

Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld

Erfahrungen skandinavischer Länder und deren
mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche
Krankenversicherung in Deutschland

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Dr. Uwe K. Preusker

Endbericht
für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 18. Januar 2018

Kontakt:

Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
Martin.Albrecht@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Inhalt

1.	Einleitung	12
1.1	Hintergrund des Gutachtens	12
1.2	Ziele und Fragestellung des Gutachtens	14
1.3	Struktur des Berichts	14
2.	Methodisches Vorgehen	16
3.	Analyse der Teilkrankenschreibungs-/Teilkrankengeld-Regelungen in ausgewählten skandinavischen Ländern	19
3.1	Einführung	19
3.1.1	Teilkrankengeld-Regelungen – fester Bestandteil der skandinavischen Sozialsysteme	19
3.1.2	Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Gesundheits- und Sozialsysteme in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden	21
3.2	Darstellung der Nutzung des Teilkrankengeldes in Dänemark und Norwegen	25
3.2.1	Teilkrankengeld-Regelungen und ihre Nutzung in Dänemark	25
3.2.2	Teilkrankengeld-Regelungen und ihre Nutzung in Norwegen	35
3.3	Detailanalyse der Nutzung des Teilkrankengeldes in Schweden	48
3.3.1	Rechtlicher Rahmen	48
3.3.2	Grad der Umsetzung	56
3.3.3	Umsetzungsprobleme	61
3.3.4	Akzeptanz und Interessenlagen der maßgeblich Beteiligten	63
3.3.5	Wirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit	65
3.3.6	Finanzielle Auswirkungen für Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Kostenträger bzw. öffentliche Haushalte	68
3.4	Detailanalyse der Nutzung des Teilkrankengeldes in Finnland	70
3.4.1	Rechtlicher Rahmen	70
3.4.2	Grad der Umsetzung	76
3.4.3	Umsetzungsprobleme	78
3.4.4	Akzeptanz und Interessenlagen der maßgeblich Beteiligten	80
3.4.5	Wirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit	81
3.4.6	Finanzielle Auswirkungen für Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Kostenträger bzw. öffentliche Haushalte	83
3.5	Vergleich der Teilkrankengeld-Systeme der skandinavischen Länder	86
3.5.1	Nutzungsgrad	86
3.5.2	Wirksamkeit	87
3.5.3	Rahmenbedingungen	88

4.	Identifizierung von Kernelementen und Ausgestaltungsoptionen des Instruments eines Teilkrankengelds	91
5.	Beschreibung der Rahmenbedingungen in Deutschland	95
5.1	Krankengeld in Deutschland	95
5.2	Stufenweise Wiedereingliederung in Deutschland	97
5.2.1	Hintergrund und Ziele	97
5.2.2	Prozessablauf	97
5.2.3	Aufgaben und Ansprüche der Beteiligten	99
5.2.4	Finanzierung	102
5.2.5	Inanspruchnahme	104
5.2.6	Ergebnisse	107
5.2.7	Diskussion der SWE in der Literatur	108
5.2.8	Bewertung der SWE aus Sicht der Expertinnen und Experten	110
6.	Bewertung der Übertragbarkeit des Instruments eines Teilkrankengelds auf Deutschland	115
6.1	Generelle Beurteilung des Instruments eines Teilkrankengelds	115
6.2	Bewertung der zentralen Elemente eines Teilkrankengelds	116
6.2.1	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	116
6.2.2	Beginn, Dauer und Follow-Up-Mechanismen	119
6.2.3	Freiwilligkeit	121
6.2.4	Fördermaßnahmen	123
6.2.5	Finanzielle Anreize	125
6.2.6	Gestaltungselemente: Grad der Abstufungsmöglichkeiten	127
6.2.7	Zwischenfazit: Herausforderungen der Umsetzung eines Teilkrankengelds in Deutschland	127
7.	Simulation der finanziellen Auswirkungen	128
7.1	Design der Szenarien und Ausgestaltungsoptionen	128
7.1.1	Beschreibung der Modellszenarien	128
7.1.2	Ausgestaltungsoptionen der Modellszenarien	129
7.1.3	Zusätzliche Annahmen	130
7.2	Datengrundlagen und Vorgehen bei der Simulation	131
7.2.1	Simulation des Referenz-Szenarios	131
7.2.2	Simulation der Modellszenarien	132
7.3	Ergebnisse der Simulationsrechnungen	134
7.3.1	Ergebnisse des ersten Modellszenarios – Ausweitung der stufenweisen Wiedereingliederung	134
7.3.2	Ergebnisse des zweiten Modellszenarios – Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit	138

7.3.3	Ergebnisse des dritten Modellszenarios – Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Lohnfortzahlung	146
7.3.4	Mögliche Erweiterungen der Modellszenarien	148
7.4	Fazit: Finanzielle Auswirkungen	149
8.	Zusammenfassung und Diskussion	152
9.	Anhang	162
A1	Formular	163
	Literaturverzeichnis	165
	Abbildungen	6
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	10

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld, Indexdarstellung sowie prozentuale Änderung gegenüber dem Vorjahr, 1998-2016	12
Abbildung 2:	Überblick über die Vorgehensweise	16
Abbildung 3:	Schematische Darstellung der Versorgungs-Organisation für Versicherte der Gruppe 1 in Dänemark	26
Abbildung 4:	Das norwegische IA-Abkommen	37
Abbildung 5:	Verpflichtende Follow-Up-Prozedur für Krankschreibungen in Norwegen (gültig seit Mitte 2011)	39
Abbildung 6:	Anteil der teilweisen Krankschreibungen in % an allen von Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Krankschreibungen, 2005-2014	43
Abbildung 7:	Anteil der als beschäftigte Registrierten zwei Jahre nach Ende der Krankengeldperiode nach Teilkrankschreibungsgrad	47
Abbildung 8:	Anteil der als beschäftigte Registrierten zwei Jahre nach Ende der Krankengeldperiode nach Teilkrankschreibungsgrad und Art der Anstellung, 2011	48
Abbildung 9:	Berufliche Rehabilitationskette der schwedischen Sozialversicherungsanstalt	56
Abbildung 10:	Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen mit Krankengeld in Schweden (in %), 2001-2015	57
Abbildung 11:	Entwicklung der Zahl der Krankengeldempfängerinnen und Krankengeldempfänger insgesamt in Schweden, 2001-2015	58
Abbildung 12:	Anteil der Teilkrankschreibungsfälle an allen Krankschreibungsfällen mit einer Dauer von mindestens 30 Tagen in Schweden (in %), 1995-2006	59
Abbildung 13:	Arbeitsunfähige und Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen und -rentner in % der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter	66
Abbildung 14:	Entwicklung der Arbeitgeberabgaben in % der Lohnsumme, 2000-2015	70
Abbildung 15:	Organisation, Finanzierung, Erbringung und Überwachung der Gesundheits-Services in Finnland	72
Abbildung 16:	Zum Zusammenhang zwischen Teilkrankschreibung und Return to Work (RTW)	83

Abbildung 17:	Schematische Darstellung des Prozessablaufs der stufenweisen Wiedereingliederung	98
Abbildung 18:	Anteil der Empfehlungen zur SWE nach Art der medizinischer Re-habilitation und Geschlecht, 2014	105
Abbildung 19:	Anteil der Empfehlungen zur SWE nach Leistungsfähigkeit, 2014	106
Abbildung 20:	Formular „Medizinische Grundlage zur Beurteilung des Arbeits-vermögens bei Krankheit“ (Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom) der schwedischen Sozialversicherungsanstalt	163

Tabellen

Tabelle 1:	Anteil teilarbeitsunfähig Gemeldeter an allen arbeitsunfähig Gemeldeten in Dänemark, 2004-2015	30
Tabelle 2:	Anteil von teilarbeitsunfähig Gemeldeten an allen arbeitsunfähig Gemeldeten sowie an allen arbeitsunfähig Gemeldeten mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 8 Wochen	31
Tabelle 3:	Durchschnittliche Dauer vom ersten Arbeitsunfähigkeitstag bis zum Beginn der Teilarbeitsunfähigkeit bei allen Arbeitsunfähigen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen und einer Periode mit Teilarbeitsunfähigkeit, 2010-2013	32
Tabelle 4:	Durchschnittliche Dauer (in Wochen) vom Beginn der Teilarbeitsfähigkeit bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit bei allen Arbeitsunfähigen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen und einer Periode mit Teilarbeitsunfähigkeit, 2010-2013	33
Tabelle 5:	Durchschnittliche Dauer (in Wochen) der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit mit und ohne einen Anteil an Teilarbeitsfähigkeit, 2010-2013	34
Tabelle 6:	Begonnene Krankmeldung nach Krankmeldungsgrad, 2009	44
Tabelle 7:	Krankschreibungsfälle, begonnen in 2009, und Anteil derjenigen Fälle, die zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der gesamten Krankschreibungsdauer gradiert waren, in %	44

Tabelle 8:	Anteil gradierter Krankschreibungen an allen im Jahr 2009 begonnenen Krankschreibungen nach der letzten angegebenen Diagnose in %	45
Tabelle 9:	Anteil von im Jahr 2005 begonnenen Krankschreibungen mit einer Dauer von mindestens 30 Tagen und Anteil von Teilkrankschreibung nach Altersgruppen in %	60
Tabelle 10:	Teilkrankschreibung in % von allen Krankschreibungen mit einer Länge von mindestens 30 Tagen nach Beginn der Teilkrankschreibung 1995-2005	61
Tabelle 11:	Entwicklung der begonnenen Krankengeldfälle je 1.000 Versicherten, 2005-2014	67
Tabelle 12:	Ausgaben der schwedischen Sozialversicherungsanstalt (Försäkringskassan) für Krankengeld in Millionen schwedischen Kronen (laufende Preise), 2001-2009	69
Tabelle 13:	Ausgaben der schwedischen Sozialversicherungsanstalt (Försäkringskassan) für Krankengeld in Millionen schwedischen Kronen (laufende Preise), 2010-2015	69
Tabelle 14:	Selbstbeteiligungen in der Gesundheitsversorgung in Finnland (Stand 2017)	73
Tabelle 15:	Begonnene Krankengeldperioden und Teilkrankengeldperioden absolut sowie Anteil der begonnene Teilkrankengeldperioden an allen Krankengeldperioden in %, 2007-2015	76
Tabelle 16:	Anteil der Teilkrankengeldempfängerinnen und -empfänger nach Erkrankungsgruppen in % (Auswahl), 2015	78
Tabelle 17:	Ausgaben der finnischen Sozialversicherungsanstalt KELA für Krankentagegeld und Teilkrankentagegeld in Euro (laufende Preise) sowie Teilkrankentagegeld-Ausgaben in % der Ausgaben für Vollzeitkrankentagegeld, 2000-2015	85
Tabelle 18:	Nutzungsgrad von Teilkrankengeld und Fehlzeitenhäufigkeit in Nordeuropa, 2015	86
Tabelle 19:	Wirksamkeit des Teilkrankengelds in den skandinavischen Ländern	87
Tabelle 20:	Höhe des Krankengeldes für die Arbeitnehmer in der nationalen Währung, Dezember 2015	89
Tabelle 21:	Rahmenbedingungen für das Teilkrankengeld in den skandinavischen Ländern	90

Tabelle 22:	Übersicht über Kernelemente der Teilkrankengeld-Regelungen in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden	91
Tabelle 23:	Übersicht über die Aufgaben der maßgeblich Beteiligten bei einer SWE	102
Tabelle 24:	Modellszenarien im Überblick	128
Tabelle 25:	Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Deutschland nach Alter, Geschlecht und AU-Dauer – beispielhafte Datenstruktur	131
Tabelle 26:	Rahmendaten des Referenz-Szenarios, 2015	132
Tabelle 27:	Anzahl der SWE-Fälle im ersten Modellszenario nach Inanspruchnahmequote	135
Tabelle 28:	Finanzielle Effekte des ersten Modellszenarios (SWE, kein Teilkrankengeld)	137
Tabelle 29:	Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (Teil-AU ab dem 1. Tag) – keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, Abstufungsmöglichkeit von 50 %	140
Tabelle 30:	Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (Teil-AU ab dem 1. Tag) – maximale Dauer der Teilkrankenschreibung (6 und 12 Monate), Abstufungsmöglichkeit von 50 %	141
Tabelle 31:	Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (Teil-AU ab dem 1. Tag) – frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz (4 %), Abstufungsmöglichkeit von 50 %	142
Tabelle 32:	Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (Teil-AU ab dem 1. Tag) – frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz (8 %), Abstufungsmöglichkeit von 50 %	143
Tabelle 33:	Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (Teil-AU ab dem 1. Tag) – keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, Abstufungsmöglichkeiten 25 %, 50 % und 75 %	145
Tabelle 34:	Finanzielle Effekte des dritten Modellszenarios (Teil-AU nach 6 Wochen) – frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz (4 %), Abstufungsmöglichkeit von 50 %	147

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AG	Arbeitgeber
AN	Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
EZFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IA-Abkommen	„Inclusive Workplace Agreement“/„Inkluderende Arbeidsliv“
KELA	Finnische Sozialversicherungsanstalt (Kansaneläkelaitos)
KG	Krankengeld
KVLG	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
LAG	Landesarbeitsgericht
LFS	Labour Force Surveys
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NAV	Norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung (Arbeids- og velferdsforvaltninga)
NGO	Nichtregierungsorganisation
NOK	Norwegische Kronen
NOSOSCO	Nordic Social Statistical Committee
PPS	Purchasing power standard
RTW	Return to Work
SAK	Zentralverband der finnischen Gewerkschaften
SEK/SKR	Schwedische Kronen

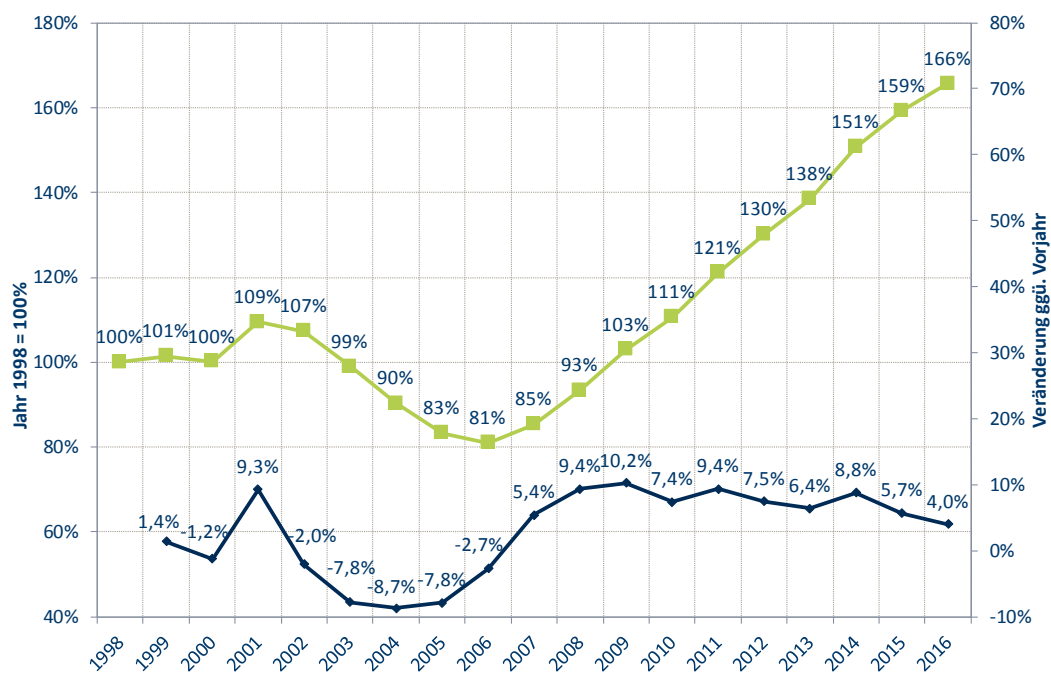
Abkürzung	Erläuterung
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SVR	Sachverständigenrat
SWE	Stufenweise Wiedereingliederung

1. Einleitung

1.1 Hintergrund des Gutachtens

Seit dem Jahr 2006 sind die Krankengeldausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kontinuierlich gestiegen (Abbildung 1). Im Jahr 2016 erreichten sie eine Höhe von rd. 11,7 Mrd. Euro und lagen mehr als doppelt so hoch wie im Jahr 2006.¹ Mit einem jahresdurchschnittlichen Zuwachs von rd. 7,4 % war der Ausgabenanstieg im Bereich Krankengeld im Zeitraum von 2006 bis 2016 stärker als für die Leistungsausgaben insgesamt (+ 4,3 % p.a.) und ihr Anteil an den gesamten Leistungsausgaben nahm im gleichen Zeitraum von rd. 4,1 % im Jahr 2006 auf rd. 5,6 % im Jahr 2016 zu. Im Jahr 2016 war der Ausgabenanstieg im Bereich Krankengeld zum ersten Mal seit dem Jahr 2007 mit rd. 4,0 % leicht unterproportional im Vergleich zu den gesamten Leistungsausgaben (+4,1 %), im ersten Halbjahr 2017 nach vorläufigen Ergebnissen erneut überproportional (+5,1 % ggü. +3,7 %).

Abbildung 1: Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld, Indexdarstellung sowie prozentuale Änderung gegenüber dem Vorjahr, 1998-2016



Quelle: IGES auf Basis der KJ1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse) des BMG, 1998-2016

¹ Der größte Anteil (rd. 80 %) entfiel auf die Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit mit rd. 9,4 Mrd. Euro, 18 % (2,0 Mrd. Euro) auf die Sozialversicherungsbeiträge der Krankenkassen in Bezug auf das Krankengeld und knapp 2,0 % (0,2 Mrd. Euro) auf das Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes.

Der unterdurchschnittliche Anstieg der Ausgaben für Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2016 ist in erster Linie auf einen Rückgang der durchschnittlichen Bezugsdauer (Anzahl der Krankengeld-Tage je Krankengeld-Fall) und einen etwas geringeren Anstieg der Arbeitnehmerentgelte zurückzuführen, wodurch der stärkere Anstieg der Anzahl der Krankengeldfälle mehr als kompensiert wurde.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat zum Jahresende 2015 ein Sondergutachten zu den Ursachen des Anstiegs der Krankengeldausgaben sowie zu den Steuerungsmöglichkeiten der Krankengeldausgaben vorgelegt (SVR 2015). Als die Arbeitsfähigkeit während und die Krankheitsdauer verkürzende Maßnahme empfahl er an erster Stelle, die Möglichkeit einer Teilkrankschreibung einzuführen. Damit verbunden wäre eine graduelle Differenzierung der Arbeitsunfähigkeit anstelle der gegenwärtig in Deutschland praktizierten „Alles-oder-nichts-Regelung“, wonach Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entweder als „gesund“ oder als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft werden. Eine solche Differenzierung ermögliche es, das – bei vor allem längerfristiger Krankheit verbleibende – Restleistungsvermögen zu nutzen, um Verzögerungen einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben und damit verbundenen negative soziale und finanzielle Folgen zu vermeiden. Nach den Vorstellungen des Sachverständigenrates sollte eine solche Teilarbeitsunfähigkeit (Teil-AU) bereits im Rahmen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber möglich sein und nach deren Ablauf mit prozentual entsprechenden Anpassungen des Arbeitsentgelts und des Krankengelds (Teil-KG) einhergehen. Dabei verweist der Sachverständigenrat als Vorbild auf die skandinavischen Länder.

Die möglichen Auswirkungen auf die Entwicklung der Krankengeldausgaben ist ein naheliegender, jedoch nicht der einzige Aspekt, unter dem der Ansatz einer Teil-AU bzw. eines Teil-KG für Deutschland zu diskutieren sind. Der Sachverständigenrat stellte in seinem Gutachten klar, dass seine Empfehlungen nicht darauf zielen, die Krankengeldausgaben „um jeden Preis“ zu senken. In den skandinavischen Ländern wurde das Teilkrankengeld insbesondere auch unter dem Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe eingeführt, da Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Kontakt zu ihrem Arbeitsplatz halten und letztlich leichter in das Arbeitsleben zurückkehren können. Damit verbunden ist ein Perspektivwechsel, infolge dessen nicht ein krankheitsbedingtes Defizit, sondern im Sinne der Erwerbsintegration die (vorübergehend geminderte) Leistungsfähigkeit im Vordergrund steht. Darüber hinaus wird die Möglichkeit einer Teilkrankschreibung in den skandinavischen Ländern auch als ein Beitrag zur Verhinderung von Frühverrentungen gesehen. Angesichts des viel diskutierten Fachkräftemangels erscheint sie auch aus Sicht von Arbeitgebern als eine zunehmend attraktive Option. Schließlich verweist der Sachverständigenrat auch auf in Deutschland bereits existierende Konzepte, darunter die stufenweise Wiedereingliederung (SWE, auch „Hamburger Modell“). So lassen sich die skandinavischen Erfahrungen auch zum Anlass nehmen, eine Stärkung dieser Konzepte in Deutschland zu diskutieren.

1.2 Ziele und Fragestellung des Gutachtens

Das Gutachten hat das Ziel, auf Basis einer Analyse der bisherigen Erfahrungen in den skandinavischen Ländern mit den dort praktizierten Regelungen zum Teil-KG Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragung dieses Instruments auf die GKV in Deutschland darzustellen und zu bewerten. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen eine Grundlage für mögliche künftige Entscheidungen des Gesetzgebers in diesem Bereich bilden.

Die Systeme der Teilkrankschreibung bzw. des Teilkrankengelds in den skandinavischen Ländern wurden im Hinblick auf folgende Aspekte untersucht:

- ♦ krankenversicherungs-, arbeits- und datenschutzrechtliche Normen bzw. Regelungen,
- ♦ Grad der Umsetzung (u. a. Anteil Teil-AU/-KG an Gesamt-AU/-KG) sowie Umsetzungsprobleme,
- ♦ Akzeptanz und Interessenlagen der maßgeblich Beteiligten (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Gewerkschaften, Arbeitgeber, Kostenträger, Ärzteschaft, Patientenorganisationen, Gesetzgeber, öffentliche Verwaltung),
- ♦ Wirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit (u. a. Veränderungen bei Ausmaß, Beendigung),
- ♦ finanzielle Auswirkungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Kostenträger bzw. öffentliche Haushalte (Krankengeldausgaben).

Die Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragung der in den skandinavischen Ländern praktizierten Ansätze auf die GKV in Deutschland wurden unter folgenden Gesichtspunkten untersucht:

- ♦ übertragbare Elemente eines Teilkrankschreibungs- bzw. Teilkrankengeld-Konzeptes und mögliche Ausgestaltungsoptionen sowie die jeweils damit verbundenen Vor- und Nachteile,
- ♦ Akzeptanz einer möglichen Übertragung von Teil-AU- bzw. Teilkrankengeld-Konzepten und Bewertung von Umsetzungsalternativen (u. a. mögliche Weiterentwicklung des Modells der stufenweisen Wiedereingliederung) unter Experten der maßgeblich betroffenen Gruppen in Deutschland,
- ♦ zu erwartende finanzielle Auswirkungen eines Teil-KG für Krankenkassen, Arbeitgeber und Versicherte, basierend auf Einschätzungen über Nutzung und Effektivität von Teil-AU bzw. Teilkrankengeld.

1.3 Struktur des Berichts

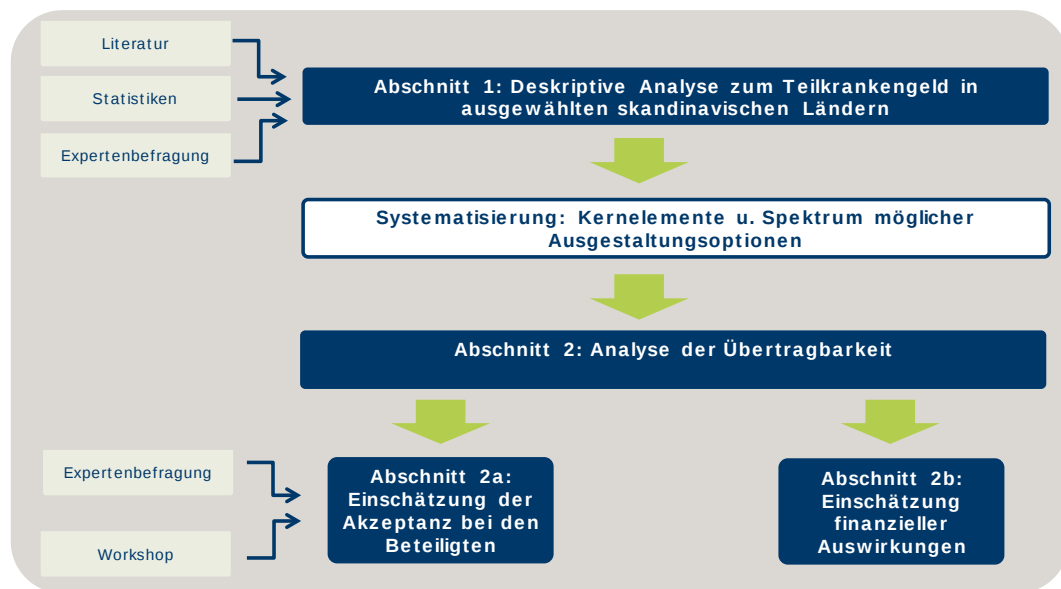
Der vorliegende Bericht gliedert sich in acht Hauptkapitel (inkl. Einleitung):

- ◆ Kapitel 2 gibt einen Überblick über das Vorgehen bei der Erstellung des Gutachtens.
 - ◆ In Kapitel 3 werden die Teil-AU- bzw. Teil-KG-Regelungen in vier ausgewählte skandinavischen Ländern detailliert beschrieben und analysiert.
 - ◆ In Kapitel 4 werden – aufbauend auf den skandinavischen Erfahrungen – Kernelemente und Ausgestaltungsoptionen des Instrumentes eines Teilkrankengelds identifiziert.
 - ◆ Kapitel 5 beschreibt die Rahmenbedingungen bzw. Regelungen für Krankengeld in Deutschland und analysiert das existierende Instrument der „stufenweisen Wiedereingliederung“ (SWE).
 - ◆ Im 6. Kapitel wird die Übertragbarkeit des Instruments eines Teilkrankengelds auf Deutschland untersucht. Dieses Kapitel stützt sich in erster Linie auf durchgeführte Expertengespräche sowie einen Expertenworkshop.
 - ◆ In Kapitel 7 werden finanzielle Auswirkungen einer potenziellen Einführung eines Teilkrankengelds bzw. der Ausweitung einer stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland simuliert.
 - ◆ In Kapitel 8 werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und diskutiert.
-

2. Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen umfasst zwei Abschnitte (Abbildung 2): Gegenstand des ersten Abschnitts ist eine Analyse der Systeme der Teilkrankschreibung in ausgewählten skandinavischen Ländern, in einem zweiten Abschnitt wurde die Übertragbarkeit dieser Systeme bzw. einzelner Elemente dieser Systeme geprüft.

Abbildung 2: Überblick über die Vorgehensweise



Quelle: IGES

Zur Beschreibung der Systeme der Teilkrankschreibung in den skandinavischen Ländern wurden hauptsächlich literatur- bzw. internetbasierte Fachinformationen ausgewertet. Im Vordergrund der Systemdarstellungen stehen die derzeitigen Regelungen und deren Umsetzungen zu Teilkrankschreibungen bzw. Teilkrankengeld. Soweit vorhanden, wurden auch empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der Regelungen ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurde eine Systematisierung von Kernelementen eines Instruments des Teilkrankengelds sowie des Spektrums möglicher Ausgestaltungsoptionen erarbeitet.

Für die Analyse der Übertragbarkeit eines Instruments der Teilkrankschreibung und des Teilkrankengelds auf Deutschland bzw. die GKV wurden auch die bestehenden Regelungen der stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland – im Sinne einer Weiterentwicklung der Regelungen – berücksichtigt. Methodisch umfasst diese Analyse zwei Schritte: Durchführung von Expertenbefragungen und eines Expertenworkshops sowie eine Simulation der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen der Option einer Teilkrankschreibung.

Mit den Expertenbefragungen und dem Expertenworkshop wurden die Einschätzungen der Akzeptanz einer möglichen Einführung von Teilkrankengeldregelungen

sowie deren unterschiedlichen Gestaltungsoptionen unter den maßgeblich betroffenen Gruppen (d. h. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzteschaft, Krankenkassen) erhoben. Die Expertenbefragungen wurden im Zeitraum von Mitte Mai 2017 bis Mitte Juli 2017 durchgeführt und umfassten insgesamt 14 qualitative semi-strukturierte Expertengespräche auf Basis eines Interviewleitfadens mit den folgenden Organisationen:

- ◆ Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
- ◆ DAK-Gesundheit
- ◆ Techniker Krankenkasse (TK)
- ◆ Siemens BKK
- ◆ Gesamtmetall – Die Arbeitgeberverbände der Metall- und Elektro-Industrie
- ◆ Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- ◆ Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH)
- ◆ BASF SE
- ◆ Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE)
- ◆ Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- ◆ Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- ◆ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
- ◆ fgb forschung und beratung im gesundheitswesen

Des Weiteren hat der GKV-Spitzenverband zu ausgewählten Aspekten schriftlich Stellung genommen.

Im Anschluss an die Expertengespräche fand am 30. Juni 2017 der Expertenworkshop in Berlin statt. Ziel des Workshops war es, ein generelles Meinungsbild der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, insbesondere hinsichtlich der Akzeptanz des Teilkrankengelds und der besonderen Herausforderungen einer möglichen Umsetzung in Deutschland, zu erhalten. Ein weiteres Ziel des Workshops war es, das Spektrum der möglichen Ausgestaltungsoptionen zu diskutieren und zu bewerten.

Im Rahmen des Workshops wurden zunächst die Regelungen des Instruments der Teilkrankenschreibung bzw. des Teilkrankengelds in den skandinavischen Ländern im Überblick dargestellt. Zwei Referentinnen bzw. Referenten aus Schweden – Prof. Dr. Kristina Alexanderson vom Karolinska Institut und Niklas Österlund von der schwedischen Inspektion für die Sozialversicherung – gaben einen vertieften Einblick in das schwedische Teilkrankengeldsystem, insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung der Restleistungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch Ärztinnen und Ärzte. Des Weiteren wurden auf dem Expertenworkshop die Ergebnisse der Expertengespräche präsentiert und mit den Teilnehmerinnen und

Teilnehmern intensiv diskutiert. Die ergebnisrelevanten inhaltlich-fachlichen Anmerkungen wurden protokolliert und bei der Erstellung des Ergebnisberichts berücksichtigt.

Für die Simulation der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen der Option einer Teilkrankschreibung wurden auf Basis der vorherigen Arbeitsschritte, insbesondere der Ergebnisse der Expertenbefragung bzw. des Expertenworkshops, drei Modellszenarien jeweils mit Varianten im Hinblick auf zentrale Gestaltungsparameter entwickelt. Für jedes dieser Modellszenarien und seiner Varianten wurden die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen für Versicherte, Arbeitgeber sowie die GKV simuliert. Grundlage der Simulation bildeten detaillierte Daten Arbeitsunfähigkeits-Statistik des BMG sowie Erfahrungswerte aus den skandinavischen Ländern bezüglich Nutzung und Effektivität von Teil-AU bzw. Teilkrankengeld.

3. Analyse der Teilkrankschreibungs-/Teilkrankengeld-Regelungen in ausgewählten skandinavischen Ländern

3.1 Einführung

3.1.1 Teilkrankengeld-Regelungen – fester Bestandteil der skandinavischen Sozialsysteme

Regelungen zur Teilkrankschreibung und zum Teilkrankengeld finden sich in allen skandinavischen Ländern. Dabei gehen solche Regelungen in Schweden bis in das Jahr 1955 zurück (Österlund 2008: S. 8). Seit dem Jahr 1990 wurden sie – vor allem im Zusammenhang mit gezielten politischen Maßnahmen als Reaktion auf eine stark steigende Zahl von Krankschreibungen sowie zur Senkung von Langzeit-Krankschreibungen und daraus häufig resultierender Frühverrentungen – intensiviert und dann mehrfach angepasst. Heute stellt die Teilkrankschreibung und das Teilkrankengeld einen integralen Bestandteil der verschiedenen Maßnahmen im Rahmen der schwedischen Rehabilitationskette zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung des Arbeitsvermögens dar (Österlund 2008: S. 8).

Das Ziel der Nutzung von Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld war und ist in allen nordeuropäischen Ländern insbesondere, die Rückkehr von für längere Zeit krankgeschriebenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in eine berufliche Tätigkeit zu erleichtern und zu unterstützen („return to work“) sowie Frühverrentungen entgegenzuwirken. Zugrunde liegt dem ein grundlegender Perspektivwechsel weg von der vollständigen Arbeitsunfähigkeit als einziger Alternative hin zur Betrachtung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Teilkrankschreibung stellt daher heute gleichrangig zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit einen bei der Krankschreibung zu berücksichtigenden Normalfall oder gar die erste Wahl gegenüber der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

Letztlich ist dies in der Überzeugung begründet, dass es vor allem während längerer Krankheitsperioden wichtig für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist, den Kontakt zur Arbeitsstelle aufrechtzuerhalten, und durch Teilkrankschreibung eine solche Möglichkeit geboten wird. Teilkrankschreibung wird damit nicht als sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung der Versicherten gesehen, trotz Erkrankung teilweise arbeiten zu müssen, sondern als eine Chance zur Teilhabe, nämlich als zusätzliche Möglichkeit für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, den Kontakt zum Arbeitsplatz zu halten und letztlich – trotz möglicherweise schwerwiegender Erkrankung – an den Arbeitsplatz oder zumindest in das Arbeitsleben zurückzukehren. Parallel dazu wird in der Möglichkeit der Teilkrankschreibung auch die Chance gesehen, der mit der Alterung der Gesamtbevölkerung einhergehenden Verknappung des Arbeitskräfteangebots am Arbeitsmarkt entgegenzuwirken. Konkret bietet die Teilarbeitsfähigkeit außerdem den Arbeitgebern eine Möglichkeit, Fachkräfte trotz Erkrankungen gezielt im Unternehmen zu halten.

Sowohl der sozialversicherungsrechtliche Rahmen als auch die konkrete Ausprägung und die tatsächliche Nutzung von Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld variieren zwischen den verschiedenen nordeuropäischen Ländern allerdings stark. Dabei gilt, dass Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld nur eine Maßnahme unter mehreren sind, die im Rahmen der Abkehr von einer passiven zu einer aktiven beschäftigungsorientierten Arbeitsmarktpolitik und damit verbundene verstärkten „return to work“-Anstrengungen der nordeuropäischen Staaten eingeführt worden sind.

In diesem Gutachten werden in Abstimmung mit dem Auftraggeber die Regelungen zur Teilkrankschreibung und zum Teilkrankengeld in Dänemark und Norwegen relativ komprimiert dargestellt und bewertet. Ausführlicher geht das Gutachten auf den rechtlichen Rahmen sowie die Nutzung, die dabei auftretenden Probleme sowie die bisher vorliegende wissenschaftliche Bewertung dieser Regelungen in Schweden und in Finnland ein.

Schweden stellt mit der Nutzung von Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld bereits seit dem Jahr 1955 sowie einem aktuellen Nutzungsgrad von knapp 30 % aller Krankschreibungen international das Land mit den längsten Erfahrungen in diesem Gebiet dar. Die Vorschriften zur Teilkrankschreibung sind dort insgesamt relativ strikt; so existiert in Schweden sowohl die Verpflichtung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Teilkrankschreibung zu akzeptieren, als auch die aus einer landesweiten bindenden Richtlinie hervorgehende Verpflichtung der krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte, Teilkrankschreibung bereits bei der ersten Krankschreibung mit zu erwägen und zu bewerten bzw. Teilkrankschreibung als erste Wahl zu nutzen. Außerdem wurde die Teilkrankschreibung in Schweden besonders intensiv durch staatliche Maßnahmen im Rahmen einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik gefördert (Kausto et al. 2008: S. 239).

Finnland dagegen hat die Möglichkeit der Teilkrankschreibung und des Teilkrankengeldes erst im Jahr 2007 eingeführt (Kausto et al. 2008: S. 239). Außerdem sind die Rahmenbedingungen in Finnland gegenüber den schwedischen Rahmenregelungen sehr viel einschränkender, so etwa beim zeitlichen Ausmaß sowie den Voraussetzungen der Teilkrankschreibung (zum Beispiel nur bei Ganztätigkeit). Andererseits ist die Teilkrankschreibung in Finnland für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber freiwillig. Insofern bieten die Regelungen dieser beiden Länder und ihre Gegenüberstellung eine fundierte Basis zur Beurteilung von dezierten Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien und einer eventuellen Übertragbarkeit auf das deutsche Sozialversicherungssystem.

Nachfolgend werden einführend Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Gesundheits- und Sozialsysteme von Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden dargestellt. Anschließend werden die spezifischen Regelungen zur Teilkrankschreibung und zum Teilkrankengeld und seiner Nutzung in Dänemark und Norwegen kurz beschrieben, bevor anschließend dann ausführlich die Rahmenbedingungen und die Nutzung in Schweden und Finnland dargestellt und analysiert werden.

3.1.2 Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Gesundheits- und Sozialsysteme in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden

3.1.2.1 Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme von Dänemark, Norwegen, Schweden und Finnland² weisen etliche Gemeinsamkeiten auf. So handelt es sich bei den nordeuropäischen Gesundheitssystemen im Grundsatz um steuerfinanzierte Systeme. Ergänzend werden vom Arbeitseinkommen abhängige Beiträge erhoben, die allerdings in der Gesamtfinanzierung immer noch lediglich einen geringen Anteil ausmachen. Die Ausgaben für die Gesundheit werden dabei überwiegend durch solche Steuern finanziert, die von den jeweils für das Gesundheitswesen zuständigen regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden, meist proportionale Einkommensteuern. Zusätzlich zur Finanzierung aus solchen eigenen Steuern gibt es in allen Ländern gesamtstaatliche Zuschüsse aus Steuermitteln, die ebenfalls an die unmittelbar für das Gesundheitswesen zuständigen regionalen Gebietskörperschaften gezahlt werden.

Das dänische Gesundheitssystem bildet hier seit der grundlegenden Gebietsreform von 2007 eine Ausnahme: Mit dieser Reform, mit der die bis dahin 14 Ämter (Kreise) und 271 Kommunen des Landes in nur noch fünf Regionen und 98 Kommunen aufgegangen sind, wurde die Zuständigkeit für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung weit überwiegend beim dänischen Staat angesiedelt. Er erhebt seither von allen Bürgerinnen und Bürgern eine achtprozentige Gesundheitssteuer auf das zu versteuernde Einkommen. Im Gegenzug erhalten die für die Sicherstellung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zuständigen fünf dänischen Regionen seither entsprechende Zuweisungen. Sie machen rund 80 % der Gesamtgesundheitskosten der Regionen aus. Die übrigen 20 % werden von den Kommunen aufgebracht, die das Recht zur Erhebung einer eigenen Einkommensteuer haben. Die 98 dänischen Kommunen sind selbst konkret für Rehabilitation, Prävention, Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie für die gesamte Altenpflege verantwortlich. Der größte Teil der staatlichen Zuweisungen (75 % der Gesamtkosten) wird auf der Grundlage von objektiven Faktoren wie Demographie und soziale Struktur der jeweiligen Region ermittelt.

Die Versicherungspflicht beruht in allen nordeuropäischen Ländern auf dem Wohnsitzprinzip. Sie umfasst damit jede im Lande gemeldete Einwohnerin und jeden im Lande gemeldeten Einwohner. Damit ist in Nordeuropa grundsätzlich jede im Lande gemeldete Person krankenversichert, unabhängig von ihrer Nationalität, einer Berufstätigkeit oder ihrem Einkommen. Der Versicherungstatbestand ist damit nicht auf Beschäftigung (Versicherte) oder der Familienzugehörigkeit zur Familie einer Versicherten bzw. eines Versicherten (mitversicherte Familienangehörige)

² vgl. zu diesem Abschnitt u. a. Preusker (1996), Preusker (2014a: S. 31 ff.) sowie Preusker (2016)

aufgebaut wie in Deutschland. Ein Beschäftigungsverhältnis ist nur teilweise ein ergänzendes Merkmal zur Beitragserhebung.

Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung liegt in allen nordeuropäischen Gesundheitssystemen bei Gebietskörperschaften (Kommunen oder Kommunalzusammenschlüssen beziehungsweise Provinziallandtagen in Schweden oder Regionen in Dänemark), die unterhalb der gesamtstaatlichen Ebene angesiedelt sind.

In allen Fällen handelt es sich dabei um Gebietskörperschaften mit demokratisch auf Zeit gewählten Parlamenten und Führungsgremien und damit auch mit einer entsprechenden direkten demokratischen Kontrolle und Legitimation. Der Versorgungsauftrag ist entsprechend dieser Grundkonstruktion ebenfalls auf die Wohnbevölkerung der jeweiligen Gebietskörperschaft beschränkt. Traditionell bedeutete die Zuständigkeit für die medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung auch die Zuständigkeit für die tatsächliche Leistungserbringung. Sie fand viele Jahrzehnte fast ausschließlich in eigenen Einrichtungen – Gesundheitszentren und Krankenhäusern – statt. Dänemark bildet hier insofern eine Ausnahme, als dort die primärärztliche Versorgung traditionell durch in eigener Praxis niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt. In Norwegen dagegen gibt es ein Mischsystem: Während vor allem im Süden des Landes und in den größeren Städten vorwiegend oder ausschließlich in eigener Praxis niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte die primärärztliche Versorgung übernehmen, stellen in den dünner besiedelten Regionen – vor allem im Norden – die Kommunen mit bei ihnen angestellten Ärztinnen und Ärzte die Versorgung sicher.

Mit dem Prinzip der Sicherstellung und der Eigentümerschaft der Gesundheitseinrichtungen durch die Gebietskörperschaften eng verbunden war lange Zeit die Beschränkung der Wahlfreiheit: Die Bürgerinnen und Bürger konnten im Prinzip medizinische Behandlung nur in den Einrichtungen der eigenen, für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Gebietskörperschaft nachsuchen. Dieses Grundprinzip des Zusammenfallens von Versorgungsauftrag und Leistungserbringung wird jedoch seit nunmehr rund 20 Jahren zunehmend in Frage gestellt. Immer häufiger werden Leistungen gebietsüberschreitend ausgeschrieben, wobei auch private Leistungserbringer zugelassen werden. Dennoch ist deren Anteil auch heute noch als relativ gering anzusetzen. Auch die Wahlfreiheit ist mittlerweile deutlich erweitert worden, ergänzt vor allem durch so genannte Behandlungsgarantien, die – unter anderem befördert durch die EU-Direktive zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – in allen nordeuropäischen Gesundheitssystemen eingeführt wurden.

Alle nordeuropäischen Gesundheitssysteme bauen auf Budgets zur Steuerung der Gesundheitsausgaben auf. Allerdings sind dies in Nordeuropa – mit Ausnahme des Krankenhausbudgets in Norwegen – durchweg Budgets auf der Ebene der jeweiligen Gebietskörperschaften, nicht aber Globalbudgets für das Gesundheitswesen. Zunehmend ergänzt wird das Budgetsystem durch eine Politik des „goldenen Zügels“, d. h. durch zusätzliche Finanzmittel der Zentralstaaten, deren Gewährung an

die Erfüllung bestimmter Auflagen gebunden wird. Damit sollen vor allem bestimmte gesundheitspolitische Ziele, etwa die Verringerung der Wartezeiten auf medizinische Behandlung, erreicht werden. Diese Politik wird vor allem in Dänemark und Schweden, teilweise auch in Norwegen eingesetzt.

In Nordeuropa existiert eine – von der zum Beispiel in Deutschland existierenden Struktur deutlich abweichende – Gliederung der Versorgung in einerseits ambulante Primärversorgung sowie andererseits fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung, vielfach durch die gleichen Ärztinnen und Ärzte überwiegend an Kliniken. Damit einher geht in Nordeuropa eine andere Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Berufsstand: Pflegekräfte haben deutlich weitergehende Kompetenzen und Befugnisse, die bis zur Verordnung bestimmter Arzneimittel durch entsprechend erfahrene und qualifizierte Pflegepersonen reichen.

Die ambulante primärärztliche Versorgung findet in Finnland und Schweden nahezu ausschließlich in Gesundheitszentren statt, die sich in Finnland in der Trägerschaft der Kommunen und in Schweden überwiegend in der Trägerschaft der Provinziallandtage („landsting“) befinden. In Norwegen existiert ein Mischsystem von kommunalen Gesundheitszentren und in eigener Praxis niedergelassenen Primärinnen- bzw. Hausärztinnen und niedergelassenen Primärzten- bzw. Hausärzten, die auf der Grundlage von Verträgen an der ambulanten primärärztlichen Versorgung teilnehmen. In Dänemark ist die primär- oder hausärztliche Versorgung grundsätzlich Aufgabe von in eigener Praxis niedergelassenen Hausärztinnen bzw. Hausärzten.

In allen vier nordeuropäischen Gesundheitssystemen existiert ein Haus- beziehungsweise Primärarztsystem. Das stringenteste Primärarztsystem haben dabei Dänemark und Norwegen, wo das Aufsuchen der – im Normalfall am Krankenhaus ambulant und stationär tätigen – Fachärztinnen bzw. Fachärzte bis auf akute Notfälle nur mit Überweisung einer Primärärztin bzw. eines Primärarztes möglich ist. In Schweden dagegen können fachärztliche Ambulanzen auch direkt aufgesucht werden – das Hausarztsystem ist hier als Angebot ausgestaltet; die Steuerung geschieht vor allem über entsprechend ausgestaltete Selbstbeteiligungsregelungen. In Finnland dagegen gilt auch der grundsätzliche Überweisungsvorbehalt; allerdings existiert ergänzend ein privates Facharztsystem, bei dessen Inanspruchnahme allerdings der weitaus größte Teil der Kosten aus der eigenen Tasche bezahlt werden muss.

3.1.2.2 Sozialsysteme

Auch für die nordeuropäischen Sozialsysteme gilt ähnlich wie für die Gesundheitssysteme, dass sie im Prinzip Variationen des gleichen Grundmodells darstellen (Marcussen 2016: S.12)³. Es zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die soziale

³ Vergleiche hierzu sowie für die nachfolgenden Ausführungen in diesem Abschnitt auch Marcussen (2016: S.276 ff.).

Basisabsicherung für alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen gilt, unabhängig von ihrer Stellung im Arbeitsmarkt. Die soziale Absicherung beruht – wie die gesundheitliche Absicherung – in allen nordeuropäischen Ländern auf dem Wohnsitzprinzip. Sie umfasst damit jede im Lande gemeldete Einwohnerin und jeden im Lande gemeldeten Einwohner. Gleichzeitig wird die Finanzierung weit überwiegend über Steuermittel sichergestellt. Allerdings werden seit rund 20 Jahren zunehmend auch andere Finanzierungsquellen genutzt, so etwa von der Lohnsumme (Arbeitgeber) oder vom Einkommen (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbstständige) abhängige Beiträge oder durch Abgaben gespeiste Fonds zur Finanzierung von Altersversorgungsansprüchen.

Das administrative System ist in allen vier großen nordeuropäischen Staaten dreigliedrig (Staat, Regionen, Kommunen). Soziale Dienstleistungen ebenso wie Sozialtransfers werden vor allem durch die lokalen bzw. regionalen Gebietskörperschaften verwaltet und – bei Dienstleistungen – vielfach auch von ihnen selbst erbracht. Dabei unterscheidet sich die Arbeitsteilung allerdings von Land zu Land. Zum Teil wird die Auszahlung von Sozialleistungen auch Dritten übertragen. So obliegt etwa die Auszahlung des Krankengeldes in Dänemark den Arbeitgebern, soweit es sich um beim Arbeitgeber tätiger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer handelt. Die Arbeitgeber bekommen dabei die Leistungen, die über den Arbeitgeber-Pflichtanteil (seit 2012 die ersten 30 Tage) hinausgehen, von der Kommunen erstattet, in der die betreffende Arbeitnehmerin bzw. der betreffende Arbeitnehmer den Wohnsitz hat. Im Hinblick auf die finanzielle Grundsicherung wird einerseits eine einkommensunabhängige Basisabsicherung für Menschen außerhalb des Arbeitsmarktes gewährleistet und andererseits eine einkommensabhängige Absicherung für alle diejenigen, die am Arbeitsmarkt tätig waren.

Die Arbeitsmärkte in den nordeuropäischen Staaten sind durch eine hohe Beschäftigungsquote insbesondere auch bei Frauen, eine aktive Arbeitsmarktpolitik mit intensiven Anreizen zum möglichst langen Verbleib im Arbeitsmarkt bzw. zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt („return to work“) sowie den Vorrang des Tripartite-Systems, also der intensiven Kooperation zwischen Staat, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen gekennzeichnet. Veränderungen wesentlicher Rahmenbedingungen für den Arbeitsmarkt werden dabei typischerweise in Verhandlungen zwischen den drei Parteien ausgehandelt, bevor sie in staatliches Handeln umgesetzt werden. Das schließt jedoch nicht aus, dass der Staat im Zweifelsfall auch gegen den Willen von Arbeitnehmer- und / oder Arbeitgeberorganisationen Veränderungen durchsetzt, wenn es ansonsten nicht zu den gewünschten Anpassungen kommt. Beispiele hierfür sind auch bei Veränderungen der Rahmenbedingungen zur Teilzeitkrankschreibung und zum Teilkrankengeld zu finden.

3.2 Darstellung der Nutzung des Teilkrankengeldes in Dänemark und Norwegen

3.2.1 Teilkrankengeld-Regelungen und ihre Nutzung in Dänemark

3.2.1.1 Rahmenbedingungen im dänischen Gesundheits- und Sozialsystem

Die verpflichtende öffentliche dänische Krankenversicherung⁴ ist bei den seit Anfang 2007 existierenden fünf Regionen angesiedelt. In der dänischen Krankenversicherung sind alle Bewohnerinnen und Bewohner des Landes automatisch versichert. Die verpflichtende öffentliche Krankenversicherung bietet allen, die ein Anrecht auf Leistungen aus der Krankenversicherung haben, die Möglichkeit, ab der Vollendung des 16. Lebensjahres zwischen zwei Arten der Erstattung zu wählen: Gruppe 1 bietet Sachleistungen auf den verschiedenen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung, während Gruppe 2 demgegenüber auf der Kostenerstattung beruht. Wer der eigenen Wohngemeinde nicht ausdrücklich anzeigt, dass er in Gruppe 2 versichert sein möchte, bleibt automatisch in Gruppe 1. Diese Aufteilung in zwei Versicherungsgruppen stellt innerhalb der nordeuropäischen Staaten eine einmalige Besonderheit dar.

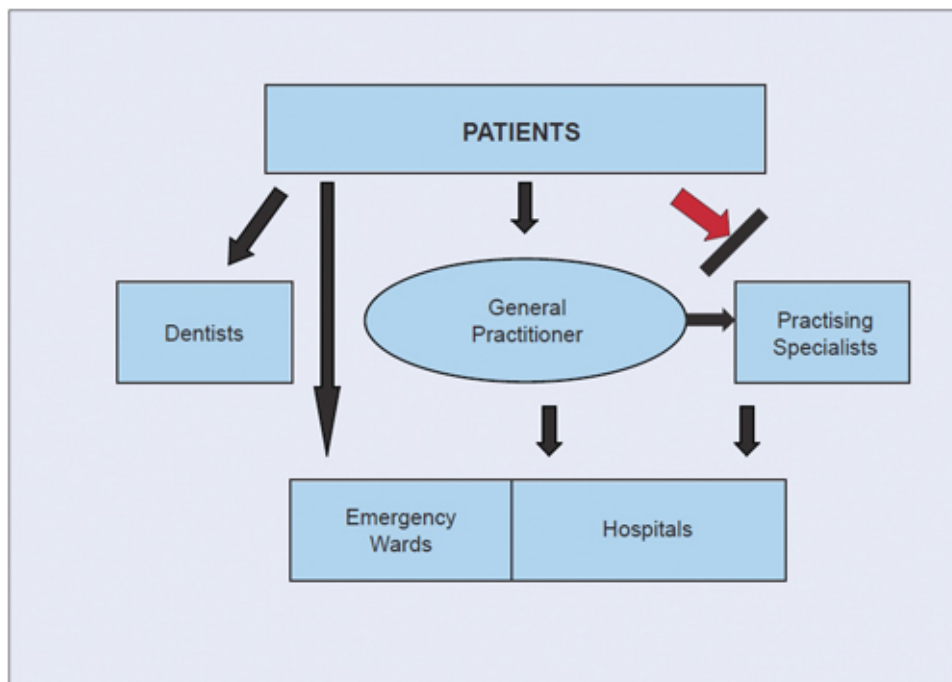
Für die Versicherten der Gruppe 1 – nach aktuellen Zahlen des dänischen Gesundheitsministeriums mehr als 99 % der dänischen Bevölkerung – fungieren die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte als hausärztliche Gatekeeper: Wer in Gruppe 1 versichert ist, muss sich bei einer der niedergelassenen Allgemeinärztinnen bzw. einem der niedergelassenen Allgemeinärzte (Hausärztinnen und Hausärzte) als Patientin bzw. Patient einschreiben und bei gesundheitlichen Beschwerden normalerweise zunächst diese Primärärztin bzw. diesen Primärarzt aufsuchen, bei dem dann im Rahmen des Sachleistungsprinzips keine Zuzahlungen geleistet werden müssen. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt überweist die Versicherten bei Bedarf in die spezialärztliche ambulante oder stationäre Behandlung bzw. zu weiteren diagnostischen Abklärung. Auch diese Leistungen fallen unter das Sachleistungsprinzip, wenn die Patientin bzw. der Patient durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt überwiesen worden ist. Keine Überweisung ist für die Inanspruchnahme von Augenärztinnen und Augenärzten, Hals-Nasen-Ohrenärztinnen und -ärzten sowie Zahnärztinnen und -ärzten erforderlich. Falls die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt (zu den Details siehe weiter unten in diesem Kapitel), stellt diese in der Regel die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt aus – in den meisten Fällen die Hausärztin bzw. der Hausarzt.

Versicherte der Gruppe 2 brauchen nicht bei einer Primärärztin bzw. einem Primärarzt eingeschrieben zu sein, können direkt auch niedergelassene Fachärztin-

⁴ vgl. zu den nachfolgenden Angaben zum dänischen Gesundheitssystem und der Versorgung durch Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte Preusker (2016); sowie Olejaz et al. (2012); sowie The Ministry of Health (2016).

nen und Fachärzte oder fachärztliche Ambulanzen aufsuchen, erhalten jedoch Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen, und zwar nur in der Höhe des Wertes der Sachleistungen für Versicherte der Gruppe 1. Darüberhinausgehende Kosten müssen Versicherte der Gruppe 2 selbst tragen.

Abbildung 3: Schematische Darstellung der Versorgungs-Organisation für Versicherte der Gruppe 1 in Dänemark



Quelle: Danish Ministry for Health and Prevention: Health Care in Denmark; Kopenhagen 2008.

