



© Firma V - Fotolia.com

Stufenweise Wiedereingliederung (SWE) aus Sicht der Kunden und die Abwicklung in der Praxis (Deutschland)

1. Allgemeines

Die stufenweise Wiedereingliederung war früher auch bekannt als „Hamburger Modell“. Teilweise wird zwar diese Bezeichnung heute noch bei Arbeitgebern etc. verwendet, es handelt sich aber rechtlich um eine stufenweise Wiedereingliederung. Diese ist unabhängig von einer eventuell vorausgehenden medizinischen Rehabilitation.

Zielsetzung

Die stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, arbeitsunfähige Versicherte nach länger andauernder, schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit wieder zu erreichen.

Durch eine individuell angepasste Steigerung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung im Rahmen eines Wiedereingliederungsplans wird angestrebt, den Genesungs- und Rehabilitationsprozess positiv zu beeinflussen. Dabei können die arbeitsunfähigen Arbeitnehmer

- ihre berufliche Belastbarkeit und ihre physischen/psychischen Grenzen kennenlernen,
- ihre Selbstsicherheit und ihre Selbstvertrauen wiedergewinnen und
- die Angst vor Überforderung und einem Rückfall abbauen.

Durch die Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung wird davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit früher eintritt und ein dauerhafter Einsatz am Arbeitsplatz besser gelingt.

Dadurch können negative Folgen vermieden werden, wie z. B.

- Einbuße beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten,

- mangelndes Interesse an der Wiederaufnahme der Arbeit,
- missglückte Arbeitsversuche, weil von null auf hundert zunächst überfordern kann,
- Kündigung durch den Arbeitgeber (Verlust der „höheren“ Einkommensquelle),
- aufwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“),
- Fixierung auf das bestehende Leiden,
- Ausbildung von Renten neurosen,
- vorzeitige Berentung und
- psychosoziale Probleme (familiär, finanziell).

Zuständig für die Organisation und Zahlung von Entgeltersatzleistungen können je nach Fallgestaltung die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger sein.

2. Zuständigkeit der Krankenversicherung

Gesetzliche Grundlagen

§ 44 SGB IX –

stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

§ 74 SGB V

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer

Gerhard Streit
ist Referent in den
Bereichen „Grundsatz“
und „Privatkunden“ in
der Zentrale der AOK
Bayern in München.

Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie

§ 7 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie – Grundsätze der SWE

Empfehlungen zur Ausgestaltung einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gemäß § 74 SGB V und § 44 SGB IX finden sich in der Anlage dieser Richtlinie.

§ 2 Abs. 2 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie – Grundsätze der SWE

Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll.

Wer kann eine stufenweise Wiedereingliederung anregen?

Eine stufenweise Wiedereingliederung kann grundsätzlich jeder Beteiligte anregen, z. B.

- der arbeitsunfähige Versicherte selbst,
- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die behandelnden niedergelassenen Ärzte,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK),
- die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV),
- die Träger der Unfallversicherung,
- die Agenturen für Arbeit,
- die Akutkrankenhäuser oder Reha-Einrichtungen,
- der Arbeitgeber, der Personalrat oder die Schwerbehindertenvertretung,
- die Betriebsärzte.

Der Wiedereingliederungsplan (SWE-Plan)

Der SWE-Plan ist ein sogenannter verbindlicher Mustervordruck, der von allen Beteiligten verwendet werden muss.

- Die Teilnahme an der SWE ist für die Versicherten eine freiwillige Maßnahme.
- Das Angebot einer SWE durch den Arbeitgeber ist grundsätzlich freiwillig.
- Es entstehen keine Nachteile bei einer Nichtannahme.
- Der Plan wird vom Arzt erstellt.
- Dem SWE-Plan müssen Versicherter und Arbeitgeber zustimmen.

Entgeltersatzleistungen

§ 2 Abs. 2 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie – Grundsätze der SWE

Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die Ver-

sicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll.

