



© maggie-picture - Fotolia.com

Das Konzept einer Teilarbeitsunfähigkeit und weitere Perspektiven der Wiedereingliederung und der Rehabilitation in Deutschland

Zusammenfassung

Langzeitarbeitsunfähigkeit (Langzeit-AU) ist für die betroffenen Menschen eine große Belastung mit häufig nicht nur medizinischen, sondern auch beruflichen und sozialen Folgen. Umso bedeutsamer ist es, dass es bedarfsgerechte und effektive Leistungsangebote gibt, die sie darin unterstützen, gesund zu werden und den Wiedereinstieg in das Berufsleben zu bewältigen.

Der vorliegende Artikel stellt zunächst einige zentrale Kennzahlen zur Langzeit-AU in Deutschland dar. Anschließend skizziert er Anregungen für eine Weiterentwicklung im Bereich von Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung. Die Anregungen zur Rehabilitation betreffen die Datentransparenz und die Evidenzbasierung im Rehabilitationssektor sowie die Förderung der ambulanten Rehabilitation. Hinsichtlich der Weiterentwicklung der beruflichen Wiedereingliederung liegt der Fokus auf dem Konzept einer Teil-AU und eines Teilkrankengeldes, wie es in mehreren skandinavischen Ländern bereits etabliert ist. Dieses vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) auch für Deutschland vorgeschlagene Konzept wird im Vergleich zur in Deutschland bestehenden stufenweisen Wiedereingliederung und zur neuen österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit dargestellt.

Einleitung

Die Beschäftigungszahlen in Deutschland steigen, doch zugleich nehmen auch die AU-Zeiten zu. Die AU-Fälle und AU-Tage sind seit dem Jahr 2006 deut-

lich angestiegen, ebenso der Krankenstand in Prozent. Dieser betrug im Jahr 2016 knapp über vier Prozent (Badura et al. 2017). Bei manchen Krankenkassen (z. B. der Techniker Krankenkasse, vgl. Techniker Krankenkasse 2018) ist aber zuletzt wieder eine leicht rückläufige Entwicklung zu beobachten. Zur Einordnung ist erwähnenswert, dass der Krankenstand in Deutschland verglichen mit den Werten in den 1970er- und 1980er-Jahren (zeitweise über fünf Prozent) immer noch niedriger ist.

Steigende ökonomische Bedeutung der Langzeitarbeitsunfähigkeit

Besonders eine Langzeit-AU, d. h. eine AU mit einer Dauer über sechs Wochen, kann gravierende soziale und ökonomische Folgen haben und für die Betroffenen nicht selten das Risiko einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente bergen. Die Langzeit-AU-Fälle machten 2016 nur knapp vier Prozent aller AU-Fälle aus, aber 46 Prozent aller AU-Tage (Badura et al. 2017). Letzteres zeigt ihre große volkswirtschaftliche Bedeutung, sowohl bezüglich indirekter Kosten durch Arbeitsausfälle als auch bezüglich direkter Kosten durch Krankengeldzahlungen der Krankenkassen. Die Ausgaben für Krankengeld sind in den letzten zehn Jahren stark angestiegen, und zwar von 5,6 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 11,4 Milliarden Euro im Jahr 2016. Das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 7,4 Prozent pro Jahr.

Zerlegt man das Ausgabenwachstum in einzelne Komponenten, so sind ein Anstieg von Fallzahl und Falldauer die wichtigsten Ursachen (SVR 2016, Kap. 5).

Dr. med. David Herr
ist wissenschaftlicher
Referent in der Geschäfts-
stelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin.

Im Zeitraum von 2006 bis 2016 ist der Anstieg der Fallzahlen mit einem mittleren jährlichen Wachstum von +2,5 Prozent der bedeutendste Faktor, gefolgt von den Falldauern (jährlich +2,2 Prozent). Ein Anstieg von Anspruchsberechtigten (jährlich +1,4 Prozent) und ein gestiegener Zahlbetrag pro Tag (jährlich +1,1 Prozent) sind weitere Faktoren. Berücksichtigt man darüber hinaus Veränderungen in der Altersstruktur der Versicherten, so kommt man zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte des Krankengeldausgabenanstiegs über exogene Faktoren erklärt werden kann, die durch das Krankenversicherungssystem kaum beeinflussbar sind (ebd.). Einige davon sind sogar per se begrüßenswert, z. B. höhere Löhne, die zu höheren Krankengeldzahlbeträgen pro Tag führen. Der auch nach Altersstandardisierung verbleibende Anstieg der Fallzahlen und besonders der Falldauern deutet hingegen auf eine Veränderung auch des Krankheitsgeschehens hin.