Die ambulante primärärztliche Versorgung wird von rund 3.500 in eigener Praxis niedergelassenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten (Hausärztinnen und Hausärzten) gewährleistet, die im Durchschnitt jeweils rund 1.600 Patientinnen und Patienten zu versorgen haben. Die Patientin bzw. der Patient hat das Recht, jederzeit die Hausärztin bzw. den Hausarzt zu wechseln und eine andere Hausärztin bzw. einen anderen Hausarzt unter allen Hausärztinnen und -ärzten auszuwählen, die innerhalb eines Umkreises von 15 Kilometern praktizieren (in der Kopenhagen-Region: fünf Kilometer). Falls die Patientin bzw. der Patient eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt außerhalb des genannten Umkreises wählen will, muss die Hausärztin bzw. der Hausarzt zustimmen, dass dennoch Bereitschaft besteht, auch Hausbesuche tagsüber zu machen, obwohl die Entfernung dann größer als die genannten 15 bzw. 5 Kilometer ist. Etwa zwei Drittel der Hausärztinnen und -ärzte in Dänemark arbeiten in Gemeinschaftspraxen, in denen zwei oder mehr Hausärztinnen oder Hausärzte tätig sind.

Die ambulante fachärztliche Versorgung findet durch angestellte Fachärztinnen und Fachärzte in Kliniken und durch rund 1.150 in eigener Praxis niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte statt. Sowohl die in eigener Praxis niedergelassenen Allgemein- als auch Fachärztinnen und Fachärzte haben mit den Regionen Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Vergütungen werden kollektiv zwischen der Vereinigung der dänischen Regionen und den Organisationen der Ärztinnen und Ärzte abgeschlossen. Vergütungsverträge bedürfen allerdings zu ihrem Wirksamwerden der Zustimmung des dänischen Gesundheitsministers.

Das dänische Sozialsystem kennt seit dem Jahr 2010 keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt als zwingende Voraussetzung für den Erhalt von Krankengeld mehr. Diese Voraussetzung ist mit dem Änderungsgesetz 480 vom 12. Juni 2009 zum Dänischen Krankengeldgesetz durch ein „Fit for work“-Zertifikat („mulighedserklæring“) ersetzt worden⁵. Der erste Teil dieses Zertifikates ist von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zusammen mit einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Arbeitgebers auszufüllen, der zweite Teil von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt. Dieses Zertifikat soll vor allem die Möglichkeiten darstellen, in welchem Zeitraum und eventuellen Teilschritten und unter welchen Bedingungen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wieder beginnen können zu arbeiten.

Unabhängig davon ist die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer verpflichtet, dem Arbeitgeber eine Arbeitsunfähigkeit schon am ersten Tag mitzuteilen. Zusätzlich kann der Arbeitgeber ab dem zweiten Tag einer Arbeitsunfähigkeit eine „Treu- und Glauben-Erklärung“ („Tro-og-love-erklæring“) verlangen, in der die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer bekräftigt, dass sie bzw. er wegen Krankheit, Schwangerschaft oder Arbeitsunfall arbeitsunfähig ist. Weiterhin kann der Arbeitgeber ein Attest verlangen („fri attest“), das die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dann von seiner behandelnden Ärztin bzw. seinem behandelnden Arzt ausstellen lassen muss. Bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen hat der Arbeitgeber schließlich Anrecht auf eine Erklärung („varighedserklæring“), in der die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt – normalerweise eine niedergelassene Hausärztin bzw. ein niedergelassener Hausarzt, eventuell aber auch eine Fachärztin oder ein Facharzt – mitteilt, wie lange die Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers voraussichtlich andauert.

Zu den mit dem erwähnten Änderungsgesetz neu eingeführten Instrumenten zur Unterstützung der Rückkehr in den Arbeitsprozess gehört auch das obligatorische Arbeitsunfähigkeits-Interview („sygefraværssamtale“). Zu einem solchen muss der Arbeitgeber die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer innerhalb der ersten vier Wochen einer Arbeitsunfähigkeit einladen, und die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer muss daran teilnehmen (eventuell auch schriftlich, telefonisch oder per Email), wenn nicht unabweisbare Gründe dagegensprechen. Im Rahmen des

⁵ siehe hierzu sowie zu den folgenden Ausführungen u. a. Vester Thorsen et al. (2015: S. 56ff.); sygeguide.dk; European Union (2013); sowie Fagligt Fælles Forbund (o.J.)

Interviews wird erörtert, wann und unter welchen Bedingungen die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer die Arbeit wiederaufnehmen kann bzw. welche Art von Arbeiten sie bzw. er angesichts der Erkrankung ausführen kann. In diesem Zusammenhang sollte auch erörtert werden, ob eine Rückkehr zum Beispiel mit verringerter Arbeitsstundenzahl (Teilkrankschreibung) möglich ist. Das Ergebnis des Interviews muss der Arbeitgeber der Kommune zustellen, in der die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer den Wohnsitz hat. Zweck dieser Maßnahme ist es, das Jobcenter des Wohnortes frühzeitig mit Informationen zu versorgen, die für eine Wiedereingliederung der kranken Arbeitnehmerin bzw. des kranken Arbeitnehmers von Bedeutung sein könnten. Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer kann ihrer- bzw. seinerseits den Arbeitgeber auffordern, gemeinsam einen Arbeitsplatzerhaltungs-Plan („fastholdelsesplan“) zu erarbeiten. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als acht Wochen dauern wird. Ziel ist es, die Bedingungen zu beschreiben, unter denen eine Rückkehr in den Arbeitsprozess so schnell wie möglich erfolgen kann. Ein solcher Plan kann u. a. Maßnahmen wie zeitweilig oder dauerhaft verringerte Arbeitszeiten, zeitweilig oder dauerhaft veränderte Aufgaben sowie Hilfsmittel für die Anpassung des Arbeitsplatzes vorsehen. Im Gegensatz zum „Fit-for-work“-Zertifikat erfordert der Arbeitsplatzerhaltungs-Plan nicht das Mitwirken einer Ärztin bzw. eines Arztes.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld, wenn sie wegen Krankheit oder eines Arbeitsunfalls arbeitsunfähig sind. Zusätzlich müssen sie ihren Wohnsitz in Dänemark haben, ihr Einkommen in Dänemark steuerpflichtig sein und am Arbeitsmarkt tätig sein bzw. ihm zur Verfügung stehen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer in den acht Wochen vor der Erkrankung beschäftigt war und in dieser Zeit mindestens 74 Arbeitsstunden geleistet hat. Sind alle diese Bedingungen erfüllt, ist der Arbeitgeber verpflichtet, für die ersten 30 Tage der Arbeitsunfähigkeit⁶ Krankengeld zu zahlen, wenn nicht arbeitsvertraglich oder tarifvertraglich eine Lohnfortzahlung vereinbart ist. Das Krankengeld wird anhand des Stundenentgelts berechnet, auf das die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer Anspruch gehabt hätten, wenn sie bzw. er nicht krank geworden wäre. Ab dem 31. Arbeitsunfähigkeitstag ist die Wohnkommune der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers für die Finanzierung des Krankengeldes zuständig. Ausgezahlt wird es jedoch vom Arbeitgeber, der sich dieses dann von der Kommune zurückerstatten lassen muss. Die maximale Dauer der Krankengeldzahlung beträgt 52 Wochen innerhalb einer 18-monatigen Zeitperiode.

Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ohne Anspruch auf Krankengeld von ihrem Arbeitgeber, die aber in den vergangenen sechs Monaten mindestens 240 Stunden gearbeitet haben, bei Arbeitslosen, die Mitglied einer Arbeitslosenkasse sind, sowie bei Arbeitslosen, die vor der Arbeitslosigkeit an einer mindestens 18-

⁶ Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung von Krankengeld ist in mehreren Stufen von zunächst 14 Tagen (bis 2009) auf dann 21 Tage und seit 2010 auf 30 Tage angehoben worden.

monatigen Ausbildung teilgenommen haben und solchen, die an einem bezahlten Praktikum teilnehmen, das gesetzlich Teil einer Ausbildung ist, sowie bei Selbständigen, die in mindestens sechs der letzten zwölf Monate vor der Arbeitsunfähigkeit, darunter den Monat unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit, selbständig tätig waren, ist die Kommune für die Zahlung des Krankengeldes zuständig.

Die Kommunen spielen – wie schon betont – eine wichtige Rolle in der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Rehwald et al. 2016). Sie sind verpflichtet, spätestens nach acht Wochen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit ein Assessment für jede Krankengeldempfängerin bzw. jeden Krankengeldempfänger durchzuführen. Im Anschluss daran müssen solche Assessments alle vier bzw. acht Wochen durchgeführt werden. Ziel dabei ist es einmal zu verifizieren, dass der Anspruch auf Krankengeld weiterhin existiert, und zweitens, alle Möglichkeiten zu einer Rückkehr in den Arbeitsprozess bzw. an den Arbeitsmarkt auszuschöpfen. Dafür werden sowohl medizinische, soziale als auch berufliche Umstände des Einzelfalles einbezogen. Dabei existieren für die Kommunen finanzielle Anreize, Arbeitsunfähige möglichst zeitnah zurück in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Rückerstattungen durch den dänischen Staat, die die Kommunen erhalten, sind an ihre „return to work“-Aktivitäten gebunden, und sie sind generell auf die Maximaldauer von 52 Wochen begrenzt. Auch die Nutzung von stufenweiser Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit und damit der Zahlung von Teilkrankengeld ist für die Kommunen finanziell günstig, weil dies die Krankengeld-Ausgaben der Kommunen senkt.

Für den Fall, dass mit dem Arbeitgeber – unter Umständen aufgrund einer entsprechenden Empfehlung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes im „Fit-for-work“-Statement – eine graduelle Rückkehr an den Arbeitsplatz (Teilkrankenschreibung) vereinbart wurde, wird das Krankengeld gemäß dem Anteil der geleisteten Arbeitszeit im Verhältnis zur normalen Arbeitszeit gekürzt; der Arbeitgeber zahlt im Gegenzug für die geleistete Arbeitszeit die anteilige normale Vergütung. Für diese von ihm gezahlte Vergütung erhält der Arbeitgeber keinerlei öffentliche Zuschüsse.

3.2.1.2 Nutzung des Teilkrankengeldes in Dänemark

Gemäß den gesetzlichen Regelungen in Dänemark gilt eine Arbeitsunfähigkeit als teilweise Arbeitsunfähigkeit, wenn eine Arbeitnehmerin bzw. ein Arbeitnehmer mindestens vier Stunden pro Woche aufgrund von Krankheit oder von der Ärztin bzw. dem Arzt verordneter Behandlungen nicht ihre bzw. seine übliche Arbeit ausführen kann („Lov om sygedagpenge“, § 5 Abs. 2).

Eine graduelle Rückkehr in die berufliche Tätigkeit kann sowohl aufgrund einer ärztlichen Empfehlung im „Fit-for-work“-Zertifikat als auch – ohne ärztliche Empfehlung – aufgrund einer Vereinbarung zwischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbart werden. In diesen Fällen ist immer die Zustimmung von Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erforderlich; für beide ist die Zustimmung freiwillig; eine Ablehnung ist ohne Folgen für die Krankengeldzahlungen.

Bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen ist auch die Case Managerin bzw. der Case Manager des Jobcenters berechtigt, auf der Grundlage der regelmäßigen Assessments eine graduelle Rückkehr in die berufliche Tätigkeit vorzuschlagen. Auch hier muss der Arbeitgeber einer solchen graduellen Rückkehr zustimmen. Lehnt die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dann ab, kann der Anspruch auf Krankengeldzahlung aberkannt werden. Stimmt die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer später doch einer graduellen Rückkehr zu, lebt der Krankengeldanspruch nach vier Wochen wieder auf.

Die Statistik der dänischen Arbeitsagentur („Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering“) zeigt, dass die Nutzung von Teilarbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2004 von seinerzeit 5,3 % bis zum Jahr 2015 (neueste Daten) stetig auf mittlerweile 11,6 % angestiegen ist (Tabelle 1). Dabei liegt der Anteil der Teilarbeitsunfähigkeit bei Frauen regelmäßig über dem der Männer (2004: Frauen 5,8 %; Männer 4,7 %/2015: Frauen 13,0 %; Männer 9,9 %).⁷

Tabelle 1: Anteil teilarbeitsunfähig Gemeldeter an allen arbeitsunfähig Gemeldeten in Dänemark, 2004-2015

Jahr	Anteil Teilarbeitsunfähigkeit insgesamt in %	Anteil Teilarbeitsunfähigkeit bei Frauen von allen arbeitsunfähig gemeldeten Frauen in %	Anteil Teilarbeitsunfähigkeit bei Männern von allen arbeitsunfähig gemeldeten Männern in %
2004	5,3	5,8	4,7
2005	5,8	6,4	5,1
2006	6,3	7,1	5,5
2007	6,8	7,7	5,6
2008	7,3	8,4	6,1
2009	7,4	8,5	6,0
2010	9,0	10,3	7,4
2011	9,4	10,4	8,0
2012	9,4	10,3	8,3
2013	9,7	10,4	8,7
2014	10,7	11,6	9,5
2015	11,6	13,0	9,9

Quelle: KMD's sygedagpengeregister: Antal og andel delvise raskmeldinger/sygemeldinger (<http://www.jobindsats.dk>; abgerufen am 05.01.2017).

⁷ <http://www.jobindsats.dk>; (abgerufen am 05.01.2017).

Betrachtet man diejenigen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, die mehr als acht Wochen dauern, so steigt der Anteil der teilarbeitsunfähig Gemeldeten an dieser Gruppe auf nahezu die Hälfte (Tabelle 2). Das zeigt eine Analyse der dänischen Arbeitsagentur aus dem Jahr 2015, in den Daten des Krankengeldregisters der Jahre 2010 bis 2014 ausgewertet wurden (SAR 2015). Danach stieg der Anteil der teilarbeitsunfähig Gemeldeten an allen arbeitsunfähig Gemeldeten mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen im untersuchten Zeitraum von 45,1 % um vier Prozentpunkte auf 49,1 % an. Die Autorinnen und Autoren der Analyse weisen darauf hin, dass aufgrund einer gesetzlichen Anpassung die dänischen Kommunen ab Anfang 2011 eine höhere Erstattung ihrer Ausgaben für Krankengeld erhalten haben, wenn sie Teilarbeitsunfähigkeit oder andere aktivierende Maßnahmen bei arbeitsunfähig Gemeldeten einsetzten. Im Rahmen der Analyse konnte jedoch nicht untersucht werden, ob dieser Effekt auf die erwähnte Gesetzesänderung oder aber auf andere Ursachen zurückzuführen ist (SAR 2015: S. 5).

Tabelle 2: Anteil von teilarbeitsunfähig Gemeldeten an allen arbeitsunfähig Gemeldeten sowie an allen arbeitsunfähig Gemeldeten mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 8 Wochen

Jahr	Anteil von teilarbeitsunfähig Gemeldeten an allen arbeitsunfähig Gemeldeten in %	Anteil von teilarbeitsunfähig Gemeldeten an allen arbeitsunfähig Gemeldeten mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 8 Wochen in %
2010	9,0	45,1
2011	9,4	46,0
2012	9,4	47,0
2013	9,7	48,8
2014	10,7	49,1 (nur 1. Halbjahr)

Quelle: KMD's sygedagpengeregister: Antal og andel delvise raskmeldinger/sygemeldinger (<http://www.jobindsats.dk>; abgerufen am 05.01.2017) sowie: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: > Brugen af delvise raskmeldinger. Kvantitativ Analyse; Dezember 2015, S. 6

Eine ähnliche Beobachtung im Hinblick auf die stärkere Nutzung der Teilkrankschreibung bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen ergab auch schon eine 2008 veröffentlichte Analyse der Teilkrankschreibungen in den nordeuropäischen Ländern Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden (Kausto et al. 2008: S. 242). Danach betrug im Jahr 2006 der Anteil der Teilarbeitsunfähigkeiten an allen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen mit einer Dauer von mehr als acht Wochen 19 %. Der Vergleich der beiden Untersuchungen sowie der statistischen Entwicklung zeigt, dass die Nutzung des Teilkrankengeldes in Dänemark insgesamt seit dem Jahr 2006 deutlich angestiegen ist und parallel der Anteil der

Nutzung des Teilkrankengeldes unter denjenigen Krankengeldempfängern, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer länger als acht Wochen dauert, sich mehr als verdoppelt hat und inzwischen von rund der Hälfte aller mehr als acht Wochen arbeitsunfähig Gemeldeten genutzt wird.

Die Analyse der dänischen Arbeitsagentur zeigt auch, dass der Anteil der Männer mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen, die Teilkrankschreibung nutzen, an allen arbeitsunfähig gemeldeten Männern mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen im Zeitverlauf leicht von 47 % auf 49 % angestiegen ist. Bei Frauen stieg der relative Anteil im gleichen Zeitraum von 50 % auf 52 % an (SAR 2015: S. 7).

Weiterhin wurde im Rahmen der Analyse untersucht, in welchem Zeitraum die arbeitsunfähig Geschriebenen in den Status der Teilarbeitsunfähigkeit wechselten (Tabelle 3). Dabei wird deutlich, dass der Schwerpunkt des Wechsels von der vollen Arbeitsunfähigkeit zur Teilarbeitsunfähigkeit in den ersten beiden Phasen (bis zur 8. Woche bzw. 8.-26. Woche der Arbeitsunfähigkeit) liegt. Dabei zeigen die Daten einen leichten Anstieg des Beginns in der zweiten Phase (8.-26. Woche) bei gleichzeitig leichtem Rückgang in der ersten Phase. Nach einem halben Jahr Arbeitsunfähigkeit ist dagegen eine graduelle Rückkehr in die berufliche Tätigkeit nur noch selten zu beobachten – nur noch 6 % aller Fälle mit Inanspruchnahme von Teilarbeitsunfähigkeit fallen in den Zeitraum 26.-52. Woche. Nach einem vollen Jahr Arbeitsunfähigkeit sinkt dann der Anteil derjenigen, die in dieser Phase noch teilarbeitsfähig werden, auf nur noch 1 %.

Tabelle 3: Durchschnittliche Dauer vom ersten Arbeitsunfähigkeitstag bis zum Beginn der Teilarbeitsunfähigkeit bei allen Arbeitsunfähigen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen und einer Periode mit Teilarbeitsunfähigkeit, 2010-2013

Arbeitsunfähigkeit bis zur ersten Teilarbeitsunfähigkeit in Wochen	2010	2011	2012	2013
Unter 8 Wochen	49 %	49 %	47 %	46 %
8-26 Wochen	45 %	44 %	47 %	47 %
26-52 Wochen	6 %	6 %	6 %	6 %
Mehr als 52 Wochen	1 %	1 %	1 %	1 %

Quelle: KMD's sygedagpengeregister: Antal og andel delvise raskmeldinger/sygemeldinger (<http://www.jobindsats.dk>; abgerufen am 05.01.2017) sowie: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: > Brugen af delvise raskmeldinger. Kvantitativ Analyse; Dezember 2015, S. 9.

3.2.1.3 Daten und Einschätzungen zu den Auswirkungen des Teilkrankengeldes in Dänemark

Die Analyse der dänischen Arbeitsagentur hat auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom Zeitpunkt des Wechsel von der vollständigen in die teilweise Arbeitsunfähigkeit bis zur vollständigen Rückkehr in die Berufstätigkeit untersucht (Tabelle 4). Diese liegt über alle Gruppen für 2013 bei 16,7 Wochen. Am kürzesten ist die Dauer bis zur vollständigen Aufnahme der Berufstätigkeit bei derjenigen Gruppe, bei der der Beginn der graduellen Rückkehr an den Arbeitsplatz zwischen der 8. und 26. Woche liegt (15,5 Wochen), am längsten dagegen bei denjenigen, die erst nach einem Jahr Arbeitsunfähigkeit teilweise wieder arbeitsfähig werden (21,8 Wochen in 2013). Für alle Gruppen gilt, dass die Zeitdauer bis zur vollständige Rückkehr in die Berufstätigkeit sich zwischen 2010 und 2013 von 18,0 auf 16,7 Wochen verkürzt hat.

Tabelle 4: Durchschnittliche Dauer (in Wochen) vom Beginn der Teilarbeitsfähigkeit bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit bei allen Arbeitsunfähigen mit einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als acht Wochen und einer Periode mit Teilarbeitsunfähigkeit, 2010-2013

Arbeitsunfähigkeit bis zur ersten Teilarbeitsunfähigkeit in Wochen	Durchschnittliche Dauer (in Wochen) vom Beginn der Teilarbeitsfähigkeit bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit			
	2010	2011	2012	2013
Unter 8 Wochen	18,7	18,1	17,4	17,2
8-26 Wochen	16,4	15,8	15,6	15,5
26-52 Wochen	23,3	22,6	22,7	21,4
Mehr als 52 Wochen	31,4	30,5	27,3	21,8
Insgesamt	18,0	17,4	16,9	16,7

Quelle: KMD's sygedagpengeregister: Antal og andel delvise raskmeldinger/sygemeldinger (<http://www.jobindsats.dk>; abgerufen am 05.01.2017) sowie: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: > Brugen af delvise raskmeldinger. Kvantitativ Analyse; Dezember 2015, S. 10.

Für die Gesamtdauer der Arbeitsunfähigkeit zeigen die Daten der dänischen Arbeitsagentur, dass Fälle mit einem Anteil von Teilarbeitsunfähigkeit insgesamt 2,4 Wochen schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren als diejenigen ohne graduelle Rückkehr an den Arbeitsplatz (Tabelle 5). Danach kehrten im Jahr 2013 Arbeitsunfähige ohne einen Anteil an Teilarbeitsunfähigkeit im Durchschnitt nach 30,4 Wochen wieder voll in die Berufstätigkeit zurück. Arbeitsunfähige mit gradueller Rückkehr in die Berufstätigkeit kehrten dagegen bereits nach durchschnittlich 28,0

Wochen wieder an ihren Arbeitsplatz zurück. Auch diese Zahlen beziehen sich auf solche Fälle, die insgesamt eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 8 Wochen hatten.

Ob der Grund für die frühere Rückkehr in die volle Berufstätigkeit für die Gruppe derjenigen mit einer Teilarbeitsfähigkeit die graduelle Rückkehr in die Berufstätigkeit sei, könne im Rahmen der Analyse allerdings nicht endgültig festgestellt werden, betonen die Autorinnen und Autoren der Analyse der dänischen Arbeitsagentur (SAR 2015: S. 10). Eine weitergehende Auswertung zeigt jedoch, dass von denjenigen Personen mit einer graduellen Rückkehr in die Berufstätigkeit vier Wochen nach Ende der Arbeitsunfähigkeit nur 2 % erneut Krankengeld bezogen haben, während der Anteil bei der Gruppe ohne Teilarbeitsunfähigkeit der Anteil derjenigen, die vier Wochen nach Ende der Arbeitsunfähigkeit erneut Krankengeld bezogen, bei 17 % lag. Dies, so die Forscherinnen und Forscher, gebe zumindest einen Hinweis darauf, dass eine graduelle Rückkehr in die Berufstätigkeit sich positiv auf die volle Rückkehr in eine Berufstätigkeit auswirke, ohne dabei auf der Grundlage der ausgewerteten Daten einen kausalen Zusammenhang feststellen zu können (SAR 2015: S. 11).

Tabelle 5: Durchschnittliche Dauer (in Wochen) der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit mit und ohne einen Anteil an Teilarbeitsfähigkeit, 2010-2013

	Durchschnittliche Dauer (in Wochen) der gesamten Arbeitsunfähigkeit			
	2010	2011	2012	2013
Ohne einen Anteil von Teilarbeitsunfähigkeit	31,3	31,2	31,2	30,4
Mit einem Anteil von Teilarbeitsunfähigkeit	28,8	28,2	28,2	28,0

Quelle: KMD's sygedagpengeregister: Antal og andel delvise raskmeldinger/sygemeldinger (<http://www.jobindsats.dk>; abgerufen am 05.01.2017) sowie: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: > Brugen af delvise raskmeldinger. Kvantitativ Analyse; Dezember 2015, S. 10.

Die Effekte von gradueller Rückkehr in das Arbeitsleben im Rahmen von Teilkrank-schreibung/Teilkrankengeld sind für Dänemark auch in einer Studie untersucht worden, die 2016 veröffentlicht wurde und Daten des Jahres 2009 als Basis hat. Die Autoren kommen zu einem positiven Ergebnis im Hinblick auf die Auswirkung der Nutzung von Teilarbeitsunfähigkeit auf die Rückkehr in das Arbeitsleben im Vergleich zu anderen Maßnahmen: „Taken together, our results thus suggest that graded return-to-work programs are the most effective intervention for improving sick-listed workers' subsequent labor outcomes. When intensified, they are associated with strong and lasting effects, for sick-listed workers who were employed before becoming sick and who do not suffer from mental disorders. Therefore, our results support a greater reliance on graded return-to-work programs to help sick-

listed individuals to return to work as quickly as possible.“ (Rehwald et al. 2016: S. 33)

3.2.2 Teilkrankengeld-Regelungen und ihre Nutzung in Norwegen

3.2.2.1 Rahmenbedingungen im norwegischen Gesundheits- und Sozialsystem

In der verpflichtenden öffentlichen norwegischen Sozialversicherung⁸ („Folketrygden“), die die Krankenversicherung einschließt, sind alle Bewohnerinnen und Bewohner des Landes, also jeder, der im norwegischen Melderegister registriert ist und damit über eine norwegische Personenummer verfügt, sowie alle bei norwegischen Arbeitgebern angestellten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern automatisch versichert. Für Ausländerinnen und Ausländer, die nach Norwegen kommen und nicht als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einem norwegischen Arbeitgeber beschäftigt sind, gilt dies unter der Voraussetzung, dass ihr Aufenthalt in Norwegen mindestens 12 Monate dauert bzw. für mindestens zwölf Monate vorgesehen ist. Die Versicherten in der Sozialversicherung müssen einen Sozialbeitrag bezahlen, der vom Finanzamt automatisch zusammen mit der Lohn- bzw. Einkommensteuer erhoben wird. Er beträgt zurzeit (2016) 8,2 % für Beschäftigte, 10,7 % für Selbständige sowie 5,1 % für Rentnerinnen und Rentner.⁹

Für die Sicherstellung und teilweise für die Finanzierung der primärärztlichen Versorgung sind die norwegischen Kommunen zuständig. Der weitaus größte Teil der primärärztlichen Versorgung findet durch niedergelassene Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte statt, die Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Kommunen haben. Insbesondere im Norden des Landes, wo es nicht in ausreichendem Maß niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte gibt, übernehmen angestellte Ärztinnen und Ärzte der Kommunen („Kommunelege“) die primärärztliche Versorgung.

Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt einmal durch die Polikliniken der Krankenhäuser. Zusätzlich praktizieren in Norwegen auch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Die Niederlassung in eigener Praxis ist nicht eingeschränkt; die vertragliche Bindung an Kommunen oder die fünf staatlichen Krankenhausunternehmen entscheidet sich jedoch nach dem jeweiligen regionalen Bedarf.

In Norwegen gilt seit dem 1. Juni 2001 verpflichtend ein Primärarztsystem. Dabei haben die Bewohnerinnen und Bewohner einer Kommune das Recht, eine Primärärztin bzw. einen Primärarzt aus den niedergelassenen bzw. angestellten Primär-

⁸ vgl. zu den nachfolgenden Angaben zum norwegischen Gesundheitssystem und der Versorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte vor allem Ringard et al. (2013); sowie Nordic Medico-Statistical Committee (2016).

⁹ <https://www.nav.no/en/Home/Rules+and+regulations> (abgerufen am 16.02.2017).

ärztinnen und Primärärzten in der Kommune als ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt („Fastlege“) zu wählen. Diese Wahl kann zweimal pro Jahr geändert werden; eine Änderung wird zum Beginn des folgenden Monats aktiv. Die Patientin bzw. der Patient ist im Normalfall verpflichtet, zunächst die Hausärztin bzw. den Hausarzt aufzusuchen, die bzw. der dann nach Bedarf an niedergelassene bzw. in einem Krankenhaus tätige Spezialistinnen und Spezialisten überweist oder zur stationären Behandlung einweist. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind auch in erster Linie für Krankschreibungen zuständig.

Die Finanzierung der hausärztlichen Versorgung besteht aus drei Teilen: Einmal erhält die Hausärztin bzw. der Hausarzt pro eingeschriebener Patientin bzw. eingeschriebenem Patienten eine Kopfpauschale, zweitens erhält er bzw. sie für eine relativ große Anzahl an Einzelleistungen eine entsprechende Vergütung gemäß der Vergütungsordnung für Hausärztinnen und Hausärzte, und drittens zahlen die Patientinnen und Patienten pro Besuch eine pauschale Selbstbeteiligung (2016: 141 NOK/14,83 € (Stand 08.06.2017) am Tag, 238 NOK/25,03 € (Stand 08.06.2017) abends bzw. nachts).

Jeder bzw. jede Versicherte in der norwegischen Sozialversicherung hat ein Anrecht auf Krankengeld¹⁰, wenn er bzw. sie erkrankt oder verletzt ist und mindestens vier Wochen vor der Erkrankung bzw. Verletzung gearbeitet hat. Die Dauer des Krankengeldes ist auf maximal 52 Wochen begrenzt, und zwar unabhängig davon, ob die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer teilweise oder vollständig krankschrieben ist. Für die ersten drei bzw. acht Tage (bei Angestellten von Unternehmen, die dem IA-Abkommen – kollektives Abkommen zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen sowie dem norwegischen Staat für inklusive Arbeitsplätze (Abbildung 4) – angeschlossen sind, für max. 24 Kalendertage pro Jahr) ist es möglich, dass die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter dem Arbeitgeber per persönlicher Erklärung mitteilt, dass er bzw. sie erkrankt und arbeitsunfähig ist („Egenmelding“). Ab dem vierten bzw. neunten Tag (bei Angestellten von Unternehmen, die dem IA-Abkommen angeschlossen sind) muss die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Hausärztin bzw. des Hausarztes (in der Regel) oder der behandelnden Spezialisten bzw. des behandelnden Spezialisten vorlegen („legeerklæring“).

Das IA-Abkommen umfasst nach Angaben der norwegischen Regierung¹¹ rund 26 % aller Einrichtungen bzw. Betriebe, in denen jedoch ca. 60 % aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Norwegen beschäftigt sind. Das Abkommen gilt für den gesamten öffentlichen Dienst sowie vor allem für sehr viele größere bzw.

¹⁰ <https://www.nav.no/en/Home/Benefits+and+services/Sickness+benefits> (abgerufen am 16.02.2017).

¹¹ https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/ (abgerufen am 16.03.2017)

große Unternehmen. Auf der Website zum IA-Abkommen wird betont, dass graduierte Krankschreibung eine der Hauptstrategien des IA-Abkommens darstellt.¹²

Abbildung 4: Das norwegische IA-Abkommen

Das „Inclusive Workplace Agreement“/Inkluderende Arbeidsliv (IA) in Norwegen

Ziel des nationalen Abkommens der Sozialpartner ist es, eine frühzeitige berufliche Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Arbeitnehmern zu erwirken. Unternehmen können dem Abkommen freiwillig beitreten und sich als „IA-enterprise“ registrieren lassen.

Beteiligte und Verantwortlichkeiten

Arbeitgeber: Vorbereitung und Umsetzung
Arbeitnehmer: Informations- und Mitwirkungspflichten
Betriebliches Gesundheitsmanagement/Arbeitnehmervertretung: Beteiligungsrechte
Behandelnder Arzt: medizinische Behandlung und Support
Sozialversicherung: Monitoring, Zahlung von Krankengeld
Arbeitsbehörde: Beratungsleistungen

Ablauf

Innerhalb von 4 Wochen: Der Arbeitgeber bereitet unter Beteiligung des Arbeitnehmers einen Follow-up-Plan zur geplanten Wiedereingliederung vor und übersendet diesen an den behandelnden Arzt.

Innerhalb von 7 Wochen: Arbeitgeber und Arbeitnehmer halten ein „dialogue meeting“ ab, an dem der behandelnde Arzt und das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu beteiligen sind.

Innerhalb von 8 Wochen: Der behandelnde Arzt erstellt ein Gutachten, das darlegt, welche medizinischen Gründe gegen die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit sprechen.

Innerhalb von 9 Wochen: Der Arbeitgeber übersendet den Follow-up-Plan und einen erläuternden Bericht an die Sozialversicherung.

Innerhalb von 26 Wochen: Die Sozialversicherung lädt Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu einem zweiten „dialogue-meeting“, an dem ggf. auch der behandelnde Arzt zu beteiligen ist. Auf Wunsch des Arbeitgebers, des Arbeitnehmers oder des behandelnden Arztes kann auch ein drittes Treffen einberufen werden.

Innerhalb von 52 Wochen: Die Sozialversicherung nimmt vor Ablauf der Krankengeldzahlung eine abschließende Bewertung vor.

Quelle: BT-Drucksache 18/7019 – Sondergutachten 2015 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 52.

Für die ersten 16 Tage einer Arbeitsunfähigkeit ist der Arbeitgeber verpflichtet, Krankengeld zu bezahlen. Danach übernimmt die norwegische Arbeits- und Wohl-

¹² <http://inkluderende.no/tilrettelegging/gradert-sykemelding> (abgerufen am 16.03.2017)

fahrtsverwaltung („Arbeids- og velferdsforvaltninga“ – NAV) die Zahlung des Krankengeldes bis längstens zum Ende der 52. Woche. In vielen Fällen garantieren tarifvertragliche Vereinbarungen eine längere Zahlung des vollen Lohnes bzw. Gehalts durch den Arbeitgeber. In diesen Fällen ist der Arbeitgeber berechtigt, sich das Krankengeld von der norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung (NAV) zurückerstatten zu lassen.

Die krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte in Norwegen sind seit dem Jahr 2004 gesetzlich dazu verpflichtet, im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit immer auch zu überprüfen, ob eine teilweise Arbeitsunfähigkeit („gradert sygemelding“) anstelle einer hundertprozentigen Krankschreibung erforderlich bzw. möglich ist. Manche Forscherinnen und Forscher interpretieren diese neue Regelung noch weitergehend: Damit sei gradierte (teilweise) Krankschreibung für die krankschreibenden Ärztinnen bzw. Ärzte zur ersten Wahl im Krankschreibungsprozess gemacht worden (Grødem et al. 2015: S. 14, 21).

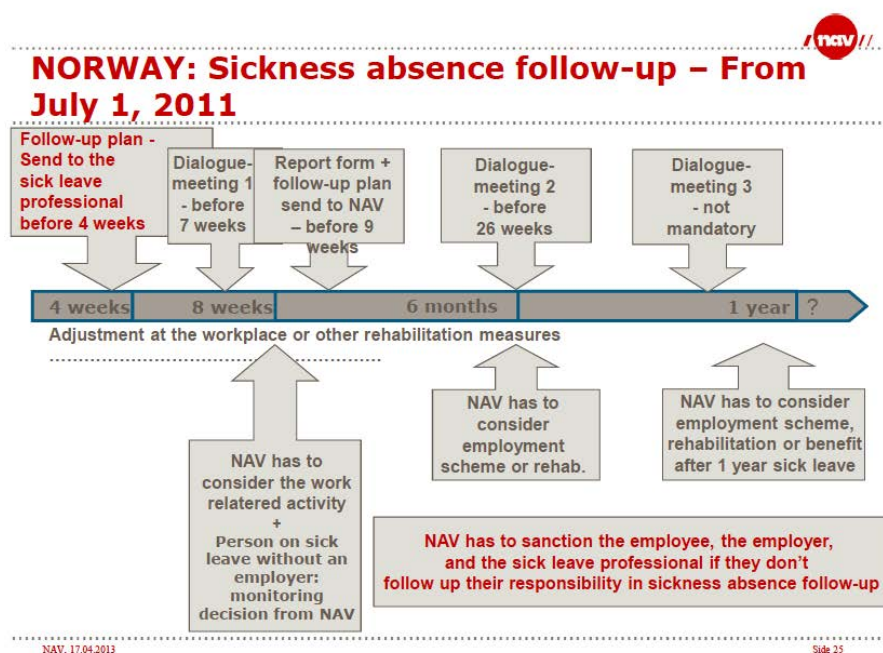
Eine teilweise Krankschreibung ist nach den gesetzlichen Regeln ab einer Reduzierung der Arbeitsfähigkeit um mindestens 20 % möglich (Folketrygdeloven § 8-13). Sie kommt nicht nur infrage, wenn die Arbeitsfähigkeit im Bereich der eigenen beruflichen Aufgaben um mindestens 20 % herabgesetzt ist, sondern auch, wenn die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer trotz der Erkrankung bzw. Verletzung teilweise neue Arbeitsaufgaben im -Betrieb ausführen kann (Folketrygdeloven § 8-6). Teilweise Krankschreibung ist sowohl für Vollzeitbeschäftigte als auch für Teilzeitbeschäftigte möglich. Bei Teilzeitbeschäftigten wird die Gradierung der Arbeitsfähigkeit in Prozent dann auf ihre jeweilige normale Wochenstundenzahl bezogen.

Bei gradierter Krankmeldung wird das Krankengeld entsprechend dem Gradierungsgrad gekürzt (Folketrygdeloven § 8-6); gleichzeitig hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für die Zeiten, die sie bzw. er gradiert arbeitet, Anspruch auf Vergütung durch den Arbeitgeber. Der Arbeitgeber erhält für die hierfür von ihm geleisteten Vergütungen keinerlei Erstattungen von öffentlichen Stellen.

Die krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte wurden auch zu verstärkter Evaluierung und Dokumentation von Funktionseinschränkungen und auf Anforderung zur Teilnahme an Dialog-Meetings zwischen der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. dem krankgeschriebenen Arbeitnehmer, dem Arbeitgeber sowie der NAV verpflichtet (Grødem et al. 2015: S. 14 f.) (Details hierzu siehe weiter unten in diesem Kapitel); gleichzeitig wurde das Nichtbeachten dieser neuen Aufgaben im Zusammenhang mit Krankschreibungen mit Sanktionen versehen. Entsprechend finden sich in der „Fachlichen Anleitung für Krankmelder“ („Faglig veileder for sykmeldere“) des norwegischen Gesundheitsdirektorats („Helsedirektoratet“) (Helsedirektoratet 2016: S. 337 ff.) auch präzise Angaben darüber, wie die Teilkrankschreibung von der Ärztin bzw. dem Arzt überprüft und konkret vorgenommen werden soll. Dort heißt es unter anderem: „Eine volle Krankschreibung ist nur vorzunehmen, wenn es nicht möglich ist, teilweise krank zu schreiben oder andere arbeitsbezogene Aktivitäten aufgrund des Charakters der Erkrankung zu wählen.“ (Helsedirektoratet 2016: S. 341)

Teilkrankschreibung ist Teil einer breiter angelegten Politik in Norwegen, Krankmeldungen und insbesondere längerdauernde Krankmeldungen zu reduzieren und zu verhindern, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach längerer Arbeitsunfähigkeit nicht wieder in eine Berufstätigkeit zurückkehren. Dies ist zentraler Bestandteil des bereits erwähnten IA-Abkommens. Dazu gehört neben der gradierten Krankmeldung vor allem die Aktivierung der krankgeschriebenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch ein systematisches Follow-Up (Abbildung 5).

Abbildung 5: Verpflichtende Follow-Up-Prozedur für Krankschreibungen in Norwegen (gültig seit Mitte 2011)



Quelle: NAV

Erster Schritt im Rahmen dieses Follow-Up ist die Erstellung eines Follow-Up-Planes durch den Arbeitgeber innerhalb der ersten vier Wochen der Krankschreibung. Dieser Plan muss einerseits ein Assessment der Aufgaben und der Arbeitsfähigkeiten der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers enthalten, darüber hinaus relevante Maßnahmen des Arbeitgebers, um die krankgeschriebene Arbeitnehmerin bzw. den krankgeschriebenen Arbeitnehmer wieder ganz oder teilweise in den Arbeitsprozess zu integrieren. Der Follow-Up-Plan muss vom Arbeitgeber der krankschreibenden Ärztin bzw. dem krankschreibenden Arzt zur Verfügung gestellt werden.

Wird die Grenze von vier Wochen überschritten, informiert die norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung (NAV) die krankgeschriebene Arbeitnehmerin

bzw. den krankgeschriebenen Arbeitnehmer schriftlich über Rahmenbedingungen, Pflichten und folgende Schritte im Krankschreibungs- und Follow-Up-Prozess.

Bis zur siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit muss der Arbeitgeber ein erstes Dialogtreffen zwischen der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. dem krankgeschriebenen Arbeitnehmer, dem arbeitsmedizinischen Dienst des Unternehmens sowie nach Bedarf mit der krankschreibenden Ärztin bzw. dem krankschreibenden Arzt organisieren. Ziel dieses Treffens ist es, den Follow-Up-Plan zu diskutieren und mögliche Anpassungen des Arbeitsplatzes bzw. der Arbeitsaufgaben der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers zu arrangieren, die eine teilweise oder vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen. Der aktualisierte Follow-Up-Plan ist in jedem Fall der krankschreibenden Ärztin bzw. dem krankschreibenden Arzt zur Verfügung zu stellen.

Übersteigt die Dauer der Krankschreibung acht Wochen, muss die krankschreibende Ärztin bzw. der krankschreibende Arzt eine eingehendere Begründung für die längere Krankschreibung erstellen, in der zwingende medizinische Gründe für die vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit detailliert dargelegt werden müssen. Die norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung (NAV) muss zu diesem Zeitpunkt das Erfordernis von weiteren Aktivitäten im Hinblick auf die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. des krankgeschriebenen Arbeitnehmers prüfen. In diesem Zusammenhang muss NAV auch prüfen, ob die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer weiterhin berechtigt ist, Krankengeld zu beziehen.

Bis zur 9. Woche der Krankschreibung muss der Arbeitgeber den Follow-Up-Plan sowie eine Darstellung der ergriffenen Maßnahmen an die norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung (NAV) senden. Bei der Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung wird zu diesem Zeitpunkt konkret überprüft, welche Maßnahmen von ihrer Seite erforderlich und möglich sind, wenn solche Maßnahmen im Follow-Up-Plan für erforderlich gehalten werden.

Bis zur 26. Woche der Krankschreibung ist dann von der NAV ein zweites Dialog-Meeting anzusetzen, an dem neben der NAV-Fallmanagerin bzw. dem NAV-Fallmanager auch die krankgeschriebene Arbeitnehmerin bzw. der krankgeschriebene Arbeitnehmer, Vertreter des Arbeitgebers sowie – auf Anforderung von der NAV – auch die krankschreibende Ärztin bzw. der krankschreibende Arzt teilnimmt. In diesem Treffen soll entschieden werden, ob weitere Anpassungsmaßnahmen am Arbeitsplatz der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. des krankgeschriebenen Arbeitnehmers erforderlich sind oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen von der NAV eingeleitet werden sollten. Als dritte Möglichkeit wird erörtert, ob die NAV für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer Beschäftigungsmaßnahmen organisiert.

Das dritte Dialog-Meeting nach einem Jahr Krankschreibung findet nur statt, wenn es von der Arbeitnehmerin bzw. vom Arbeitnehmer, vom Arbeitgeber oder von der krankschreibenden Ärztin bzw. dem krankschreibenden Arzt verlangt wird. Hier

wird dann erneut geprüft, ob die NAV für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder Beschäftigungsmaßnahmen organisieren sollte. Wenn die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers nach 52 Wochen um mindestens 50 % herabgesetzt ist und die Aussicht besteht, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer wieder in eine feste Berufstätigkeit zurückkehren kann, besteht die Möglichkeit, für maximal vier Jahre Arbeitsassessment-Geld („Arbeidsavklaringspenger“) zu erhalten, das 66 % des normalen Einkommens entspricht. In dieser Zeit muss die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dann an beruflicher Rehabilitation bzw. Beschäftigungsmaßnahmen (Return to work Aktivitäten) teilnehmen. Sind diese Maßnahmen nicht erfolgreich oder besteht aufgrund von Krankheit oder Verletzung, die die Arbeitsfähigkeit um mehr als 50 % herabsetzen, keine Aussicht auf eine Rückkehr in eine dauerhafte Berufstätigkeit, besteht für Personen zwischen 18 und 67 Jahren die Möglichkeit, eine Erwerbsunfähigkeitsrente („Uføretrygd“) zu erhalten.

Die Erfüllung der verschiedenen Aufgaben im Rahmen der dargestellten Follow-Up-Aktivitäten können bei Nichtbeachtung von der NAV gegenüber dem Arbeitgeber und der krankschreibenden Ärztin bzw. dem krankschreibenden Arzt mit Geldstrafen sanktioniert werden; der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer kann die weitere Zahlung des Krankengeldes verweigert werden.

3.2.2.2 Nutzung des Teilkrankengeldes in Norwegen

Die Möglichkeit einer teilweisen Krankschreibung hat in Norwegen die längste Tradition aller nordischen Länder. Sie existiert dort bereits seit 1911 (Brage et al. 2011: S. 33). Damals war sie möglich durch eine Regelung, die zusätzlich zum Erhalt von Krankengeld, das etwa 60 % des normalen Arbeitseinkommens ausmachte, Arbeit bis zu einem Einkommen von maximal 30 % des normalen Einkommens zuließ. 1930 wurde die Regelung in der seinerzeit verabschiedeten Krankengeldordnung dahingehend verändert, dass bei teilweiser Krankschreibung das halbe Krankengeld gezahlt werden konnte. 1997 wurde dann die teilweise Krankschreibung gesetzlich in einem eigenen Paragraphen (Folketrygdeloven § 8-13) genauer definiert: Eine teilweise Krankschreibung ist danach, wie weiter oben bereits erwähnt, ab einer Reduzierung der Arbeitsfähigkeit um mindestens 20 % möglich.

Wie bereits weiter oben ausgeführt, sind die krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte in Norwegen seit dem Jahr 2004 gesetzlich dazu verpflichtet, im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit immer auch zu überprüfen, ob eine teilweise Arbeitsunfähigkeit („gradert sygemelding“) anstelle einer 100prozentigen Krankschreibung erforderlich bzw. möglich ist.

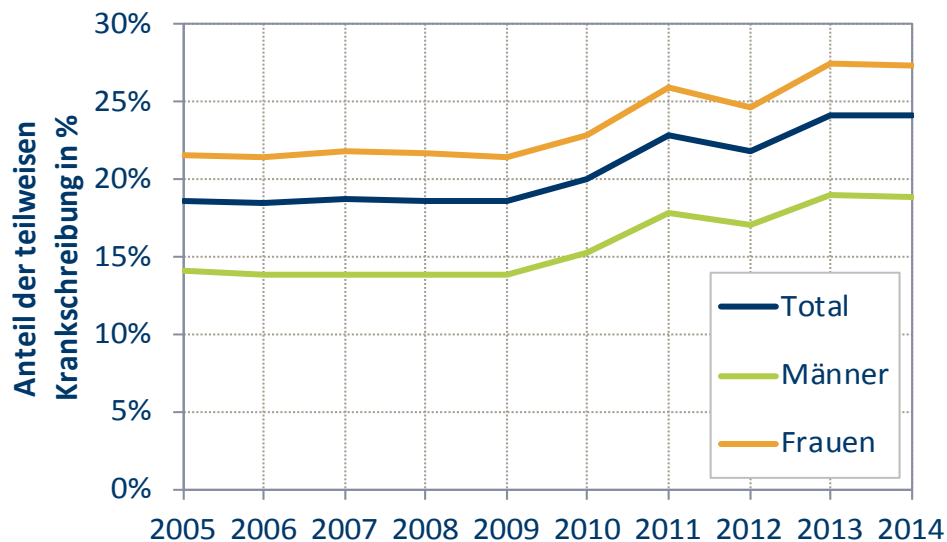
Parallel zur gradierten Krankschreibung gab es zwischen 1993 und 2011 die sogenannte aktive Krankmeldung, bei der die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer bei einer 100prozentigen Krankmeldung und dem Ausschluss der Möglichkeit einer gradierten Krankmeldung nach vier Monaten Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu maximal acht Wochen andere Aufgaben als die normale Arbeit im Unternehmen übernehmen durfte und dafür auch bezahlt werden konnte.

Über die Nutzung von gradierter Krankmeldung in Norwegen gibt es für die Zeit von 1989 bis 2010 lediglich wenige Daten (Brage et al. 2013: S. 6). Danach betrug im Jahr 1989 der Anteil der teilweisen Krankschreibung an allen Krankschreibungsperioden 13 %. Die Gesamtheit der hierbei erfassten Fälle sind alle Krankschreibungsfälle, die länger als die Arbeitgeberperiode (die ersten 16 Tage) dauerten; als Fälle mit teilweiser Krankschreibung wurden solche Fälle erfasst, die mit einer teilweisen Krankschreibung endeten. Im Jahr 2005 erreichte der Anteil der teilweisen Krankschreibung 18,6 %, und in den Folgejahren stieg der Anteil der teilweisen Krankschreibung in Norwegen bis auf 24,1 % im Jahr 2014 an (Abbildung 6). Dabei wurden in diesem Zeitraum auch Fälle von teilweiser Krankschreibung in den ersten 16 Tagen der von Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Krankschreibungen mit-erfasst. Die teilweise Krankschreibung bei Frauen lag durchweg deutlich höher als bei Männern. Im Jahr 2014 waren 27,3 % aller Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Frauen solche mit einem Anteil von teilweiser Krankschreibung, bei Männern lag der entsprechende Anteil dagegen bei 18,8 %. Wie die Abbildung zeigt, ist dieser Unterschied seit dem Jahr 2005 stabil. Allerdings liegt auch der Anteil der Krankschreibungen von Frauen an allen berufstätigen Frauen mit 7,0 % deutlich über dem entsprechenden Anteil der Männer (4,3 %). Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle an den Berufstätigen insgesamt 5,5 %.

Die neuesten Daten der NAV-Krankschreibungsstatistik weisen für Norwegen für das 3. Quartal 2016 einen Anteil der teilweisen Krankschreibungen von 23,1 % aus (Frauen: 25,9 %; Männer: 18,6 %) (NAV 2016). Dabei variiert der Anteil der gradierten Krankschreibungen auch regional zwischen 20,2 % („Fylke Rogaland“) und 26,8 % („Fylke Oppland“). Wie die Statistikerinnen und Statistiker von der NAV betonen, liegt in den Provinzen („Fylke“), in denen der Anteil der Krankschreibungen insgesamt niedrig ist, auch der Anteil der teilweisen Krankschreibung niedrig. In Provinzen dagegen, in denen der Anteil der Krankschreibungen insgesamt hoch ist, liegt auch der Anteil der teilweisen Krankschreibung höher als im Durchschnitt (NAV 2016). Unterschiede gibt es dabei auch in der Entwicklung über die vergangenen zehn Jahre: Während in Oslo der Anteil der teilweisen Krankschreibung in diesem Zeitraum nur um rund 25 % angestiegen ist, betrug die Steigerungsrate in den Fylken Finnmark, Nordland und Hedmark rund 50 %.¹³

¹³ Zu den Fylken in Norwegen und ihrer geographischen Lage siehe u. a.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Fylke>.

Abbildung 6: Anteil der teilweisen Krankschreibungen in % an allen von Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Krankschreibungen, 2005-2014



Quelle: NAV

Der Grad der Krankschreibung wurde von Brage et al. (2013: S. 8) in einer Studie ebenfalls untersucht. Sie stellten dabei fest, dass der mit gut der Hälfte aller Krankschreibungen am häufigsten benutzte teilweise Krankschreibungsgrad bei 50 % liegt (Tabelle 6). Der am zweithäufigsten genutzte Teilkrankschreibungsgrad war 40 % mit einem Anteil von rund einem Zehntel an allen teilweisen Krankschreibungen, gefolgt von 20 % Krankschreibungsgrad (knapp ein Zehntel) sowie 60 % Krankschreibungsgrad (etwa ein Zwölftel aller Teilkrankschreibungen). Alle anderen Teilkrankschreibungsgrade blieben deutlich unter diesen Werten.

Tabelle 6: Begonnene Krankmeldung nach Krankmeldungsgrad, 2009

Krankschreibungsgrad in %	Anteil in %
Insgesamt	100 %
20	1,8 %
30	1,2 %
40	2,0 %
50	10,1 %
60	1,6 %
70	0,6 %
80	1,3 %
90	0,1 %
100	81,3 %

Quelle: Søren Brage, Inger Cathrine Kann, Jon Petter Nossen: Gradert Sykmelding; NAV-Rapport 2013:2, Oslo 2013, S. 8.

Im Hinblick auf die Nutzung der Teilkrankschreibung im Hinblick auf die Gesamtlänge der jeweiligen Krankschreibung kommen Brage et al. zu ähnlichen Ergebnissen, wie sie auch aus Dänemark bekannt sind: Mit steigender Dauer der Krankschreibung steigt auch der Grad der Nutzung von Teilkrankschreibungen: Danach entfällt deutlich mehr als die Hälfte der Teilkrankschreibungen auf solche Arbeitsunfähigkeitsfälle, die zwischen 91 und 365 Tage dauern (Tabelle 7) (Brage et al. 2013).

Tabelle 7: Krankschreibungsfälle, begonnen in 2009, und Anteil derjenigen Fälle, die zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der gesamten Krankschreibungsdauer gradiert waren, in %

Dauer	Anteil der teilweisen Krankschreibungsfälle in %
insgesamt	15,4 %
1-16 Tage	2,2 %
17-90 Tage	28,1 %
91-365 Tage	56,8 %

Quelle: Søren Brage, Inger Cathrine Kann, Jon Petter Nossen: Gradert Sykmelding; NAV-Rapport 2013:2, Oslo 2013, S. 8.

Berücksichtigt man dabei nur diejenigen Krankschreibungsfälle, die länger als 16 Tage dauerten, steigt der Gesamtanteil derjenigen mit einer Teilkrankschreibung von 15,4 % auf 37 %.

Weiterhin untersucht wurde in der erwähnten Studie auch die Nutzung von Teilkrankschreibungen bei verschiedenen Diagnosen (Tabelle 8) (Brage et al. 2011: S. 39). Dabei zeigt sich, dass die Teilkrankschreibung in Norwegen am häufigsten bei psychischen Erkrankungen genutzt wird, gefolgt von Muskel- und Skeletterkrankungen, bei denen wiederum Rückenbeschwerden den größten Anteil ausmachen. An dritter Position befinden sich Beschwerden während der Schwangerschaft. Am seltensten genutzt wird die Teilkrankschreibung dagegen bei Atemwegsinfektionen. Die Autorinnen und Autoren weisen in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass es sich in gut 5 % aller in der Studie genauer untersuchten Krankschreibungsfälle des Jahres 2009 um solche Fälle handelt, die von Beginn bis zum Ende der Krankschreibung graduiert war. Etwas häufiger (6,4 %) aller Krankschreibungsfälle sind die Fälle, in denen die Teilkrankschreibung auf eine Phase der vollständigen Krankschreibung folgt.

Tabelle 8: Anteil gradierter Krankschreibungen an allen im Jahr 2009 begonnenen Krankschreibungen nach der letzten angegebenen Diagnose in %

Diagnose	Anteil gradierte Krankschreibung	Anteil derjenigen Krankschreibungen, die als gradiert begannen
Angst/Depression	28,9 %	12,1 %
Andere psychische Erkrankungen	23,9 %	10,4 %
Rückenleiden	19,8 %	8,4 %
Andere Muskel-/Skeletterkrankungen	21,6 %	9,2 %
Luftwegsinfektionen	2,1 %	0,8 %
Andere Luftwegserkrankungen	5,0 %	2,4 %
Schwangerschaftsbeschwerden	37,2 %	27,9 %
Verletzungen	9,4 %	2,7 %
Andere Diagnosen	14,0 %	6,4 %

Quelle: Søren Brage, Inger Cathrine Kann, Arne Kolstad, Jon Petter Nossen, Ola Thune: Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk; in: Arbeid og velferd 3/2011, S. 39.