- Damit besteht grundsätzlich für den Zeitraum der SWE ein Anspruch auf Krankengeld.
- Es besteht gegenüber dem Arbeitgeber grundsätzlich ein Anspruch auf Arbeitsentgelt, sofern während dieser Zeit eine Arbeitsleistung von wirtschaftlichem Wert erbracht wird. Der tägliche Krankengeldbetrag wird um diesen Anteil des Arbeitsentgelts gekürzt.
- In rund 95 Prozent der Fälle wird keine Arbeitsleistung von wirtschaftlichem Wert erbracht, sodass keine Zahlung von Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber erfolgt und damit das Krankengeld in unveränderter Höhe weitergezahlt wird.

Beispiel (stark vereinfacht) zur Anrechnung des Arbeitsentgelts auf die Entgeltersatzleistung:

Krankengeld wird in Höhe von 70,- Euro kalendertäglich geleistet. Das Arbeitsentgelt des Arbeitgebers bei einer SWE von vier Stunden kalendertäglich beträgt 40,- Euro. Dies bedeutet, dass dann das Krankengeld um die 40,- Euro gekürzt wird und nur noch in Höhe von 30,- Euro gezahlt wird.

Ein besserer bzw. gerechterer Ansatz wäre hier eine Teilarbeitsunfähigkeit, die allerdings (noch) einer gesetzlichen Regelung bedürfte. Damit würde Krankengeld für vier Stunden in Höhe von 35,- Euro gezahlt und Arbeitsentgelt für vier Stunden in Höhe von 40,- Euro, also insgesamt kalendertäglich 75,- Euro. Dies wäre ein zusätzlicher Anreiz für die Versicherten, die SWE durchzuführen.

Dauer und Änderungen

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung sollte grundsätzlich einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen nicht übersteigen. Die stufenweise Wiedereingliederung kann aber auch mit entsprechenden Begründungen und medizinischen Voraussetzungen verlängert bzw. von vornherein für einen längeren Zeitraum genehmigt werden.

Auch während eines bereits genehmigten Zeitraums kann nach entsprechender Abstimmung auch der Inhalt und der Umfang (täglich und insgesamt) verändert werden.

Beendigung

Eine stufenweise Wiedereingliederung endet, wenn

- einer der Beteiligten (insbesondere Arbeitgeber oder Arbeitnehmer) sie einseitig beendet oder sie im beiderseitigen Einvernehmen beendet wird,
- feststeht (durch medizinische Bestätigungen), dass sie nicht erfolgreich sein wird,
- oder im Idealfall, wenn die Arbeit wieder voll (zeitlich und inhaltlich) aufgenommen wird.

Auswirkungen

Die Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung (grundsätzlich besteht Anspruch auf Krankengeld, unabhängig davon, ob der Arbeitgeber teilweise oder gegebenenfalls ganz das Arbeitsentgelt leistet) wird auf die Höchstdauer des Krankengeldes angerechnet.

3. Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Krankenkassen und Deutscher Rentenversicherung

Gesetzliche Grundlagen

§ 44 SGB IX – stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

§ 71 Abs. 5 SGB IX – Weiterzahlung der Leistungen

Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende weitergezahlt.

Ursprüngliche Auslegung der DRV

Der Begriff „unmittelbarer Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ wurde vonseiten der DRV so ausgelegt, dass dies der nächste Tag sein muss. Dies hätte in der Praxis bedeutet, dass eine stufenweise Wiedereingliederung während der medizinischen Rehabilitation erkannt und eingeleitet werden muss, um am Tag nach der Reha-Entlassung mit der stufenweisen Wiedereingliederung beginnen zu können.

Ursprüngliche Auslegung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Im Gegensatz dazu hat die GKV als Reaktion auf die Auslegung der DRV „unmittelbaren Anschluss“ als Zeitspanne von zwei bis drei Monaten ausgelegt. Dies hätte in der Praxis bedeutet, dass eine stufenweise Wiedereingliederung während der medizinischen Rehabilitation erkannt und eingeleitet werden muss (gegebenenfalls auch danach), um innerhalb von zwei bis drei Monaten mit der stufenweisen Wiedereingliederung beginnen zu können.

