



VEREINIGUNG DER HESSISCHEN  
UNTERNEHMERVERBÄNDE



## **Zeiten der Arbeitsunfähigkeit reduzieren, Gesundheit verbessern – Arbeitgeber vor unrechtmäßigen Kosten schützen**

Positionspapier

Beschluss des Präsidiums der VhU vom 05.11.2019

aktualisiert 02.11.2020

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
<b>I. Arbeitsunfähigkeit richtig prüfen, Arbeitgeberrechte stärken .....</b>	<b>5</b>
1. Arbeitsunfähigkeit nach ausgeübter Tätigkeit beurteilen .....	5
2. Fortsetzungserkrankungen bei Entgeltfortzahlung rechtssicher klären.....	6
3. AU-Bescheinigungstätigkeit von Ärzten wirksam prüfen .....	7
4. Verlagerung der Arbeitsunfähigkeit-Bescheinigungstätigkeit prüfen .....	7
5. Arbeitsunfähigkeit auch bei Privatversicherten überprüfbar machen.....	7
<b>II. Rehabilitation verbessern, schnelle Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen.....</b>	<b>8</b>
1. Arbeitsunfähigkeit nicht durch Wartezeiten auf Arzttermine verlängern.....	8
2. Haus- und Betriebsärzte müssen Reha-Bedarf besser erkennen .....	8
3. Schnellen Übergang vom Krankenhaus in die Reha sicherstellen.....	9
4. Reha am konkreten Arbeitsplatz ausrichten.....	9
5. Trägerübergreifende Beratung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bereitstellen	10
6. Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern.....	10
7. Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei den sozialmedizinischen Diensten verbessern.....	10
8. Reha-Prozesse an Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten .....	11
9. Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein Erfolgsmodell.....	11
<b>III. Gesundheit stärken, Arbeitsunfähigkeit vorbeugen.....</b>	<b>11</b>
1. Eigenverantwortung der Arbeitnehmer einfordern .....	11
2. Arbeitgeber bei Arbeits- und Gesundheitsschutz unterstützen .....	12
3. Betriebsärztemangel lindern, Arbeitsmedizinische Versorgung verbessern .....	14
4. Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 abschaffen .....	14
<b>Hintergrund:.....</b>	<b>15</b>
<b>Das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen in Deutschland und in Hessen .....</b>	<b>15</b>

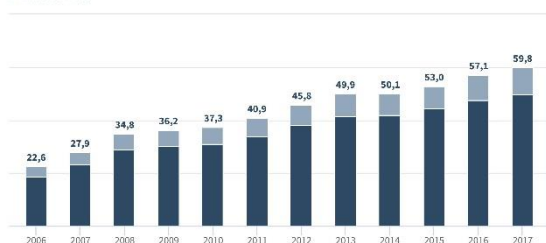
## Zusammenfassung

Im Jahr 2017 entfielen in Deutschland insgesamt über 565 Millionen Arbeitstage aufgrund von arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Für die Arbeitgeber ist der vorübergehende oder dauerhafte Ausfall von Mitarbeitern mit erheblichen Kosten verbunden. Denn sie müssen das Arbeitsentgelt im Krankheitsfall bis zu sechs Wochen innerhalb eines Jahres weiterzahlen, wenn die Arbeitsunfähigkeit immer durch dieselbe oder eine Folgeerkrankung verursacht wird. Wenn jedoch eine andere Erkrankung oder Verletzung zu Arbeitsunfähigkeit führt, beginnt die Sechs-Wochen-Frist von neuem. Deshalb kann es vorkommen, dass ein Arbeitgeber während eines Jahres deutlich länger als sechs Wochen das Entgelt fortzahlen muss.

Die Ausgaben der Arbeitgeber für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall inklusive der zu zahlenden Beiträge zur Sozialversicherung sind inzwischen auf rund 62 Mrd. Euro p. a. angestiegen (in Hessen: ca. 5 Mrd. Euro) und haben sich damit seit 2006 fast verdreifacht – Tendenz weiter steigend (IW Köln).

Arbeitgeberaufwendungen für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

In Milliarden Euro



2016: vorläufig, 2017: geschätzt; Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber: einschließlich gesetzlicher Unfallversicherung. Quellen: BMAS, 2017; Deutsche Rentenversicherung, 2017; eigene Berechnungen

**iw**

Quelle: IW Köln

Zu den Kosten für die Entgeltfortzahlung kommen weitere Kosten durch Krankengeldzahlungen in Höhe von inzwischen über 13 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband), die aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung

finanziert werden sowie weitere Kosten durch das ebenfalls beitragsfinanzierte Krankentagegeld für privat versicherte Arbeitnehmer in unbekannter Höhe. Hinzu kommt in vielen Fällen ein erheblicher Planungsaufwand, um die wegfallende Leistung durch Vertretung aufzufangen. Wenn Kollegen häufig für arbeitsunfähig erkrankte Arbeitnehmer einspringen müssen, kann dies außerdem das Betriebsklima verschlechtern.

Um die Richtigkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sicherzustellen, sollten Ärzte durchgehend nach der konkreten Tätigkeit des Patienten fragen. Denn nicht jede Erkrankung bedeutet zwangsläufig, dass der Erkrankte seiner Tätigkeit nicht nachgehen kann.

Da der Großteil der jährlich über 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Kurzeiterkrankungen entfällt, sollte geprüft werden, ob nicht zur Entlastung der Arztpraxen eine Verlagerung der Bescheinigungstätigkeit auf besonders damit betraute Ärzte bzw. zusätzlich auf die Gesundheitsämter erfolgen sollte.

Gleichzeitig sollte auch die Aufsicht über die ärztliche Bescheinigung Tätigkeit verbessert werden. Diese wurde bisher von der gemeinsamen Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung so gut wie nicht wahrgenommen und sollte deshalb auf den MDK übertragen werden. Neben anlassbezogenen Prüfungen sollte der MDK mit einer Zufallsstichprobe die ärztliche Tätigkeit bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen prüfen. Auf dieser Grundlage sollte die Landesärztekammer bei Ärzten, die zu Unrecht, zu häufig oder zu lange krankschreiben berufsrechtliche Konsequenzen prüfen. Der in diesem Jahr ohne Begründung abgeschaffte Schadenersatzanspruch von Krankenkassen und Arbeitgeber gegen Ärzte muss wieder eingeführt werden.

Wenn Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeiters haben, kön-

nen sie aktuell nur dann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten, wenn der Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichert ist. Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern fehlt heute eine solche Überprüfungsmöglichkeit. Deshalb sollte der Gesetzgeber auch die privaten Krankenversicherungen verpflichten, den Arbeitgebern eine Möglichkeit zur Überprüfung anzubieten.

Für die Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruchs sind Vorerkrankungszeiten entscheidend, weshalb diese von den Krankenkassen korrekt erfasst werden müssen. Dies sollte durch regelmäßige Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sichergestellt werden. Wenn es sich um die Fortsetzung einer Vorerkrankung im für die Entgeltfortzahlung relevanten Zeitraum handelt, sollten die Krankenkassen außerdem dazu verpflichtet werden, dem Arbeitgeber dies von sich aus mitzuteilen. Zum 1. Januar 2022 werden die Krankenkassen erfreulicherweise verpflichtet, die Arbeitgeber initiativ zu informieren (§ 109 SGB V i. d. F. ab 1.1.2022).