3.2.2.3 Daten und Einschätzungen zu den Auswirkungen des Teilkrankengeldes in Norwegen

Die Auswirkungen der teilweisen Krankschreibung sind für Norwegen wiederholt untersucht worden. Dabei weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der verstärkten Nutzung der teilweisen Krankschreibung und der Dauer der Krankschreibung gibt. Steigt der Anteil der teilweisen Krank-

schreibung, sinkt im Gegenzug die Dauer der Krankschreibung in den nachfolgenden Monaten leicht (Kann et al. 2012: S. 60 ff.). Den gleichen Zusammenhang fanden die Forscherinnen und Forscher zwischen dem Grad der teilweisen Krankschreibung und dem Gesamtanteil der Krankgeschriebenen (Kann et al. 2012: S. 66 f.).

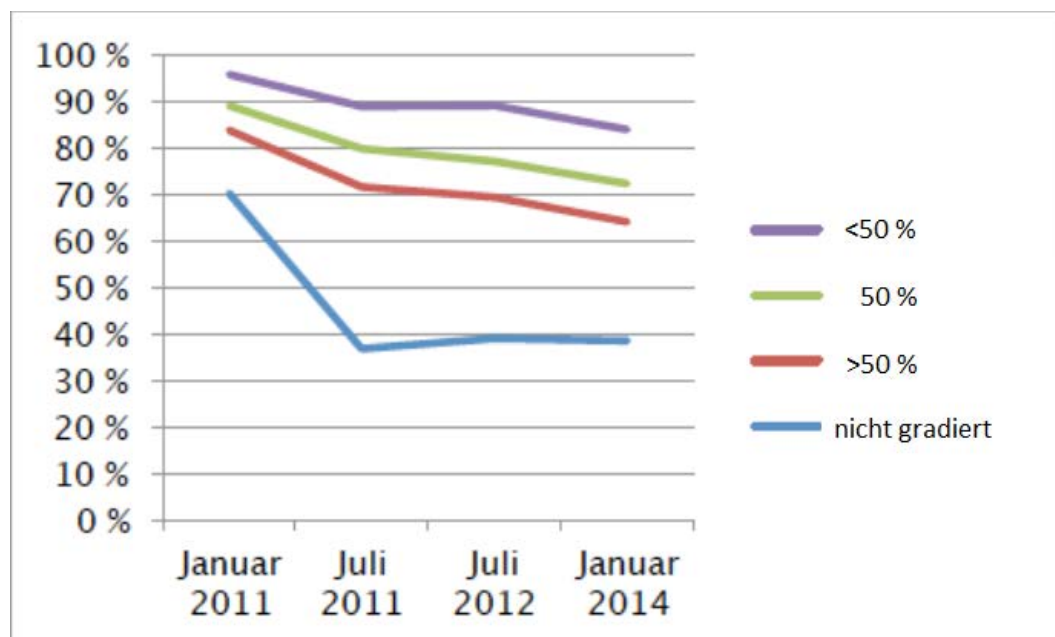
In einer anderen Studie kommen Markussen et al. zu folgendem Ergebnis: „Our most conservative estimates imply that substituting a graded for a non-graded absence certificate cuts the number of lost (fulltime-equivalent) working days during the sick leave by half, and raises the employment propensity two years later by 12-14 percentage points.“ (Markussen et al. 2010: S. 33) Sie beschreiben damit deutlich positive Auswirkungen der teilweisen Krankschreibung sowohl auf die Anzahl der durch Krankschreibung verlorenen Arbeitstage als auch auf die Chance, nach einer längeren Krankschreibung vollständig in das Arbeitsleben zurückzukehren und auch zwei Jahre danach noch beschäftigt zu sein. Dagegen haben die Forscher in ihrer Untersuchung keinerlei Hinweise darauf gefunden, dass die Möglichkeit der teilweisen Krankschreibung zu verstärkter Krankschreibung insgesamt führen würde (Markussen et al. 2010: S. 33 f.). Sie stellen gleichzeitig fest, dass die intensivere Nutzung von teilweiser Krankschreibung bei den Ärztinnen und Ärzten zu einer Verringerung der Anzahl der Langzeit-Krankschreibungen zu führen scheint (Markussen et al. 2010: S. 34).

Diese Ergebnisse werden in einer neueren Studie aus dem Jahr 2015 klar bestätigt (Grødem et al. 2015). Allerdings wurde in dieser Studie auch untersucht, ob der Grad der Teilkrankschreibung einen Einfluss auf die spätere volle oder teilweise Berufstätigkeit hat. Das Ergebnis zeigt hier deutliche Unterschiede: Je höher der Grad der Teilkrankschreibung, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer anschließenden Beschäftigung – auch zwei Jahre nach Abschluss der Krankschreibung (Abbildung 7). Untersucht wurden in dieser Studie vor allem solche Arbeitsunfähigkeitsfälle in denen die volle Länge der Krankengeldperiode von 52 Wochen genutzt wurde. Konkret halten die Forscherinnen und Forscher fest, dass diejenigen Beschäftigten, die einen Teilkrankschreibungsgrad von weniger als 50 % hatten, also zu mehr als 50 % arbeitsfähig waren, zwei Jahre nach Abschluss der vollen Krankschreibungsdauer zu 84 % in Beschäftigung waren, während diejenigen mit einem Teilkrankschreibungsgrad von 50 % zu 73 % beschäftigt waren. Bei einem Gradierungsanteil von über 50 % (also zu mehr als 50 % arbeitsunfähig waren) lag der Beschäftigten-Anteil zwei Jahre später bei 64 %, und bei den zu 100 % Krankgemeldeten nur bei 38 %. Auch der Anteil derjenigen, die sich zwei Jahre nach einer Krankschreibung in einer Vollzeitbeschäftigung befanden, war bei der Gruppe mit einem niedrigen Teilkrankschreibungsgrad unter 50 % deutlich höher als bei der Gruppe derjenigen mit einem Teilkrankschreibungsgrad von 50 % oder mehr. Am niedrigsten war auch hier der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei der Gruppe der zu 100 % Arbeitsunfähigen (Abbildung 8).

Nimmt man als weiteres Merkmal hinzu, ob diejenigen, die zwei Jahre nach dem Ende einer Krankschreibung beschäftigt waren, neben der Beschäftigung keinerlei öffentliche Unterstützung bezogen, zeigt sich ein ähnliches Bild: Von denjenigen

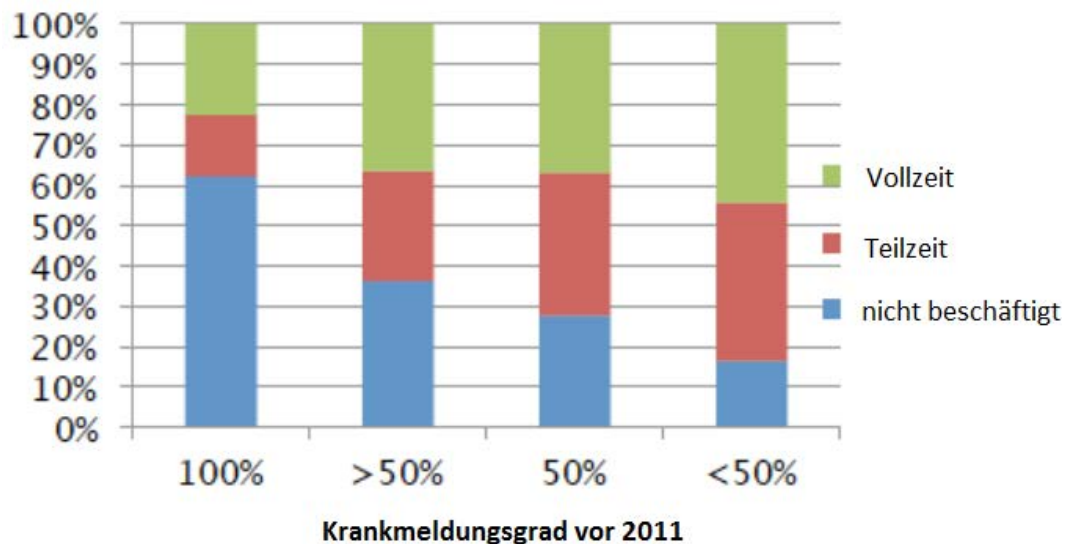
mit einem Teilkrankschreibungsgrad unter 50 % waren 70 % beschäftigt und bezogen keinerlei öffentliche Unterstützung, während die mit einem Teilkrankschreibungsgrad von 50 % oder mehr knapp 40 % in einer Beschäftigung waren und keinerlei öffentliche Unterstützung bezogen. Deutlich ist auch hier der Unterschied zu denjenigen mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit: Von dieser Gruppe waren zwei Jahre später nur 25 % beschäftigt und bezogen keinerlei öffentliche Unterstützung.

Abbildung 7: Anteil der als beschäftigte Registrierten zwei Jahre nach Ende der Krankengeldperiode nach Teilkrankschreibungsgrad



Quelle: Anne Skevik Grødem, Julia Orupabo og Axel West Pedersen: Gradert Sykmelding; NAV-Rapport 2015:05; Oslo 2015, S. 51.

Abbildung 8: Anteil der als beschäftigte Registrierten zwei Jahre nach Ende der Krankengeldperiode nach Teilkrankschreibungsgrad und Art der Anstellung, 2011



Quelle: Anne Skevik Grødem, Julia Orupabo og Axel West Pedersen: Gradert Sykmelding; NAV-Rapport 2015:05; Oslo 2015, S. 51.

3.3 Detailanalyse der Nutzung des Teilkrankengeldes in Schweden

3.3.1 Rechtlicher Rahmen

In der verpflichtenden öffentlichen schwedischen Sozialversicherung („Försäkringskassan“) sind alle Bewohnerinnen und Bewohner des Landes, also jede bzw. jeder, der im schwedischen Melderegister registriert ist und damit über eine schwedische Personenummer verfügt, automatisch versichert (GOS 2014). Auch Ausländerinnen bzw. Ausländer, die länger als ein Jahr in Schweden leben oder dies vorhaben, können sich in Schweden registrieren lassen (schwedisch: „folkbokföring“) und dann eine schwedische Personenummer erhalten. Die ebenfalls bei der schwedischen Sozialversicherungsanstalt angesiedelte Krankengeldversicherung ist dagegen an die Beschäftigung in Schweden gebunden. Die Arbeitslosenversicherung ist ebenfalls an eine Berufstätigkeit in Schweden gebunden und durch Tarifverträge geregelt. Träger sind unabhängige Arbeitslosenkassen. Das Recht zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung ist wiederum an den Wohnsitz in Schweden gebunden; Träger der Gesundheitsversorgung sind 16 Provinziallandtage („landsting“) und vier Regionen (Preusker 2010). Die Provinziallandtage bzw. Regionen sind unmittelbar für die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung

ihrer Bevölkerung zuständig. Sie finanzieren rund 65 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Dafür erheben sie eine eigene regionale proportionale Einkommensteuer.

Die Primärversorgung in Schweden obliegt den 1.150 Gesundheitszentren („vårdcentraler“, Zahlen von 2015) (SKL 2016: S. 22). Der überwiegende Teil dieser Einrichtungen (668), in denen Hausärztinnen und Hausärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen und Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und zum Teil weitere Gesundheitsberufe zusammenarbeiten (Anell et al. 2012: S. 87 ff.), befindet sich in der Trägerschaft der Provinziallandtage bzw. Regionen. Die übrigen 482 Gesundheitszentren sind in privater Trägerschaft, werden aber über entsprechende vertragliche Regelungen von den Provinziallandtagen und Regionen finanziert. Die Verträge schreiben auch vor, dass Patientinnen und Patienten in den privat geführten Gesundheitszentren nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden müssen wie in öffentlichen Gesundheitszentren.

Seit dem Jahr 2010 haben in Schweden die Einwohnerinnen und Einwohner das Recht, ein Gesundheitszentrum ihrer Wahl frei auszuwählen und sich dort einzuschreiben. Parallel dazu wurde die Niederlassungsfreiheit für die Primärversorgung eingeführt; die privaten Gesundheitszentren bedürfen jedoch der Akkreditierung durch die Provinziallandtage. Anders als in den anderen nordeuropäischen Gesundheitssystemen, hat die Primärversorgung in Schweden keine Gatekeeper-Funktion. Vielmehr ist die Patientin bzw. der Patient berechtigt, auch direkt eine bzw. einen der wenigen niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzte aufzusuchen oder die entsprechenden ambulanten Einrichtungen der Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen. Die Steuerung erfolgt hier über deutlich höhere Selbstbeteiligungen für den direkten Weg zur Fachärztin bzw. zum Facharzt außerhalb des Gesundheitszentrums. So beträgt die Selbstbeteiligung beim Besuch des Gesundheitszentrums im Jahr 2016 je nach Provinziallandtag bzw. Region bei 120 bis 200 schwedischen Kronen (SEK) (rd. 12,28 €-20,46 € (Stand 08.06.2017)), während für den Besuch einer Fachärztin bzw. eines Facharztes 200 bis 350 SEK (20,46 €-35,80 € (Stand 08.06.2017)) fällig werden.¹⁴

Die in Schweden als Krankenversicherung („Sjukförsäkring“) bezeichnete Krankengeldversicherung wird von der schwedischen Versicherungskasse verwaltet. Finanziert wird die Krankengeldversicherung durch Abgaben der Arbeitgeber in Höhe von 4,35 % der Lohnsumme sowie aus Steuermitteln (Försäkringskassan 2016: S. 31). Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer zahlt keine Beiträge für die Krankengeldversicherung. Alle Versicherten haben Anrecht auf Krankengeld („sjukpenning“) ab dem 15. Tag einer krankheits- oder verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Der erste Tag einer Arbeitsunfähigkeit in Schweden ist ein Karenztag, für den weder der Arbeitgeber noch die Versicherungskasse bezahlt. Dieser

¹⁴ <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.246.html>, (abgerufen am 12.01.2017).

Karenztag entfällt bei Versicherten, die im Laufe von 12 Monaten mindestens 10mal erkrankt waren (sog. „högriskskydd“). Vom 2. bis zum 14. Krankheitstag hat die Beschäftigte bzw. der Beschäftigte Anrecht auf Krankengeld („sjuklön“) von dem Arbeitgeber. Um eine Entgeltfortzahlung („sjuklön“) zu erhalten, muss die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter mindestens einen Monat lang bei dem Arbeitgeber angestellt gewesen sein oder 14 Tage ununterbrochen dort gearbeitet haben. Die Arbeitgeber sind darüber hinaus häufig durch Tarifverträge verpflichtet, zusätzlich zum Krankengeld („Sjuklön“), das rund 80 % des Gehalts der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers beträgt, für bis zu 90 Tage noch einen sog. Krankentag zu zahlen, der ca. 10 % des Gehalts der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers beträgt (Häußling 2014: S. 53).

Arbeitslose, die als Arbeitssuchende bei der schwedischen Arbeitsvermittlung registriert sind, können ab dem zweiten Krankheitstag von der schwedischen Sozialversicherungskasse Krankengeld erhalten. Selbstständige können nach einer Karenzzeit ebenfalls von der schwedischen Sozialversicherungskasse Krankengeld erhalten. Die Karenzzeit beträgt im Normalfall sieben Tage. Selbstständige können jedoch sowohl eine kürzere (ein Karenztag) als auch eine längere Karenzzeit (14, 30, 60 oder 90 Tage) wählen. Bei längerer Karenzzeit sinkt die Krankenversicherungsabgabe („sjukförsäkringsavgift“) der Selbständigen.

Grundsätzlich gilt, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer nach dem 7. Tag der Erkrankung ein ärztliches Attest über die Arbeitsunfähigkeit vorlegen muss. Dieses Attest für den Arbeitgeber beinhaltet nicht die von der Ärztin bzw. vom Arzt festgestellte Diagnose. Krankengeld wird von der Sozialversicherungsanstalt für maximal bis zu 364 Tage innerhalb eines Zeitraums von 450 Tagen gezahlt. Die Höhe des Krankengeldes beträgt rund 80 % des normalen Einkommens, allerdings derzeit maximal 706 schwedische Kronen (SEK/72,20 € (Stand 08.06.2017)) pro Tag. Im Anschluss an diese erste Phase ist es unter bestimmten Bedingungen möglich, ein erweitertes Krankengeld zu beantragen. Es wird für maximal 550 Tage bezahlt und beträgt rund 75 % des normalen Einkommens. Wie in allen nordeuropäischen Ländern ist Krankengeld auch in Schweden steuerpflichtig.

Seit dem Jahr 1955 gibt es im schwedischen Sozialversicherungsrecht die Möglichkeit der Teilkrankschreibung. Diese grundsätzliche Möglichkeit wurde im Jahr 1990 deutlich ausgeweitet; u. a. wurde seinerzeit die Abstufung mit den drei Graden 25 %, 50 % sowie 75 % eingeführt (Österlund 2008: S. 8) und damit das Prinzip, dass eine Krankschreibung erst ab einem Teilkrankschreibungsgrad von 25 % möglich ist. Die heute geltenden Regelungen stammen im Wesentlichen aus dem Jahr 2007. Danach gibt das schwedische Krankengeld-System nach wie vor die Möglichkeit für ein Teilkrankengeld bzw. eine Teilkrankschreibung auf den drei Niveaus 25 %, 50 % oder 75 % (Socialförsäkringsbalk, 27. Kap., § 45). In diesen Fällen wird das Krankengeld um den entsprechenden Betrag gekürzt; für die Zeit, die die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer arbeitet, hat sie bzw. er Anspruch auf Vergütung. Der Arbeitgeber hat für die von ihm in diesem Zusammenhang gezahlte Vergütung keinerlei Anspruch auf Rückerstattung durch öffentliche Stellen.

Grundsätzlich prüft die Sozialversicherungsanstalt bei der Bewilligung von Krankengeld immer, ob auch ein Teilkrankengeld in Frage kommt, denn Voraussetzung für die Bewilligung von Krankengeld ist neben einer Erkrankung auch das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit. Grundlage dafür ist eine entsprechende Beurteilung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die bzw. der auch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt.

Zu den Informationen, die die Ärztin bzw. der Arzt in die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufnehmen muss, gibt es sowohl von der schwedischen Sozialversicherungsanstalt als auch von Socialstyrelsen, der schwedischen Aufsichtsbehörde für das Sozial- und Gesundheitswesen, Empfehlungen und Leitlinien. In den nationalen Leitlinien von Socialstyrelsen wird deutlich, dass die Ärztin bzw. der Arzt im Rahmen einer Krankschreibung immer auch eine Teilkrankschreibung in Betracht ziehen muss. Auf der Website von Socialstyrelsen wird darüber hinaus deutlich gemacht, dass ein Abweichen von den Empfehlungen zwar möglich ist, dann aber dokumentiert und begründet werden muss.¹⁵ Konkret heißt es zu den Aufgaben der Ärztin bzw. des Arztes im Rahmen der Krankschreibung: Sie bzw. er ist verantwortlich dafür, die Diagnose, Funktionseinschränkungen, Aktivitätsbegrenzungen, angegebene Arbeitsanforderungen und das Arbeitsvermögen zu dokumentieren (Socialstyrelsen 2012).

Die Empfehlungen von Socialstyrelsen umfassen auch konkrete Empfehlungen für ausgewählte Diagnosen.¹⁶ So wird zum Beispiel für die Diagnose „Depressive Episode“ empfohlen, dass die Patientin bzw. der Patient nach einer Linderung der akuten Symptomatik für drei Monate krankgeschrieben werden kann, vorrangig jedoch als Teilkrankschreibung.¹⁷ Bei Beschwerden des Schultergelenks wird eine Krankschreibung von zwei bis drei Wochen empfohlen, und zwar bevorzugt als Teilkrankschreibung.¹⁸ Bei schwangerschaftsbedingten Rücken- bzw. Beckenschmerzen wird als Regel die Teilkrankschreibung mit einem Grad von 50 % empfohlen.¹⁹ Erarbeitet worden sind die Empfehlungen von einer Arbeitsgruppe, der Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen angehören; die Empfehlungen wurden im Anschluss dann von Vertreterinnen und Vertretern der Primärversorgungsärztinnen und -ärzte und der verschiedenen Fachärztinnen und -ärzte vor der endgültigen Veröffentlichung nochmals geprüft.²⁰

¹⁵ http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/Sidor/forsakringsmedicinsktbeslutsst.aspx#anchor_1, (abgerufen am 13.01.2017).

¹⁶ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>, (abgerufen am 13.01.2017).

¹⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>, (abgerufen am 16.03.2017)

¹⁸ ebd.

¹⁹ ebd.

²⁰ http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/forsakringsmedicinsktbeslutsst#anchor_6, (abgerufen am 13.01.2017).

In den Hinweisen der schwedischen Sozialversicherungsanstalt für krankschreibende Ärztinnen und Ärzte (Försäkringskassan o.J.a: S. 4) wird in diesem Zusammenhang die sog. DFA-Analyse eingeführt. Dabei bedeutet „D“ die Diagnose, „F“ die Ermittlung und Beschreibung der Funktionseinschränkungen sowie „A“ die Ermittlung und Beschreibung der Aktivitätseinschränkungen der Patientin bzw. des Patienten. In den Formularen für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung („Läkarityg“; die ausführliche Bezeichnung lautet „Medizinische Grundlage zur Beurteilung des Arbeitsvermögens bei Krankheit“; schwedisch „Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom“; vgl. Abbildung 20) sind für alle drei Informationen eigene Felder vorgesehen. Im Gegensatz zu dem Attest, das die krankschreibende Ärztin bzw. der krankschreibende Arzt für den Arbeitgeber ausstellen muss, beinhaltet dieses Formular für die Versicherungskasse auch die Diagnose, die Grund für die Krankschreibung ist.

Außerdem ist in dem entsprechenden Formular auch ein eigenes Feld für den Grad (25 %, 50 %, 75 % oder vollständig) und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vorgesehen, dass die Ärztin bzw. der Arzt auszufüllen hat. Schließlich ist ein Feld vorgesehen, in dem die Ärztin bzw. der Arzt für die Länge der Arbeitsunfähigkeit noch begründen muss, warum sie bzw. er dabei von den Empfehlungen von Socialstyrelsen abweicht (Försäkringskassan o.J.b).

Weiter heißt es in den Hinweisen der schwedischen Sozialversicherungsanstalt für krankschreibende Ärztinnen und Ärzte, dass die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter bei der Sozialversicherungsanstalt ausgehend von den Angaben der Ärztin bzw. des Arztes in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dann die Entscheidung darüber trifft, ob und in welchem Ausmaß die bzw. der Krankgeschriebene ein Anrecht auf Krankengeld hat.

In den bereits erwähnten nationalen Leitlinien von Socialstyrelsen heißt es dazu unter anderem, dass die Informationen, die die krankschreibende Ärztin bzw. der krankschreibende Arzt in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufführt, Grundlage für den Beschluss der Sachbearbeiterin bzw. des Sachbearbeiters der Sozialversicherungsanstalt sei, aber die ärztliche Beurteilung der Ärztin bzw. des Arztes kein unabdingbares Recht für die Patientin bzw. den Patienten auf Krankengeld bedeuten würde (Socialstyrelsen 2012).

Eine Registerstudie aus dem Jahr 2014, in der die Krankengeldfälle der Jahre 2009 bis 2012 mit einer Dauer von mehr als 14 Tagen untersucht wurden, kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Sozialversicherungskasse sich weitgehend an die Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte zum Krankschreibungsgrad in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen halten. Konkret zeigen die ausgewerteten Daten, dass die Entscheidung der Sozialversicherungsanstalt in 98,4 % der Fälle mit der Einschätzung der Ärztin bzw. des Arztes übereinstimmten (IS 2014: S. 67).

Allerdings verfügt auch die schwedische Sozialversicherungsanstalt über eigene versicherungsmedizinische Ratgeberinnen und Ratgeber, also Ärztinnen und Ärzte

mit Spezialkompetenz, die bei Försäkringskassan angestellt sind. Die versicherungsmedizinischen Ratgeberinnen und Ratgeber in Schweden haben ausschließlich beratende Funktionen als Sachkundige und keinerlei Entscheidungskompetenz in Einzelfällen. So können die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der schwedischen Sozialversicherungsanstalt sowohl in Einzelfällen, vor allem aber in Teamsitzungen, in denen eine ganze Reihe von Fällen anonym vorgestellt und diskutiert werden, Beratung für ihre Entscheidungen einholen.

Bereits seit dem Jahr 2003 bietet Socialstyrelsen für krankschreibende Ärztinnen und Ärzte systematisch Fortbildungen zum Thema Krankschreibungen an. Diese Fortbildungen wurden nach Einführung der nationalen Leitlinien zur Krankschreibung im Jahr 2007 nochmals intensiviert.

Vor allem die berufliche Rehabilitation („vocational rehabilitation“) hat im vergangenen Jahrzehnt in den nordeuropäischen Gesundheitssystemen und speziell in Schweden eine erhöhte Aufmerksamkeit erlangt. Ursache waren die stark steigenden Zahlen von Langzeit-Kranken, die durch verstärkte Angebote an beruflicher Rehabilitation wieder in das Berufsleben eingegliedert werden sollten. Schweden ist hier den Schritt gegangen, ähnlich wie bei der Akutbehandlung eine Rehabilitationsgarantie auszusprechen (Preusker 2014b: S. 49 ff.). Diese Garantie gilt seit Anfang 2009 und ist Teil eines Abkommens zwischen dem schwedischen Staat und dem Verband der Kommunen und Provinziallandtage („Sveriges Kommuner och Landsting SKL“), das vor allem eine finanzielle Unterstützung der Kommunen und Provinziallandtage durch den Staat vorsieht. Mit diesen Mitteln werden Rehabilitationsmaßnahmen für insgesamt sechs Indikationen finanziert, die als häufigste Indikationen für Langzeit-Krankschreibungen identifiziert wurden. Dazu gehören insbesondere Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen, Depressionen und Stresszustände.

Der als „Rehabilitationskette“ („Rehabiliteringskjedan“) bezeichnete Prozess beinhaltet verschiedene, an der Länge der Krankschreibung orientierte Eingriffs- und Überprüfungspunkte (Försäkringskassan o.J.c). Sie sind verbunden mit klaren Einschränkungen für die Zahlung von Krankengeld. Dabei gilt der Grundsatz, dass die Krankengeldzahlung direkt von der krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abhängt. Konkret bedeutet dies, das Krankengeld in den ersten 90 Tage gezahlt wird, wenn die Versicherte bzw. der Versicherte krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die normale Arbeit auszuführen (Stufe 1 der Rehabilitationskette). Bereits in dieser Phase soll die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt zusammen mit der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. dem krankgeschriebenen Arbeitnehmer einen konkreten Plan zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erstellen. Außerdem soll sie bzw. er Kontakt zum Arbeitgeber aufnehmen, um abzuklären, ob die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer auch andere als die normalen Aufgaben zugewiesen bekommen kann oder ob der Arbeitsplatz der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. des krankgeschriebenen Arbeitnehmers möglicherweise so angepasst werden kann, dass eine erneute, eventuelle teilweise Arbeitsaufnahme erfolgen kann. Unter der Voraussetzung,

dass ihr bzw. sein Lohn/Gehalt nicht niedriger ist als bisher, hat die krankgeschriebene Arbeitnehmerin bzw. der krankgeschriebene Arbeitnehmer in dieser Phase nicht das Recht, eine andere als die bisherige Tätigkeit beim Arbeitgeber abzulehnen. Tut sie bzw. er dies doch, verliert sie bzw. er den Anspruch auf Krankengeld.

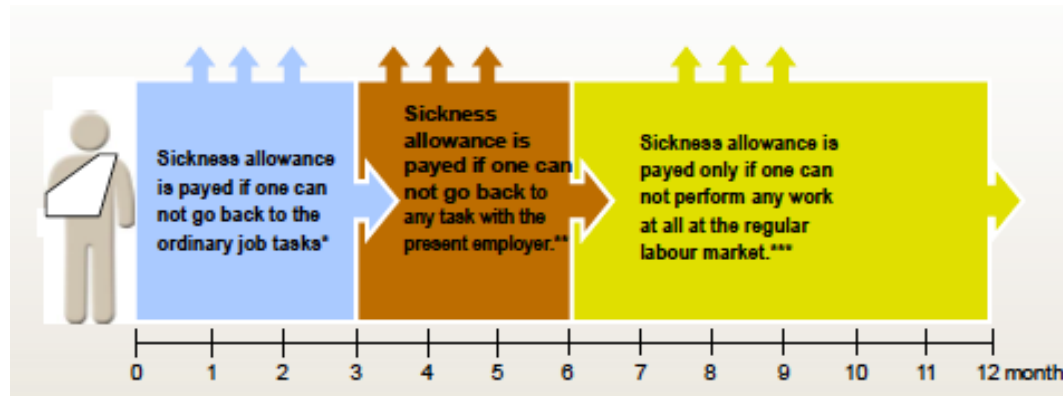
Geprüft werden soll in dieser Phase auch, ob eine erneute – möglicherweise teilweise – Arbeitsaufnahme durch Arbeits-Hilfsmittel ermöglicht werden kann. Sowohl für Anpassungen des Arbeitsplatzes als auch für Arbeits-Hilfsmittel können Zuschüsse von der Sozialversicherungsanstalt beantragt werden. Handelt es sich um individuelle Arbeits-Hilfsmittel für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer, muss diese bzw. dieser den Zuschuss beantragen. Handelt es sich um Umbauten der Räumlichkeiten bzw. Anpassungen des Arbeitsplatzes, muss der Arbeitgeber die Zuschüsse beantragen. Die Höchstsumme für diese Zuschüsse beträgt 50.000 SKR (5.111,41 € (Stand 08.06.2017)), wobei maximal die Hälfte der Kosten bezuschusst wird, die 10.000 SKR (1.022,89 € (Stand 08.06.2017)) überschreiten. Bei EDV-Anpassungen bzw. EDV-gestützten Arbeits-Hilfsmitteln gibt es keine Obergrenze für die Zuschüsse (Försäkringskassan 2012). Sowohl eine mögliche Anpassung des Arbeitsplatzes als auch die Bereitstellung von Arbeits-Hilfsmitteln, die Zuweisung anderer Arbeitsaufgaben, eine Umsetzung der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. des krankgeschriebenen Arbeitgebers, eventuelles auf die spezifische Tätigkeit der krankgeschriebenen Arbeitnehmerin bzw. des krankgeschriebenen Arbeitnehmers oder die Zuweisung anderer Aufgaben bzw. eine Umplatzierung ausgerichtetes Training oder spezifische Ausbildungsmaßnahmen fallen dabei in erster Linie in die Verantwortung des Arbeitgebers; die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt kann bei solchen Maßnahmen unterstützend und koordinierend tätig werden (Försäkringskassan 2015). Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern können bei Bedarf auf Antrag eine spezielle Sachbearbeiterin bzw. einen speziellen Sachbearbeiter im örtlichen Büro der Sozialversicherungsanstalt zugewiesen bekommen, der dann die Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitgeber und der Sozialversicherungsanstalt koordiniert.

Die Sozialversicherungsanstalt kann die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer auch auffordern, eine schriftliche Aussage des Arbeitgebers dazu einzuholen, ob und in welcher Weise die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer trotz der Erkrankung im Unternehmen des Arbeitgebers eingesetzt werden kann. Darüber hinaus kann die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter auch ein Abstimmungstreffen ansetzen, an dem neben der Sachbearbeiterin bzw. dem Sachbearbeiter und bei Bedarf weiteren Fachleuten der Sozialversicherungsanstalt die erkrankte Arbeitnehmerin bzw. der erkrankte Arbeitnehmer, eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des Arbeitgebers sowie bei Bedarf die krankschreibende Ärztin bzw. der krankschreibende Arzt und/oder eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Arbeitsvermittlung teilnehmen müssen. Ein solches Abstimmungstreffen kann sowohl auf Initiative der Sachbearbeiterin bzw. des Sachbearbeiters der Sozialversicherungsanstalt als auch des Arbeitgebers angesetzt werden.

Nach 90 Tagen Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld nur dann gezahlt, wenn die Versicherte bzw. der Versicherte weder die reguläre Arbeit noch eine andere vom Arbeitgeber angebotene Arbeit ausführen kann (Stufe 2 der Rehabilitationskette). Hier hat die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt zusammen mit dem Arbeitgeber abzuklären, ob die erkrankte Arbeitnehmerin bzw. der erkrankte Arbeitnehmer möglicherweise dauerhaft eine andere Aufgabe beim Arbeitgeber übernehmen kann, die eine Rückkehr ins Berufsleben ermöglicht. Wenn das Risiko besteht, dass die erkrankte Arbeitnehmerin bzw. der erkrankte Arbeitnehmer bis zum Ende dieser Phase (also bis zum 180. Tag der Krankschreibung) nicht an den Arbeitsplatz bzw. zum Arbeitgeber zurückkehren kann, soll die Sachbearbeiterin bzw. der Sachbearbeiter einen Kontakt zur Arbeitsvermittlung herstellen, um zu prüfen, ob es eine Chance für eine andere Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt gibt. In diesem Fall würde die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer kein Krankengeld mehr erhalten, sondern Arbeitslosengeld.

Nach 180 Tagen schließlich wird Krankengeld nur dann weiterhin gezahlt, wenn die Versicherte bzw. der Versicherte krankheitsbedingt keinerlei Arbeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausführen kann (Stufe 3 der Rehabilitationskette). Es ist Aufgabe der Sachbearbeiterin bzw. des Sachbearbeiters, dies festzustellen. Dazu beurteilt sie bzw. er das Arbeitsvermögen der Krankengeldbezieherin bzw. des Krankengeldbeziehers aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen (vor allem der krankschreibenden Ärztin bzw. des krankschreibenden Arztes sowie des Arbeitgebers und der Angaben der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers) im Hinblick darauf, ob die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer üblicherweise auf dem Arbeitsmarkt angebotene Arbeit ausführen kann. Ist dies der Fall, hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer keinen Anspruch mehr auf Krankengeld. Hierzu gibt es allerdings Ausnahmen, so etwa, wenn die Versicherten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit innerhalb der ersten 365 Krankheitstage zum Arbeitgeber zurückkehren können oder wenn es unangemessen ist, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Hinblick auf Arbeit am regulären Arbeitsmarkt zu beurteilen. Nach mehr als 365 Tagen Krankengeldzahlung wird das sog. verlängerte Krankengeld nur gezahlt, wenn die Versicherten keinerlei Arbeit am regulären Arbeitsmarkt ausführen können.

Abbildung 9: Berufliche Rehabilitationskette der schwedischen Sozialversicherungsanstalt



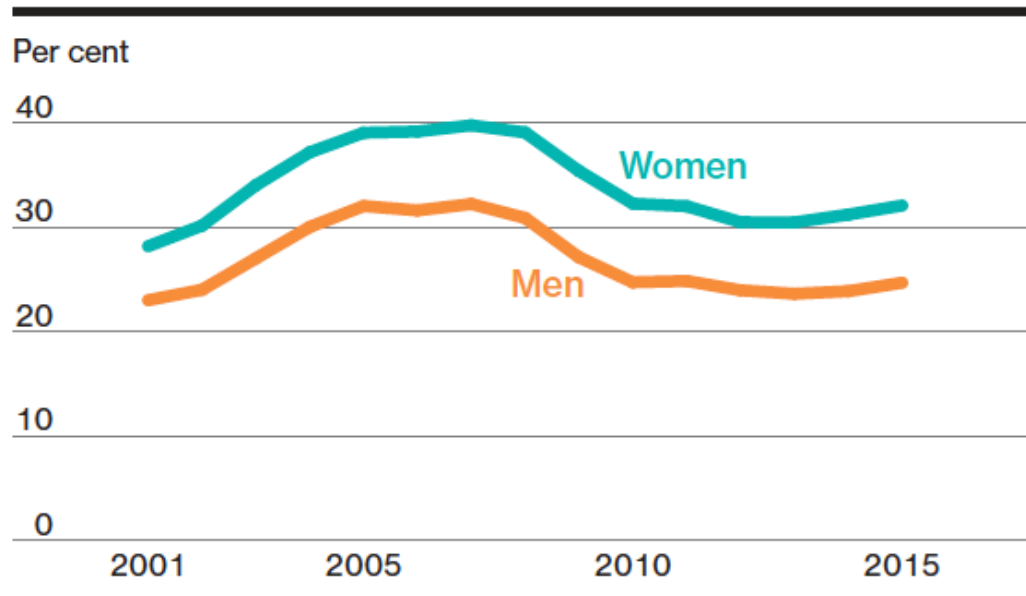
Quelle: Försäkringskassan.

3.3.2 Grad der Umsetzung

Nach den neuesten statistischen Daten von Försäkringskassan hatten im Jahr 2015 rund 29,5 % aller Krankgeschriebenen während ihrer Krankschreibungsphase auch Phasen von Teilkrankschreibung. Bei Frauen lag der Anteil bei rund 32 % und bei Männern bei rund 25 % (Abbildung 10) (Försäkringskassan 2016: S. 62). Die langfristige Entwicklung des Anteils der Teilkrankschreibungen weist für die Jahre 2001-2007 einen starken Anstieg auf, der einhergeht mit einem deutlichen Rückgang der Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Krankengeld ab 2002 (Abbildung 11).

Diese gegenläufige Entwicklung wird von den Statistikerinnen und Statistikern von Försäkringskassan mit den verstärkt ergriffenen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Senkung der Krankengeld-Kosten, insbesondere eine verstärkte Nutzung der Teilkrankschreibung, bzw. mit dem deutlich erhöhten politischen Druck, Teilkrankschreibung intensiver zu nutzen, erklärt (Försäkringskassan 2016: S. 62; Österlund 2008: S. 11). So war die Teilkrankschreibung Teil eines Aktionsplanes, den die schwedische Regierung im Jahr 2001 aufgestellt hat. Ziel des Aktionsplanes war es, die Krankschreibungen bis zum Jahr 2008 um 50 % zu senken (Andrén & Andrén 2011: S. 2). Einen direkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang herzustellen, ist jedoch schwierig, weil Veränderungen bei der Teilkrankschreibung immer auch mit Veränderungen anderer Parameter im Hinblick auf das Recht auf Krankengeld, seine Dauer oder weitere Rahmenbedingungen einhergegangen sind. Außerdem sind Variationen in der Höhe des Krankenstandes auch stark von konjunkturellen Schwankungen abhängig.

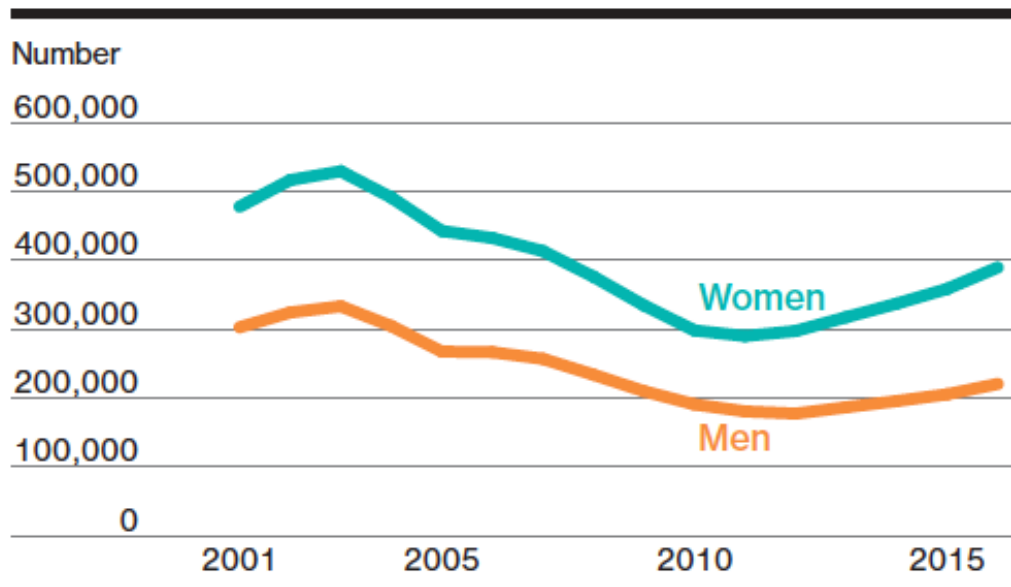
Abbildung 10: Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen mit Krankengeld in Schweden (in %), 2001-2015



Quelle: Försäkringskassan: Social Insurance in Figures 2016, Stockholm 2016, S. 62.

Der in Abbildung 11 deutlich werdende Trend zum Sinken der Zahl der Krankengeldempfängerinnen und -empfänger beginnend ab dem Jahr 2000 zeigt sich auch in den Arbeitskraftuntersuchungen des Schwedischen Statistikbüros (Statistiska Centralbyrån). Dort wird – jeweils für eine Referenzwoche – der Anteil derjenigen gemessen, die aufgrund von Krankheit nicht arbeiten konnten. Diese Daten weisen für das Jahr 1993 noch einen Anteil von Krankheitsstunden an der wöchentlichen Arbeitszeit von 4,3 % aus. Der entsprechende Anteil für das Jahr 2000 betrug 4,6 %, während dann der Anteil der Krankheitsstunden zurückging und im Jahr 2014 nur noch bei 3,4 % lag (SC 2015: S. 26).

Abbildung 11: Entwicklung der Zahl der Krankengeldempfängerinnen und Krankengeldempfänger insgesamt in Schweden, 2001-2015



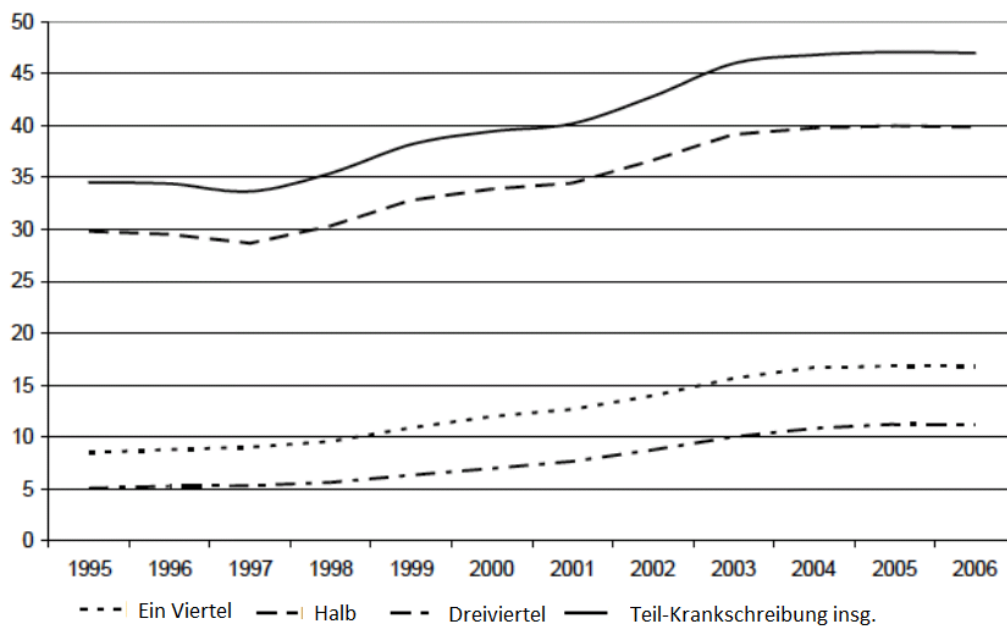
Quelle: Försäkringskassan: Social Insurance in Figures 2016, Stockholm 2016, S. 62.

Die Zahl aller Personen, die im Jahr 2015 zu irgendeinem Zeitpunkt Krankengeld bezogen haben, betrug nach der Statistik von Försäkringskassan ungefähr 609.800 oder 10 % aller registrierten versicherten Personen in der Krankengeldversicherung im Alter zwischen 16 und 64 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung mit Krankengeldbezug betrug bei Frauen 75 Tage und bei Männern 74 Tage.

Der deutliche Anstieg der Teilkrankschreibung ab dem Jahr 2001 zeigt sich auch in einer spezifischen Untersuchung der Teilkrankschreibungen mit einer Länge von mindestens 30 Tagen in Schweden für den Zeitraum 1995-2006 (Österlund 2008: S. 11), und zwar in allen drei Teilkrankschreibungsgraden (Abbildung 12). Diese Untersuchung der Statistikabteilung von Socialförsäkringen wurde im Rahmen der Bewertung und wissenschaftlichen Begleitung des erwähnten Aktionsplanes der schwedischen Regierung zur Senkung der Krankschreibungsrate erstellt und stellt bisher die einzige Studie dar, in der für Schweden die Gesamtheit der Teilkrankschreibung untersucht wurde. Seit der Einführung der Rehabilitationskette konzentrierte sich die wissenschaftliche Begleitung vor allem auf die Wirksamkeit bzw. Umsetzung der darin vorgesehenen Maßnahmen. Teilkrankschreibungen werden dagegen seitdem von der Statistikabteilung von Socialstyrelsen standardmäßig nur als Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen in den Jahresberichten dargestellt. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Reihe von Studien, die sich mit spezifischen Teilaspekten bzw. Teilgruppen von Teilkrankschreibung und ihrer Wirkung auf Dauer der Krankschreibung bzw. die Rückkehr in die berufliche

Tätigkeit befasen und auf die im Weiteren ebenfalls eingegangen wird (vgl. dazu Kapitel 1.3.5).

Abbildung 12: Anteil der Teilkrankschreibungsfälle an allen Krankschreibungsfällen mit einer Dauer von mindestens 30 Tagen in Schweden (in %), 1995-2006



Quelle: Niklas Österlund: Deltidssjukskrivning. En registerstudie över utvecklingen 1995-2006. Socialförsäkringsrapport 2008:12, Stockholm 2008, S. 11.

Hier zeigt sich zusätzlich, dass der Anteil der Teilkrankschreibungen in dieser Gruppe (Zeit der Krankschreibung mindestens 30 Tage²¹) mit rund 47 % insgesamt deutlich höher war als bei Berücksichtigung aller Krankengeldfälle. Gleichzeitig wird deutlich, dass der Anteil der Teilkrankschreibung bei der gewählten Abgrenzung seit dem Jahr 1998 stetig von rund 34 % auf 47 % in 2006 angestiegen ist. Diese statistischen Ergebnisse stimmen mit den weiter oben dargestellten Beobachtungen in Dänemark und Norwegen überein, nach denen der Anteil der Teilkrankschreibungen bei längerer Krankschreibungszeit deutlich zunimmt. Die Studie zeigt auch, dass bei der dort gewählten Abgrenzung der Anteil der Teilkrankgeschriebenen bei Frauen nochmals höher liegt (2005: 51 % gegenüber 40 % bei Männern). Auch hier stimmt das Ergebnis mit den Beobachtungen in Dänemark und Norwegen überein.

²¹ Diese Abgrenzung wurde gewählt, weil während des untersuchten Zeitraums die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung von Krankengeld zwischen 14 und 28 Tagen variierte; vgl. Österlund 2008: S. 9.

In dem Rapport zur Teilkrankschreibung wurde auch untersucht, inwieweit Teilkrankschreibung mit dem Alter korreliert (Tabelle 9). Dabei zeigt sich, dass Teilkrankschreibung bei jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern deutlich seltener genutzt wird als bei Älteren. Am häufigsten (51 %) war dabei die Nutzung der Teilkrankschreibung in der Altersgruppe der 45- bis 49jährigen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine steile Verteilung; vielmehr weist die Auswertung für das Altersintervall zwischen 30 und 59 Jahren eine Häufigkeit zwischen 48 % und 51 % aus. Als Erläuterung weist der Autor darauf hin, dass vor allem in den jüngeren Altersgruppen die Vorsicht bei der Nutzung von Teilkrankschreibung größer sein kann, weil hier unsichere Beschäftigungsverhältnisse wie Kurzzeitanstellungen, Vertretungen und Teilzeitanstellungen deutlich häufiger sind (Österlund 2008: S. 14).

Tabelle 9: Anteil von im Jahr 2005 begonnenen Krankschreibungen mit einer Dauer von mindestens 30 Tagen und Anteil von Teilkrankschreibung nach Altersgruppen in %

Altersgruppe	Frauen	Männer	Insgesamt	Entwicklung in % 1995-2005
16-19	27 %	19 %	23 %	+5 %
20-24	38 %	25 %	33 %	+7 %
25-29	48 %	34 %	43 %	+12 %
30-34	52 %	40 %	48 %	+15 %
35-39	53 %	42 %	49 %	+15 %
40-44	54 %	43 %	50 %	+14 %
45-49	55 %	44 %	51 %	+13 %
50-54	54 %	44 %	50 %	+12 %
55-59	53 %	43 %	49 %	+10 %
60-64	44 %	37 %	41 %	+15 %
65-	24 %	23 %	23 %	+5 %

Quelle: Niklas Österlund: Deltidssjukskrivning. En registerstudie över utvecklingen 1995-2006. Socialförsäkringsrapport 2008:12, Stockholm 2008, S. 14.

Eine weitere Fragestellung der detaillierten Auswertung war, ob die Krankschreibungsperiode typischerweise mit einer Teilkrankschreibung beginnt oder die Teilkrankschreibung erst später im Laufe der gesamten Zeit der Krankschreibung genutzt wird. Dabei zeigt sich, dass gut 80 % aller Teilkrankschreibungen zunächst mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit beginnen und dann im Laufe der gesamten Krankschreibungszeit in eine Teilkrankschreibung übergeht. Teilkrankschreibung von Beginn an ist dagegen deutlich seltener (Tabelle 10).

Tabelle 10: Teilkrankschreibung in % von allen Krankschreibungen mit einer Länge von mindestens 30 Tagen nach Beginn der Teilkrankschreibung 1995-2005

Jahr	Vollzeitkrankschreibung während der gesamten Krankschreibungsphase	Beginn mit Vollzeitkrankschreibung und Übergang zu Teilzeitkrankschreibung	Beginn der Krankschreibung mit Teilzeitkrankschreibung
1995	65,5 %	22,4 %	12,2
2000	60,5 %	26,4 %	13,2
2005	53,3 %	29,9 %	16,9

Quelle: Niklas Österlund: Deltidssjukskrivning. En registerstudie över utvecklingen 1995-2006. Socialförsäkringsrapport 2008:12, Stockholm 2008, S. 29.

Sowohl bei denjenigen, die mit einer Vollzeitkrankschreibung beginnen, als auch in der Gruppe derjenigen mit Teilkrankschreibung von Beginn an gibt es dabei jeweils eine geringe Anzahl von Fällen, die später – wieder – zu Vollzeitkrankschreibung wechseln (jeweils knapp unter 3 %-Punkte). Die größte Gruppe ist jedoch diejenigen, die mit einer Vollzeitkrankschreibung beginnen und die gesamte Krankschreibungszeit mit einer Teilkrankschreibung beenden (2005: 20,9 %). Die Fälle, die während der gesamten Krankschreibungsdauer eine Teilkrankschreibung haben, sind mit 10,2 % die zweitgrößte Gruppe; ihr Anteil ist während des untersuchten Zeitraums deutlich angestiegen (1995: 6,5 %; 2000: 6,9 %).

3.3.3 Umsetzungsprobleme

Die bereits seit dem Jahr 1955 gegebene Möglichkeit der Teilkrankschreibung wurde vor allem wegen ihrer Inflexibilität – es war lediglich die 50-%-Teilkrankschreibung möglich – nur wenig genutzt. Mit der Mitte 1990 eingeführten Änderung hin zu den drei Teilkrankschreibungsgraden (25 %, 50 % sowie 75 %) wurde die Anwendung deutlich flexibler. Dennoch wurde in dieser Zeit noch kein Bedarf gesehen, die Teilkrankschreibung politisch nachdrücklich zu fördern. Erst mit der Wirtschaftskrise und dem starken Anstieg der Krankschreibungszahlen Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre wurde dies zu einem ausdrücklichen Ziel der schwedischen Sozialpolitik, das allerdings sowohl von Arbeitnehmer- wie von Arbeitgeberseite geteilt wurde. In der Möglichkeit der Teilkrankschreibung sah man vor allem die Chance, Menschen schon während der Erkrankungsphase stärker zurück zum Arbeitsplatz zu bringen und so die Chance auf eine vollständige Rückkehr in den Arbeitsprozess sowie die Minderung der Gefahr der Frühverrentung zu senken (Österlund 2008: S. 8; Hagelund & Bryngelson 2014: S. 300 ff.). Dabei war – wie weiter oben schon ausgeführt – die Möglichkeit der Teilkrankschreibung nur ein Instrument unter mehreren, um den stark steigenden Anteil der Krankschreibungen sowie die ebenfalls steigende Länge der Krankschreibungen zu bekämpfen.

Ein zentrales Hindernis der breiteren Umsetzung von Teilkrankschreibung war die uneinheitliche Nutzung des Instruments durch die krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte sowie die stark differierende Praxis der Krankschreibung insgesamt. Die zentrale Änderung hierzu erfolgte im Jahr 2007, als die schwedische Aufsichtsbehörde für das Sozial- und Gesundheitswesen (Socialstyrelsen) nationale Leitlinien für die Krankschreibungspraxis der Ärztinnen und Ärzte erarbeitet hat (siehe weiter oben). Socialstyrelsen hatte zusammen mit der schwedischen Sozialversicherungsanstalt im Jahr 2005 einen entsprechenden Auftrag der schwedischen Regierung erhalten, Maßnahmen für einen qualitätsgesicherten, einheitlichen und rechtssicheren Krankschreibungsprozess auszuarbeiten und einzuleiten (IS 2014: S. 27). Dies und die in diesem Zusammenhang durchgeführten intensiven Fortbildungsmaßnahmen von Socialstyrelsen insbesondere für krankschreibende Ärztinnen und Ärzte (Nilsing Strid 2013: S. 21 f.) führten zu einer deutlich vereinheitlichten Praxis der Krankschreibung insbesondere im Hinblick auf die Dauer sowie zu einer Verkürzung der Krankschreibungsdauer (Torges 2010: S. 11 f.; Söderberg et al. 2011).

Beschrieben wird in der Literatur aber auch, dass die neuen Anforderungen an die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte, neben der Diagnose auch Funktionseinschränkungen, Aktivitätsbegrenzungen, angegebene Arbeitsanforderungen und das Arbeitsvermögen zu dokumentieren, nur nach und nach in die Praxis umgesetzt wurden. Anfangs waren es besonders Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen, bei denen dies festgestellt wurde (Söderberg et al. 2011: S. 5). Als Reaktion darauf wurden die Schulungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte erneut intensiviert. Außerdem hat die schwedische Regierung seit dem Jahr 2006 und verstärkt seit dem Jahr 2010 auch gezielt Fördermittel eingesetzt, um die Qualität der in den Krankschreibungen erfassten Informationen für die Beurteilung der Teilkrankschreibung sowie den möglichen Bedarf an Rehabilitation oder spezifischen Hilfsmitteln für die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu verbessern (Söderberg et al. 2011: S. 19). Diese Fördermittel wurden den Provinziallandtagen bzw. Regionen zur Verfügung gestellt, die ihrerseits für die primärärztliche Versorgung und damit zentral auch für den Krankschreibungsprozess verantwortlich sind. Entsprechend gibt es auch von den Provinziallandtagen bzw. Regionen eigene Richtlinien und Handreichungen für den Krankschreibungsprozess (LV 2007).

