

04.18

Lizenziert für Herrn Prof. Dr. Rainer Müller.
Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
In Kooperation mit:



69. Jahrgang
April 2018
ISSN 2199-7330
1424

sicher ist sicher

www.SISdigital.de



Arbeitsunfall und Berufskrankheit

Rechtliche und medizinische Grundlagen
für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte

Von Prof. Dr. jur. Gerhard Mehtens,
Prof. Dr. med. Helmut Valentin,
Dr. jur. Alfred Schönberger

9., völlig neu bearbeitete Auflage 2017, XVII, 1.397 Seiten,
fester Einband, € (D) 178,-, ISBN 978-3-503-16795-1

www.ESV.info/16795

Vorbeugender und
abwehrender Brandschutz 163
Betriebliche Wieder-
eingliederung ausbauen! 178

Sichere und gesundheitsge-
rechte Gestaltung betrieblicher
Veränderungsprozesse 171

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG



RAINER MÜLLER

Betriebliche Wiedereingliederung ausbauen! Die Niederlande als Vorbild?

Sozialepidemiologisch zeigt sich ein Anstieg chronischer Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte. Arbeits- und sozialpolitisch stellt sich die Herausforderung der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Berufliche Wiedereingliederung erhält einen hohen Stellenwert. Niederländische Politiken dazu werden als vorbildlich gepriesen. Die dortigen Verfahrensweisen werden mit der Frage vorgestellt, ob daraus Konzepte übernommen werden können.¹

1. Nur Stolpersteine bei betrieblicher Wiedereingliederung?

Die Kommission „Arbeit der Zukunft“ hat einen Denkanstoß „Betriebliche Wiedereingliederung ausbauen“ formuliert. „Die Kommission hält es für nötig, Standardverfahren zu entwickeln, beispielsweise nach niederländischem Vorbild, wo es klare Ablaufpläne für Wiedereingliederung mit festen „Meilensteinen“ gibt“[1].

Leider wird nicht angegeben, woher die Auffassung über das niederländische Vorbild stammt. Vermutlich bezieht sich die Aussage auf die Publikation von Mittag et al. [2].

¹ Die Recherchen zu diesem Artikel wurden im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Neue Allianzen für ‚gute Arbeit‘ bei bedingter Gesundheit“ an der Humboldt-Universität zu Berlin (Projektleitung: Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff) durchgeführt.

In der Publikation wird zwar zugestanden, dass soziale Reformen, „die in einem Land im Großen und Ganzen erfolgreich waren“, sich nicht ohne weiteres auf andere Länder wegen der unterschiedlich historisch gewachsenen Sozialsysteme und der Kulturen übertragen ließen, bei Veränderung des Systems der sozialen Sicherung träten auch ungewollte (negative) Effekte auf, dennoch wird festgestellt, „dass einige der Regelungen in den Niederlanden bedenkenwerte Anregungen für Reformbemühungen in Deutschland darstellen, wie

- ▶ ein zeitlich festgelegtes, strukturiertes Vorgehen mit definierten „Meilensteinen“ bei den Bemühungen um berufliche Wiedereingliederung,
- ▶ ein früher Beginn von Reintegrationsmaßnahmen mit einem trägerübergreifenden Fallmanagement,

- ▶ eine stärkere Einbindung der Arbeitgeber in die (finanzielle) Verantwortung bei langfristiger Erkrankung der Beschäftigten sowie
- ▶ eine stärkere Aktivierung der Beschäftigten durch entsprechende Anreize zur Wiederaufnahme der Arbeit“ (2, S. 17).

Gefragt wird, ob nicht die Vielzahl der unterschiedlichen Akteure an dieser Schnittstelle in Deutschland kontraproduktiv wirken würde.

Für die doch gewichtige Anregung wäre ein Hinweis auf den angeblichen Erfolg der niederländischen Sozialreform „im Großen und Ganzen“ nicht unwichtig gewesen. Denn die sozial- und arbeitsmarktpolitischen Reformen um die Jahrhundertwende werden eher als paradoxe Politiken bezeichnet [3] und waren mit heftigen Konflikten gerade zur Politik der Reduzierung der Frühverrentung und damit der Reintegration in die Erwerbstätigkeit auch der Älteren verbunden [4]. Für die Niederlande und Deutschland gilt wie generell für die Europäische Union ein aktivierungspolitisches Leitbild zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut bzw. zur Steigerung der ökonomischen Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Nationalstaatliche Reformen zur Reintegration von chronisch kranken Erwerbstätigen in den Arbeitsmarkt sind deshalb daraufhin zu analysieren, wie denn die jeweilige Politik des aktivierenden Sozialstaates im Konkreten ausgestaltet wurde. Und hier lassen sich durchaus unterschiedliche Typen der Reform des Sozialstaates beobachten, sodass Zweifel an einer möglichen Übertragung der oben empfohlenen Maßnahmen angebracht sind.

