

– Fachbeitrag D2-2017 –

25.01.2017

Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande und Finnland)^{1,2}

*Von Oskar Mittag, Universitätsklinikum Freiburg, und
Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel*

Die Arbeits- und Sozialordnungen der europäischen Staaten sind in einem langen Prozess entstanden und haben sich wechselseitig beeinflusst. Aber auch wenn es eine Tendenz zur Konvergenz der Systeme in Europa gibt, unterscheiden sich die Regelungen zur sozialen Sicherung bei Invalidität und Behinderung sowie die Praxis der beruflichen Prävention, Rehabilitation und Wiedereingliederung. Ein Vergleich kann zu ihrer Weiterentwicklung beitragen.

Verfahren bei Erwerbsminderung

Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall gilt in Deutschland über einen Zeitraum von sechs Wochen (§ 3 EFZG); anschließend tritt die Krankenversicherung ein mit der Zahlung von Krankengeld (ca. 70 %) über bis zu 72 Wochen (§§ 44–51 SGB V). Die Situation in Finnland ist ähnlich bei allerdings deutlich kürzeren Bezugszeiten (10 Tage Lohnfortzahlung, 12 Monate Krankengeld). Anders in den Niederlanden: Die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber läuft hier über 104 Wochen (100 % im ersten und mindestens 70 % im zweiten Jahr) mit der Möglichkeit der Verlängerung um ein weiteres Jahr, sofern der anschließend zur Leistung verpflichtete Sozialleistungsträger (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV*) nicht überzeugt ist, dass alles erforderliche zur betrieblichen Wiedereingliederung unternommen wurde.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D2-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Mittag/Welti: Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande und Finnland); Beitrag D2-2017 unter www.reha-recht.de; 25.01.2017.

² Wir danken der Hans-Böckler Stiftung für die Förderung der beiden zugrundeliegenden Forschungsprojekte zum Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung von erwerbsgeminderten Beschäftigten in verschiedenen europäischen Ländern. Wir knüpfen an die Beiträge Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland Teil 1 und 2 an, die unter www.reha-recht.de als Beiträge D10-2014 und D11-2014 am 06.05.2014 veröffentlicht worden sind.

Die niederländischen Regelungen der Arbeitgeberverantwortung bei lang anhaltender Krankheit setzen massive Anreize dafür, dass Arbeitgeber sich für die Reintegration kranker Beschäftigter engagieren und dabei mit der Sozialversicherung kooperieren. In Deutschland entstehen dagegen an den Schnittstellen zwischen Betrieb und Sozialleistungsträgern sowie auch zwischen den Sozialleistungsträgern untereinander (insbesondere Kranken- und Rentenversicherung) nicht unerhebliche Probleme. Die Verpflichtung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 SGB IX) sowie die eigentlich obligatorische Prüfung von Rehabilitationsbedarf durch die Krankenversicherung (§ 51 SGB V; § 8 SGB IX) haben hier nicht wirklich Abhilfe geschaffen.

In den Niederlanden sowie (zeitlich deutlich später) auch in Finnland hat der Gesetzgeber versucht, vergleichbaren Problemen mit rigiden Fristenregelungen beizukommen. Das niederländische *Wet verbetering poortwachter* von 2002 beinhaltet ein festes Protokoll mit definierten „Meilensteinen“ nach einer, sechs, acht sowie 52 und 104 Wochen, deren Umsetzung jeweils in einer Reintegrationsakte dokumentiert werden muss. Seitens des zuständigen Sozialleistungsträger (UWV) bestehen Sanktionsmöglichkeiten (s. o.). Die Zusammenarbeit der Akteure in dem Wiedereingliederungsprozess (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Arbeitsmediziner) wird durch ein obligatorisches Case-Management unterstützt. Der Zustrom zu Erwerbsminderungsleistungen ist in der Folge dieser Reform deutlich reduziert worden (van Sonsbeek & Gradus, 2011).

