

**Berufliche Wiedereingliederung
und soziale Sicherung
von erwerbsgeminderten Menschen
in den Niederlanden und in Deutschland
- Ein Vergleich -**

**Handout zur Tagung der Hans-Böckler-Stiftung
„Erwerbsminderung: krank - ausgeschlossen - arm?“
am 6. Juni 2013 in Berlin**

Projekt

Sozialmedizinische Begutachtung, Leistungen zur Teilhabe und Berentungs-
geschehen bei Erwerbsminderung aufgrund von Krankheit oder Behinderung

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Projektnummer: S-2012-532-4B

Erarbeitet von:

Dipl.-Psych. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Befragte Expertinnen und Experten:

Aus den Niederlanden:

Dr. Wout de Boer

Academy of Swiss Insurance Medicine (asim), Basel

Dr. Monique Broekhuizen

Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) (Dutch Society of Insurance Medicine)

Dr. Jeannette Hoovers

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) (Dutch Social Security Agency)

Dr. André Weel

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB),
Kwaliteitsbureau (Netherlands Society of Occupational Medicine)

Oene Zwittink

Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) (Dutch Society of Labour assessors)

Aus Deutschland:

Dr. Sylvia Cordes

Werksarztzentrum 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

Hintergrund

Daten zur Erwerbsminderung (EM) in Deutschland

In Deutschland wurden im Jahr 2011 1,57 Millionen **Rentenanträge** gestellt; hiervon entfielen knapp 23 Prozent (0,36 Millionen Anträge) auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2012a). Von den insgesamt 360.912 offenen Anträgen auf EM-Rente im Jahr 2011 wurden über 40 Prozent abgelehnt (Deutsche Rentenversicherung, 2012b) (siehe Abbildung 1). Die Gesamtanzahl der **Rentenanzugänge** lag 2011 insgesamt bei 1,26 Millionen, darunter 0,88 Millionen Versichertenrenten und 0,38 Millionen Renten wegen Todes. Unter den Versichertenrenten war rund jede fünfte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (siehe Abbildung 2), hiervon 13,1 Prozent wegen teilweiser EM (Deutsche Rentenversicherung, 2012b, Deutsche Rentenversicherung, 2012c).

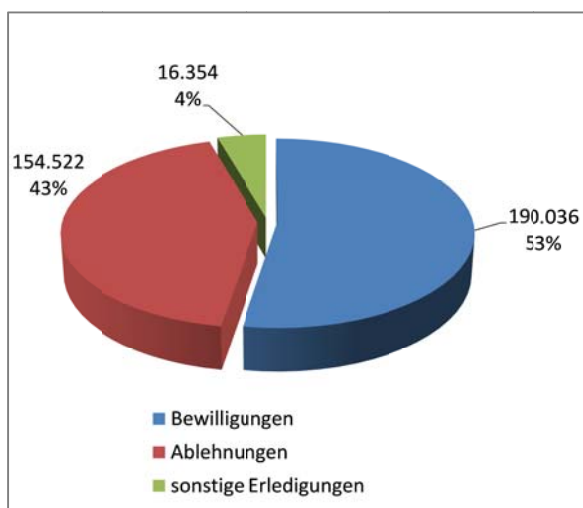


Abbildung 1: **Anträge** von EM-Renten im Jahr 2011
(Deutsche Rentenversicherung, 2012b)