2. Typen des aktivierenden Sozialstaates

Zu den Maßnahmen des aktivierenden Sozialstaates gehören arbeitsmarktpolitische sowie sozialpolitische Interventionen. Das Bündel von Maßnahmen beruht auf folgenden drei Säulen:

Investive aktive Arbeitsmarktpolitik mit Maßnahmen zur (Wieder-)Herstellung bzw. Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit),

Verschärfung von Auflagen für den Bezug von Transferleistungen, um die Bereitschaft zur (Wieder-)Aufnahme von Beschäftigung zu steigern (Konditionalität) und

Verringerung von Lohnersatz – und Sozialleistungen (Re-Kommodifizierung), um die Eigenverantwortung zur Bestreitung des Lebensunterhalts durch Erwerbsarbeit zu stärken [5].

Gerade zur Wiedereingliederung von leistungsgewandelten bzw. langfristig arbeitsunfähigen Personen in den Arbeitsmarkt sind wegen Überalterung, verstärktem finanziellen Druck auf besonders Kranken- und Rentenversicherungen, neuerdings auch wegen Arbeitskräftemangel verstärkt Revisionen in den Sicherungssystemen europäischer Staaten durchgeführt worden. Die

Frage, ob die Niederlande mit dem Mix an Interventionen der drei Strategien zum Typus fördernder Wohlfahrtsstaat oder Workfare-Staat gehört, verlangt eine Darstellung der Politik zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung bei bedingter Gesundheit. Der fördernde Wohlfahrtsstaat zielt auf Verbesserung des Humanvermögens, das Arbeitsvermögen eingeschlossen, durch hohe Qualität rehabilitativer medizinischer und qualifikatorischer Leistungen. Zugleich schafft er rechtliche Regelungen, institutionelle Strukturen und praktizierte Verfahrensweisen und damit angemessene Arbeitsbedingungen zur gelingenden Reintegration. Sicherlich sind bei diesem Typus auch Anreiz- und Sanktionsmöglichkeiten vorhanden, doch sind sie weniger stark ausgeprägt als im Workfare-Staat. Dieser agiert mit einer Kombination von verschärfter Konditionalität und starker Re-Kommodifizierung, d.h. es kommt zu Leistungskürzungen und einer starken Verpflichtung zur (Wieder-) Aufnahme von zumutbarer Erwerbsarbeit [6].

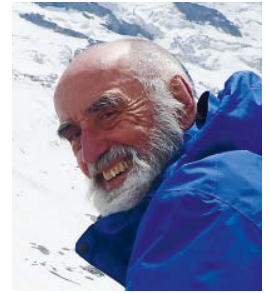
3. Sozialpolitik in den Niederlanden zur beruflichen Wiedereingliederung bei bedingter Gesundheit

Der derzeitige Stand der niederländischen Politik zur beruflichen Wiedereingliederung ist das Ergebnis eines langwierigen Prozesses seit Beginn der achtziger Jahre zur Modernisierung eines kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaates, der eines hohen Beschäftigungsniveaus bedarf und auf die Beiträge der Beschäftigten für die sozialen Sicherungssysteme angewiesen ist. Gründe für die Reformanstrengungen waren eine extrem hohe Arbeitslosigkeit, fast 14% der Erwerbsbevölkerung, und eine ähnlich hohe Rate von Berufsunfähigkeitsrenten und Frühverrentungen mit der Folge der hohen finanziellen Leistungen der Sozialversicherungen bei sinkendem Wirtschaftswachstum. Es kam zu einem radikalen Umbau in den Kernbereichen des Wohlfahrtsstaates: den Arbeitsbeziehungen, der sozialen Sicherung und Arbeitsmarktpolitik mit der zentralen Stoßrichtung maximaler Erhöhung der Erwerbstätigkeit und Senkung der Transferleistungen [7].