Konzentration der Diagnosen bei Langzeitarbeitsunfähigkeit

Die den Langzeit-AU-Fällen zugrunde liegenden Diagnosen sind konzentriert auf bestimmte Erkrankungsgruppen. Dabei führen die muskuloskelettalen Erkrankungen. Auch die psychischen Erkrankungen sind sehr relevant und im Zeitverlauf in ihrer Bedeutung gestiegen (SVR 2016, Kap. 10). Zudem haben die AU-Fälle mit psychischen Erkrankungen eine überdurchschnittlich hohe mittlere Dauer. Das Wissen um diese Konzentration der Diagnosen bietet Anlass für Präventionsmaßnahmen, für ein zielgerichtetes Fallmanagement und für bestimmte selektivvertragliche Versorgungsangebote. So führen die Krankenkassen zunehmend ein sogenanntes Krankengeld-Fallmanagement durch und legen dabei einen besonderen Fokus auf die genannten Erkrankungen (SVR 2016, Kap. 8). Konkret gaben bei einer SVR-Befragung im Jahr 2015 zwei von drei Krankenkassen an, dass die Diagnosen eine Rolle bei der Entscheidung spielen, bei welchen AU-Fällen sie ein Fallmanagement initiieren und die Versicherten kontaktieren (SVR 2016, Kap. 8). Dabei sind muskuloskelettale und psychische Erkrankungen diejenigen, nach denen am häufigsten ausgewählt wird. Es folgen bösartige Neubildungen, kardiologische und neurologische Erkrankungen (ebd.).

Die Betroffenen werden dann z. B. darin unterstützt, passende Ärzte oder andere Leistungserbringer zu finden oder Leistungsanträge zu stellen. Einige Krankenkassen haben mit Leistungserbringern Selektivverträge vereinbart, die dazu führen, dass z. B. erkrankte Krankengeldbezieher dieser Krankenkassen schneller einen Termin bei einem Facharzt für Psychiatrie oder Orthopädie oder bei einem Psychotherapeuten bekommen.

Perspektiven zur Weiterentwicklung der Rehabilitation

Im Rehabilitationssektor gibt es an verschiedenen Stellen Potenziale, die Strukturen und Abläufe weiterzuentwickeln. Im Folgenden können dabei nur einzelne Aspekte schlaglichtartig herausgegriffen werden. Für ausführliche Analysen und Empfehlungen zur Rehabilitation sei auf das Gutachten 2014 des SVR verwiesen (SVR 2014, Kap. 4).

Mehr Datentransparenz und Evidenzbasierung im Reha-Sektor

Im Rehabilitationssektor gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf bei den verfügbaren Daten. Dies liegt u. a. in der Trägervielfalt begründet, bei denen einzelne Träger Daten in unterschiedlichem Format und in unterschiedlicher Detailtiefe vorhalten. Hier wäre eine harmonisierte Statistik aller Rehabilitationsträger mit einheitlichen Definitionen zu empfehlen (SVR 2014, Kap. 4.1).

Außerdem ist die wissenschaftliche Evidenz für die Maßnahmen medizinischer Rehabilitation weniger gut, als man angesichts der langjährigen Praxis teilweise erwarten würde. Der SVR hat im Jahr 2014 ein systematisches Review zur Evidenzbasierung in der medizinischen Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz durchgeführt. Dieses hatte zum Ergebnis, dass die verfügbaren Studien oftmals keine hohe methodische Qualität aufweisen und die Evidenzlage insgesamt nur als „befriedigend“ eingestuft werden könne (SVR 2014, Kap. 4.3). Die Studienlage zur absoluten Wirksamkeit sei sogar „ungenügend“. Somit ist nicht nur das Kosten-Nutzen-Verhältnis von medizinischer Rehabilitation insgesamt wenig analysiert, sondern ein Vergleich verschiedener Reha-Arten und Reha-Maßnahmen untereinander ist schwierig. Hochwertige prospektive, im Idealfall randomisiert-kontrollierte Evaluationsstudien sind daher empfehlenswert. Dabei müssen methodische Eigenheiten des Rehabilitationssektors berücksichtigt werden. So könnten mit Cluster-Randomisierungen verschiedene Rehabilitationsprogramme an unterschiedlichen Kliniken durchgeführt und in Studien zur relativen Wirksamkeit untereinander verglichen werden (SVR 2014, Kap. 4.3). Studien zur absoluten Wirksamkeit ließen sich mithilfe des „Wartegruppensdesigns“ durchführen, bei dem eine Kontrollgruppe zeitversetzt mit der Rehabilitationsmaßnahme beginnt (ebd.).