Eine entsprechende Fristenregelung findet sich in Finnland, wo nach jeweils 30, 60 und 90 Krankheitstagen (kumulativ) jeweils festgelegte Schritte wie z. B. das Einschalten des Betriebsärztlichen Dienstes oder die Feststellung von möglichem Rehabilitationsbedarf unternommen werden müssen („30-60-90 Tage-Regelung“ von 2012). Erste Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass diese Reform zumindest kurzfristig zur betrieblichen Wiedereingliederung beiträgt (Halonen et al., 2016).

Rolle der Arbeits- und Betriebsmedizin

In Deutschland sind die Arbeitgeber verpflichtet, Betriebsärzte zu bestellen, deren Aufgaben hauptsächlich im Bereich des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung liegen (§§ 2 und 3 ASiG); erst neuerdings wird ihre Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker gewichtet (§ 20 Abs. 5 SGB V i. d. F. des PräVG). Die Betriebsärzte können auch ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anregen (Dillbäher, 2015).

Wesentlich stärker ist die Rolle der Arbeits- und Betriebsmedizin in den Niederlanden und in Finnland ausgeprägt. Hier werden die Feststellung der Arbeitsfähigkeit („Krankschreibung“) und des Rehabilitationsbedarfs, Impfungen und andere auf die Erwerbsfähigkeit bezogene medizinische Leistungen sowie (in Finnland) auch weite Teile der primärärztlichen Versorgung durch betriebsärztliche Gesundheitsdienste erbracht. Als vorteilhaft kann dabei die Nähe der ärztlichen Versorgung zur konkreten Arbeitssituation gesehen werden, die eine bessere Verschränkung kurativer, präventiver und rehabilitativer Leistungen zulässt. Auch die Feststellung von (verbliebener) Arbeitsfähigkeit

kann so passgenauer auf den jeweiligen Arbeitsplatz abgestimmt werden. Anders als in Deutschland besteht auch die Möglichkeit eine Teilarbeitsfähigkeit zu attestieren. Eine vergleichbare Möglichkeit besteht in Deutschland allenfalls im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung.

Verortung des Erwerbsminderungsrisikos im Sozialleistungssystem

Das Erwerbsminderungsrisiko ist in Deutschland traditionell bei der gesetzlichen Rentenversicherung verortet; eine Ausnahme bilden Arbeits- oder Wegeunfälle, bei denen die gesetzliche Unfallversicherung (mit deutlich höheren Leistungen) eintritt. In Finnland ist die Situation ähnlich.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung sind gehalten, vor der Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zu prüfen, ob die Leistung durch eine Rehabilitationsmaßnahme abgewendet oder zumindest hinausgezögert werden kann („Reha vor Rente“; § 8 SGB IX; § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). In der Praxis ist aber in über 40 Prozent der Erwerbsminderungsfälle in den vorangegangenen fünf Jahren keine Rehabilitationsleistung erfolgt (Mittag et al., 2014). Obwohl Erwerbsminderungsrenten regelhaft befristet werden sollen (§ 102 Abs. 2 SGB VI), scheint die Rentenversicherung in der Verwaltungspraxis eher noch dem Prinzip zu folgen „einmal Rente, immer Rente“. Auch die Versicherten betrachten die Erwerbsminderungsrente oft als endgültige Lösung, was durch den Begriff „Rente“, der eher Ruhestand als vorübergehende Sozialleistung impliziert, unterstützt wird. Über Reformoptionen wird diskutiert (Welti & Groskreutz, 2014).

In den Niederlanden ist das Erwerbsminderungsrisiko vollständig aus dem Zusammenhang der Alterssicherung gelöst worden. Träger der Erwerbsminderungsleistungen ist eine eigene Arbeitnehmersversicherung (UWV), und auch begrifflich wird zwischen Erwerbsminderungsleistung (*uitkering*) und Altersrente (*pensioen*) unterschieden. Dagegen wird kein Unterschied zwischen Freizeit- und Arbeitsunfällen gemacht. Das UWV sichert beide Risiken gleichermaßen ab. Dies kann allerdings zu einer geringeren Aufmerksamkeit der Arbeitgeber für das Unfallrisiko führen. Auch die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt unabhängig von der Ursache der Erwerbsminderung.