Erkrankt ein Arbeitnehmer arbeitsunfähig, müssen die behandelnden Ärzte sowie die Leistungsträger im Gesundheits- und Reha-Bereich alle notwendigen Schritte in die Wege leiten, damit seine Gesundheit möglichst schnell wieder so hergestellt werden kann, dass er an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann. Hierfür braucht es schnelle Akutbehandlungen und funktionierende Übergänge in die Reha, was jedoch in der Praxis zu oft nicht gelingt. Kassenärztliche Vereinigung Hessen und Hessische Krankenhausgesellschaft müssen Ärzte und Krankenhäuser hierzu offensiver informieren.

Ebenso muss die Zusammenarbeit der Reha-Träger (Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Arbeitsagenturen, Träger der Eingliederungshilfe und Integrationsamt) untereinander aber auch mit Arbeitgebern und

Arbeitnehmern verbessert und die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz bzw. in den Betrieb gestärkt werden. Insbesondere muss die stufenweise Wiedereingliederung vom behandelnden Arzt genutzt werden. Die tatsächliche Umsetzung muss jedoch alleine in den Händen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bleiben, damit diese bei z. B. bei fehlender Belastbarkeit jederzeit die Möglichkeit haben, die Eingliederung abubrechen.

Jeder Einzelne ist für seine Gesundheit und den Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit selbst verantwortlich und gefordert, auf gesunde Verhaltensweisen wie ausreichende Bewegung, gute Ernährung, einen angemessenen Umgang mit Genussmitteln und eine ausgewogene Lebensweise in Bezug auf Entspannung und Erholung zu achten. Der Gesetzgeber sollte diese Eigenverantwortung durch mehr Kostentransparenz und eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten wieder stärker ins Bewusstsein rufen. Dazu gehört auch die Wiedereinführung der Praxisgebühr, die bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte.

Die Unternehmen sind zuvorderst dafür verantwortlich, dass vom Arbeitsplatz keine Gefahren für die Gesundheit ausgehen. Darüber hinaus engagieren sich viele Betriebe auch freiwillig für die Gesundheit ihrer Beschäftigten, z. B. mit gesundheitsgerechten Kantinenangeboten oder Betriebssport. Arbeitgeber sollten jedoch auch auf das Verhalten von Führungskräften achten. Denn auch der individuelle Führungsstil kann großen Einfluss darauf haben, wie häufig Mitarbeiter arbeitsunfähig fehlen.

Damit Prävention und Gesundheitsschutz im Unternehmen möglichst wirksam sind, brauchen die Unternehmen neben schlankeren Vorschriften im gesetzlichen Arbeitsschutz auch eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiven überbetrieblichen Akteure (insbesondere die Krankenkassen untereinander und mit Berufsgenossenschaften und der

Rentenversicherung). Neben einer umfassenden Beratung zu allen Gesundheitsangeboten sollten diese auch Ansätze zur Messbarkeit der Qualität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickeln und spezielle Angebote für kleine und mittlere Unternehmen schaffen.

Die hessische Landesregierung sollte die Präventionsanstrengungen der Unternehmen unterstützen, indem sie sich im Bund für bessere steuerliche Rahmenbedingungen einsetzt. Die Landesärztekammer muss für eine gute und schnelle arbeitsmedizinische Aus- und Weiterbildung sorgen. Mit einer Änderung der DGUV-Vorschrift 2 könnten Aufgaben im Arbeitsschutz außerdem auch an Experten anderer Fachrichtungen vergeben werden. Dies kann entscheidend dazu beitragen, die Lücke zwischen dem Angebot an Betriebs- und Arbeitsmedizinern und der Nachfrage der Betriebe nach betriebsärztlicher Betreuung für ihre Beschäftigten zu schließen. Schlussendlich sollte Hessen im Bundesrat die Abschaffung der Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 fordern, damit Kleinunternehmen, die sich erfolgreich für den Gesundheitsschutz engagieren, hiervon durch einen niedrigen Krankenstand profitieren können, ohne zwangsweise die höheren Krankenstände anderer Unternehmen mitfinanzieren zu müssen.

## **Im Einzelnen:**

### **I. Arbeitsunfähigkeit richtig prüfen, Arbeitgeberrechte stärken**

#### **1. Arbeitsunfähigkeit nach ausgeübter Tätigkeit beurteilen**

Nicht jede Erkrankung führt zwangsläufig dazu, dass der Erkrankte nicht seiner Tätigkeit nachgehen kann. Trägt ein Arbeitnehmer einen Gehgips und hat sonst keine weiteren Beeinträchtigungen, ist er

für körperliche Tätigkeiten oder solche, die ständiges Stehen oder Gehen voraussetzen (zum Beispiel Maurer oder Verkäufer), arbeitsunfähig. Bei einer sitzenden Tätigkeit (zum Beispiel Büroangestellter) kann jedoch durchaus Arbeitsfähigkeit bestehen. Dies gilt insbesondere, wenn der Arbeitnehmer durch neue Möglichkeiten des mobilen Arbeitens auch von zuhause aus tätig sein kann bzw. Gleitzeitregelungen und weitere Arbeitszeitmodelle ein Weiterarbeiten ermöglichen.

Ärzte müssen daher vor Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach der ausgeübten Tätigkeit fragen. Hierzu sind sie bereits heute verpflichtet (§ 2 Abs. 5 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). In der Praxis weiß der Arzt aber oft nichts über den Arbeitsplatz seines Patienten. Dies führt nicht nur dazu, dass in einigen Fällen ungerechtfertigterweise Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird, es werden auch wichtige Informationen zum Arbeitsplatz, die für Prävention und Rehabilitation genutzt werden können, nicht erhoben. Hier bietet sich insbesondere das Betriebliche Eingliederungsmanagement für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine abgestimmte, ärztlich unterstützte Rückkehr in den Betrieb an.

Erhält die Landesärztekammer Hessen Kenntnis von Auffälligkeiten bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit durch einzelne Ärzte, muss sie Ermittlungen durchführen. Mögliche Konsequenzen reichen von einer Rüge über die Auflage sozialer Tätigkeiten oder Spenden bis zur Einleitung eines berufsrechtlichen Verfahrens (§§ 57 ff Hessisches Heilberufsgesetz). Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sollte ihre Mitglieder für die große Bedeutung einer korrekten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besonders sensibilisieren.



## 2. Fortsetzungserkrankungen bei Entgeltfortzahlung rechtssicher klären

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für bis zu sechs Wochen. Eine Fortsetzungserkrankung, die in den Sechs-Wochen-Zeitraum einzubeziehen ist, liegt dann vor, wenn der Arbeitnehmer erneut an derselben Krankheit erkrankt, d.h. es handelt sich um dieselbe Grundkrankheit bzw. dasselbe Grundleiden. Beruht die jeweilige Arbeitsunfähigkeit jedoch auf unterschiedlichen Erkrankungen, können auch mehrere, voneinander unabhängige Entgeltfortzahlungszeiträume entstehen.