Ausbau ambulanter medizinischer Rehabilitation

Von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als dem größten Rehabilitationsträger wurden im Jahr 2016 knapp eine Million abgeschlossene Leistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation ver-

zeichnet (DRV 2017). Der überwiegende Teil (ca. 85 Prozent) dieser Maßnahmen wurde stationär erbracht, auch wenn die ambulante Rehabilitation gegenüber den 1990er-Jahren bereits an Bedeutung gewonnen hat (vgl. SVR 2001). Insgesamt führte die orthopädische Rehabilitation mit 39 Prozent (Männer) bzw. 41 Prozent (Frauen), was der großen Bedeutung muskuloskelettaler Erkrankungen für Langzeit-AU entspricht. Am zweithäufigsten waren Rehabilitationen bei psychischen Erkrankungen (17 Prozent / 21 Prozent), gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (13 Prozent / 17 Prozent) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (15 Prozent / fünf Prozent). In den letzten zehn Jahren hat sich das Verhältnis um mehrere Prozentpunkte von der orthopädischen Rehabilitation hin zur Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen und bei Neubildungen verschoben.

Im großen Indikationsbereich der orthopädischen Rehabilitation ist der Anteil der ambulanten Rehabilitation noch am größten. Allerdings ist davon auszugehen, dass das Potenzial für eine ambulante Durchführung noch nicht ausgeschöpft ist und daher ein Ausbau ambulanter Rehabilitation zu empfehlen ist. Hierfür spricht auch, dass die ambulante Erbringungsform in anderen europäischen Ländern teilweise deutlich verbreiteter ist (Mittag/Welti 2017).

Eine ambulante Rehabilitation ist typischerweise flexibler, z. B. bei familiären Verpflichtungen oder als berufsbegleitende Rehabilitation. Es ließen sich Anfahrtswege reduzieren, denn die stationären Reha-Einrichtungen sind, zum Teil aus historischen Gründen, regional ungleich verteilt (mit einer überproportional häufigen Durchführung in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein). Ein flächendeckender Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote könnte auch durch die wegfallenden Hotelkosten mit Kosteneinsparungen verbunden sein (Schweikert et al. 2011). Die Patientenzufriedenheit ist nach bisheriger Studienlage zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation vergleichbar. Der SVR hat allerdings darauf hingewiesen, dass es auch zu dieser Frage mehr hochqualitative Studien braucht, die auch gesundheitsökonomische Aspekte mit untersuchen (SVR 2014, Kap. 4.4).

Perspektiven zur Weiterentwicklung der beruflichen Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung

Um arbeitsunfähigen Beschäftigten ein Überwinden ihrer AU zu ermöglichen, ist in Deutschland der Arbeitgeber angehalten, im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements entsprechende Leistungen und Hilfen anzubieten (§ 167 SGB IX). Als eine



© Robert Kneschke - Fotolia.com

konkrete, allerdings bewusst weder für Arbeitgeber noch für Arbeitnehmer verpflichtende Möglichkeit ist in § 74 Abs. 2 SGB V bzw. § 44 SGB IX die stufenweise Wiedereingliederung geregelt, die auch „Hamburger Modell“ genannt wird. Sie ermöglicht arbeitsunfähigen Arbeitnehmern, schrittweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, bis die volle Arbeitsbelastung erreicht wird. Hierzu wird eine Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber getroffen (Gagel 2011), auch die Krankenkasse ist üblicherweise involviert. Es handelt sich um ein Rechtsverhältnis eigener Art, in dem gegenseitig keine Hauptleistungspflichten bestehen (ebd.). Während der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung erhält der Arbeitnehmer daher kein Arbeitsentgelt, sondern unverändert Krankengeld (oder Übergangsgeld, wenn die Wiedereingliederung kurz nach einer Rehabilitation durchgeführt wird). Umgekehrt hat der Arbeitgeber keinen Anspruch auf die Erfüllung der regulären arbeitsvertraglichen Leistungspflicht.