Ein weiteres Umsetzungsproblem im Hinblick auf Teilkrankschreibungen war die damit verbundene Anforderung an den Arbeitgeber, die krankgeschriebene Arbeitnehmerin bzw. den krankgeschriebenen Arbeitnehmer zeitlich flexibel einzusetzen. Diese neue Anforderung bedeutete ebenfalls, dass die Einstellung der Arbeitgeber zu einer teilweisen Rückkehr der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers an den Arbeitsplatz sich grundlegend ändern musste. Aufgrund der Tatsache, dass das Instrument als solches bereits seit vielen Jahren im Gebrauch war, stellte vor allem die deutliche Zunahme solcher Fälle die eigentliche Herausforderung dar. Hier stellte vor allem die Einführung der Rehabilitationskette mit der damit verbundenen Anforderung an die Sachbearbeiterin bzw. den Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt, frühzeitig Kontakt auch zum Arbeitgeber aufzunehmen,

um eventuelle erforderliche Maßnahmen zu koordinieren, eine konkrete Unterstützungsmaßnahme als Reaktion auf auftretende Probleme dar. Insgesamt wurde dabei der Kommunikationsprozess zwischen den Beteiligten (Krankgeschriebene bzw. Krankgeschriebener, Arbeitgeber, Sachbearbeiterin bzw. Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt, krankschreibende Ärztin bzw. krankschreibender Arzt sowie evtl. Arbeitsvermittlung) standardisiert (Torges 2010) und für alle Beteiligten verpflichtend ausgestaltet (siehe auch die Ausführungen zur Rehabilitationskette weiter oben). Ergänzt wurden diese Bemühungen durch gezielte Fortbildung der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt im Hinblick auf die neuen Aufgaben im Beurteilungsprozess zur Bewilligung von Krankengeld und deren regelmäßiger Überprüfung.

In einer systematischen Studie zur Nutzung von Teilkrankschreibung in den Provinziallandtagen Västerbotten und Norrbotten (Annerblom & Sjöström 2001) wurde von den befragten Nutzerinnen und Nutzern von Teilkrankschreibung vor allem drei Aspekte hervorgehoben. Zum einen gab es zum Teil Probleme mit der Organisation der Teilzeitarbeit am Arbeitsplatz. Außerdem wurde bemängelt, dass zwar die Arbeitszeit, nicht aber der Umfang der Aufgaben reduziert wurde. Als dritter problematischer Faktor wurden die negativen Auswirkungen auf die eigene Einkommenssituation genannt. Allerdings gibt es keine späteren Quellen, in denen von Arbeitnehmer- bzw. Gewerkschaftsseite dezidierte Kritik an den Regelungen zur Teilkrankschreibung geübt wird. Das ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass die Rahmenregelungen von den verschiedenen schwedischen Regierungen für eine bessere Nutzung und Nutzbarkeit immer wieder angepasst wurden (vgl. hierzu auch Kapitel 3.3.4).

3.3.4 Akzeptanz und Interessenlagen der maßgeblich Beteiligten

Wie bereits im Einleitungskapitel kurz dargelegt, existiert in den nordeuropäischen Staaten eine sehr lange und weit verbreitete Tradition von dreiseitigen Verhandlungen und Vereinbarungen zwischen dem Staat sowie den Arbeitnehmer- und Arbeitgebervereinigungen in Bezug auf Regelungen für den Arbeitsmarkt sowie die damit zusammenhängenden sozialpolitischen Fragen, vor allem Renten und Krankengeld. Dies trifft auch auf Schweden zu. Außerdem gehört es zur politischen Kultur Schwedens, dass es seit mehr als drei Jahrzehnten meist von Minderheitsregierungen regiert wurde, die für erfolgreiche Gesetzgebungsverfahren die Duldung von – zum Teil wechselnden – Oppositionsparteien brauchten.

So wurden wesentliche Reformen im Hinblick auf das Krankengeld zwischen 1990 und 2000 jeweils von einer faktischen Koalition der Sozialdemokraten mit den konservativen Parteien realisiert, die auch die Unterstützung insbesondere der meisten Arbeitgeberorganisationen, letztlich aber auch der Gewerkschaften fanden (Hagerlund & Bryngelson 2014: S. 307 f., 311). Insgesamt ist die Entwicklung der Regelungen zum Krankengeld in Schweden geprägt durch eine Art gesetzgeberisches „Trial and Error“-Handeln, was an den vielen in unterschiedliche Richtungen gehenden Veränderungen zum Beispiel des Krankengeld-Niveaus, aber auch der

Länge der Lohnfortzahlungs-Periode deutlich wird. So wurde das vor dem Jahr 1990 für einen langen Zeitraum bei 90 % liegende Krankengeld-Niveau im Jahr 1991 gemeinsam von der sozialdemokratischen Minderheitsregierung und den mit ihr kooperierenden konservativen Parteien für die ersten drei Tage auf 65 % für den 4. bis zum 90. Tag auf 80 % und ab dem 91. Tag auf 90 % gesenkt.

Im Jahr 1993 führte dann die nächste Reform, diesmal durchgesetzt von der damals regierenden konservativen Koalition, zur Einführung des heute noch geltenden Karenztages sowie zu einer Senkung des Krankengeld-Niveaus vom 91. bis zum 365. Tag auf 80 % sowie ab dem 366. Tag auf 70 %. Im Jahr 1996 wiederum setzte die nächste sozialdemokratische Minderheitsregierung das Krankengeld-Niveau auf 75 % ab dem 2. Tag fest; der von den Konservativen eingeführte Karenztag dagegen blieb bestehen. Im Jahr 1997 schließlich wurde die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung von der sozialdemokratischen Minderheitsregierung von 14 Tage auf 28 Tage ausgeweitet – eine Entscheidung, die bereits ein Jahr später wieder zurückgenommen wurde, während gleichzeitig das Krankengeld-Niveau wieder auf 80 % angehoben wurde. Nach einer erneuten Erhöhung der Lohnfortzahlungszeit auf 21 Tage (2003), die seinerzeit gegen den Widerstand sowohl der Gewerkschaften als auch der Arbeitgeber durchgesetzt wurde, wurde die heute noch geltende Regelung (14 Tage) dann im Jahr 2005 wiedereingeführt. Das heute noch geltende Krankengeld-Niveau von 80 % wurde ebenfalls letztlich im Jahr 2005 für die Gesamtzeit ab dem 2. Tag der Krankschreibung wiederhergestellt – erneut von einer sozialdemokratischen Minderheitsregierung. Den wohl schärfsten Eingriff in die Regelungen zum Krankengeld nahm dann im Jahr 2008 die seinerzeit regierende konservative Regierung mit der Einführung der Rehabilitationskette und den damit verbundenen massiven Einschränkungen (siehe weiter oben) sowie der Begrenzung der Krankengeldzahlung auf maximal 365 Tage vor. Zwar wurde diese Neuregelung seinerzeit gegen den Widerstand der Sozialdemokraten und der Gewerkschaften durchgesetzt; allerdings hat die sozialdemokratische Nachfolger-Regierung später die Neuregelungen nicht rückgängig gemacht.

Das Teilkrankengeld war während des gesamten politischen Prozesses seit Beginn der 1990er Jahre nicht Gegenstand öffentlicher politischer Auseinandersetzungen. Wie oben bereits näher ausgeführt, war vor allem die Verschärfung der Vorschriften zur ärztlichen Begutachtung der Krankschreibung insgesamt als auch zur Teilkrankschreibung Gegenstand von Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft. Da aber die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft – sowohl des schwedischen Ärzterverbandes als auch der verschiedenen ärztlichen Fachgesellschaften – von vornherein in den Entwicklungsprozess der Richtlinien einbezogen waren²², führte dies nicht zu öffentlichen Protesten oder breiteren Auseinandersetzungen.

Insgesamt – so das Urteil wissenschaftlicher Untersuchungen – waren die Veränderungen in diesem Politikbereich weniger durch Konflikte zwischen verschiedenen politischen Richtungen bzw. den Tarifparteien bestimmt; vielmehr waren vor

²² http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/Sidor/forsakringsmedicinsktbeslutsst.aspx#anchor_2, (abgerufen am 17.01.2017).

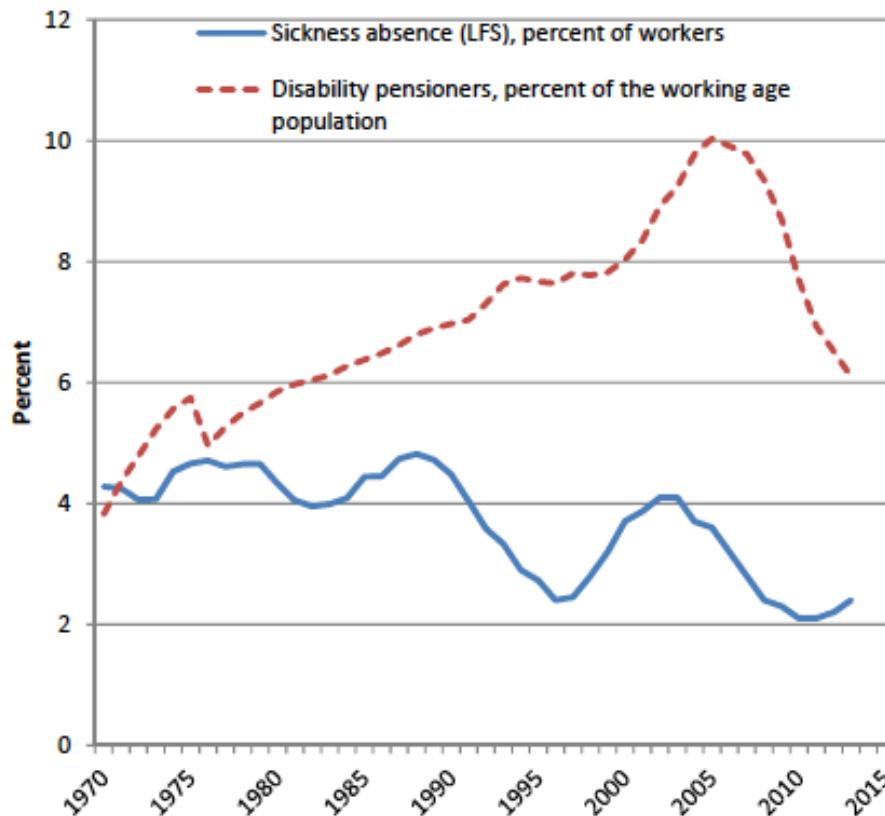
allem die wirtschaftliche Entwicklung sowie die Entwicklung des Arbeitsmarktes, die zwischenzeitlich dramatisch zunehmenden Zahlen der Krankengeldempfängerinnen und Krankengeldempfänger und vor allem der Langzeit-Krankschreibungen sowie die damit verbundenen stark steigenden Ausgaben der öffentlichen Hand Treiber in diesem politischen Prozess zur ständigen Anpassung der Regelungen zum Krankengeld: „The economic crisis and public budget deficits in Sweden in the early 1990s can certainly be said to have instigated massive reforms of the Swedish welfare system.“ (Hagelund & Bryngelson 2014; Torges 2010) Insgesamt blieben die politischen Konflikte jedoch sehr eingeschränkt. Zitat: „Die von den Sozialdemokraten von 2003 bis 2006 in die Wege geleiteten Reformen wurden auch von der konservativen Regierung konsequent weitergeführt. Erstaunlicherweise gab es wenig Protest dagegen, auch nicht vonseiten der Gewerkschaften.“ (Torges 2010: S. 12) An gleicher Stelle wird Gert Lindenger, Medical Advisor der Försäkringskassan, wie folgt zitiert: „Es mag in der schwedischen Gesellschaft breiten Konsens darüber gegeben haben, dass etwas unternommen werden musste. Nicht zuletzt hatte Schweden lange Zeit den nicht besonders schmeichelhaften ersten Platz in allen Krankengeld-Statistiken der OECD. Im Ergebnis hatte man bis 2009 die Zahl der Krankengeld-Bewilligungen halbiert und unter das Niveau vor 1998 gesenkt.“ (Torges 2010)

3.3.5 Wirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit

Wie unter Kapitel 3.3.2 bereits ausgeführt, ist es kaum möglich, einen direkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen Variationen in der Teilkrankschreibung und der gesamten Krankenstands-Entwicklung herzustellen. Denn Veränderungen bei der Teilkrankschreibung sind immer auch mit Veränderungen anderer Parameter im Hinblick auf das Recht auf Krankengeld, seine Dauer oder weitere Rahmenbedingungen einhergegangen. Außerdem sind Variationen in der Höhe des Krankenstandes stark von konjunkturellen Schwankungen abhängig. Die Gesamtdaten lassen damit keinen Schluss auf den tatsächlichen Einfluss speziell der Teilkrankschreibung zu. Bei der Beurteilung müssen alle anderen Einflussfaktoren, die Auswirkungen auf das Krankschreibungsgeschehen haben, ebenfalls mitberücksichtigt werden. Diese Effekte sind aber nicht ohne weiteres zu isolieren.

Wie stark diese Effekte sein können, zeigt die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit und der Erwerbsunfähigkeitsrenten in Schweden (Abbildung 13).

Abbildung 13: Arbeitsunfähige und Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen und -rentner in % der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter



Quelle: Försäkringskassan: Analyzing the variation in the level of sickness absence. Stockholm 2014, S. 9.

Im entsprechenden Rapport der schwedischen Sozialversicherungsanstalt wird das Phänomen folgendermaßen kommentiert: „The continuous increase since 1970 in disability grants was broken around 2005, and a strong decline began from 2008 with the introduction of a ceiling on the number of possible days with sickness compensation in connection with the introduction of stronger criteria for granting disability. As a result, the percentage of the working age population with disability grants is now where it was in the early 1980s, and the decline is expected to continue.“ (Försäkringskassan 2014: S. 8) Wie dort konstatiert, ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass der zunächst stark gestiegene Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeitsrenten seit mehreren Jahren aufgrund politischer Eingriffe wieder stark sinkt und der Trend anzuhalten scheint. Außerdem betonen die Autorinnen und Autoren, dass der dargestellte Zusammenhang keineswegs ohne eingehendere Untersuchungen als kausal zu interpretieren ist.

Betrachtet man die Entwicklung der Krankengeldfälle in Schweden seit dem Jahr 2005, so sieht man einen starken Rückgang bis zum Jahr 2009, der dann von einem Anstieg abgelöst wurde. Im Jahr 2014 lag das Niveau dann wieder etwa auf dem

der Jahre 2006/2007 (Tabelle 11). Vergleicht man diese Entwicklung mit den ergriffenen politischen Maßnahmen, so sind vor allem in der Periode 2007-2009 deutliche Auswirkungen auf das Krankenschreibungsgeschehen zu beobachten.

Tabelle 11: Entwicklung der begonnenen Krankengeldfälle je 1.000 Versicherten, 2005-2014

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
begonnene Krankengeldfälle je 1.000	108,8	109,3	97,9	89,2	85,1	90,3	91,1	93,9	98,8	102,8

Quelle: Försäkringskassan.

Die von den nordischen Ländern gemeinsam unterhaltene Statistik der sozialen Absicherung weist für Schweden einen Rückgang des durchschnittlichen Krankenstandes (in % der Beschäftigten insgesamt/nur Krankenperiode von mindestens einer Woche) von 3,7 % im Jahr 2000 auf 2,1 % im Jahr 2010 auf. Danach ist der Krankenstand wieder auf 2,6 % (2015) angestiegen (Marcussen 2016: S. 116).

Die bisher einzige ausführliche Registerstudie zur Teilkrankschreibung ist der weiter oben bereits ausführlich zitierte Rapport aus dem Jahr 2008 (Niklas Österlund: Deltidssjukskrivning. En registerstudie över utvecklingen 1995-2006. Socialförsäkringsrapport 2008:12, Stockholm 2008). Auch darin wird immer wieder betont, dass die Aussagen über die konkreten Auswirkungen von Teilkrankschreibung schwierig sind, weil im Rahmen einer Registerstudie die Kausalzusammenhänge nicht bzw. nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht werden können. So heißt es zum Beispiel in der Zusammenfassung: „However, partial sick leave is normally used only at the end of a period of illness. If only these – in some respects successful – cases of partial sick leave are studied, few differences in the length of the sick leave period are found. This group also has a lower incidence of people transferring to disability pension. But whether these outcomes are attributable to the fact that the individuals used partial sick leave or to other characteristics of the individuals is impossible to determine on the basis of this analysis.“ (Österlund 2008: S. 5) Hinzu kommt, dass die Studie nur die Situation und Entwicklung der Teilkrankschreibung bis einschließlich 2006 untersucht. Das bedeutet, dass etwa Auswirkungen der neuen nationalen Richtlinien zur Krankschreibung in der Studie nicht berücksichtigt werden konnten, weil es diese Richtlinien erst seit dem Jahr 2007 gibt.

Detaillierte wissenschaftliche Studien existieren dagegen zum Einfluss von Teilkrankschreibung auf die Länge der Krankschreibung und vor allem auf die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr in die Berufstätigkeit für Schweden (Thorsen et al. 2015: S. 45 ff.). Diese kommen zu positiven Ergebnissen. So stellen Andrén und Svensson fest, dass die Nutzung von Teilkrankschreibung die Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückkehr in den Arbeitsprozess erhöht (Thorsen et al. 2015: S. 47; Andrén & Svensson 2009). Wörtlich heißt es dort: „The results indicate that

the average treatment effect for full recovery within 330 days or less is 25 percentage points.“ (Andrén & Svensson 2009: S. 13)

In einer früheren Untersuchung kamen Andrén und Andrén ebenfalls zu einem positiven Ergebnis. Dort heißt es zum Ergebnis: „Our results show that part-time sick leave increases the likelihood of recovering and dominates full-time sick leave for sickness spells of 150 days or longer. For these long spells, the probability of recovering increases by 10 percentage points.“ (Andrén & Andrén 2011: S. 1)

In einer weiteren Studie wurde der Effekt auf solche Krankgemeldeten untersucht, die arbeitssuchend waren. Dies wiederum wurde verglichen mit dem Effekt auf Teilkrankgeschriebene, die in einem Arbeitsverhältnis waren. Auch hier zeigen sich positive Effekte, allerdings vor allem bei denjenigen mit einem Arbeitsplatz (Andrén 2011: S. 1). Andrén weist dabei darauf hin, dass es zentral ist, bei der Nutzung von Teilkrankschreibung die Charakteristika des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen, um den positiven Effekt zu nutzen. Dazu heißt es in der Studie: „The results also suggest that it is important to take into consideration workplace characteristics when deciding on an employed individual’s degree of sick leave. If workplace characteristics are ignored in the process of sicklisting, an employee on PTSL (Part time sick leave; der Autor) is expected to have on average about 37 % lower probability of full recovery of lost work capacity than if she/he would have been on FTSL (Full time sick leave; der Autor) during the entire spell. When workplace characteristics are taken into consideration, an employed individual on PTSL has on average about 18 % higher probability of full recovery of lost work capacity than if she/he would have been on FTSL during the entire spell.“ (Andrén 2011: S. 12)

Andrén hat auch untersucht, wie sich Teilkrankschreibung auf die Wahrscheinlichkeit der vollen Rückkehr ins Arbeitsleben für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen auswirkt. Auch hierfür kommt sie zu einem positiven Ergebnis. Danach ist die Wahrscheinlichkeit von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung, bei denen nach 60 Tagen eine Teilkrankschreibung genutzt wurde, nach einem Jahr wieder vollständig in den Arbeitsprozess zurückgekehrt zu sein, statistisch signifikant höher als bei solchen ohne Teilkrankschreibung. Allerdings weist sie auch darauf hin, dass in diesen Fällen die Nutzung von Teilkrankschreibung von Beginn an nur einen geringen positiven Effekt aufweist (Andrén 2010: S. 16).

3.3.6 Finanzielle Auswirkungen für Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Kostenträger bzw. öffentliche Haushalte

Auch der Einfluss der Entwicklung der Teilkrankschreibungen auf die öffentlichen Haushalte ist kaum isoliert darzustellen, weil – wie weiter oben bereits ausgeführt – parallel zu der intensivierten Nutzung der Teilkrankschreibungen immer auch weitere Parameter mit Einfluss auf das Krankschreibungsgeschehen und damit den Krankenstand verändert wurden. Eine Betrachtung der Gesamtausgaben für Krankengeld zeigt jedoch, dass die Ausgaben parallel zum Anstieg der Teilkrankschreibungen sowie zum Rückgang der Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger

von Krankengeld ab 2002 auch zurückgegangen sind (Tabelle 12). Dieser Trend setzte sich bis zum Jahr 2010 fort; danach steigen die Ausgaben für Krankengeld wieder deutlich an (Tabelle 13; da die Grundlage der Krankengeld-Statistik ab 2010 verändert wurde, sind die beiden Zeitreihen nicht direkt miteinander vergleichbar; deshalb werden sie hier getrennt aufgeführt).

Tabelle 12: Ausgaben der schwedischen Sozialversicherungsanstalt (Försäkringskassan) für Krankengeld in Millionen schwedischen Kronen (laufende Preise), 2001-2009

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ausgaben für Krankengeld in SEK	36693	40959	40523	35944	32479	30886	27137	22664	18966

Quelle: Försäkringskassan: Statistik „Socialförsäkringens utgifter för sjukpenning, arbetsskades-sjukpenning, rehabiliteringspenning“ (Statistikserie endete 2009).

Tabelle 13: Ausgaben der schwedischen Sozialversicherungsanstalt (Försäkringskassan) für Krankengeld in Millionen schwedischen Kronen (laufende Preise), 2010-2015

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ausgaben für Krankengeld in SEK	18.449	21.195	23.416	26.247	30.548	34.718

Quelle: Försäkringskassan: Social Insurance in figures, verschiedene Jahrgänge.

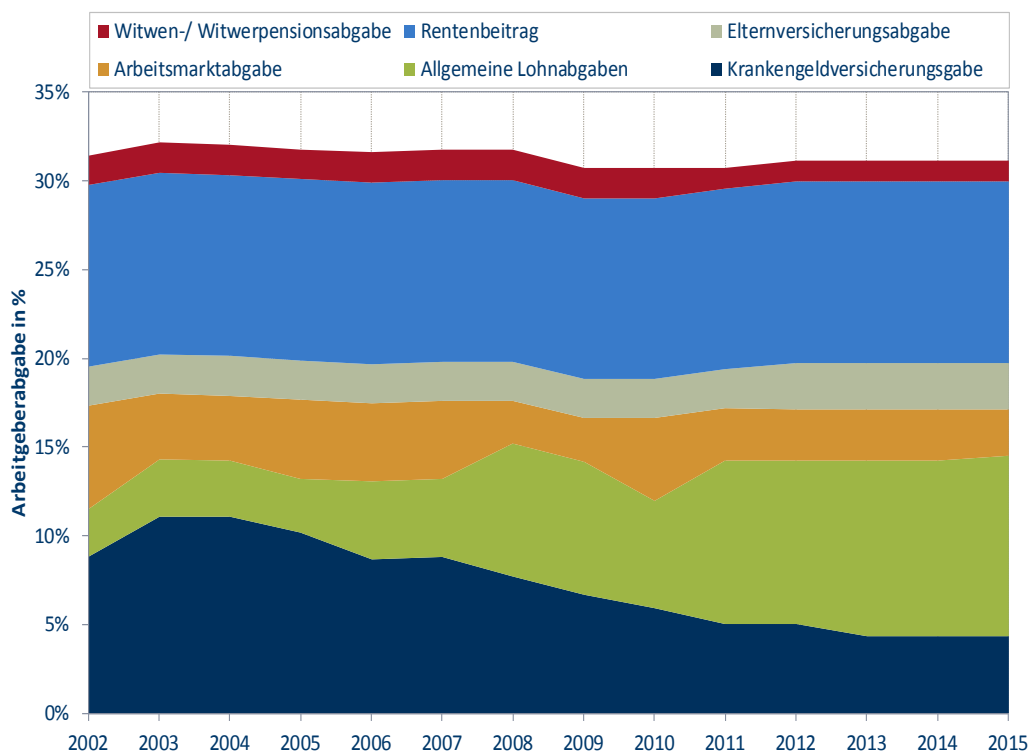
Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer ist im Falle der Anwendung von Teilkrankengeld etwas bessergestellt als bei voller Arbeitsunfähigkeit, weil für die Zeit, die gemäß der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gearbeitet (25 %, 50 % oder 75 %) wird, vom Arbeitgeber der übliche Lohn bzw. das übliche Gehalt ausgezahlt wird. Das Niveau des Krankengeldes dagegen liegt bei 80 % des Lohnes bzw. Gehalts.

Für die Arbeitgeber ist die finanzielle Situation durch Teilkrankschreibungen nicht im Detail untersucht. Allerdings zeigt eine Befragung von Arbeitgebern im Auftrag des Unternehmensverbandes Svenskt Näringsliv aus dem Jahr 2015 (Bäck et al. 2015: S. 12 ff.), dass dort die Teilkrankschreibung nicht zu den problematischen Themen im Rahmen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens gezählt wird. In der Veröffentlichung wird auch deutlich, dass die Unternehmen durch die verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen der vergangenen 25 Jahre eine stark gestiegene Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben und vor allem ein deutlich höheres Interesse an einer möglichst frühzeitigen Rückkehr an den Arbeitsplatz. Teilzeitkrankgeschriebene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen jedoch keine finanzielle Belastung dar, weil parallel zur teilweisen Lohn- bzw. Gehaltszahlung auch Arbeitsleistungen erfolgen und damit z. B. Vertretungen unnötig oder zumindest nur vermindert erforderlich werden. Für den Fall

von Anpassungsmaßnahmen am Arbeitsplatz bzw. der Erforderlichkeit von Arbeits-Hilfsmitteln wurde die Möglichkeit der finanziellen Bezuschussung durch die schwedische Sozialversicherungsanstalt geschaffen (siehe oben).

Insgesamt ist die Belastung der schwedischen Arbeitgeber durch die Krankengeldversicherung („Sjukförsäkring“) seit 2003/2004 (11,08 %) deutlich auf nunmehr 4,35 % der Lohnsumme gesunken (Abbildung 14).

Abbildung 14: Entwicklung der Arbeitgeberabgaben in % der Lohnsumme, 2000-2015



Quelle: Svenskt Näringsliv: Socialförsäkring i förändring; Vortrag in Karlshamn 23.10.2015.

3.4 Detailanalyse der Nutzung des Teilkrankengeldes in Finnland

3.4.1 Rechtlicher Rahmen

Auch das finnische Gesundheits- und Sozialversicherungssystem knüpft vorrangig am Wohnsitzprinzip an. So sind in Finnland alle Einwohnerinnen und Einwohner durch diejenigen Systeme der sozialen Sicherheit geschützt, die Mindestrenten (Volksrente und garantierte Rente), Kranken- und Mutterschaftsleistungen sowie Familienleistungen verwalten. Darüber hinaus haben alle Beschäftigten Anspruch auf beschäftigungs-abhängige Leistungen, so zum Beispiel auf die gesetzliche ein-

kommensbezogene Rente und Leistungen bei Erkrankung, Arbeits- bzw. Berufsunfällen sowie Arbeitslosigkeit. Alle Einwohnerinnen und Einwohner haben darüber hinaus Zugang zum Gesundheitswesen sowie zu Sozialdiensten (Preusker 1996: S. 174 ff.; EK 2013).

Die finnische Krankenversicherung gründet auf dem Wohnsitzprinzip: Wer in einer Kommune gemeldet ist, hat Anrecht auf die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen, die dann von seiner Wohngemeinde finanziert werden. Dabei übernehmen die Kommunen sowohl die Versicherungs- als auch die Versorgungsfunktion, denn sie sind auch für die Sicherstellung und Erbringung der Leistungen zuständig (Abbildung 15) (Preusker 1996: S. 99 ff.).²³

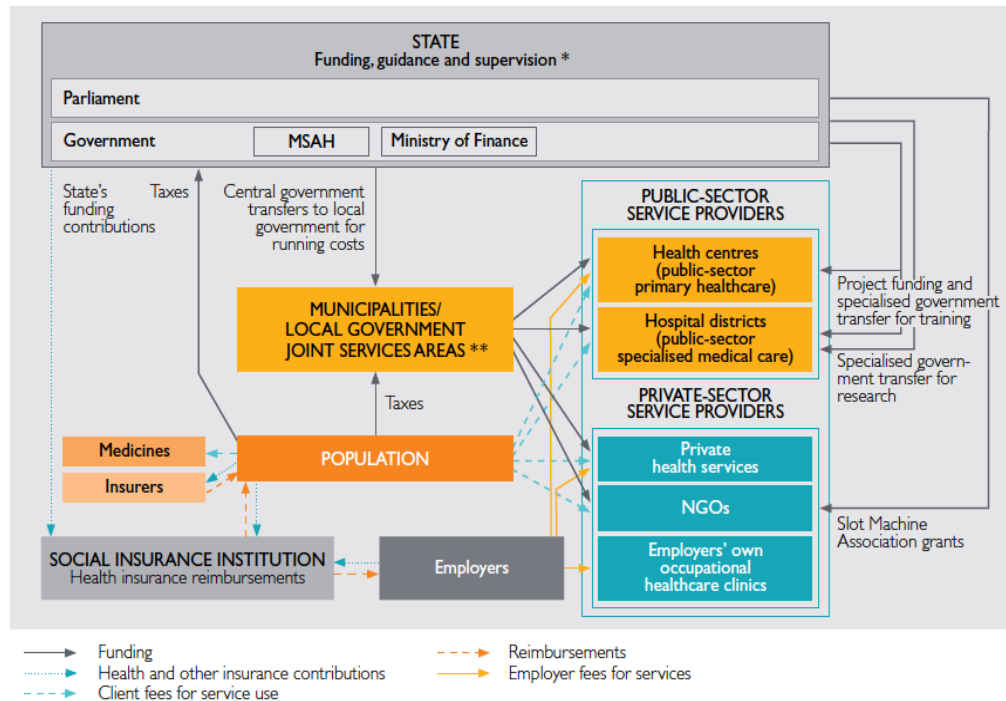
Die ambulante Versorgung wird in Finnland von den Kommunen weit überwiegend in eigenen Gesundheitszentren sichergestellt, von denen es derzeit in Finnland 152 gibt. Die Bürgerinnen und Bürger können heute wählen, welches Gesundheitszentrum (auch außerhalb ihrer Wohngemeinde) sie nutzen wollen, sind an eine solche Wahl dann aber für ein Jahr gebunden. Dieses Wahlrecht wird bisher jedoch kaum in Anspruch genommen.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können zum größten Teil auch die Leistungen der arbeitsmedizinischen Versorgung in Anspruch nehmen. Arbeitgeber sind für die Vorhaltung von arbeitsmedizinischen Leistungen durch eigene Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner oder durch Verträge mit entsprechenden Einrichtungen verpflichtet und erhalten für vorbeugende arbeitsmedizinische Versorgung von KELA 60 % der Kosten, maximal jedoch 100,50 € pro Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Jahr (2015) zurückerstattet. Es ist jedoch üblich, dass Arbeitgeber im Rahmen der arbeitsmedizinischen Versorgung ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auch Leistungen der kurativen medizinischen Versorgung anbieten. Solche Verträge werden oft mit privaten Betreibern von Gesundheitszentren abgeschlossen, jedoch auch mit kommunalen Gesundheitszentren. Die Kosten hierfür werden dem Arbeitgeber von KELA zu 50 %, jedoch maximal bis zu 125,70 € pro Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Jahr (2015) erstattet (KELA 2016a: S. 6). Eine Folge ist, dass die meisten Krankschreibungen in Finnland im Rahmen dieser vom Arbeitgeber angebotenen medizinischen Versorgung erfolgen.

Eine weitere Besonderheit des finnischen Gesundheitssystems ist, dass alle in Finnland Gemeldeten das Recht haben, Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte im Rahmen der vielfach angebotenen privaten Sprechstunden direkt in Anspruch zu nehmen. KELA erstattet einen inzwischen sehr kleinen Teil der Kosten solcher Inanspruchnahmen (ca. 15 % der tatsächlichen Kosten).

²³ Allerdings steht in Finnland eine umfassende Strukturreform des Gesundheitssystems bevor, mit der diese Funktionen von den Kommunen auf neu zu schaffende Regionen übertragen werden.

Abbildung 15: Organisation, Finanzierung, Erbringung und Überwachung der Gesundheits-Services in Finnland



*The Regional State Administrative Agencies, National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) and The Finnish Medicines Agency (Fimea) supervise healthcare. The following expert institutes are in charge of information guidance: the National Institute for Health and Welfare (THL), the Finnish Institute of Occupational Health (TTL) and STUK - Radiation and Nuclear Safety Authority, Finland.

** Municipalities are responsible for organising the health services required by the population. Primary healthcare should be arranged in municipalities, or local government joint services areas, with at least around 20,000 inhabitants. In fulfilling its responsibility for organising specialised medical care, each municipality must belong to a hospital district.

Quelle: Ministry of Social Affairs and health: Health Care in Finland, Helsinki 2013, S. 10.

Die spezialärztliche Versorgung erfolgt in Finnland ambulant und stationär an Krankenhäusern durch dort angestellte Ärztinnen und Ärzte. Dabei gilt der Überweisungsvorbehalt der Primärversorgung bzw. der betriebsärztlichen Versorgung; ein Direktzugang zu den Fachärztinnen und Fachärzten an Krankenhäusern ist nicht möglich (Teperi et al. 2009: S. 47 ff.). Eine Ausnahme stellt auch hier die privatärztliche Versorgung dar: Zu Fachärztinnen und Fachärzten mit privaten Sprechstunden ist der Zugang nicht beschränkt; auch hier erstattet KELA einen kleinen Teil der anfallenden Kosten.

Eine weitere Besonderheit des finnischen Krankenversorgungssystems stellen die im europäischen Vergleich relativ hohen Selbstbeteiligungen dar (Tabelle 14). So beträgt die Selbstbeteiligung der Patientin bzw. des Patienten bei einem Arztbesuch im Gesundheitszentrum 20,90 € (maximal 3x/Jahr; alternativ kann die Patientin bzw. der Patient eine Jahresgebühr in Höhe von 41,70 € entrichten), bei einem Arztbesuch im Nachtdienst 28,70 €, bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt im Krankenhaus 41,70 €. Für vereinbarte, aber nicht genutzte und nicht abgesagte Arzttermine wird eine Gebühr in Höhe von 51,40 € erhoben (alle €-Beträge stellen

Maximalbeträge dar; die Kommunen entscheiden über die tatsächliche Höhe der Selbstbehalte, wobei jedoch meist der Höchstbetrag erhoben wird).²⁴

Tabelle 14: Selbstbeteiligungen in der Gesundheitsversorgung in Finnland (Stand 2017)

	Selbstbeteiligung
Ambulante primärärztliche Versorgung	20,90 €/Besuch für max. 3 Besuche/Jahr alternativ: Jahresgebühr in Höhe von 41,70 € Abends, nachts und an Wochenenden: Zusätzlich 28,70 €/nicht wahrgenommene Termine: 51,40 €
Ambulante fachärztliche Versorgung	41,70 €/Besuch Tageschirurgie: max. 136,80 €/Eingriff
Stationäre Versorgung	49,50 € pro Krankenhaustag (Bei Serien-Behandlung: 11,50 € pro Tag für max. 45 Behandlungstage/Jahr)
Arzneimittel	Bis zu 50 € 100 % der Kosten für per Rezept verschriebene Arzneimittel; darüber 60 % der Kosten indikationsbezogen Einzelbefreiung auf Antrag (Erstattung von 65 bzw. 100 % auf Antrag – im letzteren Fall muss aber pro Arzneimittel 4,50 € Selbstbeteiligung gezahlt werden) Richtpreissystem für generische Arzneimittel: Hier wird die Erstattung nur auf den Richtpreis bezogen
Zahnärztliche Versorgung	13,30 €/Zahnarztbesuch (10,30 € für Besuch bei Zahnhygienistin) bzw. 19,40 € bei einer Fachzahnärztin oder beim Fachzahnarzt + zusätzlich 8,00-150,00 € je nach durchgeführter Behandlung
Kostendach für Selbstbeteiligung	Arzneimittel: 605,13 € pro Jahr plus 2,50 € pro Arzneimittel für weitere Medikamente Für alle anderen Selbstbeteiligungen: 691 €/Jahr
Befreiungen	z. T. Kinder unter 18 Jahren, Präv.-Leistungen, Impfungen

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Grundlage von <http://stm.fi/terveydenhuollon-maksut>; abgerufen am 18.01.2017 sowie KELA.

Die Krankengeldversicherung ist bei der finnischen Sozialversicherungsanstalt KELA („Kansaneläkelaitos“) angesiedelt, die ursprünglich für die Verwaltung des Volksrentensystems gegründet worden war und diese auch heute noch verwaltet.

²⁴ <http://stm.fi/terveydenhuollon-maksut>; (abgerufen am 18.01.2017).

Beschäftigte und Unternehmerinnen und Unternehmer sowie Studentinnen und Studenten und Arbeitslose zwischen 16 und 67 Jahren gehören automatisch der Krankengeldversicherung an. Die Krankengeldversicherung wird durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie staatlichen Zuschüsse finanziert. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zahlen 0,82 % ihres Lohns/Gehalts, Arbeitgeber 2,12 % der Lohnsumme. Unternehmerinnen und Unternehmer zahlen wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 0,82 % ihres Einkommens. Für einen Anspruch auf Krankentagegeld muss die Beschäftigte bzw. der Beschäftigte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung („lääkärintodistus“ bzw. „sairauspoissaolotodistus“) vorlegen. Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich nach dem versteuerten Jahreseinkommen der versicherten Beschäftigten bzw. der Unternehmerin bzw. des Unternehmers, das im zweiten Jahr vor der Erkrankung erzielt wurde. Das Niveau des Krankentagegeldes beträgt 70 % bis zu einem Bruttoeinkommen von 30.000 €, 35 % für das 30.000 € übersteigende Einkommen bis zu 56.443 € und für darüberhinausgehende Einkommensbestandteile 25 %. Für die Zahlung von Krankentagegeld durch KELA gilt ein Eigenverantwortungszeitraum von 9 Tagen (zusätzlich zum Tag des Beginns der Erkrankung). Für die ersten 9 Tage der Erkrankung (Tag der Erkrankung nicht mitgerechnet) zahlt der Arbeitgeber das volle Entgelt weiter, falls das Arbeitsverhältnis seit mindestens einem Monat besteht. Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gibt es jedoch tarifvertraglich vereinbarte Lohnfortzahlungen mit unterschiedlicher Dauer, im Normalfall ein bis zwei Monate; einen generellen Karenztag wie in Schweden gibt es in Finnland nicht. Das finnische Arbeitsrecht setzt voraus, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer bereits ab dem ersten Tag der Erkrankung eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegt, aus der die Diagnose und die Arbeitsunfähigkeit hervorgehen.²⁵ Davon gibt es jedoch unternehmensspezifische Abweichungen, so dass zum Teil auch 1-3 Tage Krankheitsabwesenheit ohne ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung akzeptiert werden. Krankengeld wird für maximal 300 Tage gezahlt. Das Krankentagegeld gilt als steuerpflichtiges Einkommen.²⁶

Die Möglichkeit für eine Teilkrankschreibung wurde in Finnland erst im Jahr 2007 eingeführt.²⁷ Zunächst war sie an die Bedingung geknüpft, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für mindestens 60 Werktage krankgeschrieben sein musste, bevor eine Teilkrankschreibung zulässig war. Diese Einschränkung wurde ab dem Jahr 2010 geändert; seither kann eine Teilkrankschreibung bereits ab dem 10. Tag der Erkrankung genutzt werden. Außerdem wurde auch die Möglichkeit

²⁵ <https://virtuallawyer.fondiatools.com/Sivut/Sairauspoissaolot.aspx>; (abgerufen am 18.01.2017).

²⁶ <http://www.kela.fi/sairauspaivarahat>; (abgerufen am 18.01.2017).

²⁷ laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (459/2006), laki työsopimuslain 2 luvun muuttamisesta (460/2006) ja laki kunnallisesta viranhaltijasta annetun lain 26 §: muuttamisesta (461/2006) (Gesetz zur Änderung der Krankenversicherung (459/2006), Gesetz zur Änderung des Tarifvertragsgesetzes Kapitel 2 (460/2006) und Gesetz zur Änderung des § 26 des Kommunalangestelltengesetzes (460/2006))

eröffnet, das Teilkrankentagegeld an den Arbeitgeber auszus zahlen, wenn die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer während dieser Zeit noch die volle Lohnfortzahlung erhält. Die Teilkrankschreibung selbst und die dafür abzuschließende Vereinbarung zwischen Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeber müssen für mindestens 12 Tage erfolgen. Weitere Bedingung ist, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer vollzeitbeschäftigt ist und die berufliche Tätigkeit während der Teilkrankschreibung sowie die dafür erhaltene Vergütung zwischen 40 und 60 % der normalen Arbeitszeit bzw. Vergütung liegt. Das Teilkrankentagegeld beträgt immer 50 % des normalen Krankentagegeldes und wird für maximal 72 Arbeitstage gezahlt. Mit Beginn des Jahres 2014 ist die Gesamtzeit für die Nutzung von Teilkrankschreibung auf insgesamt 120 Arbeitstage verlängert worden (KELA 2014). Eine Nutzung der Teilkrankschreibung beeinflusst nicht die maximale Länge des Bezugs von Krankentagegeld (max. 300 Arbeitstage).

Die Nutzung von Teilkrankschreibung setzte von Beginn an eine eingehendere Untersuchung des Arbeitsvermögens durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt voraus; dazu ist ein spezielles Formular für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit („Lääkärilausunto B“) vorgesehen, das sonst für eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 60 Tag einer Erkrankung erforderlich ist. Voraussetzung dafür, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt Teilkrankschreibung vornehmen darf, ist, dass sie bzw. er entweder die zuständige Betriebsärztin bzw. der zuständige Betriebsarzt ist oder aber sich mit den Rahmenbedingungen der Tätigkeit der Patientin bzw. des Patienten vertraut gemacht hat. Dabei ist im ersten Schritt von der Ärztin bzw. vom Arzt die Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die üblichen Tätigkeiten der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers zu beurteilen. Zusätzlich muss die Ärztin bzw. der Arzt beurteilen und begründen, ob und auf welche Weise die Patientin bzw. der Patient trotz der Arbeitsunfähigkeit von einer teilweisen beruflichen Tätigkeit profitieren bzw. dies die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern kann. Das beinhaltet zum Beispiel eine Aussage darüber, welche Teiltätigkeiten möglicherweise von der Arbeitnehmerin bzw. vom Arbeitnehmer während dieser Zeit der Teilkrankschreibung nicht ausgeübt werden sollen. Die eigentliche Vereinbarung für die Nutzung einer Teilkrankschreibung wird dann zwischen der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer, dem Arbeitgeber und dem betriebsmedizinischen Dienst gemeinsam abgestimmt und anschließend schriftlich zwischen Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeber festgehalten. Diese – für beide Seiten auf Freiwilligkeit beruhende – Vereinbarung ist Voraussetzung für die Bewilligung des Teilkrankentagegeldes durch KELA.

Amtliche Richtlinien für die Krankschreibung existieren in Finnland im Gegensatz zu Schweden und Norwegen nicht. Eine ähnliche Funktion, wenn auch rechtlich nicht so bindend wie in Schweden und Norwegen, erfüllen Richtlinien der finnischen Ärztevereinigung („Lääkäriliitto“), die im Jahr 2010 erstmals veröffentlicht und im Herbst 2016 aktualisiert wurden.²⁸ Sie beinhalten jedoch nur allgemeine

²⁸ <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/laakarintodistus/>; (abgerufen am 18.01.2017).

Hinweise für die verschiedenen Arten von ärztlichen Attesten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, nicht aber Aussagen etwa zu den typischen Dauern der Arbeitsunfähigkeit wie etwa in den Richtlinien von Socialstyrelsen in Schweden. In Finnland gibt es jedoch durchaus eine Diskussion, ob solche Richtlinien nicht sinnvoll wären. So kam eine Dissertation zum Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeit zu dem Ergebnis: „There was considerable variation in the sick leave prescribing practices of Finnish health care professionals. This suggests that patients may not receive equal social benefits. Sick leave carries considerable economic consequences, and unifying prescribing practices could bring significant cost savings to society. (...)With this knowledge, it could be possible to develop structured guidelines on sick leave prescribing.“ (Kankaanpää 2014: S. 39)

3.4.2 Grad der Umsetzung

Teilkrankengeld wurde in Finnland in der Einführungsphase von 2007 bis 2010 nur wenig genutzt (Tabelle 15). Dies ist vor allem auf die stark einschränkenden Rahmenbedingungen zurückzuführen sowie darauf, dass es – anders als zum Beispiel in Schweden – keine systematische Einführungskampagne für diese Neuerung gegeben hat. Seit dem Jahr 2010 allerdings zeigt sich eine deutliche und kontinuierliche Steigerung.

Tabelle 15: Begonnene Krankengeldperioden und Teilkrankengeldperioden absolut sowie Anteil der begonnene Teilkrankengeldperioden an allen Krankengeldperioden in %, 2007-2015

Jahr	Begonnene Krankengeldperioden absolut	Begonnene Teilkrankengeldperioden absolut	Anteil der begonnene Teilkrankengeldperioden an allen Krankengeldperioden in %
2007	363.771	1.763	0,45 %
2008	362.661	1.862	0,51 %
2009	340.410	2.059	0,60 %
2010	331.601	4.938	1,49 %
2011	331.964	7.134	2,15 %
2012	336.647	9.057	2,69 %
2013	316.315	11.234	3,55 %
2014	311.044	14.743	4,74 %
2015	294.067	16.926	5,76 %

Quelle: KELA: Kelan tilastollinen vuosikirja 2015; Helsinki 2016, S. 154, eigene Berechnungen.

Konkret wurde die Möglichkeit der Teilkrankschreibung im ersten Jahr (2007) nur in knapp 0,5 % aller begonnenen Arbeitsunfähigkeitsperioden genutzt. Nachdem ab Anfang 2010 dann die Teilkrankschreibung bereits ab dem 11. Tag einer Arbeitsunfähigkeit genutzt werden konnte, stieg die Nutzung auf knapp 1,5 % an. Im Jahr 2015 (neueste Zahlen) erreichte die Teilkrankschreibung einen Anteil von knapp 5,8 % aller begonnenen Arbeitsunfähigkeitsperioden.²⁹

Bezogen auf die gesamten Arbeitsunfähigkeitstage erreichten die Teilkrankschreibungen im Jahr 2015 einen Anteil von 6,2 %. Sie lagen damit leicht über dem Anteil der Teilkrankschreibungsperioden. Dies liegt vor allem daran, dass eine Teilkrankschreibung erst ab dem 11. Krankheitstag möglich ist und damit alle kürzeren Perioden nach der Definition keine Teilkrankschreibung beinhalten können. Die durchschnittliche Dauer der Teilarbeitsunfähigkeitsperioden lag 2015 bei 52,7 Tagen. Im Jahr 2015 erreichte die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungsperioden insgesamt 48,9 Tage. Auch hier muss berücksichtigt werden, dass dabei auch alle Arbeitsunfähigkeitsfälle von bis zu 10 Tagen mitberücksichtigt sind.

Im Hinblick auf die Verteilung auf die beiden Geschlechter zeigt die finnische Statistik ähnliche Ergebnisse wie in den übrigen nordeuropäischen Ländern. Konkret bedeutet dies, dass die Nutzung der Teilkrankschreibung bei Frauen deutlich höher liegt als bei Männern. 2015 waren 72,7 % aller Teilkrankengeldempfänger Frauen, und 73,9 % aller Teilkrankengeld-Tage entfielen auf Frauen. Differenziert man die Statistik nach Altersgruppen, so entfällt der größte Anteil der Teilkrankschreibungsfälle mit 33,0 % auf die Altersgruppe der 45- bis 54jährigen, gefolgt von den 55- bis 67jährigen (29,8 %). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist hier nur gering (KELA 2016b: S. 57).

Die Auswertung nach Krankheitsgruppen für das Jahr 2015 zeigt, dass die häufigste Nutzung von Teilkrankengeld mit 41,8 % in der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden ist, gefolgt von der Gruppe der psychischen Erkrankungen (29,69 %). In 9,6 % der Fälle handelte es sich um Verletzungen oder Vergiftungen (siehe Tabelle 16) (KELA 2016b: S. 80 f.). Hier hat es seit der Einführungsphase eine Verschiebung gegeben. Kausto et al. berichten in ihrer 2008 erschienenen Veröffentlichung, dass in der Anfangsphase psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 38 % Teilkrankschreibung nutzten, während Muskel- und Skeletterkrankungen mit 35 % beteiligt waren. Die Verteilung der Nutzung auf Männer und Frauen dagegen ist im Zeitablauf etwa gleichgeblieben (Kausto et al. 2008: S. 242).

²⁹ Zur Verteilung der AU-Fälle nach Zeitpunkt des Beginns der Teil-AU existiert keine Statistik in Finnland.

Tabelle 16: Anteil der Teilkrankengeldempfängerinnen und -empfänger nach Erkrankungsgruppen in % (Auswahl), 2015

Erkrankungsgruppe	Anteil der Teilkrankengeldempfängerinnen und -empfänger in %
Muskel- und Skeletterkrankungen	41,8 %
Psychische Erkrankungen	29,69 %
Verletzungen und Vergiftungen	9,60 %
Geschwulste	5,12 %

Quelle: KELA, sairausvakuutustilasto 2015, Helsinki 2016, S. 80 f.

3.4.3 Umsetzungsprobleme

Probleme für die Umsetzung der neuen Teilkrankentagegeld-Regelung waren in den ersten Jahren vor allem der niedrige Bekanntheitsgrad sowie die Regelung, nach der eine Teilkrankschreibung erst nach 60 Krankheitstagen beginnen konnte. Die letztere Hürde wurde durch die Regeländerung ab Anfang 2010 zwar gesenkt, was zu einem deutlichen Anstieg der Nutzungszahlen geführt hat. Dennoch weicht das Vorgehen mit dem Fehlen der in den anderen Ländern gegebenen Möglichkeit der Teilkrankschreibung ab dem ersten Krankheitstag nach wie vor deutlich ab.

Nach wie vor ist die Möglichkeit zur Teilkrankschreibung jedoch wenig bekannt. So ergab eine Befragung von 1.100 Vertrauensleuten der Gewerkschaften durch die Dachorganisation SAK der finnischen Gewerkschaften im Frühjahr 2013 (SAK 2013), dass bis zu diesem Zeitpunkt nur 38 % aller erfassten Unternehmen Teilzeitkrankschreibung genutzt hatten. Gar nicht oder besonders wenig genutzt wurde dabei Teilkrankschreibung in kleinen Betrieben. In Betrieben mit einer Größe von 100-250 Beschäftigten gaben 6 % an, dass in ihren Betrieben Teilzeitkrankschreibung genutzt wurde, und in Betrieben über 250 Beschäftigte 13 %. In allen kleineren Betrieben lag die Nutzung zwischen 0 und 3 %. Lediglich in 35 % aller Unternehmen gab es entsprechende Betriebsvereinbarungen zur Nutzung von Teilkrankschreibungen. Zwei Drittel der Befragten war der Überzeugung, dass die Regelungen zur Teilkrankschreibung in ihrem Unternehmen zu wenig bekannt seien. In 59 % aller Unternehmen hatte es keine spezifischen Informationen zur Teilkrankschreibung gegeben. In wenigen Fällen (12 %) wurde auch berichtet, dass die Nutzung von Teilkrankschreibung zu Mehrbelastung der übrigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geführt hätte. 26 % derjenigen Befragten, in deren Unternehmen Teilkrankschreibung genutzt wurde, gab an, dass es bei der Umsetzung teilweise Probleme gegeben habe. Bei 56 % dagegen wurden keinerlei Probleme benannt. 75 % der Befragten wünschten, dass es in Tarifverträgen klare Regelungen zur Nutzung von Teilkrankschreibung geben würde.

Ein weiteres Problem sind die deutlich höheren Anforderungen bei einer Teilkrankschreibung an die dafür erforderliche ärztliche Bescheinigung (siehe oben), die in

Fällen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 60. Tag der Erkrankung erforderlich ist, bei einer Teilkrankschreibung aber bereits ab dem 11. Tag der Erkrankung. Anders als etwa in Norwegen oder Schweden gibt es auch keine Vorschrift für die krankschreibenden Ärztinnen und Ärzte, standardmäßig eine Teilkrankschreibung im Krankschreibungsprozess zu berücksichtigen. Dies führt dazu, dass im Krankschreibungsprozess Teilkrankschreibung letztlich nur auf Initiative einzelner Beteiligter (Patientin bzw. Patient, betriebsmedizinischer Dienst, Ärztin bzw. Arzt) überhaupt erwogen bzw. eventuell berücksichtigt wird. Wie die wissenschaftliche Begleituntersuchung der Einführung zeigt, wurde die Initiative zur Nutzung von Teilkrankschreibung in den meisten Fällen vom betriebsmedizinischen Dienst ergriffen, in den übrigen Fällen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Vuorinen et al. 2010: S. 32). Als ein weiteres Problem wurde dabei der Umstand erhoben, dass es in vielen Fällen zwar ein Interesse an einer Teilkrankschreibung gab, aber die Möglichkeiten, dies im Betrieb auch umzusetzen, nicht oder nicht ausreichend gegeben waren (Vuorinen et al. 2010: S. 33 f.). Insgesamt wurde von den Befragten mehr Flexibilität bei den Voraussetzungen sowie bei der Anwendung von Teilkrankschreibung gefordert, um die Nutzungsmöglichkeiten zu verbessern (Vuorinen et al. 2010: S. 59 f.).

Weitere bürokratische Hürden stellen die Regelungen zur Minstdauer der Teilkrankschreibungsphase (12 Werktage) sowie das Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung zwischen erkrankter Arbeitnehmerin bzw. erkranktem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber dar, die zusätzlich der finnischen Sozialversicherungsanstalt übersandt werden muss. Schließlich wurde auch die Freiwilligkeit als ein weiteres Hindernis identifiziert.

Eine systematische Befragung (Kausto et al. 2009) einer repräsentativen Stichprobe von Nutzerinnen und Nutzern der Teilkrankengeld-Regelung zeigte, dass die Erfahrungen dieser tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzer des Teilkrankengeldes überwiegend positiv waren. Kritik wurde vor allem an dem relativ komplizierten Beantragungsprozess geübt. Außerdem gab es auch Kritik daran, dass zum Teil zwar die Arbeitszeit entsprechend den Vorgaben reduziert worden war, nicht aber die Menge der zu erledigenden Aufgaben. Außerdem wurde von 22 % der Befragten kritisiert, dass ihr Einkommensniveau während des Bezugs von Teilkrankentagegeld nicht ausreichend war. Zu beachten ist allerdings, dass die tatsächliche Einkommenssituation während einer Teilkrankschreibung besser ist als bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, weil die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für die 50 % der normalen Arbeitsstunden, die sie bzw. er arbeitet, die normale Stundenvergütung erhält sowie zusätzlich das Krankentagegeld zu 50 %, insgesamt also während der Teilkrankschreibung über ein Einkommen in Höhe von 85 % des normalen Einkommens verfügt, während sie bzw. er bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Jahreseinkommen von max. 36.419 € pro Jahr nur Anspruch auf 70 % des normalen Einkommens hat.