Für Arbeitgeber ist es jedoch nahezu unmöglich festzustellen, ob eine erneute Arbeitsunfähigkeit auf derselben (Fortsetzungserkrankung bzw. Vorerkrankung) oder einer neuen Erkrankung beruht. Sie sind deshalb auf Auskünfte der jeweiligen Krankenkasse angewiesen. Denn nur die Krankenkasse erhält von den behandelnden Ärzten die Diagnosen, die die Arbeitsunfähigkeit begründen.

Die Krankenkassen sind bisher nicht ausdrücklich gesetzlich verpflichtet, von sich aus zu prüfen, ob ein Entgeltfortzahlungsanspruch wegen derselben Krankheit ausgelaufen ist und somit der Krankengeldanspruch auflebt. Arbeitgeber sind jedoch grundsätzlich berechtigt, alle notwendigen Informationen von den Leistungsträgern der Sozialversicherung abzufordern. Die Leistungsträger haben demnach auf Antrag des Arbeitgebers Mitteilungen über die Zeiten, die auf den Anspruch des Beschäftigten auf Entgeltfortzahlung anrechenbar sind, durch Datenübertragung zu übermitteln (§ 107 SGB IV). Aus der betrieblichen Praxis wird berichtet, dass das Anfrageverfahren unnötig schwerfällig ist und dass verschiedene Krankenkassen Arbeitgeber-Anfragen nach Fortsetzungserkrankungen in vielen Fällen nur sehr zögerlich bearbeiten oder in Einzelfällen

auch unrichtige oder wenig glaubwürdige Auskünfte erteilen.

Um sicherzustellen, dass Arbeitgeber nicht länger ungerechtfertigte Entgeltfortzahlungen leisten, sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Korrektheit der von den Krankenkassen beurteilten Neu- bzw. Folgeerkrankungszeiten regelmäßig überprüfen, um die Krankenkassen zu qualifizieren und noch stärker zur Fehlerminimierung zu motivieren.

Außerdem sollte der Auskunftsanspruch der Arbeitgeber in eine Auskunftspflicht der Krankenkassen umgewandelt werden. Für die Krankenkassen sollte im SGB V die Verpflichtung geschaffen werden, dem Arbeitgeber auf Grundlage der vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unverzüglich mitzuteilen, wenn eine Arbeitsunfähigkeit innerhalb der in § 3 Abs. 1 EFZG genannten Zeiträume auf derselben Krankheit beruht. Zum 1. Januar 2022 werden die Krankenkassen erfreulicherweise verpflichtet, die Arbeitgeber initiativ zu informieren (§ 109 SGB V i.d.F. ab 1.1.2022) Über unseren Spitzenverband BDA haben wir uns hierfür eingesetzt.

Sollte es nicht möglich sein, die Unternehmen durch eine rechtssichere Klärung von Vorerkrankungszeiten von zu Unrecht fortgezahltem Entgelt zu entlasten, sollte das Kriterium der Vorerkrankung beim Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz ersatzlos entfallen, sodass Entgeltfortzahlung nur für einen bestimmten Zeitraum (z. B. 6 Wochen) innerhalb eines Jahreszeitraums geleistet würde. Damit wären die angesprochenen Probleme der Krankenkassenmeldungen aber gleichzeitig auch die Frage nach der Zuverlässigkeit der Rückmelde-daten der Krankenkassen obsolet. Darüber hinaus könnten jährliche Bürokratiekosten in Millionenhöhe eingespart werden, die auf Basis der derzeitigen Regelung sowohl auf Seiten der Arbeitgeber als auch auf Seiten der Krankenversicherung anfallen.

### **3. AU-Bescheinigungstätigkeit von Ärzten wirksam prüfen**

Es gibt Beschwerden von Arbeitgebern über Ärzte, die etwa auffällig häufig oder nahtlos mit verschiedenen Krankheiten Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Deshalb tut eine wirksame Kontrolle not. Dies hat nichts mit einem Generalverdacht gegen alle Ärzte zu tun.

Bisher kommen Beanstandungen fehlerhafter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 106c SGB V), Prüfungen durch den MDK (§ 275 Abs. 1 b SGB V in der Fassung bis 10.5.2019) sowie berufsrechtliche Konsequenzen durch die Landesärztekammer nach Gesprächen mit Praktikern seit Jahrzehnten so gut wie nicht vor.

Um eine effektivere Kontrolle sicherzustellen, sollte die Prüfung der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungstätigkeit beim behandelnden Arzt von der Prüfungsstelle auf den MDK übertragen werden. Denn dort sind die notwendigen Strukturen und Erfahrungen für die Prüfung bereits weitgehend vorhanden. Die Krankenkassen müssen auffällige AU-Schreibungs-Tätigkeiten identifizieren, hierauf die zukünftig elektronisch übermittelten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auswerten und ggf. Hinweise an die Prüfbehörde geben.

Neben anlassbezogenen Prüfungen muss zusätzlich die Zufallsstichprobe für die Arbeitsunfähigkeit wieder eingeführt werden. Für Krankenkassen und Arbeitgeber muss ein Schadensersatzanspruch bei grober Fahrlässigkeit bzw. Vorsatz gegen den Arzt wieder eingeführt werden. Ein solcher Schadensersatzanspruch existierte bis zum 10.5.2019 (§ 106 Buchst. a Abs. 5 SGB V i.d.F. bis 10.05.2019) und wurde durch einen der vielen Änderungsanträge zum Terminservice- und Vergabegesetz (vom 6.5.2019, BGBl I, S. 646) ohne sachliche Begründung gestrichen (vgl. Beschlussempfehlung, Bundestags-Drucksache 19/8351, Art. 1 Nr. 57). Im selben Zuge wurde statt einer bis dahin ver-

pflichtenden zweiprozentigen Zufallsstichprobe eine Überprüfung lediglich auf begründeten Antrag der Krankenkassen eingeführt (§ 106a Abs. 1 SGB V in der Fassung ab 11.5.2019).

### **4. Verlagerung der Arbeitsunfähigkeit-Bescheinigungstätigkeit prüfen**

Bei mehr als zwei Dritteln der jährlich über 40 Millionen Arbeitsunfähigkeits-Fälle handelt es sich um Kurzeiterkrankungen (siehe „Hintergrund“ am Ende). Deshalb sollte geprüft werden, ob die Bescheinigungstätigkeit auf Ärzte verlagert werden kann, die mit dieser Aufgabe besonders betraut werden. Zusätzlich könnten auch die Amtsärzte der Gesundheitsämter zuständig werden. Denn im Zuge der Corona-Pandemie werden sie finanziell und personell aufgewertet. In Nicht-Pandemie-Zeiten könnten dann Kapazitäten für die Untersuchung auf Arbeitsunfähigkeit genutzt werden.

### **5. Arbeitsunfähigkeit auch bei Privatversicherten überprüfbar machen**

Es gibt zahlreiche Fallkonstellationen, die dazu führen, dass Arbeitgeber die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern anzweifeln. Das SGB V nennt insbesondere Fälle, in denen Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt. Auch in Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist, sind auch nach Ansicht des Gesetzgebers Zweifel angebracht (§ 275 Abs. 1a SGB V).