Das Konzept einer Teilarbeitsunfähigkeit

Die stufenweise Wiedereingliederung gilt grundsätzlich als bewährtes Erfolgsmodell. Allerdings hat sie einige Limitationen. So wird sie, auch wenn dies keine direkte gesetzliche Einschränkung ist, üblicherweise erst ab dem 43. Krankheitstag durchgeführt (vgl. auch Formulierung „nach längerer Arbeitsunfähigkeit“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2015). Es ist kein Urlaub während der stufenweisen Wiedereingliederung möglich und der Versicherte hat zwar inhaltlich in vielen Fällen eine Motivation zur Teilnahme, aber keinen zusätzlichen finanziellen Anreiz, da er während der stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld (oder Übergangsgeld) in unveränderter Höhe erhält. Es sind zwar freiwillige Zuschüsse des Arbeitgebers möglich, sie kommen aber kaum vor (ca. drei Prozent aller Aufwendungen während der stufenweisen Wiedereingliederung, SVR 2017).

Erfahrungen mit Teilarbeitsunfähigkeit in nordischen Ländern

Im skandinavischen Raum, insbesondere in Schweden, gibt es die Möglichkeit einer teilweisen AU (Kausto et al. 2008). Dabei besteht ein reduzierter Anspruch auf Krankengeld bei gleichzeitigem Anspruch auf ein anteiliges Arbeitsentgelt. Auch in Norwegen, Dänemark und Finnland gibt es ähnliche Konzepte, die dort zeitversetzt nach dem Vorbild Schwedens übernommen wurden. Es gibt allerdings Unterschiede bei den konkreten Modellen und auch eine sehr verschiedene Verbreitung.

So ist etwa jeder dritte AU-Fall in Schweden ein Teil-AU-Fall, in den anderen genannten Ländern sind es teilweise deutlich weniger – bei steigender Tendenz. Dort wurde die Teil-AU allerdings verglichen mit Schweden, wo sie schon seit mehreren Jahrzehnten möglich ist (Andrén 2003), auch deutlich später eingeführt, z. B. im Jahr 2007 in Finnland. In Schweden kann die Teilarbeitsunfähigkeit auf 75 Prozent, 50 Prozent oder 25 Prozent eingestuft werden (Kausto et al. 2008), in Finnland auf 40 Prozent bis 60 Prozent, in Norwegen auf bis zu 80 Prozent (ebd.). Die Teil-AU kann in Schweden, Norwegen und Dänemark ab dem 1. AU-Tag angewendet werden, in Finnland erst etwas später, doch auch dort wurde die Grenze im Jahr 2010 von 60 auf zehn vorangegangene AU-Tage reduziert (Kausto 2013).

Insgesamt scheint es eine recht große Zufriedenheit mit dem Modell einer Teil-AU in den nordischen Ländern zu geben (Kausto et al. 2008). Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es Anhaltspunkte für einen positiven Effekt auf die Wiedereingliederung in dem Sinne, dass eine Rückkehr zu einer Vollzeittätigkeit wahrscheinlicher ist oder früher stattfindet (Andrén/Svensson 2012 für Schweden; Høgelund et al. 2010 für Dänemark; Kausto 2013 für Finnland; Markussen et al. 2012 für Norwegen), die Ergebnisse sind aber auch nicht immer eindeutig (Høgelund et al. 2012). Es konnte gezeigt werden, dass es u. a. von bestimmten sozioökonomischen Eigenschaften abhängt, welche Personen die Möglichkeit einer Teil-AU in Anspruch nehmen (Kausto 2013).

Teilarbeitsunfähigkeit auch in Deutschland?