Als Reaktion auf die Kritik vor allem von Nutzerinnen und Nutzern der Teilkrankschreibung mit psychischen Erkrankungen wurde die Höchstdauer ab dem Jahr

2014 von 72 auf 120 Tage erhöht. Unverändert geblieben ist – trotz Kritik und gegenteiliger Vorschläge – dagegen die Vorschrift, dass nur Ganztagsbeschäftigte Anspruch auf Teilkrankentagegeld haben (Vuorinen et al. 2010: S. 69).

3.4.4 Akzeptanz und Interessenlagen der maßgeblich Beteiligten

Die Einführung von Teilkrankschreibung und Teilkrankentagegeld ist in Finnland sowohl von den Gewerkschaften als auch den Arbeitgeberverbänden begrüßt und unterstützt worden. Allerdings wurde – mit Ausnahme großer Betriebe und des öffentlichen Dienstes – kaum Anstrengungen unternommen, die damit verbundenen Möglichkeiten in den Betrieben und unter der Belegschaft auch aktiv bekannt zu machen. Dies zeigt u. a. die weiter oben erwähnte Befragung von gewerkschaftlichen Vertrauensleuten. Bisher gab es auch keine breiter angelegten Initiativen für tarifvertragliche Regelungen zur Umsetzung von Teilzeitkrankschreibung in den Einrichtungen und Betrieben.

Diejenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Teilzeitkrankschreibung bereits genutzt haben, sind zum überwiegenden Teil zufrieden mit den dadurch eröffneten Möglichkeiten und auch mit dem damit verbundenen Procedere. Zur Einstellung der Gesamtbevölkerung zur Teilzeitkrankschreibung gibt es jedoch keine Studien oder Umfragen. Hier scheint es immer noch so zu sein, dass die Regelung vielfach nicht bekannt oder die Details der Regelung zu wenig bekannt sind.

Innerhalb der Ärzteschaft wurde die Möglichkeit der Teilkrankschreibung vor allem von den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten aktiv unterstützt. Allerdings gibt es nach wie vor Kritik am Aufwand, der mit den besonderen Anforderungen an die Ausstellung einer Teilkrankschreibung verbunden ist. Auch wird die eingehende Kenntnis der Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit der Patientin bzw. des Patienten als aufwendig und nicht problemlos umzusetzen empfunden; deshalb findet man – etwa in den Richtlinien der finnischen Ärzteorganisation – häufig den Verweis darauf, dass im Bedarfsfall der betriebsmedizinische Dienst kontaktiert werden sollte, um solche Fragen zu klären. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Ärzteschaft – mit Ausnahme der arbeitsmedizinisch Tätigen – den Möglichkeiten der Teilkrankschreibung wegen des damit verbundenen Aufwandes eher distanziert gegenüberstehen. In ihrer bereits zitierten Untersuchung kommt Anni Kankaanpää zu folgendem Ergebnis: „Thus sick leave prescribing seems to be a complex decision making process that requires further scientific evidence of different diseases and work. Some questions that warrant further investigation include: how diseases affect the working ability of the patient, how sick leave affects the recovery process, how long patients should stay on sick leave, and in which kind of patient cases it is better to stay at work instead of taking sick leave. With this knowledge, it could be possible to develop structured guidelines on sick leave prescribing.“ (Kankaanpää 2014: S.39)

Die wiederholten Nachbesserungen der Regelungen zur Teilkrankschreibung nach der Einführung 2007 mit den veränderten Regelungen zum Beginn sowie zur Zahlungsmöglichkeit an den Arbeitgeber (2010) sowie der längeren Gesamtdauer

(2014) zeigen, dass hier mehrfach Anstrengungen unternommen wurden, die Akzeptanz und Nutzung gemäß den Ergebnissen der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu verbessern. Nach 2014 gab es hier allerdings keine weiteren Initiativen zu Änderungen der Rahmenbedingungen für Teilkrankschreibung.

Die für die Umsetzung zuständige finnische Sozialversicherungsanstalt KELA hat ihrerseits in den ersten Jahren der Geltung der neuen Regelung sowohl Maßnahmen zur Schulung des eigenen mit der Umsetzung der Regelung befassten Personals unternommen als auch Informationsmaterial für die Versicherten, die Arbeitgeber und die Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt. So gibt es für alle drei Gruppen eingehende Informationen zur Teilkrankschreibung bzw. dem Teilkrankentagegeld auf der Website von KELA.³⁰ Allerdings gab es keine systematische Implementierungskampagne wie etwa in Schweden nach dem Jahr 2002.

3.4.5 Wirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit

Wie bereits in den Ausführungen zur Wirkung der Teilkrankschreibung auf die Arbeitsunfähigkeit für Schweden ausgeführt, lassen sich isolierte Aussagen zur Auswirkung auf das gesamte Krankschreibungsgeschehen und die Arbeitsunfähigkeitsquote kaum treffen, weil gleichzeitig vor allem konjunkturelle Einflüsse, aber auch andere gesetzgeberische Maßnahmen hier zu Veränderungen führen. Wie Tabelle 15 zeigt, ist die Anzahl der begonnenen Krankengeldperioden insgesamt in der Zeit seit 2007 in Finnland bis auf eine Ausnahme (2011-2012) rückläufig gewesen und liegt für das Jahr 2015 bei nur noch 80,8 % des Wertes von 2007.

Die von den nordischen Ländern gemeinsam unterhaltene Statistik der sozialen Absicherung weist für Finnland einen Anstieg des durchschnittlichen Krankenstandes (in Prozent der Beschäftigten insgesamt/nur Krankenperiode von mindestens einer Woche) von 2,4 % im Jahr 2000 auf 2,6 % im Jahr 2010 auf. Danach ist der Krankenstand auf 2,2 % (2015) gefallen (Marcussen 2016: S. 116).

Dagegen ist für Finnland in diversen Studien untersucht worden, wie sich Teilkrankschreibung auf die Länge der Krankschreibung, die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs in eine Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. die Rückkehr in das Arbeitsleben (Return to Work – RTW) auswirkt. Diese Studien kommen zu positiven Ergebnissen.

Die auch international am meisten beachteten Studien zu den Auswirkungen von Teilkrankschreibung sind dabei die von Johanna Kausto und zum Teil weiteren Autoren (Kausto et al. 2008: S. 239 ff.; Kausto 2013; Kausto et al. 2014). Darin wird vor allem durch ein Quasi-Experiment (Kausto 2013: S. 48 ff.) unter Auswertung von register-basierten Daten von insgesamt rund 107.000 Krankschreibungsfällen aus Finnland einschließlich einer fünfjährigen Follow-Up-Periode nachgewiesen, dass Teilkrankschreibung ein sowohl effektives als effizientes Mittel ist, um die Rückkehr in das Arbeitsleben zu verbessern (Kausto 2013: S. 78). Diese Ergebnisse

³⁰ siehe z. B. <http://www.kela.fi/osasairauspaivaraha>.

stimmen mit denen von weiteren Studien überein, die Kausto im Rahmen ihrer Arbeit ebenfalls ausgewertet hat.

Allerdings zeigt die Studie differenzierte Ergebnisse für unterschiedliche Ergebnisaspekte. So wurden für die Nutzerinnen und Nutzer der Teilkrankschreibung frühere und häufigere erneute Krankheitsepisoden festgestellt. Das Risiko zum Übergang in eine volle Erwerbsunfähigkeitsrente dagegen war bei Teilkrankgeschriebenen niedriger, während das Risiko des Übergangs in eine Teilerwerbsunfähigkeitsrente etwas höher ausfiel. Während der fünfjährigen Follow-Up-Periode war der Rückgang der Beteiligung am Arbeitsleben bei den Teilkrankgeschriebenen geringer als bei den Vollzeitkrankgeschriebenen. Der positivste Effekt der Teilkrankschreibung wurde dabei in der Altersgruppe der 45- bis 65jährigen, bei Teilkrankgeschriebenen mit psychischen Erkrankungen und solchen mit einem hohen sozioökonomischen Status festgestellt (Kausto 2013: S. 80 f.).

Diese Ergebnisse bestätigen im Prinzip die Aussagen einer früheren Studie aus dem Jahr 2009 (Kausto 2009: S. 25), in der Beschäftigte befragt wurden, die Teilkrankentagegeld bezogen hatten. In dieser Studie war der Follow-Up-Zeitraum allerdings deutlich kürzer (im Durchschnitt fünf Monate) und es wurden keine Vergleichsbeobachtungen bei Vollzeitkrankgeschriebenen vorgenommen. Im Ergebnis zeigte sich in der Studie, dass bereits zu diesem frühen Zeitpunkt nach der Einführung der Teilkrankschreibung bei den Nutzerinnen und Nutzern deutlich positive Effekte zu beobachten waren. So waren zwei Drittel der Bezieherinnen und Bezieher nach durchschnittlich fünf Monaten in eine Vollzeitbeschäftigung zurückgekehrt, davon vier Fünftel in ihr früheres Arbeitsverhältnis. Bei einem Fünftel hatte sich die Arbeitsaufgabe verändert oder sie hatten eine neue Tätigkeit aufgenommen. In diesen Fällen war der Teilkrankschreibung eine Vollzeit-Arbeitsunfähigkeitsphase von etwa sechs Monaten vorausgegangen.

Abbildung 16: Zum Zusammenhang zwischen Teilkrankschreibung und Return to Work (RTW)

“During a follow-up period of five years, the decline in work participation was 5% smaller among those on partial sick leave than in the comparison group. The favorable effect of partial sick leave on work participation was found in those aged from 45 to 65 years, in those with mental disorders and among those with a higher socioeconomic position. No major difference was found in the effect between men and women.”

(Johanna Kausto: Effect of partial sick leave on work participation, Tampere 2013, S. 9)

„Although work participation declined in both groups, the decline was 5% (absolute difference-indifferences) smaller in the intervention than in the comparison group, with a minor sex difference. The beneficial effect of partial sick leave was seen especially among those aged 45–54 (5%) and 55–65 (6%) and in mental disorders (13%). When the groups were rendered more exchangeable (propensity score matching on age, sex, diagnostic category, income, occupation, insurance district, work participation, sickness absence, rehabilitation periods and unemployment, prior to intervention and their interaction terms), the effects on work participation were doubled and seen in all age groups and in other diagnostic categories than traumas. (...) The results suggest that the new legislation has potential to increase work participation of the population with long-term sickness absence in Finland. If applied in a larger scale, partial sick leave may turn out to be a useful tool in reducing withdrawal of workers from the labour market due to health reasons.“

(Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, et al.: Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. BMJ Open 2014;4: e006685. doi:10.1136/bmjopen-2014-006685, S. 1)

Quelle: Kausto 2013: S. 9, Kausto et al. 2014: S. 1

3.4.6 Finanzielle Auswirkungen für Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie Kostenträger bzw. öffentliche Haushalte

Die Ausgaben der finnischen Sozialversicherungsanstalt KELA für Krankentagegeld sind seit dem Jahr 2000 zunächst deutlich angestiegen, bevor sie 2011/2012 zunächst stagnierten und dann zurückgingen (Tabelle 17). Die Ausgaben für Teilkrankentagegeld steigen seit der Einführung im Jahr 2007 an; mit 31,2 Millionen Euro im Jahr 2015 liegen sie jedoch immer noch auf einem sehr niedrigen Niveau; im Vergleich zu den Ausgaben für Krankentagegeld erreichen sie einen Anteil von 3,78 %. Dass der Anteil der Ausgaben für Teilkrankentagegeld niedriger ist als der der begonnenen Krankschreibungsfälle, erklärt sich durch die niedrigeren Kosten für Teilkrankengeldfälle bzw. Teilkrankengeld-Tage. So kostete im Jahr 2015 ein Krankengeldtag im Durchschnitt 57,49 €, während ein Teilkrankengeld-Tag 34,99 € an Kosten für die Sozialversicherung verursachte. Ein Teilkrankentagegeld-Fall schlug mit 1.843,32 € zu Buche, während ein Krankentagegeld-Fall Kosten in Höhe

von 2.809,22 € verursachte³¹ und damit pro Teilkrankengeld-Fall eine Minderausgabe in Höhe von 965,90 € zu verzeichnen war.

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Nutzung von Teilkrankschreibung für die finnische Sozialversicherung kostengünstiger ist als Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit. Insofern kann – ausgehend von diesen Zahlen und ohne Berücksichtigung anderer Effekte – davon ausgegangen werden, dass die Nutzung von Teilkrankengeld zu einer finanziellen Entlastung der öffentlichen Haushalte führt. Konkret errechnen sich für das Jahr 2015 Minderausgaben für alle 16.926 Teilkrankentagegeld-Fälle für die finnische Sozialversicherung in Höhe von 16,35 Millionen Euro oder rund 2 % der Krankentagegeld-Ausgaben für Vollzeitkrankentagegeld-Fälle im Jahr 2015.

³¹ eigene Berechnungen auf Basis der KELA-Statistik.

Tabelle 17: Ausgaben der finnischen Sozialversicherungsanstalt KELA für Krankentagegeld und Teilkrankentagegeld in Euro (laufende Preise) sowie Teilkrankentagegeld-Ausgaben in % der Ausgaben für Vollzeitkrankentagegeld, 2000-2015

Jahr	Krankentagegeld für Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit in Mill. €	Teilkrankentagegeld in Mill. €	Teilkrankentagegeld in % der Ausgaben für Krankentagegeld für Vollzeit-Arbeitsunfähigkeit
2000	493,7	-	-
2001	522,8	-	-
2002	603,3	-	-
2003	633,7	-	-
2004	670,0	-	-
2005	705,2	-	-
2006	745,6	-	-
2007	767,2	2,5	0,33 %
2008	772,7	2,9	0,38 %
2009	799,3	3,5	0,44 %
2010	813,4	7,2	0,89 %
2011	834,2	10,6	1,27 %
2012	842,8	13,5	1,60 %
2013	833,2	16,8	2,02 %
2014	833,8	26,1	3,13 %
2015	826,1	31,2	3,78 %

Quelle: KELA, sairausvakuutustilasto 2015, Helsinki 2016, S. 147 sowie eigene Berechnungen.

Für die Arbeitgeber ist die Nutzung von Teilkrankschreibung mit zusätzlichem Aufwand verbunden, wenn etwa Anpassungen am Arbeitsplatz oder Veränderungen von Einsatzplänen etc. vorgenommen werden müssen. Anders als etwa in Schweden kann der Arbeitgeber auch zusätzliche Ausgaben für Anpassungen des Arbeitsplatzes oder die Anschaffung von Arbeits-Hilfsmitteln nicht erstattet bekommen. Allerdings gibt es keine öffentliche Diskussion zu diesem Thema. Im Einzelfall erhält der Arbeitgeber dann, wenn die Teilkrankschreibung in Zeiten der Lohnfortzahlung fällt, das Teilkrankentagegeld ausgezahlt und kann so einen Teil seiner Lohnkosten refinanzieren. Eine volle Refinanzierung stellt dies jedoch nicht dar, da das Erstattungsniveau des Krankentagegeldes ebenso wie das des Teilkrankentagegeldes

maximal 70 % bzw. 35 % des Einkommens der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers erreicht.

Insgesamt machten die Ausgaben für Lohnfortzahlung und Krankengeld sowie für Mutterschaftsurlaub für den Arbeitgeber nach der jüngsten Arbeitskostenuntersuchung des finnischen Statistik-Amtes 2014 etwa 1,6 % der Arbeitskosten aus. Davon erhält der Arbeitgeber jedoch 0,7 Prozentpunkte von KELA zurückerstattet, so dass die Nettokosten etwa 0,9 % der Bruttoarbeitskosten ausmachen (SF 2014).

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind die wirtschaftlichen Auswirkungen der Inanspruchnahme von Teilkrankentagegeld von der jeweiligen tarif- bzw. einzelvertraglicher Vereinbarung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall abhängig. Fällt die Teilkrankschreibung in eine Periode, in der die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer noch die volle Lohnfortzahlung erhält – diese Periode beträgt im Normalfall ein bis zwei Monate – gibt es keine Auswirkungen; der Arbeitgeber erhält in diesem Fall das Teilkrankentagegeld ausgezahlt. Ist die Lohnfortzahlungs-Phase dagegen beendet, bedeutet das Teilkrankentagegeld einen wirtschaftlichen Verlust, da es auf der Grundlage von 70 % des Bruttoeinkommens für die volle Berufstätigkeit berechnet wird. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass sie bzw. er für die 40-60 %, die sie bzw. er arbeitet, die normale Entlohnung erhält und zusätzlich Teilkrankentagegeld in Höhe von 35 % des normalen Bruttoeinkommens. Die finanzielle Situation ist damit besser als die der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers bei voller Arbeitsunfähigkeit.

3.5 Vergleich der Teilkrankengeld-Systeme der skandinavischen Länder

3.5.1 Nutzungsgrad

Die Nutzung von Teilkrankengeld unterscheidet sich in den vier hier untersuchten nordeuropäischen Staaten beträchtlich voneinander (Tabelle 18). Den höchsten Nutzungsgrad hatte im Jahr 2015 Schweden mit ca. 29,5 %, den niedrigsten Nutzungsgrad Finnland mit rd. 5,8 %. Der Nutzungsgrad variiert mit der Fehlzeitenhäufigkeit.

Tabelle 18: Nutzungsgrad von Teilkrankengeld und Fehlzeitenhäufigkeit in Nordeuropa, 2015

Land	Dänemark	Finnland	Norwegen	Schweden
Nutzungsgrad	11,6 %	5,76 %	23,1 %	29,5 %
Fehlzeitenhäufigkeit	1,6 %	2,2 %	3,4 %	2,6 %

Quelle: Nutzungsgrad: Eigene Darstellung auf Grundlage nationaler Statistiken. Fehlzeitenhäufigkeit: Marcussen 2016: S. 116.

Anmerkung: Fehlzeitenhäufigkeit: Berechnete Fehlzeiten der Berufstätigen aufgrund von Krankheit bezogen auf den Anteil der Berufstätigen, Daten wurden auf Basis des Labour Force Surveys (LFS) berechnet, als ein Durchschnittswert des Zensus, Dänemark und Finnland: im Alter von 15-64 Jahren, Schweden: im Alter von 16-64 Jahren. Nutzungsgrad: Anteil Teilkrankschreibungen bezogen auf die Krankschreibungen insgesamt.

3.5.2 Wirksamkeit

Die Wirksamkeit des Teilkrankengeldes wurde in den existierenden Studien für die skandinavischen Länder unterschiedlich gemessen (Tabelle 19). Generell zeigte sich in den Studien für die verschiedenen Bewertungsfaktoren ein positiver Effekt des Teilkrankengeldes, gemessen an einer schnelleren Rückkehr in den Beruf im Vergleich zu Personen ohne Teilarbeitsunfähigkeit, einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückkehr in den Beruf sowie einer Verringerung der Langzeit-AU-Fälle. Lediglich in Bezug auf den erneuten Bezug von Krankengeld kamen die Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen: Während für Dänemark bei Inanspruchnahme einer Teilkrankschreibung ein erneuter Krankengeldbezug seltener festgestellt wurde, zeigte sich für Finnland diesbezüglich ein gegenteiliger Effekt.

Tabelle 19: Wirksamkeit des Teilkrankengeldes in den skandinavischen Ländern

Bewertungs-faktor	Dänemark	Finnland	Norwegen	Schweden
schnellere Rückkehr in den Beruf im Vergleich zu ohne Teil-AU	2,4 Wochen (Ø 28,0 vs. 30,4 Wochen)			
höhere Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückkehr in den Beruf		5 % höher als ohne Teil-KG (13 % bei psychischen Erkrankungen)	12-14 % höher als ohne Teil-KG (2 Jahre nach Beendigung)	10 %-punkte höher als ohne Teil-KG (bei Langzeit AU mehr als 150 Tage); bei Muskel-Skelett-Erkrankungen 25 %-punkte höher
seltener erneuter Krankengeldbezug	2 % ggü. 17 %	schneller/häufiger erneuter Krankengeld-Bezug		
Verringerung der Langzeit-AU-Fälle				

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage nationaler Studien

Anmerkung: Die grüne Markierung deutet auf einen positiven Effekt, die rote Markierung auf einen negativen Effekt des Teilkrankengeldes hin.

3.5.3 Rahmenbedingungen

Die konkreten Rahmenbedingungen für das Teilkrankengeld sind in den skandinavischen Ländern zum Teil sehr unterschiedlich. Dies betrifft zum einen das Niveau der Kranken- und Teilkrankengeldzahlungen (Tabelle 20) als auch die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Entgeltfortzahlung sowie die Anzahl der Krankheitstage, ab denen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden muss (Tabelle 21).

Tabelle 20: Höhe des Krankengeldes für die Arbeitnehmer in der nationalen Währung, Dezember 2015

	Däne- mark	Färöer-In- seln	Finnland	Island	Norwegen	Schweden
Begrifflich- keit	Syged- agpenge	Sjúkradag- pening	Sjuk-Dag- penning	Launa- greiðslur i veikindum	Syke- penger	Sjukpen- ning
Höhe der Leistung als %-Anteil des Einkommens	100	100	70 ³	100 ⁵	100	80/75 ⁶
Maximaler Betrag pro Woche bei voller Kom- pensation ¹	Kein Maxi- mum	4.224	Kein Maxi- mum	Kein Maxi- mum	10.392	6.400
Maximaler Betrag pro Woche bei voller Kom- pensation, PPS ^{1, 2}	-	429	-	-	808	-
Minimaler Betrag pro Woche	-	-	144 ⁴	-	866	161/147
Minimaler Betrag pro Woche, PPS ²	-	-	188	-	67	13/12
Maximaler Betrag pro Woche	4.135	4.224	-	-	10.392	4.963/4.655
Maximaler Betrag pro Woche, PPS ²	420	429	-	-	808	404/388

Quelle: Jesper Munk Marcussen (Hrsg.): Social Protection in the Nordic Countries 2014/2015; Nordic Social Statistical Committee (NOSOSCO) 62:2016, Copenhagen 2016, S. 108.

Anmerkung: ¹ Die Einkommensgrenze ist das maximale Einkommen (früheres Einkommen), in dem die Krankengeldleistungen berechnet werden. Verschiedene Länder verwenden unterschiedliche Grundlagen für die Ermittlung der Einkommensgrenze
² Der Kaufkraftstandard, abgekürzt als PPS, ist eine künstliche Währungseinheit. Für ein PPS kann in jedem Land theoretisch die gleiche Menge an Waren und Dienstleistungen gekauft werden. PPS wird durch die Aufteilung eines Wirtschaftsaggregats eines Landes in Landeswährung durch die jeweilige Kaufkraftparitäten abgeleitet.

³ 70 % des Einkommens bei einem Jahreseinkommen bis zu 36.419 €, dann 40 % des Einkommens bei einem Jahreseinkommen zwischen 36.420 und 56.032 €, und 25 % bei einem Jahreseinkommen oberhalb 56.032 € - Teilkrankengeld beläuft sich auf 50 % des Krankengeldes.

⁴ Personen mit geringem Einkommen – oder gar keinem Einkommen – können ein Minimum an Geldleistungen auch für eine über 55 Tage hinausandauernde Erwerbsunfähigkeit gewährt werden

⁵ Die Lohnfortzahlung bei Krankheit hängt von der Beschäftigungszeit ab

⁶ Personen, die aufgrund von Krankheit fehlen bekommen fast 80 % für die ersten 364 Tage, dann 75 % für maximal 550 Tage. Personen die an einer Langzeiterkrankung leiden können 80 % auf unbestimmte Zeit gewährt werden

Tabelle 21: Rahmenbedingungen für das Teilkrankengeld in den skandinavischen Ländern

	Dänemark	Finnland	Norwegen	Schweden
Frist für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Tage)	nach 14 Tagen („Fit for Work“-Zertifikat)	ab dem 1. Tag	ab dem 4. bzw. 9. Tag	ab dem 8. Tag
Karenzregelung	nein	nein	nein	ja (ein Tag)
Dauer der gesetzlich vorgeschriebene Entgeltfortzahlung	30 Tage	10 Tage	16 Tage	14 Tage

Quelle: Eigene Darstellung

4. Identifizierung von Kernelementen und Ausgestaltungsoptionen des Instruments eines Teilkrankengelds

Auf Basis der existierenden Regelungen zur Teilkrankenschreibung in den skandinavischen Ländern wurden folgende zentrale Gestaltungsparameter von Teilkrankengeld-Systemen identifiziert:

- ◆ Voraussetzungen der Inanspruchnahme,
- ◆ Beginn, Dauer und Follow-Up-Mechanismen,
- ◆ Freiwilligkeit,
- ◆ Fördermaßnahmen für die Umsetzung,
- ◆ finanzielle Anreize,
- ◆ weitere Gestaltungselemente (Graduierung u. a.).

Die nachfolgende Tabelle 22 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die konkreten Ausgestaltungen dieser Kernelemente in den untersuchten skandinavischen Ländern.

Tabelle 22: Übersicht über Kernelemente der Teilkrankengeld-Regelungen in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden

Kernelemente	Dänemark	Finnland	Norwegen	Schweden
Voraussetzungen				
Notwendigkeit einer Vollzeitbeschäftigung	nein	ja	nein	nein
minimale Arbeitsunfähigkeit	mind. 4 h AU/Woche	mind. 40 % AU	mind. 20 % AU	mind. 25 % AU
Notwendigkeit einer schriftlichen Vereinbarung zw. AN und AG	nein	ja	nein	nein
Notwendigkeit einer spezifische AU-Bescheinigung	„Fit for Work“-Zertifikat	ja	nein	nein
Beginn, Dauer und Follow-Up				
frühester Beginn der Teilkrankenschreibung	1. Tag	11. Tag	1. Tag	2. Tag
maximale Dauer der Teilkrankenschreibung	365 Tage	120 Tage	365 Tage	364 Tage

Kernelemente	Dänemark	Finnland	Norwegen	Schweden
Existenz eines Follow-Up (ähnlich Rehabilitationskette in Schweden)	ja	nein	ja	ja
Freiwilligkeit				
für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer	nein (nach 8 Wo)	ja	nein	nein
für Arbeitgeber	ja	ja	ja	ja
für Sozialversicherungsträger/Kommune	nein (nach 8 Wo)	nein	nein	nein
für Ärztinnen und Ärzte	nein	ja	nein	nein
- ab der ersten Krankschreibung	ja	ja	nein	nein
Förderung der Umsetzung				
Existenz von Richtlinien zur Krankschreibung für die Ärztinnen und Ärzte?	nein	nein	ja	ja
Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte	-	nein (nur Betriebsärztinnen und Betriebsärzte)	-	ja
finanzielle Anreize				
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer	nein	ja	nein	ja
Arbeitgeber (Unterstützung)	nein	nein	IA-Abkommen	ja
Sozialversicherungsträger/Kommune	ja	(ja)	(ja)	(ja)
weitere Gestaltungselemente				
Abstufungsmöglichkeiten	graduell	50 %	Graduierung in 10 %-Schritten	25 % 50 % 75 %
Auszahlung an Arbeitgeber	nur über Arbeitgeber	ja	nein	nein *)

Quelle: Eigene Recherchen.

Anmerkung: *) In Schweden existiert eine freiwillige Lohnfortzahlungsversicherung für Unternehmen

Bewertet man die unterschiedlichen Regeln und die Umsetzung bzw. Nutzung von Teilkrankschreibung in den vier Ländern, zeigt sich, dass die restriktiven Bestimmungen in Finnland (Teilkrankschreibung erst ab dem 11. Tag der Krankschreibung, maximale Länge von 120 Tagen, keine Unterstützung bzw. Erstattung von Kosten für Arbeitsplatz-Maßnahmen bzw. Arbeits-Hilfsmittel für den Arbeitgeber) mit einer relativ geringen Nutzung von Teilkrankschreibung einhergehen. Außerdem scheint die durchgehend erforderliche Freiwilligkeit für Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Finnland sowie das Erfordernis einer Ganztätigkeit als Grundvoraussetzung für Teilkrankschreibung zu einer geringeren Nutzung zu führen. Hinzu kommt ein niedrigeres Niveau des Krankengeldes (70 % des Bruttoeinkommens bis 30.000 €) und damit auch des Teilkrankengeldes als ein möglicher Faktor, der eine häufigere Nutzung hemmt.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Existenz von nationalen Leitlinien für die Krankschreibung sowohl den Ärztinnen und Ärzten die Beurteilung der Teilarbeitsfähigkeit erleichtert als auch ein einheitliches Krankschreibungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte unterstützt, etwa im Hinblick auf die Dauer der erforderlichen Krankschreibung bei bestimmten Diagnosen.

Außerdem scheint auch die Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte, eine Teilkrankschreibung bereits bei der ersten Krankschreibung in Betracht zu ziehen, zu einer intensiveren Nutzung zu führen. Diese Verpflichtung ist Ausdruck eines grundlegenden Perspektivwechsels in Norwegen und Schweden, wonach im Falle einer Erkrankung nicht die Arbeitsunfähigkeit, sondern die verbliebene Arbeitsfähigkeit im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass die Teilkrankschreibung grundsätzlich als zu berücksichtigender Normalfall angesehen wird. Eine ähnliche Entwicklung der Einstellungen ist in Dänemark zu beobachten, wobei es dort keine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte gibt, eine Teilkrankschreibung bei jeder ersten Krankschreibung einer Patientin bzw. eines Patienten in Betracht zu ziehen.

Ob auch die unterschiedliche Handhabung des Grades der Teilkrankschreibung nachhaltigen Einfluss auf die Nutzung von Teilkrankengeld hat, ist nicht eindeutig zu beurteilen. In Schweden, wo die Abstufung zwischen 25 %, 50 % und 75 % möglich ist, wird in den meisten Fällen letztlich die 50-Prozent-Stufe genutzt. Dennoch erscheint diese Abstufung einerseits als ausreichend flexibel, andererseits als nicht zu differenziert. Denn eine Abstufung in einzelnen Prozentstufen, wie sie etwa in Norwegen ab 20 % möglich ist, wird in der Praxis kaum genutzt.

Eine plausible Erklärung für die höhere Nutzung der Teil-AU-Möglichkeit in Norwegen und Schweden ist auch das intensive Follow-Up von (Teil-) Krankgeschriebenen. Dabei beruht dies in Norwegen vor allem auf Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmerorganisationen, Arbeitgeberorganisationen und dem Staat, während in Schweden an die Stelle von Vereinbarungen ein solches Tripartite-System in den vergangenen 15 Jahren zunehmend staatliche Vorschriften getreten sind. Auch in Dänemark gibt es inzwischen ein striktes Follow-Up für krankgeschriebene Arbeit-

nehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitssuchende, allerdings mit weniger eingreifenden Konsequenzen für die Gewährung von Krankengeld vor allem im Vergleich zu Schweden.

5. Beschreibung der Rahmenbedingungen in Deutschland

5.1 Krankengeld in Deutschland

Der Schutz im Krankheitsfall umfasst in Deutschland auch die wirtschaftliche Absicherung bei längerer Arbeitsunfähigkeit.

Ist eine Arbeitnehmerin bzw. ein Arbeitnehmer infolge von Krankheit arbeitsunfähig, erfolgt zunächst für die Dauer von bis zu sechs Wochen eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Voraussetzung hierfür ist ein seit mindestens vier Wochen bestehendes Arbeitsverhältnis. Außerdem darf die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer kein Verschulden an der Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit treffen. Nach § 5 EFZG ist die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer verpflichtet, dem Arbeitgeber so bald wie möglich die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer mitzuteilen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von länger als drei Kalendertagen hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung zukommen zu lassen. Der Arbeitgeber ist berechtigt die Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch früher zu verlangen.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bekommen die Vergütung, die sie auch bezogen hätten, wenn sie nicht arbeitsunfähig erkrankt wären. Dabei werden Überstunden i. d. R. nicht berücksichtigt. Steuern und Sozialversicherungsbeiträge müssen weiter entrichtet werden.

Nach Ablauf der sechs Wochen und bei andauernder Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerinnen bzw. der Arbeitnehmer infolge von Krankheit erhalten sie Krankengeld von der Krankenkasse. Der Arbeitgeber informiert die Krankenkasse darüber, wann die Lohnfortzahlung endet und wie hoch das Gehalt der Versicherten war. Voraussetzung für die Zahlung des Krankengeldes durch die Krankenkasse ist weiterhin die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit.

Krankengeld erhalten neben gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auch hauptberuflich selbständige Erwerbstätige und unständig und kurzzeitig Beschäftigte, sofern sie statt dem für sie geltenden ermäßigten Beitragssatz den allgemeinen Beitragssatz bezahlen und eine Erklärung abgegeben haben, wonach ihre Mitgliedschaft den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Auch Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld I (ALG I) haben einen Krankengeldanspruch. Arbeitslosengeld II-Bezieherinnen und --Bezieher (ALG II), Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Familienversicherte sowie hauptberuflich selbständig Erwerbstätige und unständig und kurzzeitig Beschäftigte, die keine entsprechende Wahlerklärung abgegeben haben, haben hingegen keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 44 Abs. 2 SGB V). Versicherte, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit der Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, Bezieherinnen und Bezieher eines Ruhegehalts, welches nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird, und Versicherte, die ein

Vorruhestandsgeld beziehen, haben von Beginn der Rentenleistung an keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 50 SGB V).

Ist die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen (vgl. § 11 Abs. 5 SGB V).

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder ab Beginn einer Krankenhausbehandlung bzw. einer Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (vgl. § 46 SGB V). Um den Anspruch zu wahren, ist eine lückenlose Attestierung der Arbeitsunfähigkeit durch eine Ärztin bzw. einen Arzt notwendig. Die Dauer des Krankengeldbezugs ist grundsätzlich nicht begrenzt, ausgenommen, die Versicherte bzw. der Versicherte ist ununterbrochen arbeitsunfähig. In einem solchen Fall endet der Krankengeldanspruch nach 78 Wochen (vgl. § 48 SGB V). Der Krankengeldanspruch endet auch, wenn die Versicherte bzw. der Versicherte mit Unterbrechungen innerhalb von drei Jahren mehrfach wegen derselben Krankheit insgesamt 78 Wochen krankgeschrieben wurde. Mit Ablauf der drei Jahre nach der erstmaligen Krankschreibung aufgrund derselben Krankheit entsteht ein neuer Anspruch auf Krankengeld, sofern zwischen dem Ende der alten Arbeitsunfähigkeit und dem Eintritt der neuen Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate liegen und die Versicherte bzw. der Versicherte erwerbstätig war oder dem Arbeitsmarkt zu Verfügung stand. Erkrankt die Versicherte bzw. der Versicherte während der drei Jahre an einer Krankheit, welche Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt, verlängert sich die Leistungsdauer nicht; erkrankt sie bzw. er nach Ablauf der drei Jahre an einer anderen Krankheit, welche Arbeitsunfähigkeit begründet, beginnt für diese eine neue Frist von drei Jahren.

Das Krankengeld als Entgeltersatzleistung schließt an das erhaltene Regelentgelt an und wird anhand eines Bemessungszeitraums berechnet (§ 47 SGB V). Die Höhe beträgt 70 % des erhaltenen regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsrechnung unterliegt, und darf 90 % des entsprechenden Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB V). Auch Einmalzahlungen in den zwölf Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit werden bei der Berechnung berücksichtigt. Die Basis bildet das Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums von mindestens vier Wochen (§ 47 Abs. 2 SGB V). Im Fall, dass nicht monatlich abgerechnet wurde, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus vier Wochen berücksichtigt werden kann. Bei Versicherten, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig in der GKV versichert sind, wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Vom Bruttokrankengeldbetrag werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung abgezogen. Das Krankengeld wird pro Kalendertag ausgezahlt, ein Kalendermonat wird mit 30 Tagen berücksichtigt.

5.2 Stufenweise Wiedereingliederung in Deutschland

5.2.1 Hintergrund und Ziele

Die stufenweise Wiedereingliederung (SWE), oftmals synonym auch als „Hamburger Modell“ bezeichnet, ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation bei Beschäftigten mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall. Im Rahmen der SWE wird die Arbeitszeit und -belastung schrittweise und unter ärztlicher Aufsicht gesteigert, um die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers mit einer entsprechenden Krankschreibung am bisherigen Arbeitsplatz zu erproben und sie schrittweise an die Belastungen des Arbeitsplatzes heranzuführen (BAR 2015). Grundsätzlich haben alle gesetzlich krankenversicherten Beschäftigte nach längerer Krankheit Anspruch auf eine SWE. Beihilfeversicherte Beamtinnen und Beamte können grundsätzlich ein ähnliches Procedere anstreben³². Die SWE gilt als therapeutische Maßnahme – währenddessen erhalten die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer i. d. R. Kranken- oder Übergangsgeld. Das Ziel der SWE ist es, den Genesungs- und Rehabilitationsprozess positiv zu beeinflussen, sowie letztendlich eine vollständige Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz zu erreichen.

Rechtlich ist die SWE seit dem Jahr 1989 im SGB V (§ 74) und seit dem Jahr 2001 für behinderte oder konkret von Behinderung bedrohte Menschen im SGB IX (§ 28) verankert. Des Weiteren regelt die „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auch die Maßnahmen zur SWE. Insbesondere enthält die Richtlinie Empfehlungen zur Umsetzung der SWE.

5.2.2 Prozessablauf

Grundsätzlich handelt es sich bei der SWE um eine optionale Maßnahme, die der Zustimmung aller vier maßgeblich beteiligten Parteien bedarf³³:

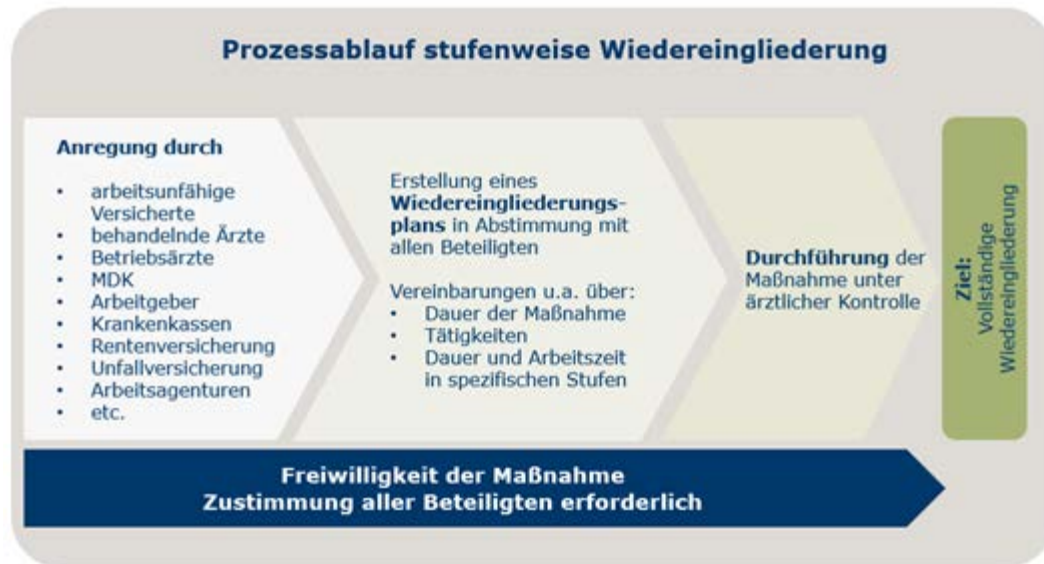
- ◆ arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
- ◆ behandelnde Ärztinnen und Ärzte,
- ◆ Arbeitgeber sowie
- ◆ Rehabilitationsträger.

Der Prozess kann jederzeit von einer der Parteien beendet werden (BAR 2015; SVR 2015).

³² Beihilfeversicherte Beamtinnen und Beamte müssen allerdings i. d. R. gesonderte Vereinbarungen mit ihrer Krankenversicherung, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Arbeitgeber treffen.

³³ Eine detailliertere Beschreibung der Aufgaben der einzelnen Parteien findet sich in Kapitel 5.2.3.

Abbildung 17: Schematische Darstellung des Prozessablaufs der stufenweisen Wiedereingliederung



Quelle: IGES

Anregung/Initiierung

Die SWE kann nach wochen- bis monatelanger Krankheit der Beschäftigten neben den oben genannten vier Parteien auch von weiteren Beteiligten angeregt werden, z. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder Arbeitnehmervertreterinnen und -vertretern. Voraussetzung für die Einleitung der Maßnahme ist eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, sowie eine Prognose, dass eine SWE erfolgversprechend ist, d. h., dass durch die SWE eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz erreicht werden kann. Des Weiteren sollte die Belastbarkeit der Beschäftigten zwei Stunden am Tag nicht unterschreiten. Indikationen für die SWE beinhalten u. a. länger andauernde oder chronische Erkrankungen. Es gibt keine verbindlichen Einschluss- und Ausschlusskriterien, so dass SWE für eine weite Zielgruppe prinzipiell in Frage kommt (BAR 2015).

Zusätzlich ist die schriftliche Zustimmung der erkrankten Beschäftigten erforderlich (BAR 2015). Mit dem Einverständnis der Versicherten werden zudem Möglichkeiten und Modalitäten der SWE vom Rehabilitationsträger mit dem Arbeitgeber oder dessen Vertreterinnen und Vertretern geklärt. Bescheinigt der Arbeitgeber auch ohne Angabe von Gründen, dass die Nutzung der Restleistungsfähigkeit der Beschäftigten unter den von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt festgelegten Belastungseinschränkungen nicht möglich ist, gilt der Versuch der SWE als beendet. Stimmt der Arbeitgeber der stufenweisen Wiedereingliederung zu, findet anschließend die Verlaufsplanung der Maßnahme statt (BAR 2015).

Wiedereingliederungsplan

Basierend auf der ärztlich beurteilten Leistungsfähigkeit der arbeitsunfähigen Beschäftigten wird der Wiedereingliederungsplan (oder Stufenplan) für jeden erkrankten Beschäftigten individuell geplant und flexibel gestaltet. Dies betrifft insbesondere die Dauer der gesamten Wiedereingliederung, die Dauer und Abfolge der einzelnen Intervalle sowie die jeweiligen Tätigkeiten (BAR 2015).

Die Erstellung des Wiedereingliederungsplans erfordert eine Zusammenarbeit aller Beteiligten und beinhaltet i. d. R. die folgenden Punkte (BAR 2015):

- ◆ Beginn und Ende der Maßnahme,
- ◆ Dauer und Arbeitszeit der verschiedenen Stufen,
- ◆ Art der Tätigkeit während der Stufe (ggf. Einschränkungen),
- ◆ Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende,
- ◆ Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten,
- ◆ Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung,
- ◆ Höhe eines eventuell zu zahlenden Arbeitsentgeltes.

Durchführung

Bei Zustimmung aller Beteiligten zu dem erarbeiteten Wiedereingliederungsplan wird die SWE nach den darin enthaltenen Vorgaben durchgeführt. Durch regelmäßige medizinische Untersuchungen wird der Genesungsfortschritt und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten beobachtet. Auf dieser Grundlage kann der Wiedereingliederungsplan geändert werden, beispielsweise eine Verlängerung oder Verkürzung einzelner Stufen oder des Gesamtplans (BAR 2015).

Im Regelfall liegt die Gesamtdauer für die SWE zwischen sechs Wochen und sechs Monaten, eine Verlängerung auf zwölf Monate ist in Ausnahmefällen möglich (BAR 2004).

Bei Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit für die vertraglich vorgesehenen Tätigkeiten wird die SWE erfolgreich beendet. Wird die volle Leistungsfähigkeit nicht erlangt, besteht die Arbeitsunfähigkeit weiter fort und es können weitergehende medizinische Rehabilitationsleistungen und Ansprüche auf besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder ein Rentenbezug geprüft werden (BAR 2015).

5.2.3 Aufgaben und Ansprüche der Beteiligten

Arbeitsunfähige Beschäftigte

Grundsätzlich haben alle Beschäftigten nach sechs Wochen Krankschreibung innerhalb der letzten zwölf Monate einen Anspruch auf betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Die SWE gehört dabei zu einer der meistgenutzten Maßnahmen der beruflichen Integration (Niehaus 2008).

Erkrankte Beschäftigte gelten während der Maßnahme weiterhin als arbeitsunfähig. Durch eine Teilnahme an einer SWE, aber auch durch das Ablehnen bzw. den Abbruch der Maßnahme entstehen den Beschäftigten keine finanziellen oder versicherungsrechtlichen Nachteile (BAR 2015). Allerdings bestehen auch kaum finanzielle Anreize zur Durchführung dieser Maßnahme (siehe Kapitel 5.2.4). Auch ein Anspruch auf Vergütung oder Erholungsurlaub existiert nicht (SVR 2015).

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte können auf der Basis ärztlicher Untersuchungen den Patientinnen und Patienten eine SWE vorschlagen, sofern dies aus medizinischen oder therapeutischen Gründen zielführend ist. Als Voraussetzungen gelten eine ausreichende Belastbarkeit von mindestens zwei Stunden am Tag und die Annahme, dass die vollständige Arbeitsfähigkeit bei einer stufenweisen Belastungserhöhung früher eintritt (BAR 2015).

Des Weiteren werden durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte regelmäßig Untersuchungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten während der Umsetzungsphase der Maßnahme durchgeführt. Kommt es zu unplanmäßigen Änderungen des Gesundheitszustandes, kann der Wiedereingliederungsplan angepasst werden (verkürzt oder verlängert) oder die stufenweise Wiedereingliederung gänzlich abgebrochen werden. Ein Abbruch der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen ist von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt zu bescheinigen (BAR 2015).

Arbeitgeber

Gesetzlich ist der Arbeitgeber seit dem Jahr 2004 zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) verpflichtet (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Die Arbeitgeberpflicht zum betrieblichen Eingliederungsmanagement besteht, sofern eine Beschäftigte bzw. ein Beschäftigter in den letzten zwölf Monaten insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig war. Dabei können diese sechs Wochen sowohl aus der Summe mehrerer Fehlzeiten als auch aus einer ununterbrochenen Fehlzeit bestehen. Die SWE stellt jedoch nur eine mögliche Maßnahme des BEM dar. Folglich kann der Arbeitgeber eine SWE generell oder einen spezifischen stufenweisen Wiedereingliederungsplan ablehnen. So heißt es auch in den Empfehlungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: „Erklärt die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber, dass es nicht möglich ist, die Versicherte oder den Versicherten zu beschäftigen, ist die stufenweise Wiedereingliederung nicht durchführbar.“ Jedoch hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass sachgerechte und dem Arbeitgeber mögliche Maßnahmen umgesetzt werden müssen und kein Vorschlag vom BEM ausgeschlossen werden darf, der vernünftigerweise in Betracht zu ziehen wäre (BAR 2015). Somit steht es dem Arbeitgeber aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht gänzlich frei, sich einer ärztlich empfohlenen stufenweisen Wiedereingliederung zu verwehren. „Die frühere Auffassung, der Arbeitgeber könne über seine Zustimmung frei entscheiden, ist nach Einführung des § 84 SGB IX somit überholt“ (SVR 2015: S. 226). Bei einer Verweigerung der Durchführung der Wiedereingliederung könne

die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer auch Schadensersatzansprüche geltend machen (vgl. LAG Hamm vom 4. Juli 2011 – 8 Sa 726/11). Eine SWE dürfe daher nur in Ausnahmefällen abgelehnt werden, wenn sie für den Arbeitgeber nicht zumutbar sei (SVR 2015).

Der Abbruch der Maßnahme durch den Arbeitgeber ist jederzeit unter Angabe eines sachlichen Grundes möglich.

Rehabilitationsträger

Den Rehabilitationsträgern kommen im Prozess der SWE die Pflichten der Beratung, Organisation und Erhaltung des Lebensunterhaltes zu. Da die stufenweise Wiedereingliederung eine schnellere Reintegration in das Erwerbsleben anstrebt, besteht ein genereller Anreiz zur Zustimmung von Seiten der Kostenträger (BAR 2015; SVR 2015).

In der Regel wird die SWE durch die Krankenversicherung oder die Rentenversicherung finanziert (vgl. dazu Kapitel 5.2.4). In Ausnahmefällen kann es auch während der SWE zu einem Bezug von Verletztengeld (§ 27 SGB VII) von der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. nach einer arbeitsbedingten Verletzung) oder Arbeitslosengeld (§§ 138 oder § 145 SGB III) von der Agentur für Arbeit kommen (SVR 2015; Geiger 2012).

Tabelle 23: Übersicht über die Aufgaben der maßgeblich Beteiligten bei einer SWE

	Arbeitsunfähige Beschäftigte	Behandelnde Ärztinnen und Ärzte	Arbeitgeber	Rehabilitations-träger
Möglichkeit zur Anregung der Maßnahme	Ja	Ja	Ja	Ja
Voraussetzung	- Arbeitsunfähigkeit - ausreichende Belastbarkeit (mind. 2 Stunden am Tag)* - geeignete Prognose - Zustimmung zur Maßnahme	- Zustimmung zur Maßnahme	- Zustimmung zur Maßnahme	- Zustimmung zur Maßnahme
Freiwilligkeit	Ja	Ja	Ja	Ja
Aufgaben	- entsprechend den Vereinbarungen des Wiedereingliederungsplans	- Beurteilung der Restleistungsfähigkeit - regelmäßige Untersuchung des Gesundheitszustandes	- entsprechend den Vereinbarungen des Wiedereingliederungsplans	- Beratung zur Maßnahme - Organisation - Unterhaltssicherung/Finanzierung

Quelle: IGES

Anmerkung: Gemäß § 74 SGB V ist lediglich Voraussetzung, dass die „bisherige Tätigkeit teilweise verrichtet“ werden kann.

5.2.4 Finanzierung

Während der stufenweisen Wiedereingliederung wird nicht die volle Arbeitsleistung erbracht und die Beschäftigten gelten weiterhin als arbeitsunfähig, demnach besteht derselbe Anspruch auf Entgeltfortzahlung wie bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit. Nach der Entgeltfortzahlung haben die versicherten Beschäftigten während der SWE Anspruch auf die Entgeltersatzleistung des zuständigen Rehabilitationsträgers. Je nach Zuständigkeit handelt es sich dabei um

- ♦ **Krankengeld der Krankenversicherung** nach den §§ 44 und 46 bis 51 SGB V und § 8 Absatz 2 in Verbindung mit den §§ 12 und 13 KVLG,
- ♦ **Übergangsgeld der Rentenversicherung** nach den §§ 20 und 21 SGB VI in Verbindung mit § 51 Absatz 5 SGB IX oder
- ♦ **Verletztengeld der Unfallversicherung** nach den §§ 45 bis 48 und 55a SGB VII.

Nach Ablauf des Anspruchs auf Krankengeld (78 Wochen innerhalb von drei Jahren) kann die Unterhaltssicherung auch über Arbeitslosengeld erfolgen (Geiger 2012).

Zusätzlich kann der Arbeitgeber (begrenzte) finanzielle Anreize für die Aufnahme der Maßnahme setzen (SVR 2015). Nach der erfolgreichen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz endet der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen.

Rehabilitationsträger: Krankenversicherung

In der Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung aus dem Jahr 2011 wurde festgelegt, dass die Krankenversicherung als Rehabilitationsträger zuständig ist, wenn keine Anschlussbehandlung der erkrankten Beschäftigten stattgefunden hat oder die Wiedereingliederung später als vier Wochen nach der Rehabilitation begonnen wurde. Des Weiteren besteht die maximale Krankengeldbezugsdauer von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren weiterhin fort. Bei deren Überschreitung kann alternativ die Agentur für Arbeit die Unterhaltssicherung leisten (o. V. 2011; Geiger 2012).

Während der SWE wird Krankengeld in voller Höhe gezahlt. Dies beträgt 70 % des Bruttoarbeitsentgelts, jedoch höchstens 90 % des Nettoarbeitsentgelts, abzüglich der Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, wenn dort Versicherungspflicht besteht (BAR 2015).

Rehabilitationsträger: Rentenversicherung

Seit dem Jahr 2004 ist auch die Rentenversicherung ein Rehabilitationsträger der SWE. Aus der Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung (2011) geht hervor, dass die Rentenversicherung für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig ist, wenn die Wiedereingliederung spätestens innerhalb von vier Wochen nach dem Ende einer medizinischen Rehabilitationsleistung der Gesetzlichen Rentenversicherung beginnt. Grundsätzlich leitet die Rehabilitationseinrichtung den Prozess der SWE ein. Für den Fall, dass die Wiedereingliederung nicht eingeleitet wurde, kann die Krankenkasse dies innerhalb von 14 Tagen bei der Rentenversicherung anregen (o. V. 2011).

Voraussetzung für die Weiterzahlung des Übergangsgeldes während der Wiedereingliederung ist, dass während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation noch ein Anspruch auf Übergangsgeld bestanden hat. Übergangsgeld wird ebenfalls für die Zeit zwischen medizinischer Rehabilitation und Beginn der SWE gezahlt (BAR 2015).

Die Höhe des Übergangsgelds bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beträgt 68 % des letzten Nettoarbeitsentgelts für Versicherte ohne Kinder und 75 % für Versicherte mit Kind und Kindergeldanspruch. Gesonderte Regelungen existieren für freiwillig Versicherte, Selbständige sowie Arbeitslose (BAR 2015).

Rehabilitationsträger: Unfallversicherung

Die Unfallversicherung ist der Träger der SWE, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit die Arbeitsunfähigkeit verursacht. Die SWE kann in diesen Fällen

insbesondere durch die Rehabilitationsmanagerin bzw. den Rehabilitationsmanager oder die Sachbearbeiterin bzw. den Sachbearbeiter der Unfallversicherung als eine Arbeits- und Belastungserprobung angeregt werden. Im Regelfall ist für diese Maßnahme ein Zeitraum von vier bis sechs Wochen vorgesehen, jedoch kann unter bestimmten Voraussetzungen auch ein längerer Zeitraum erforderlich sein (BAR 2015).

Das Verletztengeld der Unfallversicherung beträgt im Versicherungsfall 80 % des entgangenen Regelentgelts bis maximal zur Höhe des Nettolohns, abzüglich der vom Versicherten anteilig zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung. Dies gilt, soweit kein Entgelt vom Arbeitgeber gezahlt wird (BAR 2015).

Finanzielle Anreizmöglichkeiten des Arbeitgebers

Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsphase (sechs Wochen) ist der Arbeitgeber zu keiner Entgeltzahlung verpflichtet. Im Zeitraum der Wiedereingliederung kann der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt für die erbrachte Arbeitsleistung auf freiwilliger Basis zahlen, wobei das Arbeitsentgelt auf die Entgeltersatzleistungen der Rehabilitationsträger (bzw. der Träger der SWE) angerechnet werden (Geiger 2012). Arbeitgeberzuschüsse zum Krankengeld gelten als kein beitragspflichtiges Entgelt, solange das Entgelt zusammen mit dem Krankengeld das letzte Nettoarbeitsentgelt um nicht mehr als 50 € pro Monat übersteigt (§ 23c Abs. 1 SGB IV). Durch diese Begrenzung der Zuschusshöhe des Arbeitgebers (§ 23c Abs. 1 SGB IV) betrug der durchschnittliche zulässige Zuschuss im Jahr 2014 ca. 2,9 % des der durchschnittlichen monatlichen Krankengeldzahlungsbeträge (SVR 2015). Zusätzlich bieten Zusatzleistungen, die nicht angerechnet werden (z. B. Fahrtkostenerstattungen) finanzielle Anreizmöglichkeiten.