In solchen Fällen kann der Arbeitgeber verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversiche-

zung (MDK) zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Hiervon kann die Krankenkasse nur absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben (§ 275 SGB V).

Jedoch ist eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK aktuell nur bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern möglich. Bei privatversicherten Arbeitnehmern haben Arbeitgeber hingegen keine Möglichkeit, bei Zweifeln die Arbeitsunfähigkeit überprüfen zu lassen. Diese Ungleichbehandlung von Arbeitnehmern schränkt die Handlungsmöglichkeiten des Arbeitgebers bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit ein und kann zu Störungen des Betriebsklimas führen, z. B. wenn gesetzlich versicherte Kollegen beim MDK vorstellig werden müssen, privat Versicherte jedoch nicht.

Deshalb sollte der Gesetzgeber die privaten Krankenversicherer verpflichten, ebenfalls einen sozialmedizinischen Dienst mit der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten zu beauftragen. Denkbar wäre vor allem die Ausweitung der Aufgaben von MEDICPROOF, dem medizinischen Dienst der privaten Krankversicherer, der aktuell vor allem für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zuständig ist.

## **II. Rehabilitation verbessern, schnelle Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen**

### **1. Arbeitsunfähigkeit nicht durch Wartezeiten auf Arzttermine verlängern**

Arbeitsunfähig erkrankte Arbeitnehmer müssen für ihre Genesung möglichst schnell die notwendige ärztliche Versorgung erhalten. Jedoch ziehen lange Wartezeiten auf einen Arzttermin die Arbeitsunfähigkeit in vielen Fällen unnötig in die

Länge. Der Anteil der Personen, die länger als drei Wochen auf einen Termin beim Haus- oder Facharzt warten müssen, ist in den letzten zehn Jahren stark gestiegen (von 9 % 2008 auf 15 % 2018 nach Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschlossene Weiterentwicklung der Terminservicestellen und die Ausweitung der Mindestsprechstunden niedergelassener Ärzte von 20 auf 25 Stunden pro Woche erscheinen als geeignete Maßnahmen, um die Wartezeiten auf Arzttermine für Patienten verkürzen zu können. Mittelfristig sollte jedoch evaluiert werden, ob lediglich eine Verschiebung der Terminvergabe dergestalt eingetreten ist, dass weniger Termine direkt und mehr über die Terminservicestellen bereitgestellt werden, da über letztere eine höhere Vergütung erzielt werden kann, oder ob sich die Wartezeiten tatsächlich verkürzt haben. Es wäre fatal, wenn die Maßnahmen lediglich zu beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen führen, ohne dass sich die Versorgung der Versicherten tatsächlich verbessert.

### **2. Haus- und Betriebsärzte müssen Reha-Bedarf besser erkennen**

Im Anschluss an die Akutbehandlung bei Unfällen oder Erkrankungen müssen möglichst schnell die richtigen Schritte zur Rehabilitation eingeleitet werden, damit Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit wiederhergestellt werden können. Vor allem bei schweren Erkrankungen ist schnelles Handeln geboten. Denn wenn die Reha-Maßnahme zu spät durchgeführt wird, kann das im Einzelfall u. a. zu verlängerten Ausfallzeiten, vorzeitiger Erwerbsminderung oder irreversiblen Gesundheitsschäden führen. Neun von zehn Menschen mit Behinderung in Deutschland haben ihre Behinderung in Folge einer Erkrankung erlitten (Zahlen des Statistischen Bundesamts – 2018).



Jedoch geht aktuell nur ein geringer Teil von Rehabilitationsmaßnahmen und stufenweisen Wiedereingliederungen auf Empfehlungen der behandelnden Ärzte zurück. Haus- und Betriebsärzte müssen deshalb in der Aus- und Weiterbildung von der Kassenärztlichen Vereinigung für das Thema Rehabilitation sensibilisiert werden. Gezielte und umfassende Rehabilitation verbessert die Gesundheit und die Teilhabe der Patienten an Arbeit und Gesellschaft und schont das Akutbehandlungsbudget des Arztes.

### **3. Schnellen Übergang vom Krankenhaus in die Reha sicherstellen**

Auch im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt darf keine wertvolle Zeit bei der Einleitung einer notwendigen Reha-Maßnahme verloren gehen. Bei der sog. Anschlussheilbehandlung (rund 10 % der Reha-Fälle, z. B. nach Herzinfarkt) läuft dies auch vielfach reibungslos innerhalb weniger Tage nach einer Akutbehandlung (z. B. einer Operation), weil die Reha direkt im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eingeleitet wird. In Reha-Fällen, in denen die Reha vom niedergelassenen Arzt eingeleitet werden soll (z. B. um zunächst den Wundheilungsprozess nach einer OP abzuwarten) gibt es jedoch z.T. große Verzögerungen, u.a. weil der niedergelassene Arzt nicht über alle Informationen verfügt oder der Arztbrief zu spät kommt oder unvollständig ist. Die Hessische Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen müssen behandelnde Ärzte in den Krankenhäusern stärker motivieren, auf die Einleitung notwendiger Reha-Maßnahmen zu achten und notwendige Informationen schnell und vollständig an niedergelassene Ärzte weiterzuleiten.

### **4. Reha am konkreten Arbeitsplatz ausrichten**

Das Angebot an Rehabilitationsleistungen vieler Sozialversicherungsträger ist bislang

noch unzureichend auf die spezifischen Bedürfnisse der Arbeitswelt ausgerichtet. Meist werden allgemeine Standardangebote unterbreitet. Aus betrieblicher Sicht wäre eine stärkere Fokussierung auf einerseits arbeitsplatznahe (ambulante) und andererseits arbeitsplatzbezogene Rehabilitationsmaßnahmen dringend notwendig. Auch ambulante Angebotsformen die eine (teilweise) Weiterbeschäftigung ermöglichen z. B. in Kombination mit einer stufenweisen Wiedereingliederung, sollten erprobt werden. Dafür ist auf Seiten der Reha-Träger eine verbesserte Kenntnis des konkreten Arbeitsplatzes erforderlich.

Die Rentenversicherungsträger sollten ihr Angebot an effizienten medizinisch-beruflich-orientierten Reha-Maßnahmen (MBOR) erhöhen und hierfür möglichst flächendeckend mit Reha-Einrichtungen zusammenarbeiten. Darüber hinaus sollte – das Einverständnis der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorausgesetzt – der fachliche Austausch zwischen den behandelnden Ärzten in den Reha-Kliniken und den zuständigen Werksärzten noch engmaschiger gestaltet werden.

Übergänge von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation müssen effektiver gestaltet werden. Häufig werden Unternehmen erst nach der Rückkehr des Mitarbeiters über die sozialmedizinische Begutachtung informiert. Damit ist eine umfassende Vorbereitung, z. B. bei einer umfassenden Arbeitsplatzanpassung nicht möglich und die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz wird unnötig verzögert. Die Sozialversicherungsträger bzw. die von ihnen beauftragten Reha-Einrichtungen sollten sich daher möglichst schon während der Reha-Maßnahme mit dem Unternehmen abstimmen.