Der SVR hat im Rahmen seines Sondergutachtens 2015 vorgeschlagen, ein Modell einer Teil-AU auch in Deutschland einzuführen (SVR 2016). Dies würde eine Abkehr vom derzeitigen Alles-oder-nichts-Prinzip der Arbeitsfähigkeit (Gagel 2011) bedeuten, dem zufolge eine Einschränkung in Teilbereichen bereits eine vollständige AU bedingt (auch wenn das Einbringen eines Restleistungsvermögens im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung durchaus bereits möglich ist). Die Einführung einer Teil-AU hätte das Ziel, einen

neuen rechtlichen Zustand zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit zu etablieren, auf Basis dessen einem Versicherten eine flexible Wiedereingliederung angeboten werden kann. Im Konsens mit dem Betroffenen könnte der Arzt entscheiden, ob eine teilweise Berufstätigkeit trotz noch nicht vollständig wiederhergestellter Gesundheit möglich und gewollt ist. Die Teil-AU könnte bereits in den ersten sechs Wochen der AU und theoretisch ab dem ersten Tag möglich sein, wobei dieser frühe Anwendungsfall auch in den nordischen Ländern bisher eher selten vorkommt. Während der Teil-AU erhielte der Arbeitnehmer ein anteiliges Krankengeld („Teilkrankengeld“) und ein anteiliges Arbeitsentgelt, z. B. je 50 Prozent. Finanziell hätte der Arbeitnehmer damit einen moderaten Vorteil gegenüber der jetzigen stufenweisen Wiedereingliederung, da das anteilige Arbeitsentgelt höher ist als das anteilige Krankengeld. Anders als bei der bisherigen stufenweisen Wiedereingliederung könnte gegebenenfalls auch die Möglichkeit von Urlaubstagen eingeräumt werden. Der Arbeitgeber hingegen könnte früher von einer zumindest teilweisen Verfügbarkeit der Arbeitskraft seines Mitarbeiters profitieren. Dafür müsste er die Flexibilität aufbringen, eine entsprechende Beschäftigungsmöglichkeit einzurichten. Nach der sechsten Woche müsste er sich anders als bei der jetzigen stufenweisen Wiedereingliederung zwar auch finanziell durch das anteilige Arbeitsentgelt beteiligen, hingegen könnte er in der vorangehenden Phase der sechswöchigen Entgeltfortzahlung ohne zusätzliche Kosten von der Teilarbeitsleistung des Beschäftigten profitieren.

Es müsste sorgsam darauf geachtet werden, für welche Indikationen eine Teil-AU sinnvoll ist. Denkbar ist z. B. ein Einsatz bei bestimmten psychischen Erkrankungen, bei denen der Erkrankte eine gewisse Tagesstruktur aufrechterhalten und nicht vollständig von der Arbeitstätigkeit aussetzen möchte. Bei psychischen Erkrankungen wird bereits jetzt häufig eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen (Bürger et al. 2011). Eine Teil-AU ist auch etwa dann denkbar, wenn eine Tätigkeit sich aus sowohl handwerklicher Tätigkeit als auch Bürotätigkeit zusammensetzt und Letzteres noch möglich ist. In den skandinavischen Ländern sind beide Indikationsbereiche (und weitere) für den Einsatz von Teil-AU gängig (Kausto 2013). Nicht geeignet ist ein solches Modell hingegen u. a. für unvollständig auskurierte grippale Infekte oder anderweitige Krankheiten, bei denen Bettruhe indiziert ist, das Risiko einer Wiederverschlechterung des Gesundheitszustands besonders hoch ist und bzw. oder Mitarbeiter angesteckt werden könnten. Die teilweise Arbeitstätigkeit muss zudem, wie bereits bei der bestehenden stufenweisen Wiedereingliederung, betrieblich machbar sein.

Als Einwand könnte hervorgebracht werden, dass

Tabelle 1: Vergleich zentraler Merkmale der derzeitigen stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland, des Konzepts einer Teil-AU gemäß dem SVR und der österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit

	Stufenweise Wiedereingliederung (Deutschland)	Teil-AU-Konzept des SVR (Deutschland)	Wiedereingliederungsteilzeit (Österreich)
Gesetzliche Einführung	1. Jänner 1989; seit 2004 auch nach einer Reha mit Übergangsgeld	–	1. Juli 2017
Rechtsanspruch des Arbeitnehmers	Nein	Nein	Nein
Sachlage während der Wiedereingliederung	Arbeitsunfähigkeit	Teilweise Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsfähigkeit
Frühester Beginn	Nach „längerer Arbeitsunfähigkeit“ (siehe Text)	Gegebenenfalls ab dem ersten AU-Tag	Nach sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit
Bandbreite der Arbeitszeitreduktion	Flexibel	Flexibel	Auf (im Durchschnitt der Gesamtzeit) 50 % bis 75 % der regulären Arbeitszeit
Dauer	Ein bis sechs Monate, max. zwölf Monate	Offen	Ein bis sechs Monate, gegebenenfalls Verlängerung um max. drei Monate
Geldleistungen	Volles Krankengeld + gegebenenfalls freiwillige Zuschüsse des Arbeitgebers	Anteiliges Arbeitsentgelt + anteiliges Krankengeld	Anteiliges Arbeitsentgelt + Wiedereingliederungsgeld (entspricht dem anteiligen Krankengeld)
Berechnungsgrundlage des (voll oder anteilig ausgezahlten) Krankengeldes ab dem 43. AU-Tag	70 % des Bruttolohns, max. 90 % des Nettolohns (voll ausgezahlt)	70 % des Bruttolohns, max. 90 % des Nettolohns (anteilig ausgezahlt)	60 % des Bruttolohns (anteilig ausgezahlt)

Quelle: eigene Darstellung

Ärzte nicht in die Rolle eines „Gutachters“ über die teilweise Arbeitsfähigkeit gebracht werden sollten, zumal sie die Bedingungen des Arbeitsplatzes schlecht einschätzen können. Allerdings müssen sie schon jetzt über die generelle AU befinden. Außerdem ist es bei einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V bereits jetzt Aufgabe des Arztes, „Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten an[z]ugeben“ und dabei gegebenenfalls sogar den Betriebsarzt oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) heranzuziehen (Gagel 2011). Vor allem soll die Teil-AU ausschließlich im Einvernehmen mit dem Versicherten vereinbart werden und nicht gegen ihn, sie wäre auch nicht der Standardfall. Der SVR sieht in dem Modell daher einen Zugewinn an Flexibilität, um eine Möglichkeit zu schaffen, ein Restleistungsvermögen eines Versicherten auf freiwilliger Basis in seinem Sinne und in Absprache mit dem Arbeitgeber nutzen zu können.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen stufenweiser Wiedereingliederung, Teilarbeitsunfähigkeit und der österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit

In Österreich gibt es seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit einer Wiedereingliederungsteilzeit (BMASGK 2018). Es bestehen Ähnlichkeiten zur deutschen stufenweisen Wiedereingliederung (siehe Tabelle 1).

So findet sie nach einer mindestens sechswöchigen AU statt und unterliegt bei dem Anteil der erbrachten Arbeitszeit einer gewissen Flexibilität. Anders als in Deutschland muss allerdings vor Antritt zunächst die Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Es wird dann auf freiwilliger Basis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber unter Hinzuziehen eines Arbeitsmediziners ein Wiedereingliederungsplan mit dem beabsichtigten Ablauf vereinbart. Dabei kann eine Reduktion der Arbeitszeit (gerechnet als Durchschnitt über die gesamte Zeit) um mindestens 25 Prozent bis maximal 50 Prozent für eine Dauer von einem bis sechs Monaten festgelegt werden. Der Arbeitnehmer erhält dann ein anteiliges Arbeitsentgelt und zusätzlich ein Wiedereingliederungsgeld von der Krankenversicherung. Dieses entspricht in der Höhe dem sogenannten „erhöhten Krankengeld“, welches ab dem 43. AU-Tag gezahlt wird (BMASGK 2018). Es entspricht 60 Prozent des Bruttolohns (Bundeskanzleramt Österreich 2018) und ist damit etwas niedriger als das Krankengeld in Deutschland (70 Prozent des Bruttolohns, aber maximal 90 Prozent des Nettolohns).

Ein grundsätzlicher Unterschied zum österreichischen Modell der Wiedereingliederungsteilzeit liegt also in der Definition des Zustands des Wiedereinzugliedern: In Österreich ist die Arbeitsfähigkeit formal eine Voraussetzung für die Wiedereingliederungsteilzeit, in Deutschland besteht weiter AU. Bei dem Konzept einer Teil-AU würde formal ein Zwischenzustand

attestiert. Der Einsatz wäre ab dem ersten AU-Tag möglich, sofern alle Beteiligten einverstanden sind. Die Kombination aus einem anteiligen Krankengeld von der Krankenkasse und einem anteiligen Arbeitsentgelt vom Arbeitgeber wäre bei der Teil-AU gemäß dem Modell des SVR hingegen ähnlich wie bei der österreichischen Wiedereingliederungsteilzeit.

