vor Rente“ (§ 9 SGB VI). • Eine Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, erfolgt erst spät; zum Beispiel beim Antrag auf EM-Rente (§ 8 SGB IX). • Möglichkeit des BEM (§ 84 SGB IX). Allerdings kommen viele Arbeitgeber, vor allem der KMU, ihrer Verpflichtung des BEM nicht ausreichend nach. 	Gesetzliche Verpflichtung zur Einhaltung einer festen Zeitstruktur mit „Meilensteinen“ für berufliche Wiedereingliederung („Gatekeeper“-Gesetz)
Fallbegleitung (durch die DRV) setzt erst mit Antrag auf EM-Rente ein.	Regelmäßige Fallbegleitung ab 8. Woche der Krankschreibung.
Der Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, am BEM teilzunehmen.	Wenn der Arbeitnehmer sich nicht aktiv um die berufliche Reintegration bemüht, können ihm Versicherungsleistungen gestrichen

	werden (Sanktionsmöglichkeiten).
Arbeitgeber haben keine konkreten Beratungsangebote/Hilfestellungen in Bezug auf das BEM; vor allem für KMU wäre dies sinnvoll	Arbeitgeber haben konkrete Unterstützung bei der beruflichen Reintegration (durch externe Arbodienste oder Arbeitsmediziner im Betrieb)
Finanzielle Leistungen richten sich nach verbliebener täglicher Arbeitsfähigkeit (> 6 h, 3-6 h, < 3 h)	Finanzielle Leistungen richten sich nach Verlust der Verdienstfähigkeit (< 35 %, 35-80 %, > 80 %)
Die tägliche Arbeitsfähigkeit (in Stunden) ist nicht klar operationalisierbar. Hierdurch resultieren heterogene Gutachterbeurteilungen.	Die Begutachtung zur Feststellung des Verlustes der Verdienstfähigkeit erfolgt standardisiert; der Verlust der Verdienstfähigkeit ist gut operationalisierbar.
Eventueller Einkommensverlust bei Wiedereingliederung wird nicht ausgeglichen. Wenn aufgrund von Krankheit oder Behinderung eine Arbeit mit niedrigem Einkommen angenommen wird, ist ein sozialer Abstieg wahrscheinlich.	Verlust der Verdienstfähigkeit wird dauerhaft ausgeglichen (z. B. werden 70 % der Differenz zwischen dem früheren Verdienst und der aktuellen Verdienstfähigkeit ausgeglichen). Hierdurch ist ein sozialer Abstieg aufgrund von Krankheit oder Behinderung unwahrscheinlicher.

IV. Anregungen für das deutsche System

In den Niederlanden wurden Reformen durchgeführt mit dem Ziel, die berufliche Wiedereingliederung erkrankter Arbeitnehmer zu fördern. Verschiedene Aspekte aus dem niederländischen System können unserer Meinung nach als Anregungen für das deutsche System aufgegriffen werden:

- Zeitlich festgelegtes, strukturiertes Vorgehen mit „Meilensteinen“ bei den Bemühungen um berufliche Wiedereingliederung und einem frühen Beginn der Reintegrationsbemühungen (z. B. Problemanalyse in der sechsten Krankheitswoche, Wiedereingliederungsplan in der achten Krankheitswoche).
- Trägerübergreifendes Fallmanagement: Nach acht Wochen Krankheit wird ein Fall-Manager bestimmt, der den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung beaufsichtigt.
- Stärkere Verantwortung der Arbeitgeber: Durch (finanzielle) Anreize für die berufliche Wiedereingliederung, Kontrollmechanismen und Sanktionsmöglichkeiten werden Arbeitgeber dazu motiviert, sich stärker um konkrete, auf den Einzelfall bezogene Lösungen zur beruflichen Wiedereingliederung zu bemühen. Durch die negativen finanziellen Konsequenzen, die eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung zur Folge hat, ergeben sich außerdem Anreize für eine verbesserte Prävention, um länger andauernde Erkrankungen von vornherein zu vermeiden.
- Führende Rolle der Arbeitsmedizin im Krankschreibungs- und Reintegrationsprozess: Hierdurch wird auch von medizinischer Seite aus von Anfang an kon-