## **5. Trägerübergreifende Beratung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bereitstellen**

Bei den Reha-Trägern gibt es bereits ein breites Angebot an Leistungen zur Rehabilitation, das jedoch oft für einen Rehabilitanden über mehrere Träger verstreut ist. Für Personen mit Reha-Bedarf und Arbeitgeber ist dies oftmals zu unübersichtlich und kompliziert. Jede Verzögerung gefährdet jedoch den Reha-Erfolg. Notwendig ist daher eine umfassende trägerübergreifende Beratung durch einen zentralen Ansprechpartner. Anstatt die Unternehmen nur im Bedarfsfall und auf Anfrage zu beraten, sollte die aufsuchende Beratung flächendeckend implementiert und ausgebaut werden (wie z. B. der „Firmenservice“ der Deutschen Rentenversicherung).

## **6. Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern**

Reha-Leistungen werden nicht nur von vielen verschiedenen Trägern angeboten (Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Arbeitsagentur, Träger der Eingliederungshilfe und Integrationsamt), je nach Zuständigkeit können auch mehrere Träger am selben Rehabilitationsprozess beteiligt sein, also etwa Rentenversicherung und Krankenkasse oder Arbeitsagentur und Rentenversicherung.

Bei der Zusammenarbeit der Reha-Träger darf es nicht länger zu Reibungsverlusten kommen, die zu Lasten der Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen gehen und zudem vermeidbare Kosten verursachen. Deshalb muss jeder Rehabilitationsträger an den Schnittstellen zu den jeweils anderen Leistungsträgern Verbesserungspotenziale herausarbeiten und kontinuierlich Effizienzreserven heben. Die Zusammenarbeit der Träger auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sollte verbessert werden.

Alle für eine erfolgreiche Unterstützung nötigen Daten, wie z. B. ärztliche Befunde, sollten allen beteiligten Akteuren zur Verfügung stehen, damit die geteilte Zuständigkeit nicht zu unnötigen Verzögerungen für die unterstützten Personen führen. So ließen sich beispielsweise die wochen- bzw. monatelangen Wartezeiten bis zum Beginn einer Reha-Maßnahme oder bis zur Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente reduzieren.

Die Sozialleistungsträger in Hessen und andere unterstützende Akteure wie z. B. behandelnde Ärzte sollten den elektronischen Datenaustausch noch stärker zur Zusammenarbeit nutzen, um Versicherte und Leistungsempfänger bestmöglich zu unterstützen. Die Sozialversicherungsträger müssen dafür die nötigen Schnittstellen schaffen und nutzen. Hessen muss sich im Bundesrat für die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen einsetzen.

Am Ende sollten Leistungen der Rehabilitationsträger endlich „wie aus einer Hand“ erbracht werden.

## **7. Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei den sozialmedizinischen Diensten verbessern**

Für die Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen ist regelmäßig eine sozialmedizinische Beurteilung notwendig. Aktuell gibt es bei den Rehabilitations-Trägern verschiedene ärztliche Dienste (z. B. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit oder den sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung), die die Träger in medizinischen Fragen beraten und unterstützen. Das trägerübergreifende Denken und Handeln der sozialmedizinischen Dienste in den einzelnen Sozialversicherungszweigen sollte verbessert und so Doppelbegutachtungen und Zeitverluste vermieden werden. Dies kann durch einen intensiveren Austausch der Dienste untereinander erfolgen. Langfristig

könnte auch ein für die gesamte Sozialversicherung tätiger Dienst geschaffen werden.

## **8. Reha-Prozesse an Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten**

Die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Wurden 2006 insgesamt noch rund 25 Milliarden Euro für Rehabilitation und Teilhabe insgesamt ausgegeben, waren es im Jahr 2017 schon über 36 Milliarden Euro (rund die Hälfte dieser Ausgaben fließt in die Eingliederungshilfe zur Milderung der Folgen einer Behinderung oder allgemeine Eingliederung in die Gesellschaft; Zahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. - BAR). Um die größtmögliche Wirksamkeit der Maßnahmen sicherzustellen, müssen die Rehabilitationsträger den Einsatz von Förderinstrumenten an den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass jeder Träger Transparenz über den Erfolg seiner Maßnahmen herstellt.

Erkenntnisse aus laufenden oder abgeschlossenen Reha-Verfahren können dabei helfen, die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachhaltig zu sichern. Die Sozialversicherungsträger sollten daher aus den Reha-Prozessen gewonnene Daten so aufbereiten, dass sie sowohl die Prävention als auch die Rehabilitation weiter optimieren können. Um den Datenschutz zu gewährleisten, wäre hier auch der Rückgriff auf einen größeren Pool anonymisierter Daten denkbar, der Rehabilitanden vieler vergleichbarer Unternehmen einbezieht.

## **9. Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein Erfolgsmodell**

Die stufenweise Wiedereingliederung, mit der der Arbeitnehmer schrittweise und unter Beteiligung des behandelnden Arztes an den Arbeitsplatz zurückgeführt wird, hat sich bewährt. Die Reha-Kliniken und die behandelnden Ärzte sollten noch mehr

von der Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung Gebrauch machen, um Arbeitnehmer nach einer Erkrankung wo es geht schrittweise ins Erwerbsleben zurückzuführen. Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz beschlossene Stärkung der stufenweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben durch die vorgesehene verpflichtende Prüfung dieser Option durch die Ärzte ist sinnvoll und richtig. Denn diese müssen alle Optionen für eine erfolgreiche Reha prüfen und einleiten. Ob und wie eine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt wird, muss aber weiterhin vom Arbeitgeber gesteuert werden können und für die Beschäftigten freiwillig bleiben. Denn sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer müssen die Möglichkeit haben, die Wiedereingliederung abubrechen, wenn z. B. die Belastbarkeit noch nicht ausreicht.

## **III. Gesundheit stärken, Arbeitsunfähigkeit vorbeugen**

### **1. Eigenverantwortung der Arbeitnehmer einfordern**

Jeder Bürger kann durch bewusstes Verhalten dazu beitragen, dass seine Gesundheit durchgehend und dauerhaft erhalten bleibt. Zwar hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Jedoch ist zurecht jeder an erster Stelle selbst für seine eigene Gesundheit verantwortlich (§ 1 SGB V). Auch der Staat sollte immer nur dort Leistungen zur gesundheitlichen Vorsorge erbringen, wo der Einzelne nicht selbst in der Lage ist, seine Gesundheit zu erhalten. Gefordert ist der Staat z.B. bei der Gewährleistung gesundheitsverträglicher Lebensbedingungen (z. B. Trinkwasserschutz), bei der Vermeidung bzw. Bekämpfung von Seuchen und bei der Bereitstellung gesundheitlicher Vorsorge für diejenigen, die selbst dazu nicht in der

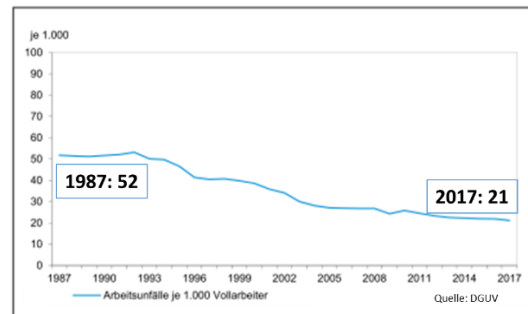
Lage sind (z. B. Pflichtuntersuchungen oder Zahnprophylaxe für Kinder).