Anreize für die betriebliche Wiedereingliederung

Die (gesetzlichen) Anreize für die betriebliche Wiedereingliederung langfristiger erkrankter Arbeitnehmer sind in Deutschland nicht besonders stark. Die Pflicht zur Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers endet nach sechs Wochen; Kleinbetriebe mit nicht mehr als 30 Beschäftigten sind darüber hinaus durch eine Umlage entlastet (§ 1 AAG) (vgl. Shafaei & Ramm, 2010; Ramm & Welti, 2010). Das BEM ist eine Pflicht des Arbeitgebers, über deren Einhaltung die betriebliche Interessenvertretung (Betriebsrat) wacht (Wenning-Morgenthaler, 2011; Paschke, 2014) und das auch mit Betriebsvereinbarungen umgesetzt werden kann (Suhre, 2009). Zugleich ist das BEM ein individu-

elles Recht des Beschäftigten (Nebe 2011). Wird diese Pflicht nicht eingehalten, wird dies beim Kündigungsschutz der Betroffenen berücksichtigt (Schian, 2008). Weiter gehende Sanktionen bestehen in der Regel nicht. Ein vom Gesetzgeber vorgesehene Bonus-System (§ 84 Abs. 3 SGB IX) ist praktisch nicht in Gang gekommen, allerdings unterstützen die Rehabilitationsträger und Integrationsämter Betriebe beim BEM (Friedrich, 2011).

Dagegen setzen die niederländischen Regelungen zur Arbeitgeberverantwortung (z. B. die lange Entgeltfortzahlung) starke Anreize dafür, dass Arbeitgeber sich für die Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter engagieren. Darüber hinaus gibt es seit Ende der 1990er Jahre ein Bonus- / Malus-System, durch das die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge der Unternehmen anhand der Zahl der Beschäftigten bemessen werden, die Erwerbsminderungsleistungen beziehen (*Wet Pomba*). Ähnliche Regelungen gibt es in Finnland seit Anfang der 1960er Jahre. Seit 2006 müssen Unternehmen mit Personalkosten von mehr als zwei Millionen Euro (entspricht ungefähr 55 Beschäftigten) in einem Staffelsystem für die Erwerbsminderungsrenten der Beschäftigten aufkommen, ab ca. 32 Millionen Euro in voller Höhe.

Auch für die Beschäftigten gibt es in den Niederlanden starke Anreize, die berufliche Wiedereingliederung aktiv zu betreiben. Dazu zählen z. B. das engmaschige Case-Management sowie die Möglichkeit, eine geringfügige oder geringer bezahlte Tätigkeit aufzunehmen, ohne dass die Lohnfortzahlung ausgesetzt wird. In Finnland sind die Anreize für die Beschäftigten im Vergleich eher gering.

Soziale Sicherung bei (dauerhafter) Erwerbsminderung

Die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ist in Deutschland an die angenommene Arbeitsfähigkeit in Stunden pro Tag gebunden. Eine teilweise Erwerbsminderungsrente wird Versicherten gezahlt, die wegen Krankheit oder Behinderung außerstande sind, unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich zu arbeiten; beträgt die Arbeitsfähigkeit weniger als drei Stunden, wird die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt. Die Zuverdienstmöglichkeiten sind eingeschränkt. Beim Erreichen des gesetzlichen Rentenalters wird die Erwerbsminderungsrente in eine Altersrente umgewandelt. In Finnland sind die Regelungen ähnlich.