- kret auf die Arbeitssituation Bezug genommen.
- Konkrete Beratungs- und Unterstützungsangebote für Arbeitgeber bei der beruflichen Wiedereingliederung (insbesondere für die kleinen und mittleren Unternehmen – KMU).
 - Standardisierte Bestimmung der „earning capacity“: Die standardisierte Begutachtung der funktionellen Fähigkeit und der Abgleich des Fähigkeitsprofils mit den Anforderungsprofilen von Berufen, denen durchschnittliche Verdienste zugeordnet sind, erlauben eine (klar operationalisierte) Einschätzung des Verlustes der Verdienstfähigkeit. Im deutschen System hingegen ist nicht klar operationalisiert, wann welche tägliche Leistungsfähigkeit gegeben ist (weniger als drei Stunden, drei bis sechs Stunden, über sechs Stunden). Dementsprechend heterogen können die Urteile verschiedener Gutachter in Bezug auf denselben Fall sein.¹
 - Stärkere Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten am Arbeitsmarkt: Bei der Begutachtung in den Niederlanden analysiert ein Arbeitsexperte (arbeitsdeskundigen) die Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der Situation am Arbeitsmarkt. Nur wenn realistische Chancen für eine Rückkehr in den Beruf bestehen, wird von einem teilweisen Verlust der Verdienstfähigkeit ausgegangen. Wenn keine realistischen Chancen am Arbeitsmarkt bestehen, liegt ein vollständiger Verlust der Verdienstfähigkeit vor. Da der Arbeitsmarkt im Sinne der ICF als individueller Kontextfaktor zu betrachten ist, sollten bei der Begutachtung für jeden Einzelfall die konkreten Chancen am Arbeitsmarkt berücksichtigt werden.
 - Versicherung der „earning capacity“ anstelle der (zeitlichen) Arbeitsfähigkeit: Der Verlust der Verdienstfähigkeit wird in den Niederlanden dauerhaft finanziell kompensiert. Hierdurch kann einem sozialen Abstieg des betroffenen Arbeitnehmers vorgebeugt werden. In Deutschland ist lediglich die Arbeitsfähigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt durch EM-Renten abgesichert, nicht jedoch die Verdienstfähigkeit. Falls durch die (chronische) Erkrankung dauerhaft nur noch ein geringerer Verdienst erreicht werden kann, erfolgt in Deutschland keine Kompensation des Verdienstverlustes. Ein sozialer Abstieg des erwerbsgeminderten Menschen ist in diesem Fall wahrscheinlich, sofern der Verdienstverlust nicht anderweitig ausgeglichen werden kann (z. B. durch das Einkommen des Lebenspartners).
 - Trennung von EM-Leistung und (Alters-) Rente: In Deutschland sprechen wir von Erwerbsminderungsrenten; mit dem Begriff „Rente“ verbinden viele Personen einen dauerhaften (und erstrebenswerten) Zustand. Sowohl die Erwerbsminderungsrente als auch die Altersrente werden in Deutschland durch die gesetzliche Rentenversicherung ausbezahlt, das heißt beide Leistungen sind in derselben Institution verankert. In den Niederlanden dagegen wird bei Erwerbsminderung nicht von einer Rente gesprochen, sondern von Leistungen oder (sozialer) Unterstützung („benefits“ bzw. „WIA-uitkering“). Auch institutionell sind die Auszahlung der Altersrente und Leistungen bei Erwerbsminderung klar voneinander getrennt. Die deutliche Trennung von EM-Leistungen und (Alters-) Renten, so wie sie in den Niederlanden sowohl sprachlich (und damit

¹ Z. B. Dickmann/Broocks, Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? Fortschr. Neurol. Psychiat. 75(7), S. 397–401.

gedanklich) als auch institutionell erfolgt, erscheint sinnvoll.

- Schließlich sollten eventuelle Reformen mit einer aussagekräftigen Evaluation verbunden sein, um tatsächliche Wirkungen (und Nebenwirkungen) der Maßnahmen zeitnah abschätzen zu können.²

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

² **Danksagung:** Die Autoren danken den Experten und Expertinnen, die uns Auskunft über das Geschehen bei Erwerbsminderung in den Niederlanden und in Deutschland gegeben haben.

Aus den Niederlanden: Dr. Wout de Boer, Academy of Swiss Insurance Medicine (asim), Universitätsspital Basel, Dr. Monique Broekhuizen, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) (Dutch Society of Insurance Medicine), Dr. Jeannette Hoevers, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) (Dutch Social Security Agency), Dr. André Weel, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB), Kwaliteitsbureau (Netherlands Society of Occupational Medicine), Oene Zwittink, Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) (Dutch Society of Labour assessors).

Aus Deutschland: Dr. Sylvia Cordes, Werksarzzentrum Herford e. V., Siegfried Döbler, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe, Geschäftsbereich Prävention, Henning Groskreutz, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Abteilung Sozialpolitik, Recht, Soziologie, Fachgebiet Sozialrecht der Rehabilitation und Recht der behinderten Menschen, Dr. Bettina Hesse, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Abteilung Sozialmedizin, Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Abteilung Sozialpolitik, Recht, Soziologie, Fachgebiet Sozialrecht der Rehabilitation und Recht behinderter Menschen. Außerdem danken die Autoren der Hans-Böckler-Stiftung für die Förderung des Projekts.