Angesichts des hohen Anteils individuell verhaltensbedingter Gesundheitskosten an den Gesamtausgaben der Krankenkassen ist es dringend erforderlich, die Eigenverantwortung der Versicherten stärker zu betonen und einzufordern. Charakteristika ungesunder Verhaltensweisen sind z. B. eine unausgewogene Ernährung, zu wenig Bewegung und übermäßiger Suchtmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol, Drogen, Medikamente) sowie eine unverhältnismäßig fordernde private Lebensweise. Folgen können Krankheitsbilder wie etwa Herzinfarkt und Schlaganfall, Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes), Adipositas sowie psychische Erkrankungen sein. Um Anreize zu schaffen und ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern, bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist. Dazu zählt auch die Praxisgebühr, die wieder eingeführt, aber dann bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte, um eine bessere Steuerungswirkung entfalten zu können.

## 2. Arbeitgeber bei Arbeits- und Gesundheitsschutz unterstützen

Der finanzielle Aufwand der Unternehmen für Prävention und Gesundheitsschutz ist erheblich: Im Jahr 2016 brachten die Arbeitgeber deutschlandweit insgesamt rund eine Milliarde Euro für Prävention und Gesundheitsschutz auf (Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes). Seit dem Jahr 2000 stiegen die Ausgaben der Arbeitgeber damit um über 50 Prozent, während die der öffentlichen Haushalte um nur etwas mehr als zehn Prozent anstiegen. Das Engagement der Unternehmen in den Bereichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt

sichtbare Erfolge: Die Zahl der Arbeitsunfälle pro 1.000 Vollarbeiter ist in den letzten 30 Jahren um mehr als die Hälfte zurückgegangen (DGUV).



Die Zahl der Arbeitnehmer, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist seit 1995 um 40 Prozent zurückgegangen (gemessen am Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit; Zahlen der DRV). Die Erwerbstätigenquote der 55 bis unter 65-jährigen ist seit 2005 von 41 Prozent auf 71 Prozent gestiegen (Eurostat).

Unterschiedliche Gegebenheiten und der ständige Innovationsprozess in den Unternehmen erfordern ein flexibles Instrumentarium des Arbeitsschutzes sowie der Arbeitsgestaltung und -organisation. Maßnahmen müssen am realen Bedarf der Unternehmen ausgerichtet sein.

Derzeit ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz einer der am stärksten reglementierten Lebensbereiche in Deutschland. Die hessische Landesregierung sollte sich im Bund dafür einsetzen, den Vorschriftenwust zu lichten. Befreiung von bürokratischem Ballast und Überregulierung muss das Ziel sein. Vor allem kleine und mittlere Unternehmen verlieren den Überblick, welche Gesetze, Verordnungen und Unfallverhütungsvorschriften für sie einschlägig sind und wie sie die Anforderungen erfüllen sollen.

Während die Arbeitgeber für den gesetzlichen Arbeitsschutz verantwortlich sind, ist die allgemeine Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Viele Unternehmen setzen sich gleichwohl auch



freiwillig für die Gesundheitsförderung ihrer Beschäftigten ein. Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Konzepte, um gesundheitsfördernde Maßnahmen strategisch im Betriebsablauf zu implementieren und dadurch Anreize für gesunde Lebens- und Arbeitsweisen zu setzen. Dabei bieten die meisten Unternehmen eine gesundheitsgerechte Ausstattung der Arbeitsplätze mit Stehhilfen, spezielle Fertigungsbänke oder ergonomische Stühle, Vorsorgeuntersuchungen, Betriebssport wie Laufgruppen oder gesundes Essen an (DIHK-Umfrage). Insgesamt wächst das Interesse vieler Unternehmen, ein langfristiges Gesundheitsmanagement aufzubauen. Die Gruppe der Älteren findet zunehmend Beachtung.

Auch das Verhalten von Führungskräften und ihre Gestaltung der Zusammenarbeit können bestimmende Faktoren für die Häufigkeit von Fehlzeiten im jeweiligen Geschäftsbereich sein. Arbeitgeber sollten darauf achten, ob häufige Fehlzeiten mit einzelnen Führungskräften in Verbindung gebracht werden können und gegebenenfalls das Gespräch suchen, um das Führungsverhalten im laufenden Betrieb zu verbessern.

Neben dem individuellen Verhalten gehört hierzu auch die Einstellung der Führungskräfte zur Umsetzung des Arbeitsschutzes sowie freiwilliger Gesundheitsmaßnahmen des Unternehmens. Da Gesundheit vor allem Privatsache ist, fällt es Führungskräften in der Praxis häufig schwer, dies zu thematisieren. Führungskräfte sollten deshalb gestärkt werden, Gesundheitsgespräche zu führen, Ursachen am Arbeitsplatz zu erkennen und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu nutzen. Hierfür bieten sich unter anderem Schulungen im „gesunden Führen“ an.

Sozialversicherungsträger sind wichtige Partner der Betriebe bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen.

Jedoch sind häufig Angebote und Unterstützungsleistungen der Kassen, Unfallversicherungsträger, der Rentenversicherung oder der Integrationsämter bei Unternehmen nicht ausreichend bekannt. So wissen Unternehmen aufgrund der Vielzahl an Sozialversicherungsträgern, Zuständigen und Anbietern nicht, wen sie am besten ansprechen sollten, um Maßnahmen umzusetzen. Unternehmen benötigen daher einheitliche Informations- und Beratungsstrukturen. Dies setzt eine engere Koordination und Abstimmung zwischen den Sozialleistungsträgern voraus.

Die Sozialversicherungsträger sollten die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung laufend untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse an die Unternehmen weiterreichen, um die Effektivität von Maßnahmen zu erhöhen.

Das hohe Interesse der Betriebe an freiwilligen Leistungen für die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer sollte auch durch einen verbesserten steuerlichen Rahmen unterstützt werden. Denn bisher sind Arbeitgeberleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nur bis zu einer Höhe von 500 Euro pro Mitarbeiter und pro Jahr steuer- und sozialversicherungsfrei, wenn sie bestimmten Anforderungen des SGB V genügen (§ 3 Nr. 34 EStG). In der Praxis wird dies u. a. aufgrund des bürokratischen Aufwands nicht genutzt. Die Streichung der Obergrenze von 500 Euro wäre deshalb ein Beitrag zur Stärkung der Attraktivität von Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen der Unternehmen. Durch die steuerrechtliche Anknüpfung an das SGB V wäre auch in Zukunft sichergestellt, dass nur als förderungswürdig angesehene Maßnahmen steuerbefreit sind.

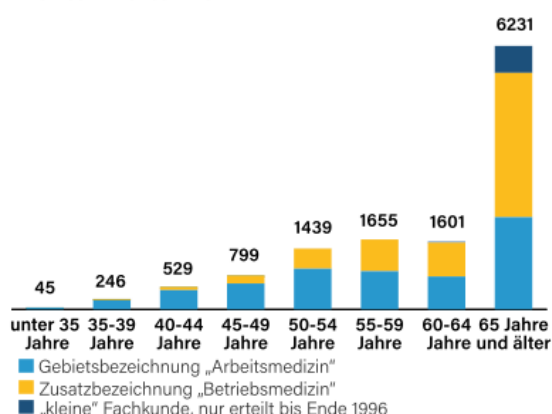


### 3. Betriebsärztemangel lindern, Arbeitsmedizinische Versorgung verbessern

Der Nachfrage der Unternehmen nach betriebsärztlicher Betreuung stehen schon heute nicht genügend Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gegenüber und das Verhältnis droht sich weiter zu verschlechtern, da nicht genügend Mediziner nachrücken.