Ursprüngliche Differenzen GKV und DRV

Dieser missliche Umstand bzw. die gegenteiligen Auffassungen hatten von 2001 bis 2011 Bestand. In den Jahren 2008 und 2009 hat das Bundessozialgericht höchststrichterlich, gefestigt und gleichlautend in mehreren Verfahren (29.1.2008 – Az.: B5a/5 R 26/07 R, 5.2.2009 – Az.: B 13 R 27/08 R, 20.10.2009 – Az.: B 5 R 22/08 R) zuungunsten der DRV entschieden. Diese BSG-Urteile wurden vonseiten der DRV nicht anerkannt, sondern als Einzelfälle beurteilt.

Da auch keine Verzichtserklärungen auf die Einrede der Verjährung abgegeben wurden, musste in einer unglaublichen Vielzahl an entsprechenden Fällen Klage eingereicht werden.

Auf „Hinweise“ der zuständigen Ministerien und der Gerichte hat sich die DRV Bund zu Verhandlungen über eine Vereinbarung für Fälle ab dem Jahr 2011 und die Abwick-

lung der „Altfälle“ (2001 bis 2010) bereit erklärt. Diesem Verfahren haben sich die DRV-Regionalträger angeschlossen.

Vergleich über „Altfälle“

Zwischen dem Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und der DRV-Bund wurde für die AOK-Gemeinschaft ein Vergleich (Pauschalzahlung) ausgehandelt. Die DRV Bayern hat im Anschluss daran mit den bayerischen Regionalträgern für die AOK-Gemeinschaft vergleichbare Pauschalen vereinbart.

4. Zuständigkeit der Rentenversicherung

Gesetzliche Grundlagen

§ 44 SGB IX – stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

§ 71 Abs. 5 SGB IX – Weiterzahlung der Leistungen

Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende weitergezahlt.

Abschluss einer Zuständigkeitsvereinbarung zwischen DRV und GKV

Für alle Fälle der stufenweisen Wiedereingliederung ab 1.9.2011 gilt die zwischen der DRV Bund und dem GKV-Spitzenverband geschlossene Zuständigkeitsvereinbarung. Demnach ist die DRV für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig, wenn

- zum Zeitpunkt der Reha-Entlassung weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht und
- die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung von der Reha-Klinik (während der Reha) festgestellt wird und
- aus Sicht der Reha-Klinik eine stufenweise Wiedereingliederung zur Erreichung des Rehabilitationsziels angezeigt ist und
- die stufenweise Wiedereingliederung spätestens innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Reha-Maßnahme beginnt und
- der Versicherte und der Arbeitgeber zugestimmt haben und
- der Versicherte ausreichend belastbar ist (mindestens zwei Stunden täglich).

Eine weitere Voraussetzung ist, dass sich der Versicherte zum Reha-Ende in einem ungekündigten bzw. unbefristeten Arbeitsverhältnis befindet.

Es gelten keine Ausnahmen, wie z. B. gesundheitliche oder betriebliche Gründe. Diese führen nicht zur Verlängerung der Vier-Wochen-Frist.

Verfahrensbeschreibung nach der Zuständigkeitsvereinbarung zwischen DRV und GKV

Mitteilung der AOK-Faxnummer für Checkliste an Reha-Klinik

Der Kundenberater zum Krankengeld übermittelt der Reha-Klinik, unmittelbar nachdem er Kenntnis über die Reha-Aufnahme erlangt hat, die Fax-Nummer, an die die Checkliste zu übermitteln ist.

Übermittlung der Checkliste durch die Reha-Einrichtung

Die Rentenversicherungsträger stellen sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen die Checkliste bei arbeitsunfähig entlassenen Arbeitnehmern bzw. Selbständigen immer spätestens am letzten Tag der Leistung zur medizinischen Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung erstellen.

Die Checkliste wird von der Rehabilitationseinrichtung per Fax spätestens am Entlassungstag der Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger übermittelt. Darüber hinaus wird die Checkliste dem Versicherten am Entlassungstag in einem verschlossenen Umschlag für den behandelnden Arzt mitgegeben.