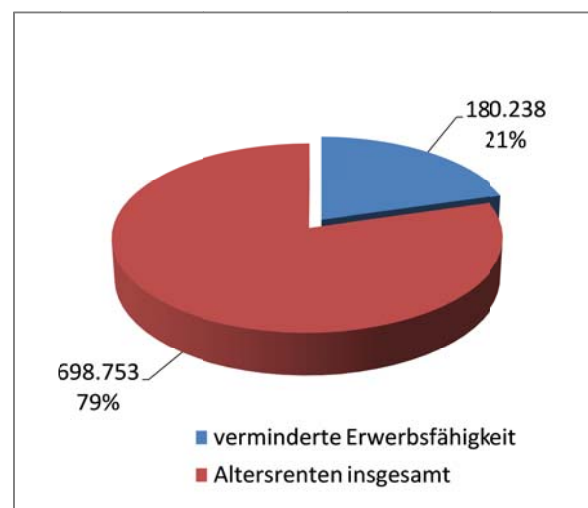


Abbildung 2: **Rentenzugang** 2011 - Versichertenrenten
(Deutsche Rentenversicherung, 2012c)

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) (Deutsche Rentenversicherung, 2012a). 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) (Deutsche Rentenversicherung, 2012b).

In einer aktuellen Studie zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung (Märtin, Zollmann & Buschmann-Steinhage, 2012) 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=8.806 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**, d. h. 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 Armutsgefährdung bei den **alleine lebenden EM-Rentnern** (knapp 50 Prozent Armutsgefährdung) bzw. beim **Fehlen weiterer Einkommensbezieher im Haushalt** (knapp 55 Prozent). Die Armutsgefährdung ist höher, wenn die berentete 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 incl. Hilfe zum Lebensunterhalt) in Anspruch, um das soziokulturelle Existenzminimum zu sichern; dieser Anteil ist doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (9 Prozent) (alle Angaben in diesem Abschnitt: Märtin et al., 2012).

Die häufigsten **Diagnosegruppen** bei den EM-Rentnierzugängen im Jahr 2011 waren psychische Störungen (41 Prozent), gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (14 Prozent), Neubildungen (13 Prozent) und Herz-

Kreislauf-Erkrankungen (10 Prozent) (Deutsche Rentenversicherung, 2012b). 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 (Brussig, 2010). So betrug der Anteil der EM-Renten an allen Rentenzugängen in den Bau- und Baunebenberufen im Jahr 2007 35 Prozent, d. h. mehr als jeder dritte Arbeitnehmer in den Bau- und Baunebenberufen arbeitet nicht bis zum regulären Rentenalter (Kistler, Trischler & Ebert, 2008).

Im Jahr 2011 lag die **Erwerbsquote** in der Gruppe der 50-55jährigen bei 86%, in der Gruppe der 55-60jährigen bei 79% und in der Gruppe der 60-65jährigen bei 47% (Statistisches Bundesamt, 2011).

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 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, d. h. allen am Arbeitsmarkt verfügbaren Tätigkeiten, und nicht, wie bis 2001, ausschließlich an Tätigkeiten, die dem erlernten Beruf bzw. der jeweiligen Qualifikation entsprechen.

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 z. B. **medizinische oder berufliche Rehabilitation** haben daher zum Ziel, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu überwinden und die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

In einer aktuellen Studie (Märtin & Zollmann, 2013) 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 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 (Märtin & Zollmann, 2013).

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 (Niehaus, Magin, Marfels, Vater & Werkstetter, 2008) ermittelt, dass 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 von Seiten 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 bzw. ob alle Optionen der Weiterbeschäftigung ausgeschöpft wurden.

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 op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, WAO*), und seit 2006 beträgt der reguläre Zeitraum der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber sogar 104 Wochen (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) (Pennings, 2011). 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 über 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 über 80 Prozent (*Regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten, IVA*) besteht volle Erwerbsminderung und der Versicherte erhält 75 Prozent seines früheren monatlichen Verdienstes (Pennings, 2011). Die standardisierte **Begutachtung** und Beurteilung der Verdienstfähigkeit erfolgen durch einen Arzt der Versicherung und einen Arbeitsexperten (*arbeidsdeskundigen*).