#### Betriebsärzte: Ausreichend Nachwuchs fehlt

Anzahl der Ärzte nach Alter



Quelle: Bundesärztekammer, Stand 31.12.2017

Die Fachrichtung Arbeitsmedizin muss für die angehenden Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Auch muss es wieder eine ausreichende Anzahl an Lehrstühlen geben. Hier sind vor allem die Bundesärztekammer sowie die einschlägigen Fachverbände, der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) sowie die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) gefragt. Das Sponsoring von Lehrstühlen, welches einzelne Unfallversicherungsträger bereits begonnen haben, kann ebenfalls ein sinnvoller Beitrag sein. Auch die Landesärztekammer Hessen sollte dazu beitragen, dass ausreichend Betriebsärzte vorhanden sind. Gute arbeitsmedizinische Qualifikationen sollten mit einem beherrschbaren Zeitaufwand erworben werden können. Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Landesärztekammer seit dem 1. Juli 2019 den Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin durch eine einjährige Weiterbildung ermöglicht. Die Weiterbildung zum

Facharzt Arbeitsmedizin dauert jedoch weiterhin 5 Jahre (Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen).

Um Betriebsärzte zu entlasten und den Arbeitgebern die Erfüllung arbeitschutzrechtlicher Vorschriften zu erleichtern, sollte in der berufsgenossenschaftlichen Vorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) eine Verankerung der Beteiligung weiterer Fachkompetenzen (z. B. Ergonomen, Arbeitshygieniker, Arbeitspsychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Demografieberater, Sport- oder Gesundheitswissenschaftler) zur Erfüllung von Pflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz vorgehen werden.

Hessen sollte sich im Bundesrat dafür einsetzen, dass die Möglichkeiten des sog. Unternehmermodells auf mehr Betriebe ausgeweitet werden. Das Unternehmermodell ermöglicht Unternehmern, durch Schulungen in Fragen des Arbeitsschutzes auf die sonst erforderliche Betreuung durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte ganz oder teilweise verzichten zu können. Zum einen sollte geprüft werden, ob die Möglichkeit, an dem Unternehmermodell teilzunehmen, nicht durchgängig bei allen Unfallversicherungsträgern auf 50 Beschäftigte ausgedehnt werden kann. Zum anderen muss darüber hinausgehend geprüft werden, ob die Grenze von 50 Beschäftigten nicht bei einigen Unfallversicherungsträgern und den dort versicherten Branchen weiter angehoben werden kann.

### 4. Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 abschaffen

Beim U1-Verfahren wird dem Arbeitgeber das nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers fortgezahlte Arbeitsentgelt teilweise von den Krankenkassen erstattet. Das Verfahren senkt die Motivation, sich für Prävention zu engagieren. Denn Betriebe können die Kosten eines hohen Krankenstands

teilweise an Betriebe mit niedrigem Krankenstand weitergeben. Umgekehrt wird durch das U1-Verfahren der Lohn betrieblicher Anstrengungen zur Krankenstands-senkung (z. B. durch betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutzmaßnahmen, Rückkehrgespräche) deutlich reduziert: Zwar verringern sich dadurch die Fehlzeiten, gleichzeitig aber auch die Erstattungen der Krankenkassen.

Finanziert wird das U1-Verfahren durch eine Arbeitgeberumlage. Den einbezogenen Kleinbetrieben (Arbeitgeber mit bis zu 30 Arbeitnehmern) entstehen nach Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft durch die Administration des U1-Verfahrens jährliche Verwaltungskosten in Höhe von 570 Millionen Euro. Hinzu kommen, die von den Arbeitgebern über die U1-Umlage zu finanzierenden Verwaltungskosten der Krankenkassen (BDA).

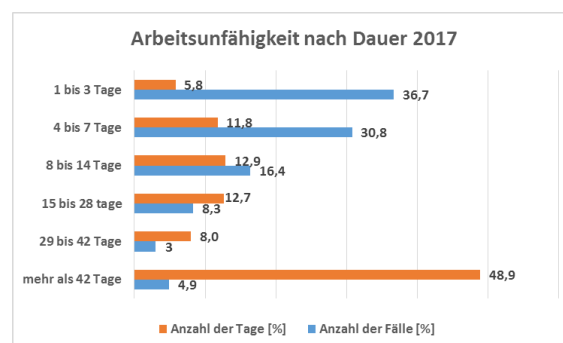
Der einzelne Arbeitgeber muss das U1-Verfahren mit jeder Krankenkasse durchführen, bei der einer seiner Beschäftigten versichert ist. Dementsprechend sind – je nach Satzung der Krankenkasse – jeweils unterschiedliche Erstattungssätze (derzeit über 200) und damit auch unterschiedliche Umlagesätze zugrunde zu legen und vom Arbeitgeber zu berücksichtigen. Bei den Krankenkassen belaufen sich die Bürokratiekosten auf 160 Millionen Euro pro Jahr (BDA).

Hessen sollte sich im Bundesrat dafür einsetzen, dass die Pflicht zur Teilnahme am U1-Verfahren gestrichen wird. Allerdings lässt sich auch bei Beibehaltung des Verfahrens eine deutliche Entlastung von Bürokratieaufwand erreichen, indem Arbeitgebern ermöglicht wird, sich eine Krankenkasse auszuwählen, bei der sie das Umlageverfahren durchführen. Die Unternehmen hätten somit einen Ansprechpartner für alle Abwicklungsfälle, einheitliche Beitrags- bzw. Erstattungssätze sowie einheitliche Erstattungsregeln.

## Hintergrund:

### Das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen in Deutschland und in Hessen

Im Jahr 2017 gab es bei den gesetzlich Versicherten deutschlandweit über 40 Millionen AU-Fälle mit insgesamt über 530 Millionen AU-Tagen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Durchschnittlich dauerte eine Arbeitsunfähigkeit damit rund 13 Tage. In zwei Drittel der Fälle ist die Arbeitsunfähigkeit jedoch bereits nach maximal einer Woche beendet, wie u. a. aus Daten der größten gesetzlichen Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse hervorgeht (TK-Gesundheitsreport 2018). Dabei werden Kurzzeiterkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer, für die regelmäßig keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt werden müssen, statistisch sogar deutlich untererfasst. Gleichzeitig entfällt fast die Hälfte der AU-Tage auf eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Langzeiterkrankten (rund 5 %).