Mögliche Ergebnisse und Vorgehensweise

Reha-Klinik leitet SWE ein – Zuständigkeit DRV

Die Reha-Klinik holt die Zustimmung der Beteiligten ein, erstellt einen Stufenplan und faxt diesen gemeinsam mit der Checkliste an die Krankenkasse.

Der Versicherte erhält von der DRV ab dem Tag nach der Reha-Entlassung bis zum Ende der SWE Übergangsgeld weitergezahlt. Für diesen Zeitraum ruht der Anspruch auf Krankengeld, deshalb wird dieser Zeitraum bei der Berechnung des Höchstanspruchs auf Krankengeld berücksichtigt.

Reha-Klinik leitet keine SWE ein

Grundsätzlich leitet die Reha-Einrichtung hingegen eine stufenweise Wiedereingliederung nicht ein, wenn

- das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung – nämlich die Wiederaufnahme der bisherigen Beschäftigung bzw. Tätigkeit und somit die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben – aus medizinischer Sicht nicht mehr erreicht werden kann oder
- die bisherige Beschäftigung bzw. Tätigkeit bereits ohne eine stufenweise Wiedereingliederung wieder in vollem Umfang aufgenommen werden kann.

Es kann verschiedene Fallkonstellationen geben, in denen die Reha-Einrichtung feststellt, dass eine stufenweise Wiedereingliederung nicht erforderlich ist oder erforderlich ist, aber nicht eingeleitet wurde. Alternativ kann auch in solchen Fällen die Erforderlichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung mit dem MDK oder auch dem behandelnden Arzt besprochen werden – Voraussetzung ist jedoch, dass der Versicherte auch einer SWE zugestimmt hat.

Checkliste – SWE ist nicht erforderlich

Wenn die Reha-Einrichtung feststellt, dass eine stufenweise Wiedereingliederung nicht erforderlich ist, und



© sdeconet - Fotolia.com

dies in der Checkliste durch Ankreuzen des entsprechenden Auswahlkästchens begründet, ist gemeinsam mit dem Versicherten die weitere Vorgehensweise – abhängig von der Begründung (z. B. kurzzeitige, d. h. weniger als vier Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit nach der Reha-Entlassung) – zu beraten.

Checkliste – SWE ist erforderlich, wurde aber nicht eingeleitet

Wenn die Reha-Einrichtung feststellt, dass eine stufenweise Wiedereingliederung zwar erforderlich ist, diese aber nicht eingeleitet wurde, und dies in der Checkliste durch Ankreuzen des entsprechenden Auswahlkästchens begründet, ist gemeinsam mit dem Versicherten die weitere Vorgehensweise zu beraten. Gegebenenfalls ist die SWE durch die Krankenkasse anzuregen.

Anregung der SWE durch die Krankenkasse – Grundsatz

In den Fällen, in denen die Rehabilitationseinrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung nicht einleitet, kann die Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei der DRV anregen.

Anregungstatbestände liegen in der Regel dann vor, wenn sich die individuellen Verhältnisse nach Ausstellung der Checkliste verändert haben. Dabei können sich die Veränderungen auf alle in der Checkliste dargestellten Sachverhalte beziehen.

Die 14-Tage-Frist zur Anregung der SWE beginnt am Tag nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, frühestens jedoch am Tag nach Eingang der Checkliste bei der Krankenkasse. Es handelt sich um eine Ausschlussfrist. Verzögerungen im Prozessablauf bei der Krankenkasse hat diese zu vertreten.

Die stufenweise Wiedereingliederung hat unabhängig von der Entscheidung der DRV spätestens am 28. Tag nach der Reha-Entlassung zu beginnen.

Abhängig von der weiteren Entscheidung erhält der Versicherte Übergangsgeld durch die DRV oder Krankengeld durch die Krankenkasse.

- Auch sechs Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung gibt es immer noch bzw. immer wieder Zweifelsfälle der Zuständigkeit.
- Dazu finden jährliche Zusammenkünfte zum Erfahrungsaustausch zwischen DRV und GKV-Spitzenverband statt.
- Insgesamt läuft das Verfahren bzw. die Abgrenzung zwischen DRV und GKV aber sehr gut.