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 (OECD, 2007, OECD, 2010). In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit (Hoefsmit, Houkes & Nijhuis, 2012) findet sich Evidenz für die Effektivität verschiedener Maßnahmen, die in den Niederlanden regelhaft zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden (v. a. früher Beginn der Reintegrationsbemühungen, zeitlich festgelegtes und strukturiertes Vorgehen, multidisziplinäre und aktivierende Interventionen).

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 werden können. Im Vordergrund stehen folgende Aspekte:

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

Ergebnisse

Allgemeiner Ablauf in den Niederlanden

In den ersten beiden Jahren der Erkrankung müssen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestimmte Anforderungen und Prozesse einzuhalten, zu denen sie u. a. durch das „Gatekeeper“-Gesetz verpflichtet sind (siehe Tabelle 1) (OECD, 2007). Ziel ist die berufliche Reintegration des Arbeitnehmers. Die Einhaltung der Anforderungen wird von der Niederländischen Sozialversicherung (*Uitvoeringsinstituut Werknemers-Verzekeringen, 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.

Tabelle 1: Anforderungen und Prozesse in den ersten beiden Krankheitsjahren

Zeitpunkt	Maßnahme
Woche 1	<p>Der Arbeitnehmer informiert den Arbeitgeber über seine Krankheit; der Arbeitgeber informiert den Arbodienst (d. h. arbeits-/betriebsmedizinischen Dienst) oder den Firmenarzt.</p> <p>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.</p>
Woche 6	<p>Der Arbodienst fertigt 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.</p>

Woche 8	Falls der Arbodienst Möglichkeiten zur beruflichen Reintegration sieht, verfassen Arbeitgeber und Arbeitnehmer 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“).
Woche 12	Der Arbeitgeber informiert die UWV über die Erkrankung.
Woche 46-52	Arbeitgeber und Arbeitnehmer verfassen einen Evaluationsbericht über das erste Erkrankungsjahr , der auch Pläne für das zweite Erkrankungsjahr beinhaltet. Dieser Bericht wird an die UWV geschickt und der Reintegrations-Akte hinzugefügt.
ab Woche 53	Die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber beträgt im zweiten Krankheitsjahr 70 Prozent des früheren Gehalts. Im zweiten Jahr der Erkrankung wird verstärkt nach Beschäftigungsmöglichkeiten bei anderen Arbeitgebern gesucht („second track“).
Woche 87-91	Falls der Arbeitnehmer weiterhin krank ist, erhält er in Woche 87 von der UWV ein Antragsformular für eine finanzielle Versicherungsleistung entsprechend der gesetzlichen Grundlagen im „ <i>Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)</i> “. 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.
Woche 91-104	Die UWV entscheidet 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 (<i>arbeidsdeskundigen</i>) begutachten die Verdienstfähigkeit („earning capacity“). Der Versicherungsmediziner orientiert sich bei der Begutachtung an einer Liste, anhand derer verschiedene Bereiche der Funktionsfähigkeit standardisiert beurteilt werden (<i>Functionele Mogelijkhedenlijst, FML</i>). Diese Informationen werden vom Arbeitsexperten in

ein Computerprogramm (*Claim Beoordelings- en Borgingssysteem*, CBBS) eingegeben, das etwa 7.500 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 (s. u.).

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 Woche 105 In Abhängigkeit von seiner Verdienstfähigkeit erhält der Arbeitnehmer **WIA-Leistungen**; hier gibt es zwei Varianten:

- (1) Bei einem **dauerhaften 80-100 prozentigen Verlust der Verdienstfähigkeit** erhält der Arbeitnehmer gemäß der „*regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA)*“ 75 Prozent seines letzten regulären Gehalts¹ vor der Erkrankung.
- (2) Bei einem **nicht dauerhaften vollständigen Verlust der Verdienstfähigkeit** oder einem **Verlust zwischen 35-80 Prozent** bekommt der Arbeitnehmer gemäß der „*regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA)*“ zunächst eine **gehaltsabhängige Leistung**, die 70 Prozent des früheren Gehalts beträgt¹, 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.