5.2.5 Inanspruchnahme

Für die Inanspruchnahme der SWE existieren keine trägerübergreifenden Statistiken. Die Rentenversicherung veröffentlicht die Empfehlungen zur SWE, zur Anzahl der Fälle werden jedoch keine Angaben veröffentlicht, da die SWE keine eigenständige Leistung darstellt, sondern lediglich im Rahmen einer ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Nachsorgeleistung erbracht wird.

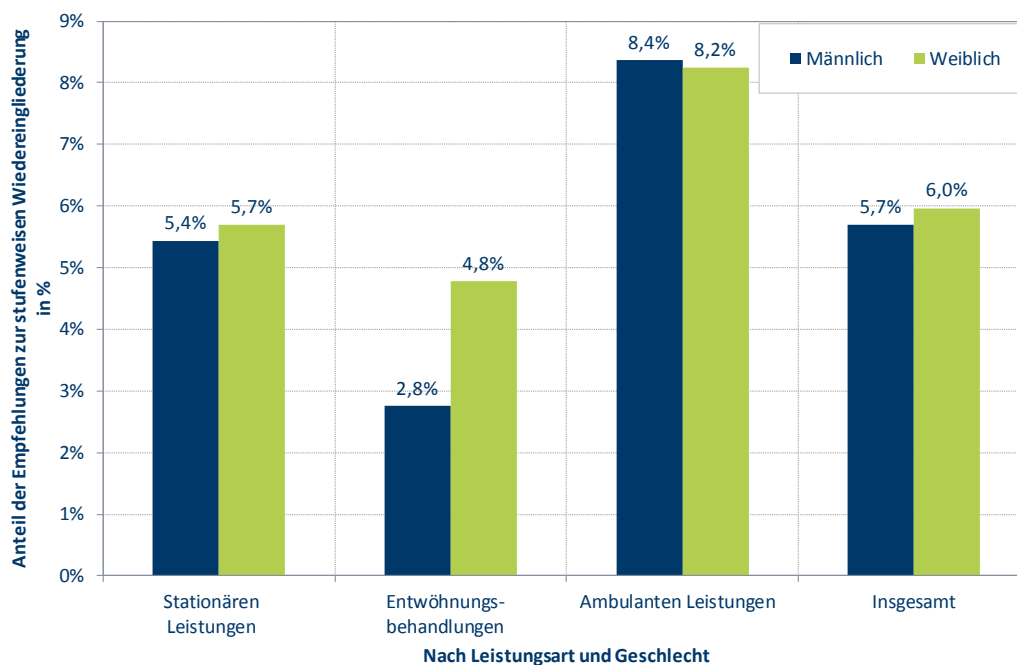
Schneider et al. (2016) werteten Daten der Techniker Krankenkasse in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Erfolg der SWE aus. Es wurden AU-Fälle (> 42 Tage) mit Beginn zwischen Oktober 2010 und Januar 2011 einbezogen, mit einer maximalen Verweildauer in der AU von 517 Tagen. Basierend auf diesen Auswertungen nahmen 24,6 % (n = 7.104) der langzeit-arbeitsunfähigen Versicherten an einer SWE teil.

Im Hinblick auf die Häufigkeiten von SWE-Empfehlungen zeigen die veröffentlichten Statistiken der Deutschen Rentenversicherung aus dem Berichtsjahr 2014, dass durchschnittlich 5,8 % (n = 60.160) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer medizinischen Rehabilitation eine Empfehlung zur SWE erhielten. Dabei liegt der

Empfehlungsanteil für Frauen mit 6,0 % geringfügig höher als bei den Männern mit 5,7 % (Abbildung 18).

Die Empfehlungsquote war am höchsten bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit durchschnittlich 8,3 %. Bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird die Maßnahme noch im Durchschnitt 5,6 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfohlen. Weitaus geringer ist die Empfehlungsquote nach Entwöhnungsbehandlungen aufgrund von chronischer Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit.

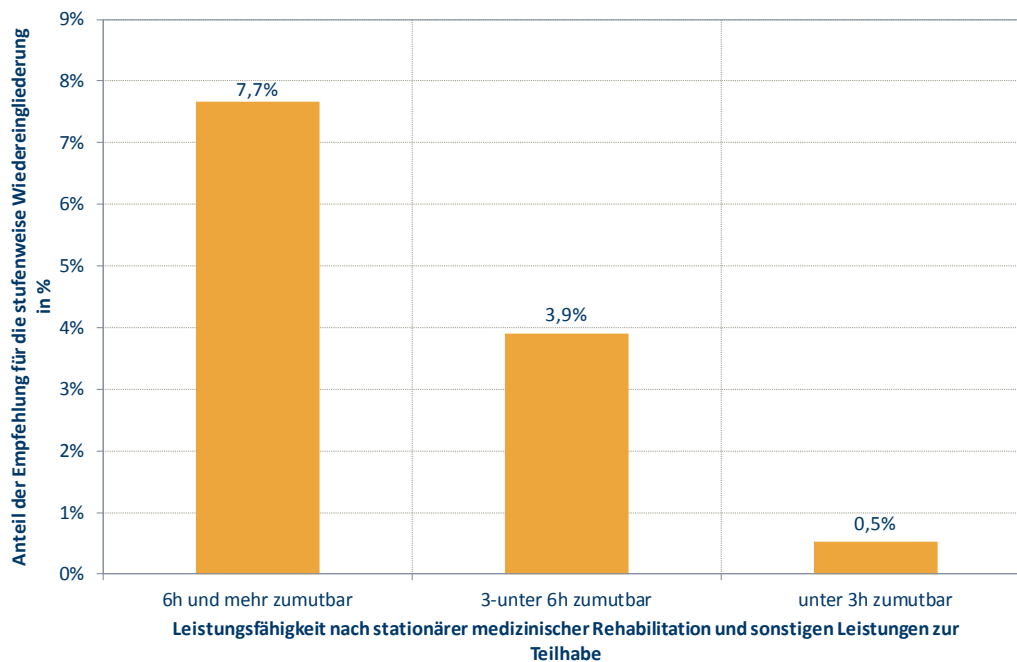
Abbildung 18: Anteil der Empfehlungen zur SWE nach Art der medizinischer Rehabilitation und Geschlecht, 2014



Quelle: IGES auf Basis der Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2014

Während rd. 7,7 % (n = 44.318) der Personen mit einer zumutbaren Leistungsfähigkeit von sechs Stunden und mehr eine SWE empfohlen bekamen, waren es bei Personen mit einer zumutbaren Leistungsfähigkeit von maximal drei Stunden lediglich rd. 0,5 % (n = 653) (Abbildung 19). Somit entfielen insgesamt knapp 95 % aller SWE-Empfehlungen auf Personen mit einer zumutbaren Leistungsfähigkeit von mindestens sechs Stunden.

Abbildung 19: Anteil der Empfehlungen zur SWE nach Leistungsfähigkeit, 2014



Quelle: IGES auf Basis der Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2014

Eine Studie von Bürger et al. (2011) basierend auf Routinedaten der Rentenversicherung für den Zeitraum 2004-2006 ergab, dass Rehabilitationseinrichtungen 15,2 % der Versicherten eine Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung aussprachen und ca. die Hälfte (8,4 %) dieser Empfehlung folgte. Der Anteil an Versicherten, der die Maßnahme ohne Empfehlung durchführte, war mit ca. einem Prozent gering (Bürger et al. 2011). In der gleichen Studie wurde zudem im Jahr 2007 eine Befragung von Versicherten durchgeführt, die eine SWE in Anspruch genommen hatten. Diesen Ergebnissen zufolge wurden die Empfehlungen zur SWE zumeist von der Ärztin bzw. vom Arzt (in der Rehabilitationseinrichtung) ausgesprochen, Krankenkassen regten dies in 16 % der Fälle und Arbeitgeber in 10 % der Fälle an. Ein Anteil von 14 % der Befragten gab an, keine Empfehlung erhalten zu haben (Bürger et al. 2011).

Das Empfehlungsverhalten der Rehabilitationseinrichtungen ist somit ein maßgebender Faktor für die Inanspruchnahme der SWE zulasten der Rentenversicherung. Bürger et al. stellten hierbei sowohl Unterschiede beim Empfehlungsverhalten basierend auf Patientenmerkmalen als auch Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen fest. Höhere Empfehlungsquoten hatten ambulante Einrichtungen, psychosomatische und orthopädische Fachkliniken. Niedrigere Empfehlungsquoten lagen bei onkologischen und kardiologischen Einrichtungen vor. Höhere Empfehlungsquoten gab es für Beschäftigte mit höheren Fehlzeiten im Jahr vor der Rehabilitation. Insgesamt zeigten die Rehabilitationseinrichtungen eine sehr hohe

Varianz im Empfehlungsverhalten, dies variierte zwischen 0 % und 86 % (Bürger et al. 2011).

Ob die Beschäftigten der Empfehlung folgten, hing u. a. von der Diagnose, der Arbeitgeberhaltung als auch von der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit ab. Des Weiteren war die Ausführlichkeit der Information zu der Maßnahme ein entscheidender Punkt (Bürger et al. 2011).

5.2.6 Ergebnisse

Die Dauer der Maßnahmen zur SWE betrugen im Mittel sieben Wochen mit der Krankenkasse als Träger und sechs Wochen mit der Rentenversicherung als Träger. Selten (< 10 %) betrug die Dauer der Maßnahme über zwölf Wochen. Die Belastungssteigerung erfolgte zumeist stundenweise in zwei oder drei Stufen. Während die Maßnahme zulasten der Rentenversicherung im Mittel sechs Tage nach der Rehabilitation begonnen wurde (95 % innerhalb von zwei Wochen), begann die Maßnahme zulasten der Krankenversicherung deutlich später mit durchschnittlich 42 Tagen nach der Rehabilitation (Bürger et al. 2011; Schneider et al. 2016). Der spätere Beginn der SWE mit der Krankenkasse als Träger ist aufgrund der Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung erwartungsgemäß (vgl. dazu Kapitel 5.2.4). Ca. 2,5 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Krankenkasse als Träger kehrten eher als im Wiedereingliederungsplan vorgesehen vollständig zur Arbeit zurück (Schneider et al. 2016). Der Anteil an Abbrüchen der Wiedereingliederungsmaßnahme lag bei der Krankenversicherung bei 9,8 % und bei der Rentenversicherung bei 8,9 % (Bürger et al. 2011).

Die SWE der Rentenversicherung trägt nach Bürger et al. (2011) erfolgreich zu einer Reintegration ins Erwerbsleben und zur Verhinderung der Frühberentung bei und ist demnach positiv zu betrachten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der SWE kehrten schneller ins Erwerbsleben zurück. Ein Jahr nach der Teilnahme an der Maßnahme lag die Rückkehrquote ins Erwerbsleben bei 91 % und damit höher als bei Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmern (78 %). Vergleicht man das Jahr vor und das Jahr nach der Maßnahme, zeigt sich jedoch kein bedeutsamer Unterschied des Fehlzeitenrückgangs zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmern (Bürger et al. 2011).

Hingegen schlussfolgerten Schneider et al. (2016), dass die SWE der Krankenkasse nur bei einem Teil der arbeitsunfähigen Beschäftigten vorteilhaft ist. Zwar war die Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheit bei Programmteilnehmerinnen und Programmteilnehmern mit im Mittel 151 Tagen kürzer als bei Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmern mit 198 Tagen, jedoch habe die Maßnahme bei einigen Beschäftigten zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit geführt und eine vollständige Rückkehr sei gemäß dem geschätzten Modell auch ohne die Maßnahme möglich gewesen. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer längeren Verweildauer in der SWE (~120 Tage) zeigte sich jedoch ein positiver Effekt der Maßnahme in Form einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitsdauer. Dabei spielte die Art der Di-

agnose eine große Rolle: Während die Maßnahme bei psychischen und Verhaltensstörungen schon ab 90 Tagen einen positiven Effekt erzielte, trat bei Verletzungen ein positiver Effekt der Maßnahme erst nach 240 Tagen ein.

Im ersten Jahr nach der vollständigen Rückkehr existierten zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmern unter Berücksichtigung der Ausgangsdiagnose keine grundlegenden Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben und weiteren Arbeitsunfähigkeitsfällen (Schneider et al. 2016). Demnach profitierten insbesondere die Beschäftigten von der SWE, die durch lange Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen allgemein geringe Rückkehrquoten aufwiesen (Schneider et al. 2016).

Der Erfolg der Maßnahme wird zudem von weiteren Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen neben der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Diagnose u. a. das Alter, Geschlecht, Einkommen, Teilzeitarbeit und Art der Versorgung (ambulant/stationär). Dabei zeigte sich ein positiver Effekt der Maßnahme besonders bei jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Teilzeitarbeiterinnen und Teilzeitarbeitern, Frauen und Besserverdienenden. Einen negativen Effekt auf den Erfolg scheint der vorherige stationäre Behandlungsaufenthalt zu haben (Schneider et al. 2016).

Des Weiteren spielt der Beginn der Maßnahme eine entscheidende Rolle. Die Erfolgswahrscheinlichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung sinkt mit Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Nach sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit lag die Erfolgsquote der Maßnahme bei 50 %, nach zwölf Monaten hingegen nur noch bei 10 % (Eierdanz 2012 nach SVR 2015).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der SWE bewerteten die Maßnahme überwiegend positiv und sahen sie als notwendig an. 70 % der Befragten gaben an, dass sie sich die Arbeit ohne die stufenweise Belastungssteigerung nicht zugetraut hätten. Nur 5 % der Versicherten gab an, dass die Maßnahme unnötig war. Dabei fiel die Bewertung bei den Leistungsträgern Rentenversicherung und Krankenversicherung ähnlich positiv aus. Die Dauer der Maßnahme und die Belastungssteigerung bewerteten ca. zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als genau richtig, während ein Drittel sie als zu kurz bzw. zu schnell wahrnahm (Bürger et al. 2011).

Das Empfehlungsverhalten der Träger bzw. Rehabilitationseinrichtungen deckte sich im Wesentlichen mit den Vorstellungen der Beschäftigten zur SWE. Nur 2 % der Versicherten gaben an, eine Empfehlung erhalten zu haben, obwohl sie die Maßnahme auf keinen Fall wollten. Dagegen äußerten im Nachhinein 13 % der Versicherten ohne eine Empfehlung den dringenden Wunsch nach der Maßnahme (Bürger et al. 2011).

5.2.7 Diskussion der SWE in der Literatur

In der Studie von Bürger et al. (2011) wurde Verbesserungspotenzial v. a. bei der Organisation der SWE und der Betreuung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer festgestellt. Dies beinhaltete die fehlende Hilfestellung während der Maßnahme

bei organisatorischen Fragen, bei auftretenden Problemen und die medizinische Betreuung. Außerdem wurden vorhandene Informationen über Abläufe, Verfahren und Möglichkeiten, den Wiedereingliederungsplan individueller zu gestalten, häufig als unzureichend betrachtet.

Des Weiteren bieten die finanziellen Regelungen der stufenweisen Wiedereingliederung mit der Begrenzung der Zuschusshöhe nur einen schwachen Anreiz für die Beschäftigte bzw. den Beschäftigten und fördern damit die Teilnahme an der Maßnahme kaum. Andererseits bieten die Regelungen einen finanziellen Anreiz für die Ausweitung der Maßnahme durch den Arbeitgeber zulasten der Rehabilitationsträger, denn die Unterhaltssicherung wird nach Ablauf der Entgeltfortzahlung vom Rehabilitationsträger übernommen. Der Arbeitgeber ist nicht zur Entgeltzahlung für die geleistete Arbeit verpflichtet und könnte aus einer Verlängerung der Maßnahme einen finanziellen Vorteil ziehen. Jedoch existieren bisher keine empirischen Belege, die eine solche Praxis zeigen. Zudem ist die Beschäftigte bzw. der Beschäftigte voraussichtlich an einer regulären Beendigung der Maßnahme interessiert, da die Entgeltersatzleistungen der Rehabilitationsträger geringer als das Arbeitsentgelt ausfallen (SVR 2015).

Für die arbeitsunfähige Beschäftigte bzw. den arbeitsunfähigen Beschäftigten ist es finanziell vorteilhafter, die Leistung zulasten der Krankenversicherung anstatt der Rentenversicherung durchzuführen (SVR 2015). Da die Rentenversicherung innerhalb von vier Wochen nach der Rehabilitation der zuständige Rehabilitationsträger ist, wäre ein späterer Beginn mit der Krankenversicherung als zuständigem Träger aus Sicht der arbeitsunfähigen Beschäftigten unter finanziellen Aspekten von Vorteil. Hingegen sinkt die Erfolgswahrscheinlichkeit der Maßnahme mit späterem Beginn (vgl. dazu Kapitel 5.2.6).

Des Weiteren wird die Bestimmung des vorhandenen Restleistungsvermögens der Beschäftigten bzw. des Beschäftigten durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt kritisch diskutiert. Der Wiedereingliederungsplan sollte flexibel und individuell auf die Beschäftigte bzw. den Beschäftigten angepasst sein (BAR 2015). Häufig existieren jedoch mehrere Diagnosen nebeneinander und Arbeitsbelastungen unterscheiden sich maßgeblich (Fricke und Kotier 2015), was eine standardisierte bzw. objektive Bestimmung der Restarbeitsleistungen erschwere bis unmöglich mache.

Praktisch basiert die Dauer und Art der Tätigkeit während der stufenweisen Wiedereingliederung auf dem Vorschlag der medizinischen Gutachterin bzw. des medizinischen Gutachters bzw. der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes und der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes. Die Arbeitsbelastung erhöht sich demnach für die Medizinerin bzw. den Mediziner, der neben der Diagnose der Arbeits(un)fähigkeit nun auch das Belastungsausmaß und mögliche Arten der Tätigkeiten vorschlagen soll. Dafür bedarf es evtl. zusätzlich einer Koordination mit der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt oder weiteren Parteien (MDS 2011; BAR 2015).

5.2.8 Bewertung der SWE aus Sicht der Expertinnen und Experten

Im Rahmen der Experteninterviews zur Übertragbarkeit eines Instruments der Teilkrankschreibung und des Teilkrankengelds auf Deutschland bzw. die GKV wurden auch Einschätzungen über die bestehenden Regelungen der stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland erfragt (vgl. Kapitel 2).

Vorteile der stufenweisen Wiedereingliederung

Alle befragten Expertinnen und Experten beurteilten das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung grundsätzlich als positiv.

Am häufigsten wurde erwähnt, dass die SWE für längerfristig Erkrankte eine Möglichkeit bietet, in einem „geschützten Raum“ wieder den Kontakt zum Arbeitsleben aufzunehmen. Durch das stufenweise Herantasten an die eigene Belastbarkeit im Rahmen der SWE könnten Beschäftigte, die aufgrund einer Erkrankung länger nicht mehr gearbeitet haben, wieder Selbstvertrauen hinsichtlich der eigenen Ressourcen gewinnen und sie würden vor einer möglichen Überforderung bzw. Überlastung durch einen „0 auf 100“-Einstieg ohne SWE geschützt. Längerfristig Erkrankte entwickelten oftmals Ängste vor der Belastung am Arbeitsplatz, die SWE könne dann helfen, in einem geschützten therapeutischen Rahmen ohne Druck, d. h. ohne arbeitsvertragliche Verpflichtungen, diese Ängste abzubauen und die Arbeit zu „testen“.

Des Weiteren sei vorteilhaft, dass die erkrankte Person durch die SWE wieder eine Tagesstruktur habe und durch den Kontakt zur Arbeitswelt das Arbeiten nicht „verlerne“. Auch der Erhalt der sozialen Kontakte mit den Kolleginnen und Kollegen wirke sich in vielen Fällen, insbesondere auch bei psychischen Erkrankungen oder psychischen Komorbiditäten, positiv auf den Genesungsprozess aus.

Insgesamt könnten längerfristig Erkrankte mit Hilfe der SWE wieder früher in das Arbeitsleben zurückkehren als ohne dieses Instrument.

Für Arbeitgeber wurde ein großer Vorteil darin gesehen, dass diese während der SWE keine Vergütungspflicht haben, da die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer weiterhin als vollständig arbeitsunfähig gilt und Krankengeld bezieht. Dadurch komme es auch nicht zu arbeitsrechtlichen Herausforderungen, wenn Arbeitsleistungen nicht erbracht werden (können).

Zusätzlich trüge die SWE dazu bei, Know-How-Verluste für die Arbeitgeber zu vermeiden, wenn durch eine erfolgreiche Wiedereingliederung eine dauerhafte Rückkehr an den Arbeitsplatz möglich ist. Damit entfielen für den Arbeitgeber auch Kosten für Personalrekrutierung und -einarbeitung. Des Weiteren könne die längerfristige Erkrankte bzw. der längerfristig Erkrankte schon während der SWE das eigene Know-How und die Erfahrung an Ersatzkräfte weitergeben. Zudem bleibe die Erkrankte bzw. der Erkrankte in die betrieblichen Prozesse eingebunden und erfahre durch die Erkrankung keinen „Wissensnachteil“.

Auch die Krankenkassen profitierten von einer schnelleren Rückkehr in das Arbeitsleben durch eine erfolgreiche SWE. Zum einen seien dann für weniger Tage Krankengeld zu bezahlen, zum anderen würden durch das Arbeitsentgelt der Versicherten wieder volle Beiträge generiert.

Grundsätzlich wurde auch die Konsensorientierung bei der Nutzung der SWE-Option als Vorteil angesprochen sowie die Möglichkeit der individuellen Ausgestaltung der Wiedereingliederungspläne, orientiert am individuellen Arbeitsplatz sowie den jeweiligen Bedürfnissen der Beschäftigten.

Herausforderungen der stufenweisen Wiedereingliederung

Die befragten Expertinnen und Experten gaben Hinweise auf eine Reihe von Herausforderungen bei der Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung. Während sich die Expertinnen und Experten bei den Vorteilen der SWE jedoch größtenteils einig waren, gab es bei ihren Einschätzungen der Herausforderungen größere Unterschiede.

Als Herausforderung mehrfach erwähnt wurde die Sicherstellung der ärztlichen Begleitung während der SWE, insbesondere in Unternehmen ohne Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stünden vor der Herausforderung, den Arbeitsplatz nicht zu kennen und bei der Beurteilung der Arbeitsplatzsituation auf die Schilderung der Patientinnen und Patienten angewiesen zu sein. Dies betreffe auch die Stufenplanung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Sie verfügten größtenteils nicht über arbeitsmedizinische Kenntnisse. In Betrieben mit einer Betriebsärztin bzw. einem Betriebsarzt kann diese bzw. dieser die Befunde der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes interpretieren und sie im Hinblick auf den jeweiligen Arbeitsplatz werten. Gemäß einer Experteneinschätzung werde von den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten rund ein Drittel der von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufgestellten Stufenpläne modifiziert.

Auch die Vielzahl und Heterogenität der Arbeitsplätze wurde als Herausforderung für die Umsetzung der SWE diskutiert. So sei die organisatorische Umsetzung der SWE insbesondere in der Produktion aufgrund der getakteten Arbeits- bzw. Schichtsysteme sehr schwierig. Bei SWE würden die Schichten doppelt bzw. ergänzend besetzt werden müssen, da sonst eine Eintaktung in den Schichtplan nicht möglich sei.³⁴ Zusätzlich gebe es Arbeitskontexte, in denen eine SWE nicht bzw. nur schwierig umsetzbar sei, beispielsweise bei Montage-Arbeiterinnen und -arbeitern oder bei generell schwerer körperlicher Arbeit. Bei Bürotätigkeiten seien die Herausforderungen der Umsetzung einer SWE aus organisatorischer Sicht dagegen geringer, aber auch hier stelle sich die Frage, was als „verwertbare Arbeitsleistung“ aus Sicht des Arbeitsgebers gezählt werden könne. Dagegen sprach ein

³⁴ Dies verdeutliche die Notwendigkeit, dass der Arbeitgeber für eine SWE kein Arbeitsentgelt bezahlen muss.

Experte auch einen möglichen Missbrauch von Arbeitgeberseite an, da mit der SWE eine Arbeitskraft zur Verfügung stehe, für die nicht bezahlt werden müsse.

Als weitere Herausforderung wurde die Kommunikation zwischen allen Beteiligten – unter gleichzeitiger Wahrung der Schweigepflicht – genannt. Die Patientin bzw. der Patient kommuniziere mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt sowie der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt, die Betriebsärztin bzw. der Betriebsarzt wiederum kommuniziere mit dem Arbeitgeber. Somit fungiere die Betriebsärztin bzw. der Betriebsarzt als eine Art „Clearingstelle“. Auch intern sei in großen Betrieben eine Vielzahl von Stellen involviert.

Seitens der Krankenkassen wurde kritisiert, dass sie über vergleichsweise wenig Gestaltungsmöglichkeiten verfügten. Der Wiedereingliederungsplan werde den Krankenkassen lediglich zur Kenntnisnahme vorgelegt, allerdings könne beim MDK nachgefragt werden, ob die Stufen und ihre Dauer nachvollziehbar seien.

Des Weiteren gebe es bei der Umsetzung der SWE noch einige ungeklärte Fragen. So sei beispielsweise nicht geregelt, wie mit ungeplanten Unterbrechungen des Wiedereingliederungsplans (bzw. aufgrund einer Erkrankung) umzugehen sei. Es sei nicht definiert, wie lange eine Unterbrechung dauern darf, ohne von einem Abbruch der SWE sprechen zu müssen. Außerdem mangle es an Vorgaben, wie eine Unterstützung bzw. Begleitung der SWE aussehen solle und es fehlten Indikationskriterien, wann eine SWE zu empfehlen sei.³⁵

Letztlich wurde die Freiwilligkeit des Instruments sehr kontrovers diskutiert. Während einige Expertinnen und Experten der Auffassung waren, dass die Freiwilligkeit für Arbeitgeber aufgrund mangelnder Bereitschaft zur Nutzung des Instruments eine Herausforderung sei, da es – falls der Arbeitgeber nicht zu einer SWE bereit sei – keine Möglichkeit zur SWE für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer zur Durchführung einer SWE gebe, auch wenn aus ärztlicher Sicht nichts dagegenspreche. Diese Auffassung wurde allerdings nicht von allen Expertinnen und Experten geteilt: Durch die Rechtsprechung, durch die der Arbeitgeber zu Schadensersatz verpflichtet worden sei, werde die SWE de facto verpflichtend für den Arbeitgeber und dieser habe keine Wahl – was v. a. in der Produktion zu großen Schwierigkeiten führen könne. Ein Experte verwies in diesem Zusammenhang auf eine Verunsicherung der Arbeitgeber bezüglich der Freiwilligkeit aufgrund der Rechtsprechung.

Faktoren gegen stärkere Nutzung

Es wurden einige Faktoren genannt, die nach Meinung der befragten Expertinnen und Experten einer stärkeren Nutzung des Instrumentes entgegenstehen. Viele sahen ein Problem mit Blick auf die Arbeitsplatzverfügbarkeit für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung, v. a. bei kleinen und mittelgroßen Arbeitgebern (KMU). Es gebe zudem Tätigkeiten, in denen

³⁵ Vgl. hierzu auch Bürger 2011: Ein Drittel der Befragten wünschten sich mehr inhaltliche Begleitung während der SWE.

es ausgeschlossen sei, eine SWE durchzuführen, wie beispielsweise bei Montage-Tätigkeiten.

Einige Expertinnen und Experten bemängelten eine fehlende Bereitschaft der Arbeitgeber, das Instrument einzusetzen. So sei es in Deutschland noch immer nicht üblich, schrittweise wieder einzusteigen, sondern es würde weiterhin überwiegend nach dem „Alles-oder-nichts-Prinzip“ vorgegangen. Der Arbeitgeber sei zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement verpflichtet, und dennoch würden sich viele von ihnen zurückziehen und seien nicht bereit, Lösungen zu finden. Ein Experte sah daher in der fehlenden Möglichkeit von Sanktionen gegen Arbeitgeber ein wesentliches Hemmnis. Dieser Aspekt wurde jedoch kontrovers diskutiert, da – wie oben erläutert – einige Expertinnen und Experten auch die Auffassung vertraten, dass eine SWE de facto verpflichtend sei für Arbeitgeber.

Einige Expertinnen und Experten nannte hemmende Faktoren auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese seien häufig uninformatiert und für dieses Instrument nicht (genügend) sensibilisiert. Sie seien häufig überrascht, wenn sie kurz vor der Aussteuerung der Krankenkassen stünden und dann müsse plötzlich schnell eine Lösung gefunden werden. Ein Experte nannte die Bewältigung der Wegstrecke zum Arbeitsplatz als Hürde, v. a. in ländlichen Regionen oder bei einem langen Anfahrtsweg. Wenn beispielsweise mit der Krankheit ein Fahrverbot einhergehe, sei es schwierig. Ein Anderer verwies auf mögliche gesundheitliche Probleme während der SWE, die eine ärztliche Begleitung erforderlich machten.

Aber auch die Informationslage der Ärztinnen und Ärzte wurde von den Expertinnen und Experten als Barriere angesprochen. Unsicherheit bestand bei den Expertinnen und Experten teilweise hinsichtlich der Frage, ob alle Ärztinnen und Ärzte das Potenzial, welches das Instrument der SWE biete, erkennen würden. Eine zentrale Bedeutung komme hierbei der Vergütung zu. Der Aufwand für die Ärztin bzw. den Arzt sei z. T. erheblich: Sie bzw. er müsse sich im Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten einen Überblick über die genaue Arbeitsplatzsituation machen und anschließend einen individuellen Plan erstellen. Hierfür und für die anschließende Begleitung der SWE sei die Vergütung zu gering. Dieses Problem bestehe v. a., wenn keine Betriebsärztin bzw. kein Betriebsarzt im Unternehmen angestellt sei. Die behandelnde niedergelassene Ärztin bzw. der behandelnde niedergelassene Arzt hätte häufig nicht die Zeit und die arbeitsmedizinischen Kenntnisse, um eine SWE engmaschig zu begleiten. Damit würden Rücksprachemöglichkeiten für die Patientin bzw. den Patienten entfallen. Nach Meinung eines Experten sei auch die stärkere Einbeziehung beruflicher und familiärer Kontextfaktoren der Wiedereingliederung wichtig. Sowohl unter den Ärztinnen und Ärzten als auch unter den Rehabilitationseinrichtungen variierten die Empfehlungsquoten teilweise beträchtlich. Diese hingen sowohl mit dem Verordnungsverhalten als auch mit den zugrundeliegenden Diagnosen zusammen: Bei orthopädischen Diagnosen würde eher häufiger, bei psychiatrischen Diagnosen eher seltener eine SWE empfohlen. Auch die Entfernung der Reha-Einrichtung zum Arbeitsort spiele eine Rolle: Je größer die Distanz, desto seltener würde eine Empfehlung zur SWE gegeben werden.

Manche Expertinnen und Experten sahen in den Schnittstellen im gegliederten System zwischen den Krankenkassen, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung strukturelle Hemmnisse, die einer Nutzung des Instrumentes der SWE entgegenstehen. Eine stärkere Verzahnung der einzelnen Mechanismen und die daraus entstehende Zusammenarbeit könne hier für Abhilfe sorgen.

Einer der Experten hielt zudem die Höhe des Krankengelds für einen hemmenden Faktor. 70 % des erhaltenen regelmäßigen Arbeitsentgelts seien nicht erstrebenswert und deshalb würden viele Beschäftigte sich subjektiv früher wieder voll arbeitsfähig fühlen bzw. krank zur Arbeit erscheinen und es würde gar nicht erst zu einer SWE kommen.

6. Bewertung der Übertragbarkeit des Instruments eines Teilkrankengelds auf Deutschland

Die folgenden Bewertungen der Übertragbarkeit eines Instruments der Teilkrankenschreibung/des Teilkrankengelds auf Deutschland basieren methodisch auf den Ergebnissen der Expertenbefragungen und des Expertenworkshops (vgl. Kapitel 2).

6.1 Generelle Beurteilung des Instruments eines Teilkrankengelds

Viele der Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass die Idee eines Teilkrankengeldes grundsätzlich positiv zu bewerten sei. In erster Linie wurden dabei die – auch im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung genannten – Aspekte einer Förderung der Rückkehr in das Arbeitsleben, insbesondere für längerfristig erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die geregelte Tagesstruktur und die Teilnahme am Berufs- und Sozialleben könne den Genesungsprozess fördern. Zusätzlich sei es immer schwieriger ins Erwerbsleben zurückzukehren, je länger eine Erkrankung dauere und je länger der Kontakt zur Arbeitswelt verloren gegangen war.

Trotz der Chancen, die mit dem Instrument eines Teilkrankengelds gesehen wurden, überwog bei fast allen Expertinnen und Experten dennoch die Skepsis. Die Risiken seien zu hoch, um eine Umsetzung zu empfehlen – insbesondere vor dem Hintergrund vieler offener Fragen bezüglich der Umsetzung.

Einer der befragten Experten kritisierte die Bezeichnung „Teilkrankengeld“, da dieser Begriff zu stark auf die Krankenkassen bzw. die Sozialversicherungsträger fokussiere, wobei doch die Teilarbeits(un)fähigkeit im Vordergrund stehen sollte. Dies suggeriere, dass lediglich die Reduzierung des Krankengeldvolumens der Krankenkassen als Ziel gelte.

Vielfach wurde insbesondere das Erfordernis einer Einschätzung der Restleistungsfähigkeit durch die Ärztinnen und Ärzte wurde kritisch gesehen. Die Expertinnen und Experten hielten eine solche Einschätzung durch eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt unter Berücksichtigung der Anforderungen des spezifischen Arbeitsplatzes für nicht machbar. Zudem waren sie der Ansicht, dass es den Ärztinnen und Ärzten nicht möglich sei zu bewerten, ob es sich um für den Arbeitgeber verwertbare Arbeitsleistung handle. Die Expertinnen und Experten gingen außerdem davon aus, dass eine solche Einschätzung mit einem erhöhten Zeitaufwand für die Ärztin bzw. den Arzt einhergehe, welcher entsprechend über eine neue EBM-Ziffer vergütet werden müsste. Darüber hinaus wäre mit einem Mehr an Bürokratie durch neue Formulare sowie durch die Zusammenarbeit mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Arbeitgebern und/oder Sozialversicherungsträgern zu rechnen. Ärztinnen und Ärzte müssten in jedem Fall entsprechend geschult werden. Es müsste zudem sichergestellt werden, dass die Genesung der Beschäftigten bzw. des Beschäftigten nicht verzögert bzw. verhindert würde.

Was für den Arbeitgeber als verwertbare Arbeitsleistung zählt, könne nur er selbst unter Berücksichtigung seiner betrieblichen Belange entscheiden. Einige Expertinnen und Experten hielten aus diesem Grund ein solches Instrument nur dann für möglich, wenn es die Arbeitgeber freiwillig nutzen könnten und nicht dazu gezwungen würden, unwirtschaftliche Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen. Angesprochen wurde auch der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz, gemäß dem ein solches Instrument für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden müsse. Es gebe allerdings einige Berufsgruppen, für die ein solches Instrument nicht funktionieren könne, beispielsweise bei Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeitern. Für den Arbeitgeber müsse die Planungssicherheit gewährleistet werden; diese wäre allerdings gemäß der Einschätzung einiger Expertinnen und Experten mit einem solchen Instrument nicht mehr sichergestellt.

Einige der Expertinnen und Experten gingen davon aus, dass mit Einführung eines solchen Instruments kostenintensive Systemanpassungen für Unternehmen und Sozialversicherungsträger nötig wären. Angesprochen wurden hier unter anderem Anpassungen von betrieblichen oder tariflichen Regelungen zum Entgeltersatzleistungsverfahren oder die Koordination der Schnittstellen zwischen Arbeitgeber, Krankenkassen sowie anderen Sozialversicherungsträgern. Aus Sicht eines Experten müssten die Krankenkassen dann eine aktivere Rolle spielen und beispielsweise Überprüfungen der Teilarbeitsunfähigkeit anregen können. Wichtig waren den Expertinnen und Experten zudem Fragen der Abgrenzung des Instrumentes gegenüber anderen Sozialversicherungsleistungen.

Das Konzept des Instrumentes eines Teilkrankengeldes sollte nach Ansicht eines Experten pilotiert und evaluiert werden, um zunächst Evidenz hinsichtlich bestimmter Zielparameter bzw. Endpunkte zu generieren. Dabei müsse der Frage nachgegangen werden, ob das Instrument in der intendierten Weise wirke.

6.2 Bewertung der zentralen Elemente eines Teilkrankengelds

6.2.1 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Teilkrankschreibung für alle Beschäftigten

Die befragten Expertinnen und Experten waren sich weitgehend darin einig, dass die Option einer Teilkrankschreibung grundsätzlich nicht auf Vollzeitbeschäftigte beschränkt werden sollte. Schon die Definition einer „Vollzeitbeschäftigung“ sei aufgrund der abweichenden Wochenstundenzahl in den Unternehmen schwierig. Hinzu komme eine Vielzahl von Teilzeit-Modellen. Zusätzlich wurde von den Expertinnen und Experten die Einschätzung geäußert, dass es wegen des Grundsatzes der Gleichbehandlung keine Einschränkung auf Vollzeitbeschäftigung geben sollte. Durch eine solche Beschränkung könne es auch zu mittelbaren Benachteiligungen von Frauen kommen, da diese mehrheitlich einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen.

Alle Befragten sprachen sich allerdings für einen arbeitszeitlichen Grenzwert aus, unterhalb dessen keine Teilkrankschreibung möglich sein sollte. So stelle sich die Frage der Notwendigkeit nach einer solchen Untergrenze beispielsweise für eine Halbtagskraft mit einer täglichen Arbeitszeit von vier Stunden, bei der eine Teilkrankschreibung zu 75 % eine Restleistungsfähigkeit von täglich noch einer Stunde ergäbe. Nach überwiegender Ansicht der Expertinnen und Experten sollte eine solche Untergrenze absolut als Stundenzahl festgelegt werden und nicht prozentual, weil hierdurch die Handhabung für die Unternehmen vereinfacht würde.

Für überlegenswert hielten die Expertinnen und Experten darüber hinaus Flexibilisierungsmöglichkeiten beim Einsatz der Restleistungsfähigkeit, so dass nicht an jedem Tag dieselbe Stundenzahl gearbeitet werden müsse oder die wöchentliche Restarbeitszeit auf weniger als die fünf Arbeitstage verteilt werden kann, etwa um Belastungen durch Wegezeiten und/oder Fahrtkosten zu reduzieren.

Manche Expertinnen und Experten betrachteten eine Abgrenzung von Teilarbeits(un)fähigkeit allein anhand des Faktors Arbeitszeit als problematisch, denn schließlich sei eine Verminderung der Arbeitsproduktivität das entscheidende Kriterium, und diese könne in Abhängigkeit von der Arbeitszeit variieren.

Ein Experte merkte an, dass sich eine Beschränkung der Möglichkeit einer Teilkrankschreibung nicht an dem Kriterium einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung orientieren sollte, sondern an der grundsätzlichen Eignung von Arbeitsplätzen für eine Teilarbeits(un)fähigkeit. Demnach wären beispielsweise Arbeitstätigkeiten auf dem Bau für eine Teil-AU-Regelung ungeeignet. Außerdem könnten Krankheiten individuell ganz unterschiedliche Beeinträchtigungen verursachen. Es mache einen Unterschied, ob es der Beschäftigten bzw. dem Beschäftigten aufgrund seiner Krankheit an Konzentration oder an körperlicher Kraft fehle. Die jeweiligen Auswirkungen auf die individuelle Arbeitsfähigkeit könnten ebenfalls ganz unterschiedlich sein.

Festlegung der minimalen Arbeitsunfähigkeit

Die Expertinnen und Experten waren sich mehrheitlich einig, dass es nicht sinnvoll sei, die minimale Arbeitsunfähigkeit sehr hoch anzusetzen. Könne eine Beschäftigte bzw. ein Beschäftigter nur noch sehr wenig arbeiten, sei es u. U. die bessere Alternative, gar nicht zu arbeiten. Zudem sei es für das Unternehmen unter diesen Umständen deutlich schwieriger, eine angemessene Beschäftigungsmöglichkeit zu bieten. Das Verhältnis von Restarbeitsfähigkeit einerseits und dem bürokratischen und ggf. auch finanziellen Aufwand, der für ihren Einsatz erforderlich sei, würde sich verschlechtern. Außerdem zweifelten die Expertinnen und Experten daran, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt eine ausreichend differenzierte Unterscheidung treffen könne, zumal die ärztliche Einschätzung meist mangels Kenntnis der Spezifika des jeweiligen Arbeitsplatzes in hohem Maße von den Schilderungen der Beschäftigten abhängt. Gegen stärker differenzierte Abstufungen wurde vor allem das Argument vorgebracht, dass es schwierig sei, eine filigrane Abstufung nachvollziehbar zu machen und in der Praxis bei der Einstufung konsistent anzuwenden. Ein Großteil der Expertinnen und Experten sprach sich auch in diesem Zusammenhang

für absolute Stundenzahlen als Abstufungskriterium an Stelle von Prozentangaben aus, da diese eindeutiger wären. Jedoch sei immer auch eine Orientierung an der tatsächlichen Tätigkeit erforderlich.

Anstatt einer arbeitszeitbezogen minimalen Arbeitsunfähigkeit wurde vereinzelt vorgeschlagen, Teilkrankengeld nur für besondere Fälle einzuführen, die vor allem anhand von Indikationen, wie beispielsweise chronische oder psychische Erkrankungen, Schmerzerkrankungen oder der Erkrankungsschwere abgegrenzt werden könnten.

Notwendigkeit einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber

Eine schriftliche Vereinbarung, wie sie heute schon Bestandteil der SWE ist, hielten fast alle Expertinnen und Experten für sinnvoll. Sie waren sich einig darin, dass eine solche Vereinbarung für beide Parteien, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber, eine Verbindlichkeit schaffe. Die Vereinbarung wäre ein Planungshinweis für den Arbeitgeber und würde die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer sowohl in die Pflicht nehmen als auch schützen.

Durch die Beteiligung des Arbeitgebers würde sichergestellt, dass die betrieblichen Belange ausreichend Berücksichtigung fänden. Nur der Arbeitgeber könne beurteilen, ob ein Arbeitsplatz teilbar und auch weiterhin wirtschaftlich für das Unternehmen sei. Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer zeige demgegenüber, dass sie bzw. er bereit sei, trotz Einschränkungen teilweise Arbeitsleistung zu erbringen.

Einige Expertinnen und Experten hielten eine um die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt ergänzte, dreiseitige Vereinbarung für sinnvoll. Für die Ärztin bzw. den Arzt solle es verpflichtend sein, sich explizit nach dem Arbeitsplatz zu erkundigen. Es bleibe dennoch schwierig für die Ärztin bzw. den Arzt, die Arbeitsplatzsituation richtig einzuschätzen. Deshalb wäre ein Austausch mit dem Arbeitgeber sinnvoll. Die Einbindung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten wäre hier eine gute Lösung, doch gebe es hiervon zu wenige.

Vereinzelt wurde es für sinnvoll erachtet, den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitgebern durch geschultes Personal Beratungsleistungen anzubieten und bei den Gesprächen zur Wiedereingliederung zu begleiten. In der Vereinbarung solle festgehalten werden, was besprochen wurde und wie die spätere individuelle Wiedereingliederung aussehen solle. Konkret enthalten solle die Vereinbarung u. a. das genaue Einsatzfeld der Beschäftigten bzw. des Beschäftigten, die Anzahl der täglichen Arbeitsstunden und den Zeitraum, für den die Vereinbarung gültig sein soll. Angesichts des Wandels der Arbeitswelt stehe häufig nicht mehr der zeitliche Arbeitsumfang im Vordergrund, sondern eher die erbrachte Leistung bzw. die Aufgaben, die die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer während der Anwesenheit erfüllen solle. Eine solche Vereinbarung sollte von beiden Parteien eher als Zielvereinbarung gesehen werden. Besonderheiten des Arbeitsplatzes und auch persönliche Umstände der Beschäftigten bzw. des Beschäftigten

sollten Beachtung finden. Auch sollten regelmäßige Gespräche unter ärztlicher Betreuung mit arbeitsmedizinischen Kenntnissen vereinbart werden.

Nur vereinzelt hielten die Expertinnen und Experten eine schriftliche Vereinbarung nicht für nötig. So könne ein Rechtsanspruch eine solche Vereinbarung entbehrlich machen, die schließlich auch mit zusätzlichem Aufwand verbunden sei.

Notwendigkeit einer spezifischen ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Bezüglich der Frage, ob eine spezifische ärztliche AU-Bescheinigung für Teilkrankschreibungen, in der die Einstufung der Restleistungsfähigkeit dokumentiert und begründet würde, erforderlich sei, waren die Expertinnen und Experten uneinig. Ein Teil der Expertinnen und Experten hielt eine solche Dokumentation durch die Ärztin bzw. den Arzt für nicht machbar. Ein anderer Teil von ihnen waren der Ansicht, dass nur eine solche spezifische Dokumentationspflicht die Ärztin bzw. den Arzt dazu veranlasse, die Restleistungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten einzuschätzen und zu überprüfen. Allerdings müsse die Ärztin bzw. der Arzt zu diesem Zweck auch wissen, aus welchen Tätigkeiten die Arbeit konkret bestehe und wie der Arbeitsplatz gestaltet sei. Ohne arbeitsmedizinisches Know-how, welches die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner häufig nicht hätten, brauche es verbindliche Regelungen bzw. Maßnahmen, um die Kompetenzen der Ärztin bzw. des Arztes zu fördern. Notwendig sei zudem eine Dokumentation der Fortschritte der Patientinnen und Patienten. So verwies einer der Experten auf Erfahrungen im knappschaftlichen Bereich mit speziellen Aus- und Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte.

Nach Ansicht anderer Expertinnen und Experten könne man realistisch von den Ärztinnen und Ärzten als zusätzliche Dokumentation nur die Angabe eines Teil-AU-Grades in der bisherigen AU-Bescheinigung verlangen. Darüber hinaus gehende Dokumentations- und Bescheinigungsanforderungen sahen sie als mögliches Hemmnis, die Option einer Teilkrankschreibung generell zu nutzen, auch weil dies mit höherem Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte und entsprechenden Vergütungsforderungen verbunden wäre. Als eine Möglichkeit wurde genannt, im Falle einer Teilkrankschreibung das Muster 20 zu nutzen, das gegenwärtig bereits bei der SWE benutzt wird. Dann müsste die AU-Bescheinigung nicht angepasst werden.

6.2.2 Beginn, Dauer und Follow-Up-Mechanismen

Beginn der Teilkrankschreibung

Die Expertinnen und Experten sprachen sich überwiegend für einen möglichst frühen Beginn der Teilkrankschreibung aus. Eine Teilkrankschreibung schon ab dem ersten Erkrankungstag wurde jedoch teilweise als nicht möglich erachtet, weil die erforderliche Abstimmung zwischen allen Beteiligten Zeit in Anspruch nehmen und häufig der Krankheitsverlauf Schwankungen unterliege, die zuerst einmal abgewartet werden sollten. Vielen der befragten Expertinnen und Experten erschien es nicht begründbar, warum die SWE oder eine mögliche Teilkrankschreibung erst

nach Ende der sechswöchigen Lohnfortzahlung möglich ist bzw. sein sollte. Manche Expertinnen und Experten befürchteten, dass durch die Einführung eines Teilkrankengeldes Druck auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgeübt werden könnte, früher als ohne eine solche Regelung wieder zur Arbeit zu erscheinen, wodurch der Genesungsprozess ver- oder zumindest behindert werden könne. Auch sei es fraglich, inwieweit Arbeitgeber Interesse daran hätten, erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schon vor Ablauf der sechswöchigen Frist wieder in das Unternehmen zu integrieren, da dies häufig mit einem organisatorischen und bürokratischen Aufwand verbunden sei, dem eine Arbeitsleistung gegenüberstünde, deren betriebliche Verwertbarkeit man ggf. nicht ausreichend sicher einschätzen könne. Vereinzelt wurde die sechswöchige Frist der Lohnfortzahlung auch als ein einfaches, für die Praxis geeignetes Kriterium gewertet, längerfristige bzw. schwerere Krankheitsfälle zu identifizieren, die für eine Unterstützung der Wiedereingliederung in Form einer Teilkrankschreibung in Frage kämen. Andererseits könne ein früherer teilweiser Wiedereinstieg besser dem Risiko einer Chronifizierung der Krankheit entgegenwirken.

Festlegung der maximalen Dauer der Teilkrankschreibung

Viele der befragten Expertinnen und Experten sprachen sich für eine Befristung der maximalen Dauer einer Teilkrankschreibung aus. Dabei wurde häufig die heute geltende Grenze der Krankengeldzahlung von 78 Wochen genannt. Andere wiederum hielten eine einheitliche Begrenzung dagegen für nicht zielführend, weil sich die individuellen Krankheitsverläufe stark voneinander unterscheiden könnten. Alternativ könne man die Dauer der Teilarbeitsunfähigkeit durch den MDK überprüfen lassen.

Die anderen Expertinnen und Experten verwiesen dagegen auf mögliche Widersprüche zum jeweils gültigen Arbeitsvertrag, wenn in diesem eine Vollzeitbeschäftigung vereinbart worden sei, im Zuge einer Teilkrankschreibung – ohne Begrenzung der maximalen Dauer – aber langfristig nur Teilzeit gearbeitet würde. Es bestünde dann die Möglichkeit, dass über eine langfristige Teilkrankschreibung faktisch ein Teilzeitarbeitsplatz entstünde. Für den Arbeitgeber müsse aber planbar sein, inwieweit es zu Arbeitszeitverdichtung anderer Beschäftigter komme und ob ggf. neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zumindest befristet, eingestellt werden müssten. Als maximale Dauer der Teilkrankschreibung wurden in diesem Zusammenhang drei, sechs und zwölf Monate genannt.

Von einzelnen Expertinnen und Experten wurden Alternativen vorgeschlagen, so z. B. mehrere nach Diagnosen differenzierte maximale Dauern zwischen drei und neun Monaten oder eine Beschränkung der Dauer auf sechs Monate verbunden mit einer Verlängerungsoption auf ein Jahr, wenn geklärt sei, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis dahin erreicht werden könne. Darüber hinaus müssten ähnliche Leistungen von anderen Trägern bei der Festlegung bedacht werden mit dem Ziel, mögliche Zuordnungsprobleme zu vermeiden.

Notwendigkeit eines regelmäßigen ärztlichen Follow-Ups

Alle Expertinnen und Experten hielten ein regelmäßiges ärztliches Follow-Up für notwendig. Die Patientin bzw. der Patient solle während der Erkrankung medizinisch begleitet werden. Ein Follow-Up während der ersten drei Wochen der Erkrankung wurde vereinzelt als ggf. entbehrlich angesehen; die meisten Expertinnen und Experten hielten Follow-Ups in Abständen von zwei bis vier Wochen für angemessen. Im Rahmen einer solchen regelmäßigen Begleitung sollten der Genesungsprozess überprüft und dokumentiert sowie ggf. Anpassungen der Teil-Arbeitsleistungen (Verlängerung, Verkürzung, Abbruch) vorgenommen werden können, die dann auch gegenüber den Krankenkassen als Grundlage für die Auszahlung von (Teil-)Krankengeld zu bescheinigen wären. Für solche ärztlichen Follow-Ups müssten ggf. zusätzliche Vergütungs- bzw. Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen werden, etwa im Hinblick darauf, dass sich die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt zusätzlich mit dem Umfeld der Patientin bzw. des Patienten auseinandersetze und u. U. ein Informationsaustausch mit dem Betrieb bzw. Arbeitgeber notwendig sei.

Ein Experte hielt ärztliche Follow-Ups aus dem Grund für entbehrlich, weil der zu Beginn festgelegte Grad der Arbeitsunfähigkeit sich nicht mehr ändern solle, um dem Arbeitgeber Planungssicherheit zu geben. Für Arbeitgeber sei ein kurzfristiger Wechsel der Einstufung außerdem oft nicht umsetzbar.

6.2.3 Freiwilligkeit

Perspektive der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Die Expertinnen und Experten waren sich nicht darüber einig, ob eine Teilkrankenschreibung mit Teilkrankengeld für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine freiwillige Option sein sollte. Die Mehrheit der Expertinnen und Experten war der Meinung, dass eine solche Option in jedem Fall freiwillig sein müsse, da man niemanden zwingen könne, trotz Erkrankung arbeiten zu gehen. Eine verwertbare Arbeitsleistung wäre bei einer Einstufung als teilarbeits(un)fähig gegen den Willen der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers kaum zu erwarten. Auch verfügten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über Spielräume, die Einstufung zu beeinflussen, denn bestimmte AU-Gründe wie z. B. Schmerzen sind nicht verifizierbar. Daher wurde von diesen Expertinnen und Experten eine höhere Akzeptanz und Inanspruchnahme eines solchen Instrumentes vermutet, wenn seine Nutzung freiwillig wäre. Auch eine Datenweitergabe müsse freiwillig sein.

Einige Expertinnen und Experten vertraten allerdings die Ansicht, dass – ärztliche Zustimmung vorausgesetzt – die Anwendung einer Teilkrankenschreibung verpflichtend sein müsste, die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dann aber umgekehrt auch einen Rechtsanspruch darauf haben sollte. Als Variante könne eine Verpflichtung zur Nutzung einer Teilkrankenschreibung auch erst nach einer bestimmten Erkrankungsdauer – und ggf. zusätzlich diagnosespezifisch – gelten. Schließlich könne eine Verpflichtung auch schrittweise mit zunehmender Erkrankungsdauer einsetzen. Andererseits stelle sich die Frage, wie zu verfahren sei, wenn die Ärztin

bzw. der Arzt eine sozialmedizinische Entscheidung treffe, die den Interessen bzw. dem expliziten Willen der Versicherten widerspreche.

Perspektive der Arbeitgeber

Keine einheitliche Ansicht hatten die Expertinnen und Experten auch hinsichtlich der Freiwilligkeit der Nutzung einer Teil-AU für Arbeitgeber. Für eine Freiwilligkeit wurde von einem Teil der Expertinnen und Experten argumentiert, dass man Arbeitgeber nicht zwingen könne, wohlwollend die Möglichkeit eines Teilarbeitsplatzes, ggf. auch abweichend von dem bisherigen Arbeitsplatz, zu prüfen. Eine Verpflichtung, die faktisch als Pflicht empfunden werde, unwirtschaftliche „Schonarbeitsplätze“ zu schaffen, sei nicht durchsetzbar. Einige Expertinnen und Experten waren der Auffassung, dass Arbeitgeber aber durchaus dazu verpflichtet werden könnten, eine schriftliche Rückmeldung zu geben, welche Maßnahmen getroffen wurden bzw. aus welchen Gründen ein für Teil-AU geeigneter Arbeitsplatz nicht zur Verfügung gestellt werden könne. Für eine Freiwilligkeit spreche auch die im Vergleich zur heutigen SWE höheren Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von teilarbeitsunfähigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, denn in einem System mit Teilkrankengeld ist für den Teilzeiteinsatz anteilig Arbeitsentgelt zu zahlen, gleichzeitig würden aber auch hier viele Arbeitgeber erwarten, dass 50 % Arbeitsleistung im Krankheitsfall nicht 50 % Arbeitsleistung ohne Krankheit entsprechen.