In den Niederlanden wird die Erwerbsminderung an dem Verlust der Verdienstmöglichkeiten bemessen, also durch den Vergleich des bisherigen mit dem voraussichtlich noch zu erzielenden Einkommen, das anhand einer umfangreichen Datenbasis von Tätigkeiten ermittelt wird. Im Vordergrund steht also die Einkommensersatzfunktion, nicht aber die (theoretische) Arbeitsfähigkeit. Beträgt der Verlust der Verdienstmöglichkeit mehr als 35 Prozent, wird eine Erwerbsminderungsleistung gezahlt, die auch im Fall, dass eine neue (nachhaltige) Beschäftigung aufgenommen wird, erhalten bleibt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung. Mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters und dem Bezug der Einheitsrente (die in den

meisten Fällen durch eine Betriebsrente und eventuelle private Zusatzrenten ergänzt wird) entfällt die Leistung.

Zusammenfassende Bewertung

In den vergangenen 20 Jahren haben insbesondere in den Niederlanden sehr eingreifende Reformen dazu geführt, dass der Zustrom zu dauerhaften Invaliditätsleistungen drastisch gesenkt worden ist. Wesentliche Elemente dieser Reformen sind die Stärkung der Arbeitgeberverantwortung für die betriebliche Wiedereingliederung, die Festlegung eines Zeitplans mit frühem Beginn und verbindlichen „Meilensteinen“ sowie die Schaffung von (finanziellen) Anreizen für alle Beteiligten.

Tabelle 1: Vergleich der Praxis der betrieblichen Wiedereingliederung in drei europäischen Ländern

	Deutschland	Niederlande	Finnland
Früher Beginn ^{2,3,4}	oft nicht	ja	ja
Fester Zeitplan (verbindlich) ^{4,5}	nein	ja	ja
Einbezug des Arbeitsplatzes ^{2,3}	oft nicht	ja	(ja)
Rolle der Arbeitsmedizin ¹	schwach	stark	(stark)
Pro-aktives Fallmanagement ⁵	nein	ja	Nein
Regelmäßige Kommunikation zwischen den Beteiligten ^{5,6}	nein	ja	(ja)
Incentives/Sanktionen	wenig	stark	stark (Arbeitgeber)
Assessment von Behinderung	Arbeitsfähigkeit (<6h/<3h)	Verdienstfähigkeit (<65%)	Arbeitsfähigkeit (<40%/<60%)
Art der Leistung (Begrifflichkeit)	„Rente“	„Leistung“	„Rente“

Legende: ¹ Arends et al. (2014), ² Franche et al. (2004), ³ Gabby et al. (2011), ⁴ Hoefsmit et al. (2012), ⁵ Pomaki et al. (2010), ⁶ Schandelmaier et al. (2012)

In Tabelle 1 sind die wesentlichen Unterschiede in der Praxis der betrieblichen Wiedereingliederung und sozialen Sicherung erwerbsgeminderter Beschäftigter in

Deutschland, den Niederlanden und in Finnland stichwortartig skizziert. Für einige der genannten Faktoren liegen Forschungsergebnisse vor, die ihre Bedeutung für die betriebliche Wiedereingliederung unterstreichen (s. Tabelle 1).

Auch wenn die Reformen in den Niederlanden dazu geführt haben, die Zahl der Empfänger von Invaliditätsleistungen zu reduzieren, bleiben offene Fragen. Es ist nicht auszuschließen, dass trotz des Diskriminierungsverbots Personen mit schlechterem Gesundheitszustand bei der Einstellung stärker benachteiligt werden. Auch ist in den Niederlanden (allerdings traditionell) der Anteil von „atypisch“ Beschäftigten (befristete Verträge, Teilzeitarbeiter, Solo-Selbständige) im Vergleich zu Deutschland hoch. Arbeitnehmer mit einem Verlust der Verdienstfähigkeit unter 35 Prozent (die also keine Leistungen beziehen) haben ein erhöhtes Risiko, in die Arbeitslosigkeit abzugleiten. Und schließlich stellt die Gruppe derjenigen, die aufgrund chronischer Krankheit oder Behinderung nie berufstätig waren, eine besondere Herausforderung dar, der sich die Niederlande erst in jüngster Zeit zugewandt haben (vgl. Mittag et al., 2014). In Finnland wird das Problem thematisiert, dass die Qualität der betriebsmedizinischen Dienste, die vom Arbeitgeber ausgewählt werden, sehr unterschiedlich ist. In Abhängigkeit von der betrieblichen Situation kann befürchtet werden, dass es zu einer restriktiven Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit mit möglichen negativen gesundheitlichen Folgen kommt.