¹ bis zur Obergrenze von 194,85 Euro brutto pro Arbeitstag für 21 Tage pro Monat (Pennings, 2011; Government of the Netherlands, 2013)

Bei einem Verdienst **unterhalb 50 Prozent der verbleibenden Verdienstfähigkeit** wird eine **Anschlussleistung** („follow-up benefit“) gezahlt, deren Höhe wiederum vom Verlust der Verdienstfähigkeit abhängt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Anschlussleistung („follow-up benefit“) in Abhängigkeit vom Verlust der Verdienstfähigkeit (Pennings, 2011)

Verlust der Verdienstfähigkeit (%)	Höhe der Leistung (% des minimalen monatlichen Bruttolohns → 1.446 Euro in 2012')
35-45	28
45-55	35
55-65	42
65-80	51
80	70

In Abbildung 3 sind die Leistungen zum Lebensunterhalt für langfristig erkrankte Arbeitnehmer skizziert.

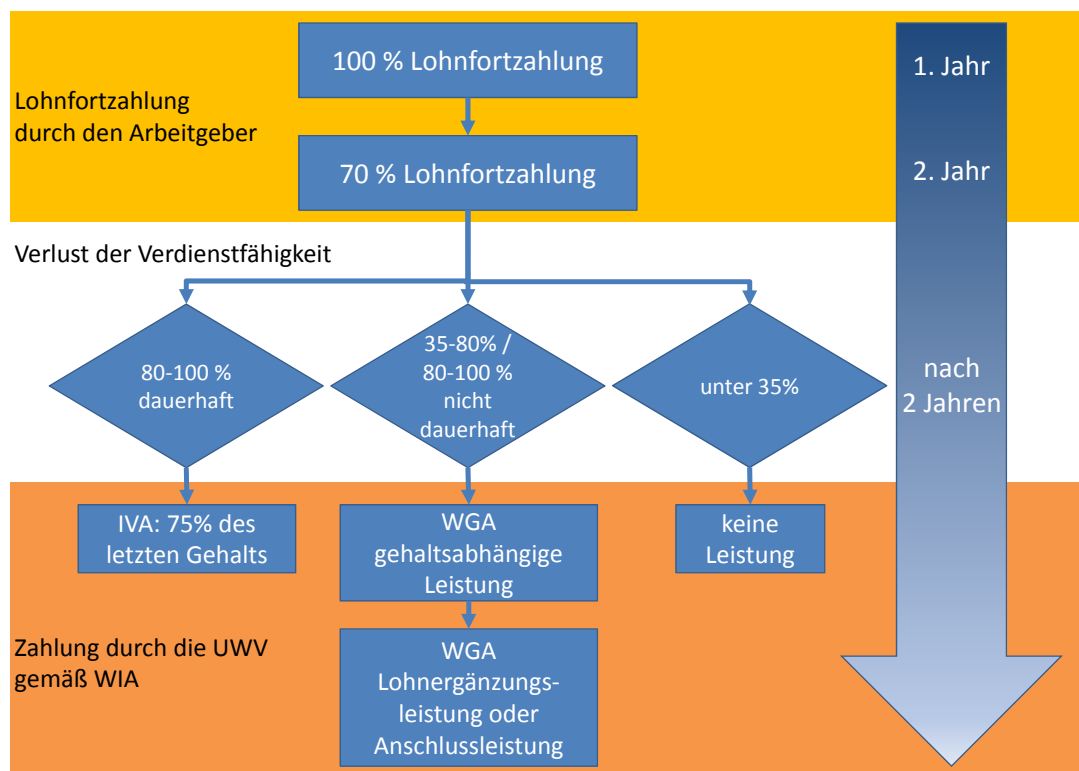


Abbildung 3: Leistungen zum Lebensunterhalt bei langfristiger Erkrankung

Allgemeiner Ablauf in Deutschland

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% 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% beziehungsweise (wenn Unterhaltspflicht für Kinder besteht) 67% 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 12 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% 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 ggf. 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 4“).