Andererseits bestand nach Ansicht einiger Expertinnen und Experten das Risiko, dass eine Freiwilligkeit für den Arbeitgeber faktisch gar nicht erreichbar sei, da aufgrund der Rechtsprechung Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Schadenersatzansprüche stellen könnten, falls Arbeitgeber einer Teil-AU nicht zustimmten.

Ein anderer Teil der Expertinnen und Experten vertrat den Standpunkt, dass bei Einführung der Möglichkeit einer Teilkrankschreibung mit Teilkrankengeld der Arbeitgeber verpflichtet sein sollte, dieses Instrument zu nutzen, sobald eine Ärztin bzw. ein Arzt feststellt, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer teilarbeitsfähig sei.

Perspektive der Sozialversicherungsträger

Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass die Nutzung von Teilkrankschreibung mit Teilkrankengeld für die Sozialversicherungsträger verpflichtend sein müsse, sobald Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Ärztin bzw. Arzt eine Teilkrankschreibung für geeignet halten und es dem Arbeitgeber möglich sei, eine solche organisatorisch umzusetzen. Denkbar wäre eine Zusammenarbeit beispielsweise beim Wiedereingliederungsplan, welcher der Krankenkasse vorgelegt würde. Habe die Krankenkasse Bedenken, solle sie die Möglichkeit haben, den MDK einzuschalten und auf eine Modifizierung des Plans hinzuwirken. Eine Verpflichtung sei auch damit begründbar, dass das Instrument insbesondere für die Krankenkassen Vorteile in Form verringerter Krankengeldzahlungen habe.

Von den Expertinnen und Experten wurde aber auch ein hoher administrativer Aufwand für die Arbeitgeber und die Krankenkassen erwartet, um die Systemanpassungen vorzunehmen, die für Teilkrankschreibungen und Teilkrankengeld in Kombination mit einem reduzierten Arbeitsentgelt erforderlich würden.

Perspektive der Ärztinnen und Ärzte

Ob Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet werden sollten, bei erkrankten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine Teilarbeitsunfähigkeit zu überprüfen, beantworteten die Expertinnen und Experten uneinheitlich. Ein Teil der Expertinnen und Experten war für Freiwilligkeit, da es für Ärztinnen und Ärzte mitunter schwierig sei, den Grad einer Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf einen nie gesehenen Arbeitsplatz einzuschätzen. Teilweise befürworteten die Expertinnen und Experten dagegen eine Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte, die Option einer Teilkrankschreibung zu prüfen. Unter Umständen könne eine solche Verpflichtung bei bestimmten Diagnosen auch erst nach einer gewissen (z. B. überdurchschnittlichen) Dauer der Erkrankung einsetzen.

Erwäge man eine Verpflichtung, dann ergäbe sich um so dringlicher die Notwendigkeit, den Ärztinnen und Ärzten in Form von Richtlinien o. ä. praktikable Maßstäbe an die Hand zu geben, um die Restleistungsfähigkeit beurteilen zu können. Verzichte man hingegen auf eine Verpflichtung, müssten ggf. spezifische (finanzielle) Anreize erwogen werden, damit Ärztinnen und Ärzte die u. U. als mühsam empfundene Prüfung einer Teil-AU nicht nur in Ausnahmefällen in Erwägung ziehen. Die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, sich auf einen solchen neuen Ansatz einzulassen, hielten die Expertinnen und Experten nämlich für unterschiedlich ausgeprägt. Denkbar wäre auch ein Mischsystem, bei dem die Krankenkassen die Ärztin bzw. den Arzt auffordern könne, über das Vorliegen einer Teilarbeitsunfähigkeit zu entscheiden.

6.2.4 Fördermaßnahmen

Maßnahmen zur Förderung der ärztlichen Beurteilung der Restleistungsfähigkeit

Die Expertinnen und Experten schätzten die Möglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte zur Beurteilung der Restleistungsfähigkeit als sehr gering ein, vor allem, wenn es um Arbeitsplätze in der industriellen Produktion gehe. Sobald es sich nicht um Betriebsärztinnen und Betriebsärzte handele, sei von allenfalls lückenhaften Kenntnissen über die konkreten Auswirkungen einer Erkrankung auf die Arbeitsproduktivität unter Berücksichtigung des konkreten Arbeitsplatzes und der spezifischen Arbeitsbedingungen auszugehen.

Daher wurden Richtlinien für die Beurteilung erkrankungsbedingter Minderungen der Arbeitsfähigkeit von vielen Expertinnen und Experten als erforderlich angesehen. Vereinzelt wurde aber auch die Einschätzung vertreten, dass eine solche Beurteilung stets eine Einzelfallentscheidung sein müsse, um den – auch bei gleicher Diagnose – jeweils individuell unterschiedlichen Umständen Rechnung zu tragen.

Verbindliche, einheitliche Richtlinien könnten einen solchen Anspruch an die Branchen- und Arbeitsplatzspezifika kaum erfüllen. Es sei daher sinnvoll, Richtlinien lediglich als Orientierungs- oder Entscheidungshilfe vorzusehen.

Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte hielten fast alle Expertinnen und Experten für wichtig, uneinheitlich waren die Ansichten darüber, ob solche Maßnahmen verpflichtend sein sollten. Ein Teil der Expertinnen und Experten war allerdings auch der Meinung, dass eine Fortbildung nichts an der Unwissenheit über die individuellen Arbeitsplätze und die individuellen Tätigkeiten der Beschäftigten ändere. Die ärztliche Einschätzung müsse weiterhin auf den Beschreibungen der Beschäftigten beruhen. Die Bandbreite der (Berufs-)Bezeichnungen sei zudem sehr groß und damit zu komplex. Möglich wäre die Einführung einer Zusatzqualifikation und -bezeichnung für Ärztinnen und Ärzte als Fachärztin bzw. Facharzt für Arbeits- und Sozialmedizin. Nur diese Ärztinnen und Ärzte sollten dann die Restleistungsfähigkeit beurteilen dürfen. Es sei auch denkbar, durch neue Institutionen wie Gutachtendienste oder andere Fachleute die Restleistungsfähigkeit beurteilen zu lassen, ggf. könnte auch das Aufgabenspektrum des MDK hierfür erweitert werden.

Unabhängig von den diskutierten Möglichkeiten sei für die Beurteilung einer Teilarbeits(un)fähigkeit vor allem die Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Betrieb notwendig. Keiner der beiden Seiten könne diese Beurteilung alleine vornehmen.

Bezugsgröße bei der Beurteilung der Restleistungsfähigkeit

Über die Frage, ob sich die Beurteilung der Restleistungsfähigkeit lediglich auf den aktuellen Arbeitsplatz beziehen sollte oder ob es prinzipiell auch denkbar wäre, die Restleistungsfähigkeit generell (abstrakt) zu beurteilen, waren sich die Expertinnen und Experten uneinig. Ein Teil von ihnen hielt es mit Blick auf die Planbarkeit für den Arbeitgeber und den administrativen Aufwand lediglich für machbar, eine solche Beurteilung nur auf den derzeitigen Arbeitsplatz zu beziehen. Ansonsten laufe man Gefahr, neue Arbeitsplätze auf Zeit zu schaffen. Auch für die Ärztinnen und Ärzte sei eine Bezugnahme auf den aktuellen Arbeitsplatz, wenn auch aufbauend auf der subjektiven Einschätzung der Beschäftigten, praktikabler als eine abstrakte Beurteilung. Schließlich verpflichte auch der zugrunde liegende Arbeitsvertrag zur Erbringung einer bestimmten Tätigkeit. Laut Rechtsprechung sind Arbeitgeber gezwungen, bevor sie der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer kündigen einen leidensgerechten Arbeitsplatz zu schaffen; doch gehe das oftmals mit einer massiven Belastung der anderen Beschäftigten einher. Ein solcher Aufwand sei nur bei dauerhafter Nutzung desselben zu rechtfertigen und würde für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer infolge einer ggf. geänderten Tätigkeit mit einer Änderung der Entgeltgruppe einhergehen.

Erkenne die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt jedoch schon frühzeitig, dass die erkrankte Arbeitnehmerin bzw. der erkrankte Arbeitnehmer auf seinen bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr zurückkehren könne, sei es nicht sinnvoll, die Restleistungsfähigkeit lediglich in Bezug auf den aktuellen Arbeitsplatz zu festzustellen. Eine Wiedereingliederung auf einem anderen Arbeitsplatz werde in der

Praxis schon teilweise durchgeführt. Keine einheitliche Einschätzung gab es darüber, ob unter den beschriebenen Umständen ein anderer Arbeitsplatz verpflichtend in Erwägung gezogen werden sollte.

Hingewiesen wurde aus dem Expertenkreis schließlich auf Schwierigkeiten der Einschätzung bei ALG I- und Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfängern, da diese nur hypothetisch sein könnten. Damit seien keine guten Erfahrungen gemacht worden, weil dies z. T. zu Problemen im Arzt-Patienten-Verhältnis führen könne.

Weitere Maßnahmen zur Förderung der Umsetzung

Ein Teil der Expertinnen und Experten war der Ansicht, dass keine weiteren bzw. anderen Maßnahmen zur Förderung der Umsetzung erforderlich seien. Ein Einzelvorschlag war, eine unabhängige Institution statt dem Arbeitgeber die Entscheidung über die Möglichkeit einer Teilarbeitsfähigkeit treffen zu lassen, ein anderer die Entwicklung einer festen AU-Begutachtungskette, in welche die Ärztinnen und Ärzte, die Krankenkassen, der MDK und die Rentenversicherungsträger einbezogen werden sollten. Richtlinien solle es nicht nur für Ärztinnen und Ärzte geben, sondern für alle Beteiligten. In solchen sei zu regeln, wer welche Aufgabe habe, was zu tun sei bzw. welche Maßnahmen von wem zu ergreifen seien, was zu prüfen sei und welche Folgen sich daraus ergeben. Dabei sollten bestehende Maßnahmen nicht konterkariert werden. So werde die finanzielle Förderung von Veränderungen am Arbeitsplatz z. T. durch Unfallversicherungsträger oder im Rahmen von BEM-Maßnahmen übernommen.

Für einen Experten wäre die Erprobung und Evaluation von Teilkrankschreibungen im Rahmen von Modellprojekten bzw. in Modellregionen auch eine Maßnahme zur Förderung.

6.2.5 Finanzielle Anreize

Finanzielle Anreize für einzelne Beteiligte

Die meisten der befragten Expertinnen und Experten sahen bereits einen finanziellen Anreiz für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die typische Ausgestaltung des Teilkrankengeldes. Nehme die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer die Arbeit wieder teilweise auf, würde für diese Zeit anteilig das reguläre Entgelt vom Arbeitgeber gezahlt. Für die restliche Zeit bekäme sie bzw. er Krankengeld von der Krankenkasse. In Summe erhalte die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer dadurch mehr als das Krankengeld der Krankenkasse bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Denkbar wäre als zusätzliche Unterstützung eine Übernahme der bzw. Beteiligung an den Fahrtkosten. Darüber hinaus gehende Anreize könnten zu nicht intendierten Verzerrungen führen, beispielsweise, dass Beschäftigte allein aufgrund ihres geringeren Einkommens systematisch früher den Wiedereinstieg über Teil-AU anstreben als Beschäftigte mit einem höheren Einkommen. Auch wurde das Risiko erwähnt, dass finanzielle Anreize das Phänomen des Präsentismus verstärken könnten. Vereinzelt wurden die nicht-monetären Anreize der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für eine Wiederaufnahme der Beschäftigung

(z. B. soziale Kontakte, Selbstwertgefühl) als ausreichend stark angesehen, so dass zusätzliche finanzielle Anreize entbehrlich seien.

Finanzielle Anreize für die Arbeitgeber wurden von den meisten Expertinnen und Experten nicht für notwendig gehalten, da bereits bestehende Unterstützungsangebote beispielsweise der Rentenversicherungsträger auch für Teil-AU genutzt werden könnten. Ihrer Meinung nach sei eine frühere Wiedereingliederung der erkrankten Beschäftigten bereits ein ausreichend starker Anreiz für Arbeitgeber, das Instrument der Teil-AU zu nutzen. Arbeitgeber sparten damit Personalrekrutierungs- oder Einarbeitungskosten für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zudem könne der Arbeitgeber durch Einsatz des Instruments während der sechswöchigen Lohnfortzahlung teilweise Arbeitsleistung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten. Nach Ende der Lohnfortzahlung müsse die Planungshoheit allerdings bei den Arbeitgebern verbleiben. Ein Experte befürwortete finanzielle Unterstützungen der Arbeitgeber (z. B. Beteiligung an den Kosten für eine Betriebsärztin bzw. einen Betriebsarzt oder Beauftragte bzw. Beauftragten für Arbeitsmedizin), wenn dadurch eine breite Nutzung des Instrumentes gefördert würde. Ein anderer hielt es für denkbar, dem Arbeitgeber den Arbeitgeberanteil der gezahlten Sozialversicherungsbeiträge für die Zeit der anteiligen Entgeltzahlung an eine Arbeitnehmerin bzw. einen Arbeitnehmer anteilig zurück zu erstatten.

Die Sozialversicherungsträger hätten nach Ansicht der Expertinnen und Experten durch eine frühere Wiedereingliederung der Versicherten bzw. des Versicherten in das Arbeitsleben und den damit verbundenen erwarteten Einsparungen bei den Krankengeldausgaben und der früheren vollen Beitragszahlung ausreichende finanzielle Anreize. Auch die Vermeidung einer Erwerbsminderungsrente stelle einen finanziellen Anreiz dar. Allerdings müssten die Probleme an der Schnittstelle zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungsrente gelöst werden.

Finanzielle Anreize für die Ärztinnen und Ärzte müssten auf eine Erstattung von Aufwänden gerichtet sein, die ihnen zusätzlich durch die Beurteilung von Teilarbeits(un)fähigkeit entstünden.

Weitere Anreize um Nutzung zu erhöhen

Viele der Expertinnen und Experten hielten keine weiteren Anreize für erforderlich. Einer der befragten Experten sah eine Voraussetzung für die Nutzung von Teil-AU darin, dass vor allem bei psychiatrischen Erkrankungen die Möglichkeiten eines zeitnahen Therapiezugangs verbessert würden, ansonsten könne mit der Wiedereingliederung erst (zu) spät begonnen werden. Unklar sei, ob Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträger die Arbeitgeber „belohnen“ dürften, wenn diese das Instrument einer Teilkrankschreibung nutzten. Nach Ansicht eines Experten könne die Kopplung des Teilkrankengeldes an die Überführung in eine Reha-Maßnahme dazu beitragen, den komplizierten und langwierigen Prozess des Reha-Verfahrens zu beschleunigen. Ein Experte regte schließlich ein Leuchtturmprojekt an, mit dem für das Instrument geworben werden könne, um dessen Akzeptanz zu erhöhen.

6.2.6 Gestaltungselemente: Grad der Abstufungsmöglichkeiten

Die Expertinnen und Experten hielten mehr als eine Abstufung für sinnvoll, in der Umsetzung aber gleichzeitig für schwierig. Eine graduelle Abstufung wäre wünschenswert, aber die Umsetzung erscheine kompliziert. Es sei unklar, anhand welcher Beurteilungsmaßstäbe eine Ärztin bzw. ein Arzt eine solche Unterscheidung bei der Einschätzung der tatsächlichen Arbeitsfähigkeit treffen solle. Die Unterschiede der einzelnen Stufen müssten in jedem Fall beschrieben werden. Eine mögliche Orientierung biete nach Ansicht eines Experten die Einteilung bei Schwerbehinderung durch die Versorgungsämter. Entscheidend seien insbesondere die individuelle Leistungsfähigkeit und der individuelle Arbeitsplatz. Als den praktikabelsten Ansatz werteten die Expertinnen und Experten das schwedische Modell mit seinen vier Stufen. Ein Experte hielt es zudem für sinnvoll, in begründeten Einzelfällen von den Abstufungen abweichen zu können und eine graduelle Einstufung zu ermöglichen.

6.2.7 Zwischenfazit: Herausforderungen der Umsetzung eines Teilkrankengelds in Deutschland

Im Rahmen des Expertenworkshops wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vier wesentliche Herausforderungen bei einer möglichen Umsetzung des Teilkrankengelds in Deutschland gesehen:

1. ärztliches „Assessment“ der Restleistungsfähigkeit,
2. Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsbereichen (insbesondere Rentenversicherung, Teilhabe am Arbeitsleben), zur stufenweisen Wiedereingliederung sowie zur Lohnfortzahlung,
3. Freiwilligkeit,
4. Datenschutz.

Während die ersten drei Punkte schon ausführlich im Rahmen der Expertengespräche thematisiert worden sind (vgl. dazu die oben stehenden Ausführungen), wurde der Aspekt des Datenschutzes zusätzlich auf dem Workshop diskutiert. Demnach sei eine Teilarbeitsfähigkeit bzw. ein Teilkrankengeld aufgrund – insbesondere im Vergleich mit den skandinavischen Ländern – restriktiven Datenschutzbedingungen organisatorisch schwieriger umzusetzen.

7. Simulation der finanziellen Auswirkungen

7.1 Design der Szenarien und Ausgestaltungsoptionen

7.1.1 Beschreibung der Modellszenarien

Für die Simulation der finanziellen Auswirkungen wurden auf Basis der Ergebnisse der vorherigen Arbeitsschritte drei grundlegende Modellszenarien entwickelt (Tabelle 24).

Tabelle 24: Modellszenarien im Überblick

Szenario	Kurzbeschreibung
1	Ausweitung der stufenweisen Wiedereingliederung (kein Teilkrankengeld)
2	Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit (d. h. schon während der Lohnfortzahlung)
3	Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Lohnfortzahlung

Quelle: IGES

Im **Modellszenario 1** wurden die finanziellen Auswirkungen einer Ausweitung der stufenweisen Wiedereingliederung im Sinne einer höheren Inanspruchnahme simuliert. In diesem Modell gibt es kein Instrument eines Teilkrankengelds. Die finanziellen Effekte ergeben sich in diesem Szenario aufgrund einer früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz bei einer erfolgreichen Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung.

Im **Modellszenario 2** wurde die Möglichkeit zur Teilarbeitsunfähigkeit schon ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit geschaffen. Allerdings wurde die Annahme getroffen, dass bei einer Teilarbeitsunfähigkeit während der Phase der Lohnfortzahlung kein Teilkrankengeld bezahlt wird, sondern weiterhin die Lohnfortzahlung in voller Höhe. Die Teilarbeitsunfähigkeit während der Phase der Lohnfortzahlung könnte beispielsweise im Rahmen von Betriebsvereinbarungen geregelt werden. Damit ergeben sich in diesem Modellszenario für die ersten sechs Wochen keine direkten finanziellen Auswirkungen.

Im **Modellszenario 3** werden die finanziellen Auswirkungen simuliert, wenn die Möglichkeit zur Teilarbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Lohnfortzahlung (d. h. in der Regel nach 6 Wochen) besteht. Da in diesem Szenario die Teilarbeitsunfähigkeit später einsetzt als in Szenario 2 kann annahmegemäß eine vollständige Rückkehr in das Erwerbsleben erst später erfolgen als in Modellszenario 2.

Um die finanziellen Auswirkungen der Modellszenarien aufzuzeigen, wurde zusätzlich ein **Referenz-Szenario** implementiert, gegenüber dem die Veränderungen gemessen werden. Dieses Referenz-Szenario bildet den Status-Quo bezüglich der Alters- und Geschlechtsstruktur der Inanspruchnahme von Krankengeld –

differenziert nach der Dauer der Krankschreibung – ab und liefert damit die erforderlichen Vergleichswerte hinsichtlich der Finanzierungswirkungen der Modellszenarien.

7.1.2 Ausgestaltungsoptionen der Modellszenarien

Wesentliche Ausgestaltungselemente für die Modellszenarien, die einen Einfluss auf die finanziellen Auswirkungen haben, sind insbesondere

- ♦ die Abstufungsmöglichkeiten (Staffelung) einer Teilkrankschreibung,
- ♦ die Inanspruchnahmequoten,
- ♦ der Anteil der Teilkrankengeldtage an allen Krankengeldtagen,
- ♦ die maximal mögliche Dauer einer Teilkrankschreibung sowie
- ♦ der Anteil der eingesparten (Teil-)krankengeldtagen aufgrund einer früheren Rückkehr in das Erwerbsleben.³⁶

Abstufungsmöglichkeiten

Auf Basis der Expertengespräche bzw. des Expertenworkshops sowie der Erfahrungen aus den skandinavischen Ländern wurden für das Modellszenario 2 und 3 zwei unterschiedliche Abstufungsmöglichkeiten simuliert:

- ♦ 1 Stufe (50 %)
- ♦ 3 Stufen (25 %, 50 %, 75 %).

Dabei wurde davon ausgegangen, dass sich bei einem Modell mit drei Stufen die Inanspruchnahme eines Teilkrankengelds insgesamt gegenüber dem 1-Stufen-Modell erhöht, da mehr arbeitsunfähige Personen für ein Teilkrankengeld grundsätzlich in Frage kommen. Dies betrifft diejenigen Erkrankten, die nicht in der Lage sind, 50 % zu arbeiten, jedoch schon in einem Umfang von 25 % arbeiten könnten.

Inanspruchnahmequoten

Ein wesentlicher Modellparameter ist die unterstellte Inanspruchnahmequote eines Teilkrankengelds. Die Simulation orientierte sich dabei an den Erfahrungen der Nutzung des Instruments eines Teilkrankengelds in den skandinavischen Ländern.

Konkret wurden die Inanspruchnahmequoten für Schweden zugrunde gelegt, weil für diese empirische Daten differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht auf

³⁶ Weitere mögliche Ausgestaltungsoptionen des Instruments eines Teilkrankengelds (z. B. Vorlage einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Follow-Up-Regelungen, Richtlinien zur Teilkrankschreibung oder Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte) wurden bei der Modellierung der finanziellen Auswirkungen nicht berücksichtigt, da sie entweder keinen direkten Einfluss auf die finanziellen Auswirkungen haben bzw. da diesbezüglich spezifische finanzielle Auswirkungen im Rahmen einer Szenarienbetrachtung nur eingeschränkt abgebildet werden können.

Basis einer Sonderauswertung verfügbar waren. Diese schwedischen Quoten stehen dabei für eine „hohe“ Inanspruchnahme. Für die Simulationsvarianten einer „mittleren“ bzw. „niedrigen“ Inanspruchnahme wurde jeweils nur die Hälfte bzw. ein Viertel der schwedischen Quotenwerte zugrunde gelegt.

Anteil der Teilkrankengeldtage an allen Krankengeldtagen

Für alle Teilkrankengeldfälle musste im Rahmen des Simulationsmodells festgelegt werden, welcher Anteil der Krankengeldtage zu einem Teilkrankengeldtag wird, da davon auszugehen ist, dass nicht die gesamte Krankengeldzeit in Teilkrankengeld verbracht wird. Für den Anteil der Teilkrankengeldtage an allen Krankengeldtagen wurden zwei Optionen simuliert, nämlich 20 % und 50 %.

Maximale Dauer einer Teilkrankschreibung

Bei der Simulation der finanziellen Auswirkungen wurden drei unterschiedliche Varianten bezüglich einer maximalen Dauer der Teilkrankschreibung zugrunde gelegt, nämlich 6 Monate, 12 Monate und 18 Monate.

Anteil der reduzierten (Teil-)Krankengeldtage

Analysen der Wirkungen des Teilkrankengelds aus den skandinavischen Ländern zeigen, dass die Inanspruchnahme eines Teilkrankengelds zu einer frühzeitigen vollen Rückkehr an den Arbeitsplatz führen kann. Damit entstehen bei einer Inanspruchnahme eines Teilkrankengelds nicht nur durch die anteilige Einsparung von Krankengeld finanzielle Effekte, sondern auch durch die Reduzierung von Krankschreibungstagen insgesamt durch eine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz. Für den Anteil der eingesparten (Teil-)krankengeldtage wurden zwei verschiedene Varianten zugrunde gelegt, nämlich eine Reduzierung der Tage mit Bezug von (Teil-)Krankengeld um 4 % bzw. um 8 %.³⁷ Des Weiteren wurde für die Modell-Szenarien 1 und 2 ein Modell simuliert, in dem von keiner Reduzierung der Krankengeldtage ausgegangen wird.

7.1.3 Zusätzliche Annahmen

Die (prozentuale) Höhe der Teillohn- bzw. Teilkrankengeldzahlung wurde in allen Szenarien bzw. Modellvarianten simultan zu den Abstufungsmöglichkeiten ausgestaltet. Das bedeutet, es wurde davon ausgegangen, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer – nach Ende der Lohnfortzahlung – vom Arbeitgeber entsprechend der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit entlohnt wird und für die Zeit der Teilarbeitsunfähigkeit Teilkrankengeld erhält.

³⁷ Ausgangsbasis für die Festsetzung der Prozentwerte war eine Studie aus Dänemark, die zeigte, dass bei einer Inanspruchnahme einer Teilarbeitsunfähigkeit eine um durchschnittlich 2,4 Wochen schnellere Rückkehr in den Beruf möglich ist als ohne. Die 2,4 Wochen wurden anhand der AU-Dauern in einen prozentualen Anteil umgerechnet (ca. 8 %). Zusätzlich wurde mit einer 4 %-Variante eine weitere Option simuliert, die von einer weniger schnellen Rückkehr in den Beruf ausgeht.

Im Einklang mit den Experteneinschätzungen und des Expertenworkshops wurde in allen Szenarien und Varianten die Annahme getroffen, dass die Möglichkeit der Teilarbeitsunfähigkeit bzw. der Teilkrankschreibung für alle Beschäftigten – d. h. auch Teilzeit- und nicht nur für Vollzeitbeschäftigte – grundsätzlich möglich ist.

7.2 Datengrundlagen und Vorgehen bei der Simulation

7.2.1 Simulation des Referenz-Szenarios

In einem ersten Schritt wurde der Status Quo der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Deutschland differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht und AU-Dauer in das Simulationsmodell implementiert (Tabelle 25). Die Daten basieren auf einer Sonderauswertung der KG 8-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit für das Jahr 2015.

Tabelle 25: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Deutschland nach Alter, Geschlecht und AU-Dauer – beispielhafte Datenstruktur

Geschlecht	Altersgruppe	Dauer der Arbeitsunfähigkeit				
		bis 6 Wochen	6-7 Wochen	7-8 Wochen	8-9 Wochen	
männlich	bis unter 15 Jahren					
	15 bis unter 20 Jahre					
	20 bis unter 25 Jahren					
						
weiblich	bis unter 15 Jahren					
	15 bis unter 20 Jahre					
	20 bis unter 25 Jahren					
						

Quelle: IGES

In einem zweiten Schritt wurde jeder Krankengeldtag (d. h. jeder AU-Tag nach einer sechswöchigen Krankheitsdauer)³⁸ mit einer durchschnittlichen Krankengeldhöhe – differenziert nach Alter und Geschlecht – bewertet. Die Höhe des durchschnittlichen Krankengelds pro Tag nach Alter und Geschlecht wurde zum einen gemäß der alters- und geschlechtsdifferenzierten Einkommensstruktur auf Basis der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) berechnet.³⁹ Zum anderen

³⁸ Dazu wurde für jede AU-Dauer die Mitte des Intervalls herangezogen.

³⁹ Für die Berechnung des Krankengelds wurden 70 % des Bruttoeinkommens bzw. das Arbeitslosengeld zugrunde gelegt.

wurde die aus den SOEP-Daten berechnete Krankengeldhöhe auf Basis der amtlichen Krankengeldausgaben gemäß der KJ1-Statistik für das Jahr 2015 adjustiert. Insgesamt lagen die Krankengeldausgaben im Referenz-Szenario damit bei rd. 9,04 Mrd. Euro für 1,7 Mio. Krankengeldfälle bzw. 175,3 Mio. Krankengeldtage (Tabelle 26).

Die Sozialabgaben der Krankenkassen auf das Krankengeld wurden anhand des geltenden Regelwerks simuliert.⁴⁰ Die simulierten Sozialabgaben der Krankenkassen auf das Krankengeld liegen um rd. 540 Mio. Euro unter dem KJ1-Wert. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass der von den Versicherten gezahlte Anteil an den Sozialabgaben auf das Krankengeld im vorliegenden Modell tendenziell überschätzt wird, da dieser stets auf 70 % des Regelentgelts berechnet wurde. Der Anteil der Krankenkassen wird damit unterschätzt. Eine Adjustierung auf den amtlichen Wert der KJ1-Statistik wurde nicht durchgeführt, da in den Modellszenarien mit den für das Jahr 2015 gültigen Beitragssätzen gerechnet wird.

Für die Analyse der finanziellen Effekte der Modellszenarien ist dies insofern vernachlässigbar, als lediglich die Abweichungen zwischen dem Referenz-Szenario und den Modellszenarien betrachtet werden.

Tabelle 26: Rahmendaten des Referenz-Szenarios, 2015

Beschreibung der Rahmendaten	Anzahl / Höhe in Euro
Anzahl Krankengeldfälle	1.718.235
Anzahl Krankengeldtage	175.286.408
Höhe des Krankengelds	9.039.081.774 €
Sozialabgaben der Krankenkassen auf das Krankengeld	1.430.153.039 €

Quelle: IGES auf Basis der KJ1-Statistik, der KG8-Statistik sowie eigener Berechnungen

7.2.2 Simulation der Modellszenarien

Für die Implementierung der Modellszenarien wurde zunächst die Inanspruchnahme eines Teilkrankengelds bzw. einer stufenweisen Wiedereingliederung differenziert nach Alter, Geschlecht sowie AU-Dauer simuliert. Ausgangsbasis bildete die Struktur der Inanspruchnahme der Nutzung des Teilkrankengelds in Schweden – differenziert nach

- ♦ Geschlecht,
- ♦ Alter sowie

⁴⁰ Berechnet wurden zunächst die gesamten Sozialabgaben auf das Krankengeld. Der Anteil der Krankenkassen wurde als Differenz zwischen den gesamten Sozialabgaben und dem Anteil der Versicherten berechnet.

- ♦ Dauer der Arbeitsunfähigkeit.⁴¹

Die entsprechend differenzierten empirischen Quoten der Inanspruchnahme von Teilkrankengeld in Schweden wurden auf die – gleichermaßen nach Alter, Geschlecht sowie AU-Dauer differenzierten – Fallzahlen für Deutschland gemäß Krankengeldstatistik angewandt. Auf dieser Basis wurde dann der Anteil der Teilkrankenschreibungs-Fälle an allen Krankschreibungs-Fällen differenziert nach Alter, Geschlecht und AU-Dauer berechnet. Wie in Kapitel 7.1.2 erläutert, wurde für die Simulationsvarianten einer „mittleren“ bzw. „niedrigen“ Inanspruchnahme jeweils nur die Hälfte bzw. ein Viertel der schwedischen Quotenwerte zugrunde gelegt und auf die Fallzahlen für Deutschland angewandt.

Insgesamt ergeben sich hieraus für die Simulationsvarianten durchschnittliche Inanspruchnahmequoten von 27,2 % (hoch), 13,6 % (mittel) und 6,8 % (niedrig).

Die Simulationsergebnisse beziehen sich auf Veränderungen bei der AU-Finanzierung bzw. der Tragung der AU-Kosten. Finanzielle Auswirkungen hat Arbeitsunfähigkeit auf Krankenkassen, Versicherte und Arbeitgeber:

- ♦ Den Krankenkassen entstehen zusätzliche Ausgaben durch Krankengeldzahlungen und die darauf zu entrichtenden Sozialabgaben sowie Mindereinnahmen infolge von Beitragsausfällen bei den arbeitsunfähigen Mitgliedern.
- ♦ Für die arbeitsunfähigen Krankenkassenmitglieder entstehen negative finanzielle Effekte dadurch, dass ihr Erwerbseinkommen durch das geringere Krankengeld ersetzt wird (Einkommenseinbußen).
- ♦ Für Arbeitgeber verursacht Arbeitsunfähigkeit – unabhängig von den Kosten der Lohnfortzahlung – negative finanzielle Effekte in Form von Wertschöpfungseinbußen infolge des Arbeitsausfalls. Diese Wertschöpfungseinbußen können bei arbeitsteiliger Organisation auch nicht arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer betreffen. Eine weitere mögliche Form finanzieller Mehrbelastung sind Ersatzkosten, beispielsweise wenn der AU-bedingte Arbeitsausfall durch entgeltliche Mehrarbeit anderer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oder durch externe Ersatz-/Vertretungsarbeitskräfte (Leih- oder Zeitarbeit) kompensiert wird.

Entsprechend zeigen die Simulationsergebnisse, wie sich gemäß den Modellannahmen

- ♦ für die Krankenkassen die Ausgaben für Krankengeld und darauf zu entrichtende Sozialabgaben sowie die Beitragseinnahmen,

⁴¹ Als Datengrundlage wurde eine – für dieses Gutachten erstellte – Sonderauswertung der schwedischen Inspektion für die Sozialversicherung der Inanspruchnahmestruktur des Teilkrankengelds in Schweden nach Alter, Geschlecht sowie AU-Dauer herangezogen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2012. Nach Einschätzung des Datenhalters hat sich die Struktur der Inanspruchnahme seitdem kaum verändert.

- ♦ für die Versicherten die Einkommenssituation (Erwerbseinkommen vs. Krankengeld)

verändern, wenn die Option einer Teilarbeits(un)fähigkeit (je nach Szenario ohne und mit Teilkrankengeld) genutzt werden kann.

Die finanziellen Effekte für die Arbeitgeber können in dem hier verwendeten Modellrahmen nicht vollständig dargestellt werden, da er weder die auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entfallenden Anteile an der Wertschöpfung noch ggf. anfallende Ersatzkosten abbildet. Eine solche modellhafte Abbildung erforderte umfassende weitere Datengrundlagen und weitreichende Annahmen. Daher wird im Folgenden für die Arbeitgeber lediglich nachrichtlich ausgewiesen, welche Summen an Arbeitsentgelt und darauf zu entrichtende Sozialabgaben für die Zeit anfallen, in der gemäß den Modellannahmen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vermieden wird, sei es durch Teilarbeitsfähigkeit oder durch eine schnellere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz.

7.3 Ergebnisse der Simulationsrechnungen

7.3.1 Ergebnisse des ersten Modellszenarios – Ausweitung der stufenweisen Wiedereingliederung

Im Modellszenario 1 wurden die finanziellen Auswirkungen einer Ausweitung der SWE im Sinne einer höheren Inanspruchnahme der SWE im Vergleich zum Status-Quo simuliert. Während der Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung wird gemäß den derzeitigen Regelungen weiterhin das volle Krankengeld bezahlt. Finanzielle Effekte ergeben sich ausschließlich durch die Annahme, dass bei Durchführung einer SWE die Krankschreibungstage insgesamt reduziert werden können, da früher als ohne Inanspruchnahme eine vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz möglich ist.

Für dieses Modellszenario wurde zum einen die Inanspruchnahmequote variiert (niedrig, mittel, hoch); dies beeinflusst die Anzahl der Krankengeldfälle, bei denen die Inanspruchnahme einer stufenweisen Wiedereingliederung unterstellt wird. Bei einer niedrigen Inanspruchnahmequote ergeben sich zusätzliche 116.653 SWE-Fälle (entspricht rd. 6,8 % der Krankengeldfälle) (Tabelle 27).⁴²

⁴² Bei einer Gesamtzahl von rd. 200.000 SWE-Fällen in Deutschland entspricht dies einer Zunahme von rd. 58,3 %.

Tabelle 27: Anzahl der SWE-Fälle im ersten Modellszenario nach Inanspruchnahmequote

	Inanspruchnahmequote SWE		
	niedrig (6,8%)	mittel (13,6%)	hoch (27,2%)
Anzahl Krankengeldfälle	1.718.235	1.718.235	1.718.235
davon: zusätzliche SWE-Fälle	116.653	233.307	466.614

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Zum anderen wurde in diesem Modellszenario der Anteil der eingesparten Krankengeldtage aufgrund einer früheren Rückkehr in das Erwerbsleben einmal mit 4 % und einmal mit 8 % simuliert. Insgesamt ergeben sich somit für das Modellszenario 1 sechs unterschiedliche Varianten.

Für die Krankenkassen ergeben sich in diesem Szenario drei finanzielle Effekte:

- ♦ eine Senkung der Krankengeldausgaben durch die Reduktion von aufgrund einer früheren vollständigen Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz,
- ♦ eine Senkung der Sozialabgaben auf das Krankengeld durch die Reduzierung der Krankengeldausgaben,
- ♦ eine Steigerung der Beitragseinnahmen, da die Versicherte bzw. der Versicherte früher wieder Lohn erhält und auf diesen Lohn sowohl vom Versicherten als auch vom Arbeitgeber Krankenkassenbeiträge bezahlt werden.

Im Vergleich zum Referenz-Szenario ergibt sich damit für die Krankenkassen ein Gesamteffekt zwischen rd. 50,9 Mio. Euro (bei einer niedrigen Inanspruchnahmequote und einer Reduktion der Krankengeldtage um 4 %) und 406,8 Mio. Euro (bei einer hohen Inanspruchnahmequote und einer Reduktion der Krankengeldtage um 8 %) (Tabelle 28). Dies entspricht einer Senkung der Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld im Vergleich zum Referenzszenario zwischen 0,5 % und 3,9 %.

Die Versicherten erhalten in diesem Szenario im Vergleich zum Referenz-Szenario früher wieder ihren Lohn. Der finanzielle Effekt ergibt sich daher aus der Differenz zwischen dem Lohn und dem Krankengeld. Der Effekt für die Versicherte liegt je nach Modellvariante zwischen 15,8 Mio. Euro und 126,6 Mio. Euro.⁴³

Der zusätzlichen Zeit der Erwerbstätigkeit, die infolge der Verkürzung der AU-Zeit bzw. der früheren vollständigen Rückkehr an den Arbeitsplatz gewonnen wird, entsprechen Lohn- und Gehaltszahlungen in Höhe von insgesamt knapp 53 Mio. Euro

⁴³ Der Berechnung liegt ein Vergleich des Brutto-Krankengelds mit den Brutto-Löhnen und -Gehältern zugrunde.

in der Minimalvariante (mit geringer Inanspruchnahme und einer Reduktion der Krankengeldtage um lediglich 4 %) sowie von rd. 422 Mio. Euro in der Maximalvariante (mit hoher Inanspruchnahme und einer Reduktion der Krankengeldtage um 8 %). Hinzu kommen Sozialabgaben auf die Arbeitsentgelte in Höhe von insgesamt rd. 10 Mio. Euro (Minimalvariante) bzw. knapp 82 Mio. Euro (Maximalvariante).⁴⁴

⁴⁴ Die finanziellen Effekte, die sich für die anderen Sozialversicherungsträger ergeben, wurden nicht gesondert betrachtet.

Tabelle 28: Finanzielle Effekte des ersten Modellszenarios (SWE, kein Teilkrankengeld)

Reduzierung Krankengeldtage	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	4%	8%	4%	8%	4%	8%
Gesamteffekt Krankenkassen	50,9 Mio. €	101,7 Mio. €	101,7 Mio. €	203,4 Mio. €	203,4 Mio. €	406,8 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,5%	1,0%	1,0%	1,9%	1,9%	3,9%
Einsparungen Krankengeld	36,9 Mio. €	73,9 Mio. €	73,9 Mio. €	147,7 Mio. €	147,7 Mio. €	295,5 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	5,8 Mio. €	11,7 Mio. €	11,7 Mio. €	23,4 Mio. €	23,4 Mio. €	46,8 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	8,1 Mio. €	16,1 Mio. €	16,1 Mio. €	32,3 Mio. €	32,3 Mio. €	64,6 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte						
Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	15,8 Mio. €	31,7 Mio. €	31,7 Mio. €	63,3 Mio. €	63,3 Mio. €	126,6 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

7.3.2 Ergebnisse des zweiten Modellszenarios – Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit

Im zweiten Modellszenario wurde die Möglichkeit zur Teilarbeitsunfähigkeit ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit simuliert. Dabei wird davon ausgegangen, dass während der Lohnfortzahlung kein Teilkrankengeld bezahlt wird, sondern weiterhin die Lohnfortzahlung in voller Höhe. Für die ersten sechs Wochen ergeben sich somit keine finanziellen Auswirkungen.

Für das Modellszenario 2 wurde in einem ersten Schritt die Möglichkeit einer Teilkrankschreibung von 50 % implementiert (d. h. eine Stufe). Des Weiteren wurde die Inanspruchnahmequote (niedrig, mittel, hoch)⁴⁵ sowie der Anteil der Teilkrankengeldtage an allen Krankengeldtagen (20 % versus 50 %) variiert. Eine Reduzierung der Anzahl der Krankenschreibungstage durch eine frühere Rückkehr wurde in diesem ersten Schritt nicht unterstellt.

Für die Krankenkassen ergeben sich damit drei finanzielle Effekte:

- ♦ eine Senkung der Krankengeldausgaben durch die Zahlung von Teilkrankengeld für eine bestimmte Anzahl an Tagen,
- ♦ eine Senkung der Sozialabgaben auf das Krankengeld durch die Reduzierung der Krankengeldausgaben,
- ♦ eine Steigerung der Beitragseinnahmen, da die Versicherten während der Teilkrankschreibung Lohn erhält, auf den die vollen Krankenkassenbeiträge bezahlt werden.

Im Vergleich zum Referenz-Szenario ergibt sich damit für die Krankenkassen ein Gesamteffekt zwischen rd. 92,9 Mio. Euro (bei einer niedrigen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankenschreibungstagen von 20 %) und 928,6 Mio. Euro (bei einer hohen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankenschreibungstagen von 50 %) (Tabelle 29). Dies entspricht einer Senkung der Ausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Referenzszenario zwischen 0,9 % und 8,9 %.

Die Versicherten erhalten in diesem Szenario während der Phase der Teilkrankschreibung nach dem Ende der Lohnfortzahlung einen Teillohn. Der finanzielle Effekt ergibt sich daher aus der Differenz zwischen dem Teillohn und Teilkrankengeld im Vergleich zum Krankengeld. Der Effekt für die Versicherten liegt je nach Modellvariante zwischen 28,9 Mio. Euro und 289,1 Mio. Euro.⁴⁶

Die Arbeitgeber zahlen nach der Phase der Lohnfortzahlung für die geleistete Arbeitszeit in diesem Modell einen Teillohn und entrichten hierauf Sozialabgaben in

⁴⁵ Bei den Teilkrankschreibungs-Fallzahlen für niedrige, mittlere und hohe Inanspruchnahmequote handelt es sich um dieselben Werte wie in Tabelle 27 für SWE.

⁴⁶ Der Berechnung liegt ein Vergleich des Brutto-Krankengelds mit den Brutto-Löhnen und -Gehältern zugrunde.

einem Umfang zwischen knapp 115 Mio. Euro (Minimalvariante) und 1,1 Mrd. Euro (Maximalvariante).⁴⁷ Diesen Zahlungen stehen entsprechende Zugewinne an betrieblicher Wertschöpfung gegenüber (und ggf. Einsparungen von Ersatzkosten, vgl. Kapitel 7.2.2).

Wird die maximale Dauer einer möglichen Teilkrankschreibung auf sechs Monate gekürzt, ergibt sich im Vergleich zum Referenz-Szenario für die Krankenkassen ein positiver Gesamteffekt zwischen rd. 28,5 Mio. Euro (bei einer niedrigen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen von 20 %) und 284,5 Mio. Euro (bei einer hohen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen von 50 %) (Tabelle 30). Der finanzielle Vorteil für die Versicherten beträgt zwischen 8,9 Mio. Euro und 88,6 Mio. Euro. Die von den Arbeitgebern gezahlten Teillöhne belaufen sich auf eine Summe zwischen 35,2 Mio. Euro in der Minimalvariante und 352,3 Mio. Euro in der Maximalvariante.

Wird eine Reduktion der Krankschreibungstage um 4 % bzw. 8 % aufgrund einer früheren vollständigen Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstellt, ergibt sich für die Krankenkassen ein zusätzlicher finanzieller Effekt, da für weniger Tage (Teil-)Krankengeld bezahlt werden muss und zusätzlich früher die vollen Beiträge auf den vollen Lohn bezahlt werden. Im Vergleich zum Referenz-Szenario ergibt sich für die Krankenkassen ein Gesamteffekt zwischen rd. 97,9 Mio. Euro und 979,5 Mio. Euro bei einer Reduktion um 4 % (Tabelle 31) bzw. zwischen 103 Mio. Euro und 1 Mrd. Euro bei einer Reduktion um 8 % (Tabelle 32).

Die Versicherten erhalten zusätzlich zu dem Teillohn während der Phase der Teilkrankschreibung früher den vollen Lohn. Der finanzielle Effekt für die Versicherten liegt je nach Modellvariante bei einer Reduzierung der Krankschreibungstage insgesamt um 4 % zwischen 30,5 Mio. Euro und 304,9 Mio. Euro und bei einer Reduzierung der Krankschreibungstage um 8 % zwischen 32,1 Mio. Euro und 320,7 Mio. Euro.

Die Arbeitgeber zahlen bei dieser Modellvariante nach der Phase der Lohnfortzahlung für die geleistete Arbeitszeit zunächst einen Teillohn und dann früher wieder den vollen Lohn sowie jeweils hierauf Sozialabgaben. Diese Zahlungen summieren sich für die Arbeitgeber auf ein Volumen zwischen knapp 121,3 Mio. Euro (Minimalvariante bezüglich Inanspruchnahme und Anteil der Teilkrankengeldtage) und rd. 1,2 Mrd. Euro (Maximalvariante) bei einer Reduktion der Krankschreibungstage um insgesamt 4 %. Können die AU-Tage um insgesamt 8 % reduziert werden, erreichen die Zahlungen ein Volumen zwischen 127,6 Mio. Euro (Minimalvariante) und 1,3 Mrd. Euro (Maximalvariante). Diesen Zahlungen stehen entsprechende Zugewinne an betrieblicher Wertschöpfung und ggf. Einsparungen von Ersatzkosten gegenüber.

⁴⁷ Die finanziellen Effekte, die sich für die anderen Sozialversicherungsträger ergeben, wurden nicht gesondert betrachtet.

Tabelle 29: Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (**Teil-AU ab dem 1. Tag**) – keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, Abstufungsmöglichkeit von 50 %

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Gesamteffekt Krankenkassen	92,9 Mio. €	232,2 Mio. €	185,7 Mio. €	464,3 Mio. €	371,5 Mio. €	928,6 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,9%	2,2%	1,8%	4,4%	3,5%	8,9%
Einsparungen Krankengeld	67,4 Mio. €	168,6 Mio. €	134,9 Mio. €	337,2 Mio. €	269,8 Mio. €	674,5 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	10,7 Mio. €	26,7 Mio. €	21,3 Mio. €	53,4 Mio. €	42,7 Mio. €	106,7 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	14,7 Mio. €	36,9 Mio. €	29,5 Mio. €	73,7 Mio. €	59,0 Mio. €	147,4 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte						
Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	28,9 Mio. €	72,3 Mio. €	57,8 Mio. €	144,5 Mio. €	115,6 Mio. €	289,1 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkungen: Annahmen: eine Teilkrankengeldstufe von 50 %, keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, maximale Dauer der Teilkrankschreibung: 18 Monate.

Tabelle 30: Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (**Teil-AU ab dem 1. Tag**) – maximale Dauer der Teilkrankschreibung (6 und 12 Monate), Abstufungsmöglichkeit von 50 %

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Maximale Dauer der Teilkrankschreibung: 12 Monate						
Gesamteffekt Krankenkassen	61,1 Mio. €	152,7 Mio. €	122,2 Mio. €	305,4 Mio. €	244,3 Mio. €	610,8 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,6%	1,5%	1,2%	2,9%	2,3%	5,8%
Gesamteffekt Versicherte Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	19,0 Mio. €	47,5 Mio. €	38,0 Mio. €	95,1 Mio. €	76,1 Mio. €	190,1 Mio. €
Maximale Dauer der Teilkrankschreibung: 6 Monate						
Gesamteffekt Krankenkassen	28,5 Mio. €	71,1 Mio. €	56,9 Mio. €	142,3 Mio. €	113,8 Mio. €	284,5 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,3%	0,7%	0,5%	1,4%	1,1%	2,7%
Gesamteffekt Versicherte Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	8,9 Mio. €	22,1 Mio. €	17,7 Mio. €	44,3 Mio. €	35,4 Mio. €	88,6 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkungen: Annahmen: eine Teilkrankengeldstufe von 50 %, keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Tabelle 31: Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (**Teil-AU ab dem 1. Tag**) – **frühere vollständige Rückkehr** an den Arbeitsplatz (**4 %**), Abstufungsmöglichkeit von 50 %

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Gesamteffekt Krankenkassen	97,9 Mio. €	244,9 Mio. €	195,9 Mio. €	489,7 Mio. €	391,8 Mio. €	979,5 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,9%	2,3%	1,9%	4,7%	3,7%	9,4%
Einsparungen Krankengeld	71,1 Mio. €	177,9 Mio. €	142,3 Mio. €	355,7 Mio. €	284,6 Mio. €	711,4 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	11,3 Mio. €	28,1 Mio. €	22,5 Mio. €	56,3 Mio. €	45,0 Mio. €	112,6 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	15,5 Mio. €	38,9 Mio. €	31,1 Mio. €	77,7 Mio. €	62,2 Mio. €	155,5 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	30,5 Mio. €	76,2 Mio. €	61,0 Mio. €	152,4 Mio. €	122,0 Mio. €	304,9 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkungen: Annahmen: eine Teilkrankengeldstufe von 50 %, Reduktion der Krankengeldtage um 4 % durch eine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, maximale Dauer der Teilkrankschreibung: 18 Monate.

Tabelle 32: Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (**Teil-AU ab dem 1. Tag**) – **frühere vollständige Rückkehr** an den Arbeitsplatz (**8 %**), Abstufungsmöglichkeit von 50 %

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,2%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Gesamteffekt Krankenkassen	103,0 Mio. €	257,6 Mio. €	206,1 Mio. €	515,2 Mio. €	412,1 Mio. €	1.030,3 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	1,0%	2,5%	2,0%	4,9%	3,9%	9,8%
Einsparungen Krankengeld	74,8 Mio. €	187,1 Mio. €	149,7 Mio. €	374,2 Mio. €	299,3 Mio. €	748,4 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	11,8 Mio. €	29,6 Mio. €	23,7 Mio. €	59,2 Mio. €	47,4 Mio. €	118,4 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	16,4 Mio. €	40,9 Mio. €	32,7 Mio. €	81,8 Mio. €	65,4 Mio. €	163,6 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte						
Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	32,1 Mio. €	80,2 Mio. €	64,1 Mio. €	160,4 Mio. €	128,3 Mio. €	320,7 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkungen: Annahmen: eine Teilkrankengeldstufe von 50 %, Reduktion der Krankengeldtage um 8 % durch eine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, maximale Dauer der Teilkrankenschreibung: 18 Monate

In einer Modellvarianten mit drei Abstufungsmöglichkeiten des Teilkrankengelds (25 %, 50 % und 75 %) wird davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der Teilkrankengeldfälle gegenüber dem einstufigen Modell leicht erhöht, da tendenziell mehr Personen als vorher für ein Teilkrankengeld in Frage kommen.

Die finanziellen Effekte bei einem dreistufigen Modell sind daher für alle drei betrachteten Gruppen (Krankenkassen, Versicherte und Arbeitgeber) etwas höher als in einem einstufigen Modell.⁴⁸

Im Vergleich zum Referenz-Szenario ergibt sich für die Krankenkassen ein Gesamteffekt zwischen rd. 106,8 Mio. Euro (bei einer niedrigen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen von 20 %) und 1,07 Mrd. Euro (bei einer hohen Inanspruchnahmequote und einem Anteil der Teilkrankschreibungstage an allen Krankschreibungstagen von 50 %) (Tabelle 33). Dies entspricht einer Senkung der Ausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Referenzszenario zwischen 1,0 % und 10,2 %.

Der Effekt für die Versicherten liegt je nach Modellvariante zwischen 33,2 Mio. Euro (niedrige Inanspruchnahme, 20 %-Anteil der Teilkrankengeldtage) und 332,4 Mio. Euro (hohe Inanspruchnahme, 50 %-Anteil der Teilkrankengeldtage).

Die Arbeitgeber zahlen nach der Phase der Lohnfortzahlung für die geleistete Arbeitszeit in diesem Modell Teillohn und Sozialabgaben hierauf in einem Umfang zwischen rd. 132 Mio. Euro (Minimalvariante) und rd. 1,3 Mrd. Euro (Maximalvariante). Diesen Zahlungen stehen entsprechende Zugewinne an betrieblicher Wertschöpfung und ggf. Einsparungen von Ersatzkosten gegenüber.

⁴⁸ Die Effekte einer Reduktion der Krankschreibungstage insgesamt durch eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz entsprechen in etwa dem Effekt bei einem einstufigen Modell (vgl. dazu Tabelle 31, Tabelle 32) und werden daher nicht zusätzlich ausgewiesen.

Tabelle 33: Finanzielle Effekte des zweiten Modellszenarios (**Teil-AU ab dem 1. Tag**) – keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, **Abstufungsmöglichkeiten 25 %, 50 % und 75 %**

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Gesamteffekt Krankenkassen	106,8 Mio. €	267,0 Mio. €	213,6 Mio. €	534,0 Mio. €	427,2 Mio. €	1.067,9 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	1,0%	2,6%	2,0%	5,1%	4,1%	10,2%
Einsparungen Krankengeld	77,6 Mio. €	193,9 Mio. €	155,1 Mio. €	387,8 Mio. €	310,3 Mio. €	775,7 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	12,3 Mio. €	30,7 Mio. €	24,5 Mio. €	61,4 Mio. €	49,1 Mio. €	122,7 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	17,0 Mio. €	42,4 Mio. €	33,9 Mio. €	84,8 Mio. €	67,8 Mio. €	169,5 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte						
Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	33,2 Mio. €	83,1 Mio. €	66,5 Mio. €	166,2 Mio. €	133,0 Mio. €	332,4 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkungen: Annahmen: drei Teilkrankengeldstufen (25%, 50%, 75%), keine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, maximale Dauer der Teilkrankenschreibung: 18 Monate.

7.3.3 Ergebnisse des dritten Modellszenarios – Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Lohnfortzahlung

Im dritten Modellszenario wurden die finanziellen Auswirkungen simuliert, wenn die Möglichkeit zur Teilarbeitsunfähigkeit erst nach dem Ende der Lohnfortzahlung (d. h. annahmegemäß nach sechs Wochen) besteht. In den Fällen, in denen die Teilarbeitsunfähigkeit dann erst später einsetzt als in Modellszenario 2, verzögert sich entsprechend auch eine vollständige Rückkehr in das Erwerbsleben im Vergleich zu Modellszenario 2 – unter der Annahme, dass durch Teilkrankschreibung die gesamte AU-Dauer verkürzt werden kann. Das Modellszenario 2 und das Modellszenario 3 unterscheiden sich daher nur in den Modellvarianten, in denen eine Reduzierung der Krankschreibungstage durch eine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstellt wird. Zudem unterscheiden sich diese Varianten lediglich für die Fälle, bei denen die Teilkrankschreibung im Modellszenario 2 vor dem Ende der Lohnfortzahlung beginnt. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen Modellszenario 2 und 3 vergleichsweise gering.