Um das Teil-AU-Konzept in Deutschland einzuführen, müssten die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies beträfe sowohl eine juristische Verankerung des Konzepts einer Teilarbeitsunfähigkeit als auch die Einführung einer Teilkrankengeldleistung. Auch die Überschneidungen zur bereits existierenden stufenweisen Wiedereingliederung müssten geregelt werden.

Fazit

In Deutschland werden zahlreiche rehabilitative Maßnahmen durchgeführt. In den letzten zehn Jahren hat sich dabei das Indikationsspektrum der medizinischen Rehabilitation anteilig von den orthopädischen Rehabilitationen zu Fällen mit psychischen Erkrankungen und Neubildungen verschoben, außerdem ist

der Anteil der ambulanten Rehabilitationen auf ca. 15 Prozent gestiegen. Zugleich ist anzunehmen, dass das Potenzial der ambulanten Rehabilitation noch nicht ausgeschöpft ist. Hochwertige, mehrarmige prospektive Studien zur Evidenz von Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt und im Vergleich untereinander würden zudem deren zielgerichteten Einsatz verbessern.

Mit der stufenweisen Wiedereingliederung besteht ein grundsätzlich bewährtes Konzept zur Rückkehr in das Berufsleben. Eine Flexibilisierung des Konzepts der AU mit der Möglichkeit einer Teil-AU und eines Teilkrankengeldes nach skandinavischem Vorbild könnte erkrankten Arbeitnehmern neue Varianten der flexiblen Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen. Die neue österreichische Wiedereingliederungsteilzeit hat Gemeinsamkeiten sowohl mit der in Deutschland bestehenden stufenweisen Wiedereingliederung als auch mit dem Konzept einer Teil-AU. Eine Evaluation der Inanspruchnahme und der Effekte der Wiedereingliederungsteilzeit ist sinnvoll und im Hinblick auf die mögliche Weiterentwicklung bestehender Strukturen auch für Deutschland relevant.

LITERATUR

- Andrén, D. (2003): Sickness-related absenteeism and economic incentives in Sweden: a history of reforms. CESifo DICE Report 1 (3): 54–60.
- Andrén, D., Svensson, M. (2012): Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 22: 418–426.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2017): Fehlzeiten-Report 2017. Springer-Verlag, Heidelberg.
- BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Wiedereingliederungsteilzeit ab 1. Juli 2017; https://www.sozialministerium.at/site/Arbeit_Behinderung/Arbeitsrecht/Karenz_Teilzeit/Wiedereingliederungsteilzeit.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. *Arbeitshilfe*. Ausgabe 2015; <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf>.
- Bundeskazleramt Österreich (2018): Krankengeld; <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/217/Seite.2170004.html>.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., et al. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Rehabilitation* 50: 74–85.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22: 62.
- Gagel, A. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung – Einordnungsprobleme in der Gemengelage zweier Rechtsgebiete und dreier Rechtsverhältnisse. *Behindertenrecht* 3: 66–73.
- Högelund, J., Holm, A., Falgaard Eplöv, L. (2012): The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *J Ment Health Policy Econ* 15: 157–170.
- Högelund, J., Holm, A., McIntosh, J. (2010): Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *J Health Econ* 29: 158–169.
- Kausto, J. (2013): Effect of partial sick leave on work participation. Finnish Institute of Occupational Health, People and Work Research Reports 102. Juvenes Print, Tampere.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P., Viikari-Juntura, E. (2008): Partial sick leave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 34 (4): 239–249.
- Markussen, S., Mykletun, A., Roed, K. (2012): The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program. *J Public Econ* 96: 959–972.
- Mittag, O., Welti, F. (2017): Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt* 60: 378–385.
- Schweikert, B., Korber, K., Leidl, R. (2011): Kosten und Lebensqualität bei ambulanter vs. stationärer kardiologischer Rehabilitation – ein gesundheitsökonomischer Ansatz. Bericht zur Rehabilitationswissenschaftlichen Forschung Nr. 2, München.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III.3 – Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2016): Sondergutachten 2015. Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Hogrefe Verlag, Bern.
- Techniker Krankenkasse (2018): Gesundheitsreport 2018; <https://www.tk.de/firmenkunden/gesund-arbeiten/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsreport-2018-2033772>.