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% des Regelentgelts. Werden Leistungen zur Teilhabe erbracht, so besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe von 68% des Regelentgelts bzw. in Höhe von 75% 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 2/3 des

Jahresarbeitsverdienstes. Teilrenten werden grundsätzlich erst ab einem MdE von 20% geleistet und werden anteilig zur Vollrente gezahlt.

Zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Niederlanden und Deutschland

In Tabelle 3 sind zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem niederländischen und dem deutschen System der beruflichen Wiedereingliederung und sozialen Sicherung von erwerbsgeminderten Menschen stichwortartig aufgeführt.

Tabelle 3: Zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Niederlanden und Deutschland

Deutschland	Niederlande
Erwerbsminderungsrente (dadurch Konnotation des „Ruhestandes“ und der „Dauerlösung“)	benefit (im Kontrast zur Altersrente)
Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber für 6 Wochen . Danach Anspruch auf Krankengeld durch die Krankenkasse (maximal 78 Wochen).	Entgeltfortzahlung für 104 Wochen (evtl. + 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

Deutschland	Niederlande
<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; z. B. 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. 	<p>Gesetzliche Verpflichtung zur Einhaltung einer festen Zeitstruktur mit „Meilensteinen“ für berufliche Wiedereingliederung („Gatekeeper“-Gesetz).</p>
<p>Fallbegleitung (durch die DRV) setzt erst mit Antrag auf EM-Rente ein.</p>	<p>Regelmäßige Fallbegleitung ab 8. Woche der Krankschreibung.</p>
<p>Der Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, am BEM teilzunehmen.</p>	<p>Wenn der Arbeitnehmer sich nicht aktiv um die berufliche Reintegration bemüht, können ihm Versicherungsleistungen gestrichen werden (Sanktionsmöglichkeiten)</p>
<p>Arbeitgeber haben keine konkreten Beratungsangebote / Hilfestellungen in Bezug auf das BEM; vor allem für KMU wäre dies sinnvoll</p>	<p>Arbeitgeber haben konkrete Unterstützung bei der beruflichen Reintegration (durch externe Arbodienste oder Arbeitsmediziner im Betrieb)</p>
<p>Finanzielle Leistungen richten sich nach verbliebener täglicher Arbeitsfähigkeit (> 6h, 3-6h, < 3h)</p>	<p>Finanzielle Leistungen richten sich nach Verlust der Verdienstfähigkeit (< 35%, 35-80%, > 80%)</p>
<p>Die tägliche Arbeitsfähigkeit (in Stunden) ist nicht klar operationalisierbar. Hierdurch resultieren heterogene Gutachterbeurteilungen.</p>	<p>Die Begutachtung zur Feststellung des Verlustes der Verdienstfähigkeit erfolgt standardisiert; der Verlust der Verdienstfähigkeit ist gut operationalisierbar.</p>

Deutschland

Evtl. Einkommensverlust bei Wiedereingliederung wird **nicht ausgeglichen**. Wenn aufgrund von Krankheit oder Behinderung eine Arbeit mit niedrigem Einkommen angenommen wird, ist ein sozialer Abstieg wahrscheinlich.

Niederlande

Verlust der Verdienstfähigkeit wird **dauerhaft ausgeglichen** (z. B. wird 70% der Differenz zwischen dem früheren Verdienst und der aktuellen Verdienstfähigkeit ausgeglichen). Hierdurch ist ein sozialer Abstieg aufgrund von Krankheit oder Behinderung unwahrscheinlicher.

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 konkret auf die Arbeitssituation Bezug genommen.
- **Konkrete Beratungs- und Unterstützungsangebote für Arbeitgeber** bei der beruflichen Wiedereingliederung (insbesondere für die 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 (z. B. Dickmann & Broocks, 2007).