Literatur

Arends I, Bültmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR & van der Klink JJJ (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine* 100: 123-132

Dillbahner A (2015). Die Rolle von Betriebsärzten in der Rehabilitation – Teil 1 – Schwerpunkt Betriebsärzte und Betriebliches Eingliederungsmanagement, www.reha-recht.de, Beitrag C8-2015, 17.12.2015

Franché RL, Cullen K, Clarke J, MacEachen E, Frank J, Sinclair S & Reardon R (2004). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature (summary). Institute for Work & Health: Toronto (Ontario)

Friedrich P (2011). Unterstützung von BEM und stufenweiser Wiedereingliederung durch Sozialleistungsträger – Erfahrungen des Integrationsamtes, www.reha-recht.de, Beitrag B20-2011, 08.12.2011

Gabby M, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bamba C, Ford F, Preece R, Taske N & Kelley MP (2011). NICE guidance on long term sickness and incapacity. *British Journal of General Practice*, March: e118-e124

Halonen JI, Solovieva S, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J & Viikari-Juntura E (2015). Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence

and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. *Occupational and Environmental Medicine* 73 (1): 42-50

Hoefsmit N, Houkes I & Nijhuis FJN (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22: 462-477

Mittag O, Reese C, Weel A, Faas J, de Boer W (2014). Arbeitgeberverantwortung für die Wiedereingliederung kranker Arbeitnehmer: Das Modell Niederlande. *Recht und Praxis der Rehabilitation* 1: 67-71

Nebe K (2011). Individueller Anspruch auf Durchführung eines BEM-Verfahrens, www.reha-recht.de, Forum B 18-2011, 08.11.2011

Paschke C (2014). Überwachungsrecht des Betriebsrats beim BEM – Zugleich Anmerkung zu BAG, B. v. 07.02.2012, 1 ABR 46/10, www.reha-recht.de, Forum B10-2014, 05.06.2014

Pomaki G, Franche RL, Khushrushahi N, Murray E, Lampinen T & Mah P (2010). Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. *Occupational Health and safety Agency for Healthcare in BC: Vancouver (BC)*

Ramm D & Welti F (2010). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben – sozialrechtliche Aspekte, www.reha-recht.de, Forum B 10-2010, 28.10.2010

Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, de Boer WEL, Zumbun T, Guyatt GH, Busse JW & Kunz R (2012). Return to work coordination programmes for work disability: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE* 7 (11): e49760

Schian M (2008). Die kündigungsrechtliche Bedeutung des BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX) nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts, www.reha-recht.de, Forum B-9-2008, 01.05.2008

Shafaei R & Ramm D (2010). Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben – arbeitsrechtliche Aspekte, www.reha-recht.de, Forum B 11-2010, 03.11.2010

Suhre N (2009). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – Umsetzung durch Betriebsvereinbarung, www.reha-recht.de, Forum B 6-2009, 10.03.2009

van Sonsbeek JM & Gradus R (2011). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Rotterdam: Tinbergen-Institute*

Welti F & Groskreutz H (2014). Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung – Reformoptionen für betriebliche Prävention und Rehabilitation (Teil 2), www.reha-recht.de, Forum D 9-2014, 05.05.2014

Wenning-Morgenthaler H (2011). Die Mitbestimmung des Betriebsrates beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, www.reha-recht.de, Forum B Nr. 19-2011, 25.11.2011

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