Bei einer Reduktion der Krankschreibungstage um 4 % sind die finanziellen Effekte im Modellszenario 3 etwas kleiner als die Effekte des Szenario 2 (Tabelle 34).

Tabelle 34: Finanzielle Effekte des dritten Modellszenarios (**Teil-AU nach 6 Wochen**) – **frühere vollständige Rückkehr** an den Arbeitsplatz (**4 %**), Abstufungsmöglichkeit von 50 %

Anteil Teil-KG-Tage an allen KG-Tagen	niedrig (6,8%)		Inanspruchnahmequote mittel (13,6%)		hoch (27,2%)	
	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Gesamteffekt Krankenkassen	97,8 Mio. €	244,4 Mio. €	195,5 Mio. €	488,8 Mio. €	391,0 Mio. €	977,6 Mio. €
im Verhältnis zu Krankengeld- ausgaben im Referenz-Szenario	0,9%	2,3%	1,9%	4,7%	3,7%	9,3%
Einsparungen Krankengeld	70,9 Mio. €	177,3 Mio. €	141,9 Mio. €	354,7 Mio. €	283,8 Mio. €	709,4 Mio. €
Einsparungen Sozialabgaben	11,2 Mio. €	28,1 Mio. €	22,4 Mio. €	56,1 Mio. €	44,9 Mio. €	112,2 Mio. €
zusätzliche Beitragseinnahmen	15,6 Mio. €	39,0 Mio. €	31,2 Mio. €	78,0 Mio. €	62,4 Mio. €	155,9 Mio. €
Gesamteffekt Versicherte						
Lohn anstelle von Krankengeld (Brutto-Betrachtung)	31,0 Mio. €	77,5 Mio. €	62,0 Mio. €	154,9 Mio. €	123,9 Mio. €	309,8 Mio. €

Quelle: IGES auf Basis eigener Berechnungen

Anmerkung: Annahmen: eine Teilkrankengeldstufe von 50 %, Reduktion der Krankengeldtage um 4 % durch eine frühere vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz, maximale Dauer der Teilkrankschreibung: 18 Monate

7.3.4 Mögliche Erweiterungen der Modellszenarien

Die Modellszenarien konzentrieren sich auf zentrale Parameter der Option einer Teilkrankschreibung bzw. stufenweisen Wiedereingliederung und deren Auswirkungen. Eine Reihe weiterer möglicher Effekte wurde dabei nicht berücksichtigt, um die Komplexität der Modelle zu begrenzen und die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Effekte zu erhöhen. Diese weiteren möglichen Effekte, auf die teilweise auch im Rahmen der Expertendiskussionen hingewiesen wurde, sollen daher im Folgenden kurz dargestellt werden.

Dauer der Lohnfortzahlung

In den Szenarien wurde gemäß § 3 Abs. 1 EFZG die Dauer der Lohnfortzahlung auf sechs Wochen festgelegt. Allerdings gibt es einige Tarifverträge in Deutschland, denen zufolge der Arbeitgeber auch nach Ende der Lohnfortzahlung einen Krankengeldzuschuss bezahlt. Dies ist beispielsweise im öffentlichen Dienst der Fall; dort bezahlt der Arbeitgeber einen Krankengeldzuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen den tatsächlichen Barleistungen des Sozialleistungsträgers und dem Nettoentgelt. Ähnliches gilt in der chemischen Industrie sowie in der Metall- und Elektroindustrie. Des Weiteren gibt es zahlreiche Betriebsvereinbarungen, die Regelungen über einen Zuschuss zum Krankengeld beinhalten.⁴⁹

Ein Zuschuss der Arbeitgeber zum Krankengeld würde die Anreize der Beteiligten beeinflussen, die Option eines Teilkrankengeldes in Anspruch zu nehmen, da sich die Versicherten finanziell bei Teilkrankengeld in Verbindung mit einem Teillohn ggf. nicht besser stellen als bei Krankengeld in Verbindung mit einem Zuschuss.

Des Weiteren werden bei der Simulation der finanziellen Auswirkungen die Effekte für Versicherte bzw. Arbeitgeber überschätzt, wenn schon im Status-Quo nach dem Ende der Lohnfortzahlung Zuschüsse vom Arbeitgeber an die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer bezahlt werden.

Erhöhung der Vergütung der Ärztinnen und Ärzte

In den Experteninterviews wurde teilweise für den mit einer Teilkrankschreibung verbundenen erhöhten Aufwand auf ärztlicher Seite eine höhere Vergütung für Ärztinnen und Ärzte für notwendig erachtet. Wäre eine solche zusätzliche Vergütung für ärztlichen Mehraufwand nicht budgetneutral (etwa bei Erhöhung der Gesamtvergütungen oder bei extrabudgetärer Vergütung), würden hierdurch der positive Gesamteffekt für die Krankenkassen entsprechend reduziert.

Zusätzliche Ausgaben für Arbeitgeber

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden etwaige zusätzliche Ausgaben auf Seiten der Arbeitgeber für eine Umgestaltung von Arbeitsplätzen, um die erkrankte Arbeitnehmerin bzw. den erkrankten Arbeitnehmern eine Rückkehr an den Arbeitsplatz

⁴⁹ Vgl. dazu auch Maschke M (2012): Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Hans Böckler Stiftung.

zu ermöglichen. Andererseits wurde auch von zusätzlichen Kosten abstrahiert, die Arbeitgebern entstehen, wenn sie den Arbeitsausfall erkrankter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Bezahlung zusätzlicher Arbeitskraft ausgleichen. Vor allem aber im Hinblick auf Einbußen bei der betrieblichen Wertschöpfung lassen sich die finanziellen Effekte für Arbeitgeber im hier gewählten Modellrahmen nur unvollständig abbilden (vgl. Kapitel 7.2.2).

Weitere Effekte für Versicherte

Neben den simulierten AU-verkürzenden und einkommensbezogenen Vorteilen kann eine frühere bzw. teilweise Erwerbsreintegration für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch positive soziale Wirkungen haben. Darüber hinaus können Risiken einer Frühverrentung, die sich vor allem im Zusammenhang mit längerfristiger Arbeitsunfähigkeit ergeben, gemindert werden.

7.4 Fazit: Finanzielle Auswirkungen

Angesichts des breiten Spektrums der Ausgestaltungsmöglichkeiten für ein System der Teilkrankenschreibungen variieren auch die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen je nach Ausgestaltung.

Die für die Einschätzung der finanziellen Auswirkungen entwickelten Modellszenarien bilden zumindest einen Teil dieses Gestaltungsspektrums ab. Die unterschiedlichen Annahmen über die Inanspruchnahme und den Einfluss auf die Krankheitsdauer stützen sich so weit wie möglich auf Erfahrungswerte der skandinavischen Länder. Die Abbildung des Gestaltungsspektrums orientiert sich hingegen an den gegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland. Das bedeutet:

- ◆ Angesichts der Skepsis vieler Expertinnen und Experten gegenüber einer Übertragbarkeit wird in einem ersten Szenario lediglich von einer weitergehenden Nutzung der stufenweisen Wiedereingliederung ohne Teilkrankengeld ausgegangen. Finanzielle Wirkungen ergeben sich hierbei entsprechend nur mittelbar, insoweit die stufenweise Wiedereingliederung eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglicht.
- ◆ Mit den anderen Szenarien werden hingegen Teilkrankenschreibungen mit Teilkrankengeld simuliert. Sie unterscheiden sich darin, ob Teilkrankenschreibungen schon während der Phase der Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber (bzw. innerhalb von sechs Wochen nach Krankheitsbeginn) möglich sind oder nicht. In jedem Fall wird unterstellt, dass die bestehenden Regelungen zur Lohnfortzahlung unberührt bleiben, d. h., Teilkrankengeld ist frühestens nach Ablauf von sechs Wochen möglich.

Finanzielle Wirkungen ergeben sich für die Krankenkassen durch eine Reduzierung der Krankengeldzahlungen und der darauf abgeführten Sozialabgaben, und zwar – je nach Szenario – infolge einer Verkürzung der Krankheitsdauer bei früherer Rückkehr zum Arbeitsplatz und/oder dadurch, dass statt des vollen Krankengelds nur noch Teilkrankengeld gezahlt wird. Darüber hinaus erhöhen sich für die Krankenkassen die Beitragseinnahmen, wenn die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

zusätzliche Arbeitsentgelte erhalten, weil sie – je nach Szenario – früher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und/oder im Rahmen einer Teilkrankschreibung teilweise wieder Lohneinkünfte erzielen.

Käme die stufenweise Wiedereingliederung lediglich bei knapp 7 % zusätzlicher Krankengeldfälle zum Einsatz und geht man davon aus, dass hierdurch deren Krankheitsdauern nur im Umfang von 4 % verkürzt würden, hätten die Krankenkassen gemäß Modellierung einen positiven Finanzeffekt von knapp 51 Mio. Euro (entspricht 0,5 % ihrer bisherigen Krankengeldausgaben). Bei einer „optimistischeren“ Variante mit einer hohen Inanspruchnahme von rd. 27 % zusätzlicher Krankengeldfälle mit stufenweiser Wiedereingliederung und einer Verkürzung der Krankheitsdauer um jeweils 8 % läge der positive Finanzeffekt der Krankenkassen deutlich höher bei knapp 407 Mio. Euro (entspricht 3,9 % ihrer bisherigen Krankengeldausgaben).

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ergäbe sich ein positiver Finanzeffekt dadurch, dass sie bei einer früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz für entsprechend mehr Tage das im Vergleich zum Krankengeld höhere Arbeitsentgelt beziehen. Für diesen Effekt ergibt sich eine Größenordnung von knapp 16 Mio. Euro im Szenario mit geringer Inanspruchnahme und geringer Verkürzung der Krankheitsdauer und von knapp 127 Mio. Euro gemäß dem optimistischeren Szenario.

Die finanziellen Effekte für Arbeitgeber lassen sich insbesondere im Hinblick auf Einbußen bei der betrieblichen Wertschöpfung, aber auch bezüglich möglicher Kosten durch Ersatz für krankheitsbedingten Arbeitsausfall im hier gewählten Modellrahmen nur unvollständig abbilden.

Die geschätzten finanziellen Effekte von Teilkrankschreibungen mit Teilkrankengeld fallen am geringsten in dem Szenario aus, gemäß dem

- ◆ Teilkrankschreibungen erst nach der Phase der Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber (bzw. frühestens sechs Wochen nach Krankheitsbeginn) möglich sind,
- ◆ nur eine Abstufungsmöglichkeit unterstellt wird (50 % Teil-Arbeitsunfähigkeit),
- ◆ von einer geringen Inanspruchnahme ausgegangen wird (knapp 7 % der Krankengeldfälle),
- ◆ der Anteil des Teilkrankengeldes auf lediglich 20 % aller Krankengeldtage angesetzt wird,
- ◆ durch frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz die Krankheitsdauer nur um 4 % verkürzt werden kann.

Unter diesen Prämissen ergibt sich ein positiver Finanzeffekt für die Krankenkassen in Höhe von knapp 98 Mio. Euro (entspricht 0,9 % ihrer bisherigen Krankengeldausgaben). Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer würden sich gemäß der Modellierung in einem Umfang von knapp 9,5 Mio. Euro finanziell besserstellen.

Maximale finanzielle Effekte ergeben sich in dem Szenario mit

- ♦ der Möglichkeit von Teilkrankschreibungen bereits ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit,
- ♦ weiteren Abstufungsmöglichkeiten (25 %, 50 % und 75 % Teil-Arbeitsunfähigkeit),
- ♦ der Annahme einer hohen Inanspruchnahme (rd. 27 % der Krankengeldfälle),
- ♦ einem unterstellten Anteil des Teilkrankengeldes an allen Krankengeldtagen von 50 %,
- ♦ der Annahme, dass durch frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz die Krankheitsdauer um 8 % verkürzt werden kann.

Der positive Finanzeffekt beläuft sich unter diesen Bedingungen gemäß Modellierung auf rd. 1.175 Mio. Euro (entspricht knapp 11,2 % ihrer bisherigen Krankengeldausgaben). Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hätten zusätzliche Einnahmen in Höhe von rd. 365,7 Mio. Euro.

Die Simulationsergebnisse verdeutlichen, dass die Vielzahl der Ausgestaltungsmöglichkeiten und die damit verbundenen unterschiedlichen Erfahrungen bezüglich der Inanspruchnahme und Effektivität von Ansätzen einer Teilarbeits(un)fähigkeit ein ebenfalls sehr breites Spektrum potenzieller finanzieller Wirkungen nahelegen. Für die Krankenkassen reicht dieses Spektrum von etwa 50 Mio. Euro bis zu mehr als 1 Mrd. Euro.

8. Zusammenfassung und Diskussion

In den vergangenen zehn Jahren sind die Ausgaben der GKV für Krankengeld überproportional stark gestiegen. Die Ursachen dieses Anstiegs und Steuerungsmöglichkeiten hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten untersucht. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Verkürzung der Krankheitsdauer empfahl er die Möglichkeit einer Teilkrankschreibung nach skandinavischem Vorbild.

Kernelement eines solchen Ansatzes ist die Abkehr von der gegenwärtigen „gesund vs. krank“-Dichotomie. Damit verbunden ist die Erwartung, dass eine stärkere Differenzierung nach dem Grad der Leistungsbeeinträchtigung (Teil-Arbeitsunfähigkeit) die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit vor allem nach längeren Erkrankungen erleichtert. Negative soziale und finanzielle Krankheitsfolgen könnten so vermieden werden.

Für das vorliegende Gutachten wurden die bisherigen Erfahrungen skandinavischer Länder mit Teilkrankschreibungen ausgewertet. Auf der Grundlage von Expertengesprächen, einem Expertenworkshop und von Simulationsrechnungen wurde anschließend die Übertragbarkeit skandinavischer Ansätze auf die GKV in Deutschland untersucht und bewertet. Einen zentralen Bezugs- bzw. Ausgangspunkt hierfür bildeten die bestehenden Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland.

Erfahrungen skandinavischer Länder

Regelungen zur Teilkrankschreibung und zum Teilkrankengeld finden sich in allen skandinavischen Ländern. Vor allem seit den 1990er Jahren kamen sie verstärkt zu Anwendung, um den immer häufigeren Krankschreibungen und der damit verbundenen Zunahme von Frühverrentungen entgegenzuwirken. Im Vordergrund steht bei diesen Regelungen das Ziel, die Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen und zu wahren – nicht zuletzt angesichts eines knapperen Arbeitskräfteangebots infolge der Bevölkerungsalterung.

Die Ausgestaltung der Regelungen zur Teilkrankschreibung und zum Teilkrankengeld variieren zwischen den verschiedenen nordeuropäischen Ländern stark. Ausführlich analysiert wurden für das vorliegende Gutachten Schweden und Finnland: Schweden verfügt über die längsten Erfahrungen mit Teilkrankschreibungen und Teilkrankengeld, dort ist auch der Nutzungsgrad am höchsten. Finnland hat die Möglichkeit der Teilkrankschreibung und des Teilkrankengeldes erst im Jahr 2007 eingeführt, die Rahmenbedingungen dort unterscheiden sich von denen in Schweden. Darüber hinaus wurden die Systeme in Dänemark und Norwegen betrachtet.

Bereits die Ausgangsbedingungen für Regelungen zur Teilkrankschreibung bzw. zum Teilkrankengeld unterscheiden sich zwischen den skandinavischen Ländern. Dies betrifft insbesondere die Höhe des Krankengeldes relativ zum Einkommen (zwischen 70 % und 100 % mit/ohne Deckelung) sowie die Dauer einer gesetzlich vorgeschriebenen Entgeltfortzahlung (zwischen 10 und 30 Tagen mit/ohne freiwilliger Zusatzvereinbarung).

Der Nutzungsgrad von Teilkrankschreibungen mit Teilkrankengeld variiert von lediglich knapp 6 % aller Krankschreibungen in Finnland, knapp 12 % in Dänemark, ca. 23 % in Norwegen bis fast ein Drittel in Schweden. Dabei weisen Norwegen und Schweden die höchsten Fehlzeitenhäufigkeiten auf.

Ein höherer Nutzungsgrad zeigt sich insbesondere in Verbindung mit einer Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte, eine Teilkrankschreibung als reguläre Option bereits bei der ersten Krankschreibung in Betracht zu ziehen. Dabei wirkt sich begünstigend aus, wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Einschätzung des AU-Grades auf nationale Leitlinien für die Krankschreibung stützen können. Darüber hinaus ist die Nutzung dort höher, wo ein intensives Follow-Up von Teilkrankschreibungen stattfindet, wobei ein solcher Prozess sowohl auf dreiseitigen Vereinbarungen als auch auf gesetzlichen Vorschriften beruhen kann.

Eine Reihe weiterer Rahmenbedingungen scheint einen höheren Nutzungsgrad zu bewirken. Hierzu zählen, dass eine Teilkrankschreibung bereits ab dem ersten Tag einer Arbeitsunfähigkeit und für ein volles Jahr möglich ist und nicht auf Vollzeitbeschäftigte beschränkt wird. In den Ländern mit höherem Nutzungsgrad werden zudem Arbeitgeber unterstützt, wenn Anpassungen am Arbeitsplatz oder arbeitsbezogene Hilfsmittel erforderlich sind, um Teilarbeitsfähigkeit zu nutzen.

Nur wenige der Rahmenbedingungen sind in den untersuchten Ländern gleich, die unterschiedlichen Nutzungsgrade können auf diese Faktoren nicht zurückgeführt werden. Hierzu zählt, dass die Option einer Teilkrankschreibung für Arbeitgeber in allen Ländern freiwillig ist, während die Kostenträger (Sozialversicherungen, Kommunen) eine angestrebte Teilkrankschreibung unterstützen müssen.

Vorliegende Studien zeigen für die untersuchten Länder anhand unterschiedlicher Indikatoren insgesamt positive Effekte von Teilkrankschreibungen und Teilkrankengeld. Hierzu zählen eine schnellere Rückkehr in den Beruf im Vergleich zu Personen ohne Teilarbeitsunfähigkeit, eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Rückkehr in den Beruf sowie teilweise eine Verringerung von Fällen mit langfristiger Arbeitsunfähigkeit. Hinsichtlich des Ziels, die Zahl erneuter Krankengeldbezüge zu verringern, kamen die Studien hingegen zu keinem eindeutigen Ergebnis.

Rahmenbedingungen in Deutschland

In Deutschland gibt es relativ mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als in den skandinavischen Ländern. Die maximale Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber ist mit sechs Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit länger als in den skandinavischen Ländern. Auch die maximale Bezugsdauer des im Anschluss von den Krankenkassen gezahlten Krankengelds ist mit 78 Wochen länger als in den skandinavischen Ländern mit überwiegend 52-wöchiger Maximaldauer. Dagegen ist die Krankengeldhöhe mit 70 % des Arbeitsentgelts relativ niedriger als in den Vergleichsländern (mit Ausnahme Finnlands).

Zahlreiche Elemente einer Teilkrankschreibung enthält in Deutschland die im Jahr 1989 gesetzlich eingeführte Option einer stufenweisen Wiedereingliederung, auch als „Hamburger Modell“ bezeichnet. Sie gilt als eine therapeutische Maßnahme im

Kontext der medizinischen Rehabilitation bei Beschäftigten mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit. Bei dieser Maßnahme wird die Arbeitszeit und -belastung schrittweise und unter ärztlicher Aufsicht gesteigert, um die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers mit einer entsprechenden Krankschreibung am bisherigen Arbeitsplatz zu erproben und sie schrittweise wieder an die Belastungen des Arbeitsplatzes heranzuführen. Während der Maßnahmen bleiben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer jedoch vollständig krankgeschrieben, d. h. sie erhalten weiterhin unvermindert Krankengeld, ein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht nicht.

Mangels statistischer Daten lässt sich die Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung nicht in einer mit den Werten für die skandinavischen Länder vergleichbaren Art beziffern. Im Unterschied zu den meisten skandinavischen Ländern gibt es in Deutschland weder Strukturen noch Prozesse, die eine systematische Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung gewährleisten. Empfehlungen von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation haben studiengemäß maßgeblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit, ihr Empfehlungsverhalten variiert aber stark. Insgesamt scheint die Nutzung einer stufenweisen Wiedereingliederung weitgehend einem Zufallsprinzip zu folgen.

Dabei zeigen bisherige Studien überwiegend positive Effekte einer stufenweisen Wiedereingliederung in Form einer früheren Rückkehr ins Erwerbsleben und der Verhinderung von Frühverrentung. Die positive Wirkung war ausgeprägter für Beschäftigte, deren Rückkehrwahrscheinlichkeit aufgrund langer AU-Zeiten und/oder psychischer Erkrankungen grundsätzlich gering ist. Die Erfolgswahrscheinlichkeit war zudem höher, je früher mit einer stufenweisen Wiedereingliederung begonnen wurde. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten die Maßnahme überwiegend positiv.

Die für das vorliegende Gutachten befragten Expertinnen und Experten beurteilten die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung durchweg positiv: für erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als geschützten therapeutischen Rahmen, um die eigene Leistungsfähigkeit ohne arbeitsvertragliche Verpflichtungen zu testen und in betriebliche Prozesse eingebunden zu bleiben, für Arbeitgeber zur Vermeidung von Know-how-Verlusten ohne Vergütungspflicht und für Krankenkassen für Einsparungen beim Krankengeld bei schnellerer Rückkehr zur Arbeit. Dafür, dass die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland nach wie vor nicht zum standardgemäßen Repertoire im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit gehört, nannten die Expertinnen und Experten eine Reihe möglicher Gründe. Hierzu zählen u. a. die Heterogenität der Arbeitskontexte mit teilweise sehr unterschiedlicher Eignung für eine stufenweise Wiedereingliederung, Defizite der ärztlichen Begleitung aufgrund fehlender arbeitsmedizinischer Kenntnisse bzw. fehlender Indikationskriterien, aber auch einer nicht aufwandsgerechten Vergütung, und schließlich Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung).

Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld: Bewertung der Übertragbarkeit

Die meisten der für das vorliegende Gutachten befragten Expertinnen und Experten bewerteten den Grundgedanken des Instruments der Teilkrankschreibung mit Teilkrankengeld – nämlich die Förderung der Rückkehr in das Arbeitsleben vor allem längerfristig erkrankter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – grundsätzlich positiv. Insgesamt überwog aber Skepsis aufgrund zahlreicher offener Fragen einer Umsetzung. Die Expertenbefragung und der für das Gutachten durchgeführte Expertenworkshop ergaben diesbezüglich deckungsgleich drei zentrale Herausforderungen:

- ◆ An erster Stelle bestehen Zweifel daran, dass Ärztinnen und Ärzte eine Teilarbeitsfähigkeit erkrankter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer adäquat einschätzen können – grundsätzlich und erst recht bei hohen Fallzahlen. Hierfür mangle es nicht nur an arbeitsmedizinischem Wissen und Kenntnissen der konkreten Arbeitsumgebung, sondern auch an zeitlichen bzw. finanziellen Ressourcen.
- ◆ Eine zweite zentrale Herausforderung wäre die Koordination einer Vielzahl von Schnittstellen, und zwar zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern (insbesondere Renten- und Unfallversicherung), aber auch im Verhältnis zu den bereits existierenden Instrumenten und Leistungsansprüchen (Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Lohnfortzahlung, betriebliche und tarifliche Regelungen). Befürchtet wurden aufwendige Systemanpassungen.
- ◆ Eine dritte schwierige Gestaltungsfrage betrifft das Verhältnis von Freiwilligkeit zu Verpflichtung für alle Beteiligten. Hierzu gibt es unter den Expertinnen und Experten teilweise stark divergierende Auffassungen darüber, inwiefern verpflichtende Elemente für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärztinnen und Ärzte erforderlich wären, damit Teilkrankschreibungen systematisch genutzt werden. Nur im Hinblick auf die Sozialversicherungsträger wäre eine Verpflichtung unstrittig.

Im Rahmen des Expertenworkshops wurde zusätzlich der – im Vergleich zu den skandinavischen Ländern – restriktivere Datenschutz in Deutschland als Hemmnis für eine organisatorische Umsetzung genannt, der die erforderliche Kommunikation und Abstimmung zwischen allen Beteiligten erschweren würde.

Aus der Bewertung einer Übertragbarkeit durch die für das Gutachten befragten Expertinnen und Experten ergab sich darüber hinaus eine Reihe von Argumenten, die bei der Gestaltung eines Systems von Teilkrankschreibungen mit Teilkrankengeld zu berücksichtigen wären. Darunter seien die folgenden kurz hervorgehoben:

- ◆ Es bestand Einigkeit darüber, dass eine Option der Teilkrankschreibung wegen des Grundsatzes der Gleichbehandlung nicht auf Vollzeitbeschäftigte beschränkt sein dürfte. Allerdings wäre die Festlegung einer minimalen Arbeitszeit (absolut in Stunden) empfehlenswert, die bei einer Teilarbeitsunfähigkeit aus Praktikabilitäts- und Aufwandsgründen nicht

unterschritten werden sollte. Zusätzlich könnte es u. U. förderlich sein, wenn sich die Wochenstundenzahl flexibel auf die Arbeitstage aufteilen ließen.

- ◆ Grundlegende zu prüfen wäre jedoch, ob eine rein arbeitszeitbezogene Bemessung des (Rest-)Leistungsvermögens überhaupt angemessen wäre. Die erkrankungsbedingte Beeinträchtigung des Leistungsvermögens ergibt sich in vielen Fällen aus der spezifischen Kombination des individuellen Erkrankungsbildes und der konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes (jeweils eher körperlich oder eher geistig) – und zwar arbeitszeitunabhängig. Anstatt einer minimalen Arbeitszeit für Teil-Arbeitsunfähigkeit könnte man daher auch erwägen, Teilkrankschreibungen als Option auf bestimmte Indikationen zu beschränken (z. B. für chronische, psychische oder Schmerzerkrankungen).
- ◆ Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass Teilkrankschreibungen bzw. eine schrittweise Wiedereingliederung insbesondere bei schwereren, längerfristigen Erkrankungen erfolgversprechend sind. Nicht in allen Fällen ist von Krankheitsbeginn an klar, ob es sich um eine solche handelt. Dies spräche dafür, erst im weiteren Krankheitsverlauf eine Teil-Arbeitsunfähigkeit in Erwägung zu ziehen. So könnte beispielsweise das Ausschöpfen der maximalen Lohnfortzahlungsdauer als praktikables Aufgreifkriterium herangezogen werden. Andererseits empfehlen Expertinnen und Experten überwiegend einen möglichst frühen Beginn einer Teilkrankschreibung, um das Risiko einer Chronifizierung der Krankheit zu begrenzen.
- ◆ Zu hinterfragen ist auch, ob die Festlegung einer einheitlichen maximalen Dauer von Teilkrankschreibungen erforderlich wäre. Hierfür böte sich die bestehende 78-Wochen-Frist des Krankengeldes naheliegenderweise an. Angesichts individuell u. U. stark variierender Krankheitsverläufe könnte es aber auch sinnvoll sein, ein differenziertes System unterschiedlicher Maximalfristen (z. B. diagnosebezogen) zu entwickeln oder Verlängerungsoptionen vorzusehen, abhängig davon, welche Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zum Ende der ursprünglichen Frist voraussichtlich erreicht werden kann.
- ◆ Zur Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten bei der Beurteilung der Restleistungsfähigkeit erkrankter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gelten allgemein Richtlinien oder Fortbildungsmaßnahmen als sinnvoll. Dennoch bleiben diese Beurteilungen stets Einzelfallentscheidungen, bei denen Ärztinnen und Ärzte – auch bei identischen Diagnosen – unterschiedlichen individuellen Umständen hinsichtlich Arbeitsplatzanforderungen und Resilienz Rechnung tragen müssen. Ein regelmäßiges ärztliches Follow-Up bzw. die medizinische Begleitung der Teilkrankschreibung könnte es den Ärztinnen und Ärzten erleichtern, die Verantwortung für die (Erst-)Einschätzung zu übernehmen, erforderte aber u. U. zusätzliche Vergütungs- und Abrechnungsmöglichkeiten.

- ♦ Soll die Restleistungsfähigkeit konkret (lediglich bezogen auf den aktuellen Arbeitsplatz einer erkrankten Arbeitnehmerin bzw. eines erkrankten Arbeitnehmers) oder abstrakt (generell) beurteilt werden? Für eine konkrete Beurteilung sprechen die Planbarkeit für Arbeitgeber und die zugrundeliegenden Arbeitsverträge; andererseits kann die Möglichkeit einer Wiedereingliederung auch auf anderen Arbeitsplätzen das Reintegrationspotenzial merklich erhöhen und wird in der Praxis teilweise schon genutzt.
- ♦ Zusätzliche finanzielle Anreize erscheinen überwiegend nicht erforderlich zu sein, um eine Nutzung von Teilkrankschreibungen zu fördern; teilweise könnten sie sogar kontraproduktiv wirken. Ein Teilkrankengeld in Kombination mit dem – bezogen auf die Teilarbeitszeit anteiligen – regulären Arbeitsentgelt würde Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer finanziell bereits gegenüber dem Bezug des vollen Krankengeldes besserstellen. Zusätzlich wäre allenfalls eine (teilweise) Übernahme von Fahrtkosten erwägenswert. Darüber hinaus gehende finanzielle Anreize könnten dagegen Präsentismus begünstigen. Für Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger sollten sich ausreichende finanzielle Anreize aus der Aussicht auf eine frühere Rückkehr erkrankter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Arbeit ergeben. Für Ärztinnen und Ärzte wären Erstattungen von Zusatzaufwand im Rahmen der Vergütungssysteme sinnvoll.

Zusammenfassend werden also Zielsetzung und der grundlegende konzeptionelle Ansatz von Teilkrankschreibungen und Teilkrankengeld von den Expertinnen und Experten geteilt, sie sehen jedoch mehrere gravierende praktische Hürden und eine Reihe offener Gestaltungsfragen, die einer Einführung als generelle Option bei Erkrankungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern entgegenstehen. Eher vorstellbar erscheint dagegen, Teilkrankschreibungen als Pilot- oder Modellprojekt für solche Bereiche zu erproben, für die – nach den bisherigen skandinavischen Erfahrungen – die relativ größten Chancen einer früheren Rückkehr zur Arbeit bestehen, also beispielsweise für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen. Solche Modellprojekte könnten zur Klärung der o. a. offenen Gestaltungsfragen beitragen und ermöglichen eine wissenschaftliche Evaluation, auf deren Grundlage eine weitergehende Nutzung erwogen werden kann. In einem solchen Rahmen – oder alternativ – ließe sich auch die stufenweise Wiedereingliederung weiterentwickeln mit dem Ziel, dass diese bereits bestehende Option systematisch und damit häufiger genutzt wird. Die Erfahrungen der skandinavischen Länder und die Einschätzungen der Expertinnen und Experten haben hierfür eine Reihe möglicher Ansatzpunkte ergeben.

Einschätzung möglicher finanzieller Auswirkungen von Teilkrankschreibungen

Ein weiteres Element zur Einschätzung der Übertragbarkeit von Teilkrankschreibungs-Ansätzen sind die möglichen finanziellen Auswirkungen, die mit einer Nutzung dieser Option im Rahmen der GKV verbunden wären. Sowohl die skandinavischen Erfahrungen als auch die Experteneinschätzungen haben das breite

Spektrum der Ausgestaltungsmöglichkeiten für ein System der Teilkrankschreibungen verdeutlicht. Entsprechend ist davon auszugehen, dass auch mögliche finanzielle Auswirkungen je nach Ausgestaltung variieren. Die für das vorliegende Gutachten entwickelten Modellszenarien bilden zumindest einen Teil dieses Gestaltungsspektrums ab und orientieren sich dabei an den gegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland.

Finanzielle Wirkungen ergeben sich für die Krankenkassen durch eine Reduzierung der Krankengeldzahlungen und der darauf abgeführten Sozialabgaben, und zwar – je nach Szenario – infolge einer Verkürzung der Krankheitsdauer bei früherer Rückkehr zum Arbeitsplatz und/oder dadurch, dass statt des vollen nur noch Teilkrankengeld gezahlt wird. Darüber hinaus erhöhen sich für die Krankenkassen die Beitragseinnahmen, wenn die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zusätzliche Arbeitsentgelte erhalten, weil sie – je nach Szenario – früher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und/oder im Rahmen einer Teilkrankschreibung teilweise wieder Lohneinkünfte erzielen.

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ergäbe sich ein positiver Finanzeffekt dadurch, dass sie bei einer früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz für entsprechend mehr Tage das im Vergleich zum Krankengeld höhere Arbeitsentgelt beziehen. Die finanziellen Effekte für Arbeitgeber lassen sich insbesondere im Hinblick auf Einbußen bei der betrieblichen Wertschöpfung, aber auch bezüglich möglicher Kosten durch Ersatz für krankheitsbedingten Arbeitsausfall im hier gewählten Modellrahmen nur unvollständig abbilden.

Die Simulationsergebnisse verdeutlichen, dass die Vielzahl der Ausgestaltungsmöglichkeiten und die damit verbundenen unterschiedlichen Erfahrungen bezüglich der Inanspruchnahme und Effektivität von Ansätzen einer Teilarbeits(un)fähigkeit ein ebenfalls sehr breites Spektrum potenzieller finanzieller Wirkungen nahelegen. Für die Krankenkassen reicht dieses Spektrum von etwa 50 Mio. Euro bis zu mehr als 1 Mrd. Euro, für versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von knapp 16 Mio. Euro bis zu rd. 332 Mio. Euro.

Die jeweils oberen Ränder des Spektrums finanzieller Wirkungen ergeben sich in einem Szenario mit der Möglichkeit von Teilkrankschreibungen bereits ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, mehreren Abstufungsmöglichkeiten einer Teil-Arbeits(un)fähigkeit, der Annahme einer relativ hohen Inanspruchnahme von etwas mehr als einem Viertel aller Krankengeldfälle, einem unterstellten Anteil der Teil-AU an der gesamten AU von 50 % sowie der Annahme, dass infolge einer Teil-AU eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglicht wird und hierdurch die Krankheitsdauer um 8 % verkürzt werden kann.

Diese Annahmen zu Inanspruchnahme und Wirkungen beruhen auf Erfahrungswerten der skandinavischen Länder. Daher stellen die geschätzten Größenordnungen der finanziellen Effekte durchaus realistische Werte dar. Allerdings dürften sie kurzfristig kaum erreichbar sein, denn anders als in Deutschland existieren die Systeme der Teilkrankschreibung in Skandinavien teilweise schon seit vielen Jahren

und die dortigen Nutzungsgrade und Wirkungen haben sich im Laufe der Zeit und mit zunehmender Praxiserfahrung entwickelt.

Empfehlung: erweiterte Rückkehroptionen für erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schaffen

Wie das Gutachten zeigen konnte, war und ist das Ziel der Nutzung von Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld in allen nordeuropäischen Ländern insbesondere, die Rückkehr von für längere Zeit krankgeschriebenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in eine berufliche Tätigkeit zu erleichtern und zu unterstützen („return to work“) sowie Frühverrentungen entgegenzuwirken. Zugrunde liegt dem ein grundlegender Perspektivwechsel weg von der vollständigen Arbeitsunfähigkeit als einziger Alternative hin zur Betrachtung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Teilkrankschreibung stellt daher heute gleichrangig zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit einen bei der Krankschreibung zu berücksichtigenden Normalfall oder gar die erste Wahl gegenüber der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

Letztlich ist dies in den nordeuropäischen Sozialsystemen in der Überzeugung begründet, dass es vor allem während längerer Krankheitsperioden wichtig für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer ist, den Kontakt zur Arbeitsstelle aufrechtzuerhalten, und durch Teilkrankschreibung eine solche Möglichkeit geboten wird. Teilkrankschreibung wird damit nicht als sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung der Versicherten gesehen, trotz Erkrankung teilweise arbeiten zu müssen, sondern als eine Chance zur Teilhabe, nämlich als zusätzliche Möglichkeit für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer, den Kontakt zum Arbeitsplatz zu halten und letztlich – trotz möglicherweise schwerwiegender Erkrankung – an den Arbeitsplatz oder zumindest in das Arbeitsleben zurückzukehren. Parallel dazu wird in der Möglichkeit der Teilkrankschreibung auch die Chance gesehen, der mit der Alterung der Gesamtbevölkerung einhergehenden Verknappung des Arbeitskräfteangebots am Arbeitsmarkt entgegenzuwirken. Konkret bietet die Teilarbeitsfähigkeit außerdem den Arbeitgebern eine Möglichkeit, Fachkräfte trotz Erkrankungen gezielt im Unternehmen zu halten.

Die Erfahrungen der nordeuropäischen Länder mit Teilkrankschreibung sind – trotz der durchaus unterschiedlichen Ausgestaltungen von Land zu Land – durchweg positiv, wie die Vielzahl der für dieses Gutachten ausgewerteten wissenschaftlichen Untersuchungen und Statistiken zeigen. Einerseits führt die Möglichkeit der Teilkrankschreibung unter den in Nordeuropa gegebenen Rahmenbedingungen zu einer schnelleren Rückkehr in die Berufstätigkeit. Außerdem wird dadurch die Wahrscheinlichkeit, vollständig an den eigenen Arbeitsplatz oder in eine Berufstätigkeit zurückzukehren, zum Teil deutlich erhöht. Im direkten Zusammenhang damit steht eine Verringerung von Frühverrentungen. Schließlich hat die intensive Nutzung der Teilkrankschreibungs-Möglichkeit auch zu einer Verringerung von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit geführt.

Vor dem Hintergrund der geschilderten positiven Erfahrungen der vier nordeuropäischen Länder empfiehlt sich auch für Deutschland bzw. die GKV ein grundlegen-

der Perspektivwechsel weg von der Arbeitsunfähigkeit als Entweder-Oder-Entscheidung hin zur Konzentration auf die verbliebene Arbeitsfähigkeit. Primäres Ziel sollte es dabei sein, für erkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Möglichkeiten einer Rückkehr zur Arbeit zu erweitern.

Aus Sicht der Gutachter wäre ein solcher Perspektivwechsel mit folgenden zentralen Gestaltungselementen verbunden:

- ◆ Teilkrankschreibungen sollten als gleichrangige Option neben vollständiger Arbeitsunfähigkeit – und perspektivisch sogar prioritär gegenüber vollständiger Arbeitsunfähigkeit – etabliert werden, wenn immer dies medizinisch vertretbar ist.
- ◆ Um diese Gleichrangigkeit zu erreichen, sollten Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet werden, die Möglichkeit einer Teilarbeitsfähigkeit bei Krankschreibungen generell zu berücksichtigen. Die Einführung einer solchen Verpflichtung sollte von gezielten Fortbildungsangeboten für Ärztinnen und Ärzte in der Beurteilung von (teilweiser) Arbeitsfähigkeit begleitet werden. Darüber hinaus wären eine flankierende Entwicklung von nationalen Leitlinien für die Krankschreibung in Kooperation mit der Ärzteschaft, insbesondere den verschiedenen Fachgesellschaften, sowie eine entsprechende Erweiterung der AU-Richtlinie des G-BA hilfreich. Schließlich sollte auch eine Vergütung des zusätzlichen Aufwands geprüft werden, die mit dem Assessment von Teilarbeitsfähigkeit verbunden wäre.
- ◆ Zur technischen Umsetzung sollte ein entsprechender Abschnitt zur Beurteilung der Teilarbeitsfähigkeit in das Formular für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgenommen werden.
- ◆ Die Option einer Teilarbeits(un)fähigkeit sollte sowohl von Teilzeit- als auch Vollzeitbeschäftigten ab dem ersten Tag einer Krankheitsphase genutzt werden können. Dabei sollte es mehrere (z. B. drei) Abstufungsmöglichkeiten geben. Die maximale Dauer einer Teilkrankschreibung sollte nicht kürzer sein als die maximale Dauer einer vollen Arbeitsunfähigkeit.
- ◆ Für Arbeitgeber sollte es individuelle Beratungsangebote geben, in klar definierten Fällen ggf. auch finanzielle Unterstützung zur Anpassung von Arbeitsplätzen bzw. Bereitstellung von Arbeits-Hilfsmitteln, wenn sich dies für die Integration von teilarbeitsfähigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als erforderlich herausstellt.

Überlegenswert wäre, eine Freiwilligkeit der Teilkrankschreibung nur bis zu einer gewissen Höchstdauer einer Krankschreibung zuzulassen; im Anschluss daran könnte eine Verpflichtung der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers zur Nutzung der Teilkrankschreibung eintreten, soweit dies von ärztlicher Seite für akzeptabel oder gar sinnvoll gehalten wird. Ein solch weitergehender Schritt ließe sich durch die Einführung einer spezifischen ärztlichen Arbeitsfähigkeitsuntersuchung flankieren (z. B. in Anlehnung an das „Fit for Work“-Zertifikat in Dänemark).

Diese Gestaltungselemente lassen sich innerhalb unterschiedlicher Rahmen einer Weiterentwicklung im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit umsetzen:

- ◆ Möglich wäre eine Umsetzung in Form einer Weiterentwicklung bzw. Ausweitung des Instruments der stufenweisen Wiedereingliederung. Von einer Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte – verbunden mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen – Teilarbeitsfähigkeit zu prüfen, ist zu erwarten, dass dieses Instrument systematischer und damit häufiger genutzt wird. Auch ohne die Kombination mit Teilkrankengeld wären hiervon positive finanzielle Effekte zu erwarten.
- ◆ Soll die Option einer Teilarbeitsfähigkeit zusätzlich mit Teilkrankengeld kombiniert werden, kann eine Umsetzung zunächst im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden. Hierfür bietet sich beispielsweise eine indikationsbezogene Erprobung an, bei der insbesondere die Bereiche mit überdurchschnittlich langen AU-Fällen einbezogen werden (Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen).
- ◆ Schließlich kann Teilarbeitsfähigkeit in Kombination mit Teilkrankengeld (im Anschluss an die gesetzliche Lohnfortzahlung) nach dem Vorbild der skandinavischen Länder auch als generelle Option eingeführt werden. Für eine Umsetzung wäre dabei ein schrittweises Vorgehen empfehlenswert, beispielsweise in der Weise, dass zunächst Unterstützungsangebote entwickelt und etabliert werden (u. a. Fortbildungen, Leitlinien, Informations- und Beratungsangebote für Arbeitgeber, Vergütungsregelungen, finanzielle Förderangebote), bevor eine Pflicht zur Prüfung der Option einer Teilarbeitsfähigkeit eingeführt wird.

Angesichts der zunehmenden Verknappung von Fachkräften und der Alterung der Bevölkerung erscheint es sinnvoll, für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit potenziell langwierigen Erkrankungen und ihre Arbeitgeber eine Teilarbeitsfähigkeit als regelhafte Option einzuführen.

9. Anhang

A1 Formular

A1 Formular

Abbildung 20: Formular „Medizinische Grundlage zur Beurteilung des Arbeitsvermögens bei Krankheit“ (Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom) der schwedischen Sozialversicherungsanstalt

Rensa blanketten

Försäkringskassan
Klinik eller mottagning, telefonnummer och läkarens namn
(om du inte har angett detta längst ner på blanketten)

**Medicinskt underlag för bedömning
av förmåga att arbeta vid sjukdom** 1(2)

Patientens namn _____
Personnummer _____

Skickas till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Läkarintyg enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring
Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (Sml)

Om du inte känner patienten ska hon eller han styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29)

1
☐ Avstängning enligt Sml på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

Medicinsk bedömning
Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden

Diagnos/diagnoser för sjukdom/symtom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos)
Minst tre positioner

Anamnes för aktuell sjukdom

Status och objektiva undersökningsfynd på organsnivå (funktionsnedsättning)

Jag baserar uppgifterna på

☐ min undersökning av patienten
☐ min telefonkontakt med patienten
☐ journaluppgifter
☐ annat (ange vad i punkt 13)

Datum _____

Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå? (aktivitetsbegränsning)

Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas

☐ Given ordination (ange vilken) _____
☐ Fortsatt poliklinisk kontakt _____
☐ Undvika viss belastning (ange vilken) _____
☐ Besöka arbetsplatsen _____
☐ Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____
☐ Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____
☐ Övrigt (ange vad) _____

FK 7263 (004 F 001) Fästblad av Försäkringskassan
i samråd med Socialstyrelsen 2007-07-09

Personnummer

2(2)

7 Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?	
☐ Ja ☐ Nej ☐ Går inte att bedöma ☐ Patienten behöver få kontakt med företagshälsovård	
8 Jag bedömer patientens arbetsförmåga i förhållande till	
☐ nuvarande arbete - ange alltid arbetsuppgifter _____	
☐ arbetslöshet - att söka och kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden	
☐ föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn	
Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är	
☐ nedsatt med 1/4	från och med (år, månad, dag) _____ längst till och med (år, månad, dag) _____
☐ nedsatt med hälften	från och med (år, månad, dag) _____ längst till och med (år, månad, dag) _____
☐ nedsatt med 3/4	från och med (år, månad, dag) _____ längst till och med (år, månad, dag) _____
☐ helt nedsatt	från och med (år, månad, dag) _____ längst till och med (år, månad, dag) _____
9 Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:	
10 Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)	
☐ Ja ☐ Ja, delvis ☐ Nej ☐ Går inte att bedöma (motivera i punkt 13)	
11 Kan resor till och från arbetet med annat färdssätt än det patienten normalt använder göra det möjligt för patienten att återgå i arbete? ☐ Ja ☐ Nej	
12 Jag vill ha kontakt med Försäkringskassan ☐ Ja ☐ Nej	
13 Övriga upplysningar	
Underskrift	
14 Datum	16 Läkarens namnteckning
15 Namnförtydligande, mottagningens adress, telefon (om du inte har angett detta längst upp på blanketten)	_____
	17 Förskrivarkod och arbetsplatskod

FK 7263 (004 F 001) Fastställt av Försäkringskassan
i samråd med Socialstyrelsen 2007-09

Quelle: Försäkringskassan

Literaturverzeichnis

- Andrén D & Andrén T (2011): Part-Time Sick Leave as a Treatment Method? York, HEDG Working Paper.
- Andrén D & Svensson M (2009): Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders, Working Paper Örebro.
- Andrén D (2010): Part-time sick leave as a treatment for individuals with mental disorders? Örebro.
- Andrén D (2011): Is part-time sick leave helping the unemployed? Örebro.
- Anell A, Glenngård AH & Merkur S. (2012) Sweden: Health system review. Health Systems in Transition.
- Annerblom M-L & Sjöström S (2001): Partiell sjukskrivning, arbete och livssituation – en utvärdering med genusperspektiv, Lulea.
- Bäck C, Andersson KB & Hedin J (2015): Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling, Stockholm.
- BAR [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.] (Hrsg.) (2004): Arbeits-hilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Frankfurt am Main.
- BAR [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.] (Hrsg.) (2015): Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Ausgabe 2015. Frankfurt am Main. ISBN: 9783943714166. <http://www.bar-frank-furt.de/fileadmin/datei-liste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf>.
- Brage S, Kann IC & Nossen JP (2013): Gradert Sykmelding; NAV-Rapport 2013:2, Oslo.
- Brage S, Kann IC, Kolstad A, Nossen JP & Thune O (2011): Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk; in: Arbeid og velferd 3/2011.
- Bürger W, Glaser-Moller N, Kulick B, Pallenberg C & Stapel M (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung--Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. Rehabilitation (Stuttg) 50(2), 74-85. DOI: 10.1055/s-0030-1261900. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503860>.
- DRV [Deutsche Rentenversicherung] (Hrsg.) (2015): Rehabilitation 2014. Band 204. Berlin.
- Eierdanz A (2012): Betriebliche Eingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten – Mit der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V und § 28 SGB IX. München.
- EK [Europäische Kommission] (2013): Ihre Rechte der sozialen Sicherheit in Finnland, Brüssel.
- European Union (2013): Your social security rights in Denmark; Brüssel.
-

- Fagligt Fælles Forbund (o.J.): If you are unable to work due to illness; Copenhagen.
- Försäkringskassan (2012): Faktablad Arbetshjälpmedel, Stockholm.
- Försäkringskassan (2014): Analyzing the variation in the level of sickness absence. Stockholm.
- Försäkringskassan (2015): Faktablad Rehabilitering, Stockholm.
- Försäkringskassan (2016): Social Insurance in Figures 2016, Stockholm.
- Försäkringskassan (o.J.a): Vad ska ett läkarintyg innehålla? Stockholm.
- Försäkringskassan (o.J.b): Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom, Stockholm.
- Försäkringskassan (o.J.c): Bedömning av arbetsförmåga; Stockholm.
- Fricke A & Kotier A (2015): Teil-AÜ: Ärzte hadern mit der Idee der Gesundheitsweisen. AOK Presseschau: Ärzte Zeitung Neu-Isenburg 238, 1.
- Geiger U (2012): Soziale Absicherung während der stufenweisen Wiedereingliederung (Hamburger Modell). info also (5), 195-200.
- GOS [Government Offices of Sweden] (2014): Social Insurance in Sweden, Stockholm.
- Grødem AS, Orupabo J & West Pedersen A (2015): Gradert Sykemelding; NAV-Rapport 2015:05; Oslo.
- Hagelund A & Bryngelson A (2014): Change and Resilience in Welfare State Policy. The Politics of Sickness Insurance in Norway and Sweden; Social Policy and Administration; vol 48, No. 3, June 2014.
- Häußling E (2014): Arbeitsrecht Schweden, Berlin.
- Helsedirektoratet (2016): Faglig veileder for sykemeldere; Oslo.
- IS [Inspektionen för Socialförsäkringen] (2014): Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg; Jönköping.
- Kankaanpää A (2014): Sick leave prescribing practices in Finland, Turku.
- Kann IC, Brage S, Kolstad A, Nossen JP & Thune O (2012): Har gradert sykemelding effekt på sykefraværet?; in: Arbeid og velferd 2/2012.
- Kausto J (2013): Effect of partial sick leave on work participation, Tampere.
- Kausto J et al. (2008): Partial sickleave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries; Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2008; 34 (4).
- Kausto J et al. (2009): Osasairauspäiväraha Suomessa. Etuutta saaneiden kokemuk- sia ja työhön paluu, Helsinki.
-

- Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta LJ, et al. (2014): Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. *BMJ Open* 2014;4: e006685. doi:10.1136/bmjopen-2014-006685.
- KELA (2014): Osasairauspäivärahalla voi tukea työhön paluuta; Merkblatt, Helsinki 2014.
- KELA (2016a): kelan etuudet numeroina 2016; Helsinki.
- KELA (2016b): Kelan sairausvakuutustilasto 2015, Helsinki.
- LV [Landstinget i Värmland] (2007): Sjukskrivningsprocessen. Process/Flöjde, Riktlinjer, Ruti-ner; Karlstad.
- Marcussen JM (Hrsg.) (2016): Social Protection in the Nordic Countries 2014/2015; Nordic Social Statistical Committee (NOSOSCO) 62:2016, Copenhagen.
- Markussen S, Mykletun A & Røed K (2010): The Case for Presenteeism; IZA DP No. 5343, Bonn.
- MDS [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (Hrsg.) (2011): Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (AU). Essen.
- NAV [Norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung] (2013): NAV-Rapport 2013:2, Oslo.
- NAV [Norwegische Arbeits- und Wohlfahrtsverwaltung] (2016): Utviklingen i sykefraværet, 3. Kvartal 2016.
- Niehaus M, Magin J, Marfels B, Vater EG & Werkstetter E (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln.
- Nilsing Strid E (2013): The Sick Leave Process, Lindköping.
- Nordic Medico-Statistical Committee (2016): Health Statistics for the Nordic Countries; Copenhagen.
- o. V. (2011): Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 in Verbindung mit § 51 Absatz 5 SGB IX zwischen Kranken- und Rentenversicherung. https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitati-on/stufenweise_wiedereingliederung/_jcr_content/par/download/file.res/20110818_Original-Vereinbarung_komplett.pdf.
- Olejz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A & Hernández-Quevedo C. (2012): Denmark - Health system review. Health Systems in Transition, Copenhagen.
- Österlund N (2008): Deltidssjukskrivning. En registerstudie över utvecklingen 1995-2006. Socialförsäkringsrapport 2008:12, Stockholm 2008.
- Preusker UK (1996): Gesundheitssysteme in Skandinavien, Bergisch-Gladbach.
-

- Preusker UK (2010): Die Gesundheitssysteme Nordeuropas; in: Wolfgang Hellmann (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, Heidelberg.
- Preusker UK (2014a): Gesundheit unterm Nordlicht; in: Gesundheit + Gesellschaft 6/2014.
- Preusker UK (2014b): Rehabilitation in den nordischen Gesundheitssystemen: Zweck, Funktionen, Kosten und outcome; in: Wilfried von Eiff, Bernhard Greitemann, Martin Karoff (Hrsg): Rehabilitationsmanagement – Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren, Stuttgart.
- Preusker UK (2016): Das Gesundheitssystem Dänemarks; in: Wolfgang Hellmann (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, Heidelberg, 50. Aktualisierung.
- Rehwald K, Rosholm M & Rouland B (2016): Does Activating Sick-Listed Workers Work? Discussion Paper No. 9771, IZA, Bonn.
- Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I & Lindahl AK (2013) Norway: Health system review. Health Systems in Transition.
- SAK [Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö](2013): Kokemukset Osasairauspäivärahan käytöstä SAK:laisilla Työpaikoilla, SAK:n Luottamusenkilöpaneeli, 05/2013.
- SAR [Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering] (2015): Brugen af delvise raskmeldinger. Kvantitativ Analyse; Dezember.
- SC [Statistiska Centralbörån]: Statistiska Meddelanden vom 22.09.2015.
- Schneider U, Linder R & Verheyen F (2016): Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. Eur J Health Econ 17(5), 629-643. DOI: 10.1007/s10198-015-0707-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183381>.
- SF [Statistics Finland]: Labour Cost Survey in 2012, Appendix table 2: Structure of labour cost by sector in 2012; Helsinki 26.09.2014.
- SKL [Sveriges Kommuner och Landsting] (2016): Statistik om hälso- och sjukvare samt regional utveckling 2015, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012): Övergripande principer för sjukskrivning, Stockholm 2012.
- Söderberg E, Smeds M, Johansson A & Festin K (2011): Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010, Linköping.
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (Hrsg.) (2015): Sondergutachten 2015, Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. http://www.svr-gesund-heit.de/fileadmin/GA2015/SVR_AuszugII_Sondergutachten_2015_Krankengeld_Schnittstellen.pdf [Abgerufen am: 04.01.2017].
-

- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L & Baron JF (2009): The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective, Helsinki.
- The Ministry of Health (2016): Healthcare in Denmark, Copenhagen.
- Thorsen SV, Friberg C, Lundstrøm B & Kausto J (2015): Sickness Absence in the Nordic Countries, Copenhagen.
- Torges B (2010): Schweden: Ein Land geht an die Arbeit; in: MDK-Forum 4/2010.
- Vester Thorsen S et al. (2015): Sickness Absence in the Nordic Countries, Copenhagen.
- Vuorinen H, Haapanen A, Jahkola A, Joensuu M & Kivistö S (2010): Tukea työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen. Osasairauspäivärahan tavoitteet, etuuden käyt-töönotto ja jatkon haasteet, Helsinki.
-