- **Stärkere Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten am Arbeitsmarkt.** Bei der Begutachtung in den Niederlanden analysiert ein Arbeitsexperte (arbeidsdeskundigen) 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 ein sozialer 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 ausgleichen 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 der Altersrente werden in Deutschland durch die gesetzliche Rentenversicherung ausgezahlt, d.h. beide Leistungen sind in derselben Institution verankert. In den Niederlanden dagegen wird bei Erwerbsminderung nicht von einer Rente gesprochen, sondern von Leistungen bzw. (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 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.

Danksagung

Wir danken den Experten und Expertinnen, die uns Auskunft über das Geschehen bei Erwerbsminderung in den Niederlanden und in Deutschland gegeben haben: Dr. Wout de Boer, Dr. Monique Broekhuizen, Dr. Sylvia Cordes, Siegfried Döbler, Henning Groskreutz, Dr. Bettina Hesse, Dr. Jeannette Hoervers, Dr. André Weel, Prof. Dr. Felix Welti, Oene Zwiittink.

Literatur

- Brussig, M. (2010). *Altersübergang-Report. Erwerbstätigkeit im Alter hängt vom Beruf ab.* (Vol. 05). Hans-Böckler-Stiftung, Forschungsnetzwerk Alterssicherung, Institut Arbeit und Qualifikation. Retrieved March 25, 2013, from <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2010/2010-05/auem2010-05.pdf>
- Deutsche Rentenversicherung (2012a). *Rentenversicherung in Zahlen 2012.* Retrieved March 25, 2013, from http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/statistik_downloads/rv_in_zahlen_2012.html
- Deutsche Rentenversicherung (2012b). *Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitverlauf. Stand: Mai 2012.* Retrieved from http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/34840/indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf;jsessionid=E04875083A9CB59E9CD49CF38A08D1C8.cae02
- Deutsche Rentenversicherung (2012c). *Ergebnisse auf einen Blick. Stand: Dezember 2012. Versicherte, Rentenbestand, Rentenzugang, Rentenwegfall, Rehabilitation.* Retrieved March 25, 2013, from http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238662/publicationFile/52331/ergebnisse_auf_einen_blick.pdf;jsessionid=6923D9F471F5B05695D80660B173E882.cae04
- Dickmann, J. & Broocks, A. (2007). Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? *Fortschr Neurol Psychiat*, 75(7), 397-401.
- Government of the Netherlands (2013). State of Affairs of social security (Short survey of social security in the Netherlands). Retrieved March 13, 2013, from <http://www.government.nl/documents-and-publications/leaflets/2013/01/30/state-of-affairs-of-social-security-jan-2013.html>
- Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 462-477.
- Kistler, E., Trischler, F. & Ebert, A. (2008). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsfähigkeit bis zur Rente. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit 2008.* Stadtbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES).
- Märting, S. & Zollmann, P. (2013). 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.

- Märtin, S., Zollmann, P. & Buschmann-Steinhage, R. (2012). *Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung - Projektbericht I zur Studie*. (DRV-Schriften Band 99). Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E. G. & Werkstetter, E. (2008). *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX*. Universität Köln.
- OECD (Ed.). (2007). *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review*. Retrieved March 25, 2013, from <http://www.oecd.org/social/socialpoliciesanddata/41429917.pdf>
- OECD (Ed.). (2010). *Sickness, disability and work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing. Retrieved March 25, 2013, from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en
- Pennings, F. (2011). The new dutch disability benefits act: the link between income provision and participation in work. In S. Devetzi & S. Stendahl (Eds.), *Too Sick to Work? Social Security Reforms in Europe for Persons With Reduced Earnings Capacity* (pp. 77-93). The Netherlands: Kluwer Law International.
- Statistisches Bundesamt (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland - 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Retrieved March 25, 2013, from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbstaetigkeit.html>