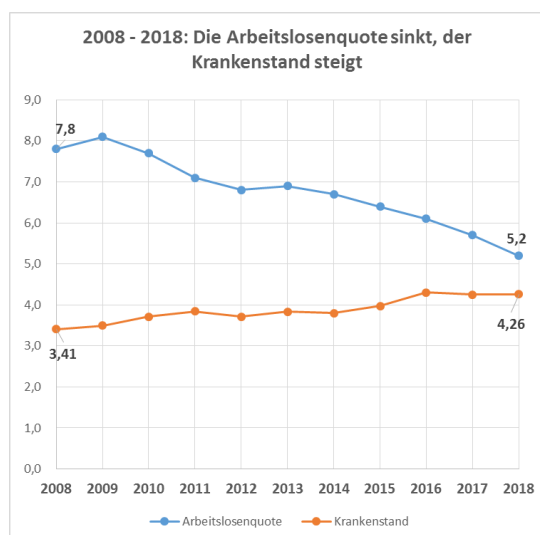


Quelle: Techniker Krankenkasse

Der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit der Einführung der Lohnfortzahlung im Jahr 1970 (5,6 %) deutlich gesunken. Neben dem Engagement der Unternehmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. oben III. 2, S. 12) ist dies auch auf veränderte Produktions- und Beschäftigungsstrukturen zurückzuführen: Waren 1970 von allen Erwerbstätigen noch 8 % in

der Land- bzw. Forstwirtschaft und Fischerei sowie 47 % im produzierenden Gewerbe tätig, sind es heute nur noch 1 % bzw. 23 %. Spiegelbildlich dazu hat der Anteil der Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich von 45 % auf 75 % stark zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2018).

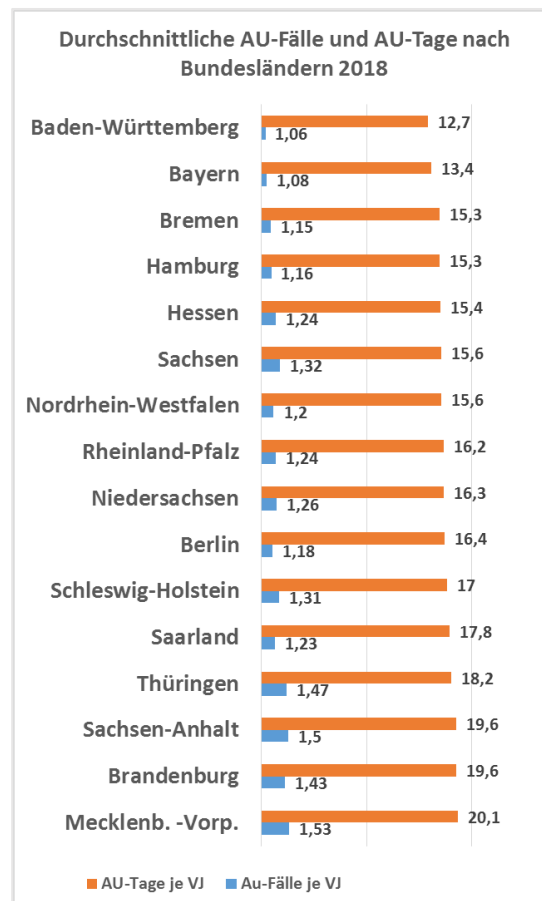
Jedoch haben neben dem tatsächlichen Gesundheitszustand der Mitarbeiter auch andere Umstände maßgeblichen Einfluss auf den Krankenstand. Insbesondere besteht ein Zusammenhang zur jeweiligen Arbeitsmarktlage: Während bei hoher Arbeitslosigkeit Befindlichkeitsstörungen weniger häufig als Anlass für eine Krankenschreibung genommen werden, steigt die Fehlzeitenquote bei verbesserter Arbeitsmarktlage tendenziell an.



Quellen: Bundesagentur für Arbeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Für ein hohes Ausmaß an sog. motivationsbedingten Fehlzeiten sprechen auch die erheblichen, medizinisch nicht begründbaren regionalen Krankenstandsunterschiede: Bei den Mitgliedern der Techniker Krankenkasse reichte die Spannweite 2018 von 12,7 Arbeitsunfähigkeitstagen in Baden-Württemberg bis zu 20,1

Arbeitsunfähigkeitstagen in Mecklenburg-Vorpommern. Hessen reiht sich mit durchschnittlich 15,4 Arbeitsunfähigkeitstagen im Mittelfeld ein (TK Gesundheitsreport, 2019).



Quelle: Techniker Krankenkasse

Immer mehr Betriebe erkennen diesen Zusammenhang und versuchen, den motivationsbedingten Krankenstand zu begrenzen. Bewährt haben sich insbesondere Rückkehrgespräche, aber auch erweiterte Verantwortungs- und Handlungsspielräume für die Mitarbeiter.

## Literatur:

- **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Geschäftsbericht 2018
- **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände:** Bürokratieaufwand umgehend reduzieren, [https://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE\\_Beitrag\\_und\\_Melderecht](https://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE_Beitrag_und_Melderecht) , abgerufen am 01.07.2019
- **Deutsche Rentenversicherung Bund:** Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2018
- **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (DGUV):** DGUV Statistiken für die Praxis 2017
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Indikator 3.28 des Indikatorensetzes der GBE der Länder: Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage (Anzahl) und Tage je Fall bei Pflichtmitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner nach Geschlecht, Deutschland, ab 1993, [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=96402029&nummer=267&p\\_sprache=D&p\\_in dsp=679&p\\_aid=37726732](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=96402029&nummer=267&p_sprache=D&p_in dsp=679&p_aid=37726732) , abgerufen am 28.06.2019
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Krankenstand der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt, [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=65040207&nummer=640&p\\_sprache=D&p\\_in dsp=-&p\\_aid=3690941](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=65040207&nummer=640&p_sprache=D&p_in dsp=-&p_aid=3690941) , abgerufen am 28.08.2019
- **GKV-Spitzenverband:** GKV-Kennzahlen, [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp) , abgerufen am 28.06.2019
- **IW Köln:** Krankenstand in Deutschland (2018): Arbeitnehmer fallen länger aus, <https://www.iwd.de/artikel/krankenstand-in-deutschland-arbeitnehmer-fallen-laenger-aus-377618/> , abgerufen am 28.06.2019
- **IW Köln:** Rund 60 Milliarden Euro für die Entgeltfortzahlung, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/jochen-pimpertz-rund-60-milliarden-euro-fuer-die-entgeltfortzahlung-414901.html> , abgerufen am 03.07.2019
- **IW Köln:** 62 Milliarden für Entgeltfortzahlung bei Krankheit, IW-Kurzbericht 1/2020, [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht\\_2020\\_Entgeltfortzahlung.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht_2020_Entgeltfortzahlung.pdf) , abgerufen am 15.01.2020
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung:** Die Wartezeit ist für die meisten kurz <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php> , abgerufen am 28.06.2019
- **Statistisches Bundesamt:** 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland, Pressemitteilung Nr. 228 vom 25. Juni 2018
- **Techniker Krankenkasse:** Gesundheitsreport 2018

*Die Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände e. V. vertritt die Interessen von 80 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden und ihrer 150.000 Mitgliedsunternehmen mit 1,5 Millionen Beschäftigten in Industrie, Dienstleistungen, Handel, Handwerk und Landwirtschaft. Als Dachverband bündeln und moderieren wir branchenübergreifend die wirtschafts-, sozial-, tarif- und bildungspolitischen Interessen der hessischen Wirtschaft.*