Für den Bereich der Arbeitsbeziehungen gilt heute in den Niederlanden der Grundsatz der gemeinsamen Verantwortung von Arbeitgeber und Beschäftigten für die Arbeitsbedingungen bei Rücknahme staatlicher kontrollierender Interventionen.

Mit dem neuen 2017 in Kraft getretenen Arbeitsschutzgesetz (Arbowet) wird die Politik zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit verstärkt [8]. Unabhängig von seiner Größe ist jeder Betrieb verpflichtet, einen Basiskontrakt mit einem privaten Arbeitsschutzdienst (Arbodienst, private Dienstleister für Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Ar-

DER AUTOR



**Prof. Dr. med.,
Dipl. Soz. Rainer Müller**
Arzt für Arbeitsmedizin/
Sozialmedizin
von 1976-2007
Universität Bremen
von 1984-2009 Betriebsarzt
der Flughafen Bremen GmbH
rmueller@uni-bremen.de
<http://rainer-mueller.info>

beits- und Organisationspsychologie, Arbeitshygiene; in nur noch wenigen Großbetrieben als eigene Einrichtung) evtl. zusätzlich mit selbständigem Betriebsarzt abzuschließen. Für diesen Vertrag sind rechtliche Mindestbedingungen vorgeschrieben über Leistungen, die der Arbeitgeber für die Begleitung von erkrankten Beschäftigten (Zielteilverzuimbegeleitung), die Risikoevaluation (RI&E, analog zu Gefährdungsbeurteilung in Deutschland), die periodischen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (PAGO) und Einstellungsuntersuchungen einzukaufen hat. Einsatzzeiten sind nicht vorgeschrieben und deshalb nicht festgelegt. Jeder Beschäftigte hat also einen Rechtsanspruch auf Zugang zu einem Betriebsarzt. Die staatliche Inspektion des Ministeriums für Soziales und Arbeit kontrolliert diese Abschlüsse. Gesetzliche Unfallversicherungen, die in Deutschland neben der staatlichen Gewerbeaufsicht Betriebe kontrollieren, existieren nicht. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten haben versicherungsrechtlich keinen Kausalitäts-Status wie in Deutschland. Sie werden wie jede Erkrankung behandelt. Sie sind aber anzuzeigen und können die Höhe der Versicherungsbeiträge der Arbeitgeber bestimmen.

Die sozial- und arbeitsmarktpolitischen Reformen um die Jahrhundertwende werden eher als paradoxe Politiken bezeichnet und waren mit heftigen Konflikten verbunden.

Für den Sektor der Sozialen Sicherung wurden Institutionen für Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit, Behinderung und Armut völlig umgebaut. Steuerungsmechanismen wurden neu justiert, Zugangswege zu Leistungen blockiert, Leistungen gekürzt und Beiträge gesenkt. Die Privatisierung der Einkommenssicherung im Krankheitsfall und Auslagerung von Krankengeldzahlungen aus der Krankenversicherung ist für den aktuellen Umgang mit chronisch erkrankten Beschäftigten entscheidend. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls der Zugang zu Leistungen wegen Invalidität neu geregelt und stark erschwert.

Auf dem Gebiet der Arbeitsmarktpolitik wurde mit der Einbindung der Gemeinden eine Reorganisation und Neujustierung zu Arbeitslosigkeit [9] und Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus Krankheitsgründen vorgenommen.

Im Rahmen der Reorganisation der Sozialpolitik zu den Feldern Arbeitsbeziehungen, Soziale Sicherung und Arbeitsmarkt wurden seit Januar 2002 die damit verbundenen administrativen Aktivitäten zentralisiert und im Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV, Ausführungsinstitut für Arbeitnehmersozialversicherungen) zusammengeführt.

4. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)

Die zentrale Stellung im niederländischen System der Sozialen Sicherung für die Umsetzung der verschiedenen rechtlichen Regelungen bezüglich Arbeitsmarkt, Betrieb und Erwerbstätige nimmt das Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) ein. Das UWV ist dem Ministerium für Soziales und Arbeit weisungsrechtlich nachgeordnet. Diese Organisation wirkt damit sehr einflussreich in der Politik der (Re-) Integration von Beschäftigten bzw. Arbeitslosen mit bedingter Gesundheit in den Arbeitsmarkt. Relevant für die hier anstehende Fragestellung sind die Abteilungen Werkbedrijf, Sociaal Medische Zaken und Uitkeren. Die Abteilung Werkbedrijf kann als zentrales Arbeitsamt angesehen werden und ist damit zuständig vor allem für Arbeitslosigkeit und Arbeitsmarktregulation in enger Kooperation mit den Gemeinden. In der Abteilung Sociaal Medische Zaken sind Versicherungsärzte und arbeitswissenschaftlich qualifizierte Arbeitsexperten (Arbeidsdeskundige) mit der Beurteilung von Beschäftigten (Claimbeoordeling) in Fragen von Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus Krankheitsgründen und Reintegration in den Arbeitsmarkt bzw. Betrieb beschäftigt. In dieser Funktion kann eine begrenzte Analogie zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Deutschland gesehen werden. In der Abteilung Uitkeren werden die einkommenden Geldströme und die Auszahlungen (Uitkering) bewerkstelligt, analog dem deutschen Kranken- oder Arbeitslosengeld bzw. der Erwerbsminderungsrente [9].

5. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, Lohnfortzahlung, finanzielle Leistungen und Reintegration

Bei Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen ist der Arbeitgeber inzwischen verpflichtet, für 104 Wochen den Lohn fort zu zahlen und aktiv Maßnahmen zur Wiedereingliederung (Reintegration) vorzunehmen. Es wird unterschieden zwischen einer Prozedur im ersten Jahr und einer im zweiten Jahr einer Arbeitsunfähigkeit. Die Fortzahlung beträgt im ersten Jahr minimal 70% des vorherigen Verdienstes. Nicht selten wird über Arbeits- und/oder Tarifverträge eine Lohnfortzahlung in Höhe von 100% möglich gemacht. Im zweiten Jahr besteht auch Anspruch auf 70% des letzten Bruttolohnes unter Umständen fällt er aber niedriger aus. Der Arbeitgeber kann sich für die Lohnfortzahlung freiwillig rückversichern.

Im Unterschied zu Deutschland besteht in den Niederlanden keine rechtlich formale Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit durch den behandelnden Arzt. Nach Artikel 14 des Arbeitsschutzgesetzes berät

der Betriebsarzt bei der Begleitung des erkrankten Beschäftigten („adviseren bij de begeleiding van werknemers“). Er beurteilt, ob der Beschäftigte arbeitsunfähig ist und wie lange die Fehlzeit wahrscheinlich dauern wird oder welche Arbeit er bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch ausüben kann. Seine rechtliche Verantwortung liegt während der Fehlzeit (Verzuimbegeleiding) in der sozialmedizinischen Begleitung [10]. Die Aussage des Betriebsarztes ist leitend aber nicht verbindlich. Er darf gegen den Willen des Beschäftigten keine medizinischen Informationen preisgeben. Der Beschäftigte kann nicht gezwungen werden, sich vom Betriebsarzt untersuchen zu lassen. Der Arbeitgeber kann dann die Lohnfortzahlung aussetzen. Bei Uneinigkeit können Arbeitgeber und Beschäftigte das UWV um ein fachliches Gutachten bitten.

Bezweifelt ein Beschäftigter Beurteilungen und Beratungen vom Betriebsarzt zu rechtlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen, zu Fragen einer möglicherweise vorliegenden Berufserkrankung oder zu noch vorhandener Arbeitsfähigkeit trotz Erkrankung, dann kann er ein „second opinion“ eines anderen Betriebsarztes verlangen. Der Arbeitgeber hat die Kosten zu tragen.

Innerhalb der Arbeitsunfähigkeit kann nur unter bestimmten Umständen, wie betriebswirtschaftliche Gründe, langdauernde oder häufige Arbeitsunfähigkeit, eine Kündigung (Ontslag) ausgesprochen werden. In jedem Fall ist das UWV einzuschalten. Nach zweijähriger Arbeitsunfähigkeit kann gekündigt werden. Hat der Arbeitgeber nach Auffassung von UWV sich ungenügend um die Reintegration gekümmert, dann kann der Kündigungsschutz um ein Jahr verlängert werden. In den Niederlanden kann im Gegensatz zum deutschen Recht einem Beschäftigten nur nach vorangegangener Zustimmung des UWV gekündigt oder durch eine gerichtliche Entscheidung eine Auflösung des Arbeitsvertrages ausgesprochen werden (Wet werk en zekerheid, 2015). Beschäftigten mit einem befristeten oder unbefristeten Arbeitsvertrag mit mindestens zweijähriger Tätigkeit steht eine Abfindung (Transitievergoeding) zu.

5.1. Stufenplan bei Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen (Stappenplan bij ziekte) nach dem „Gatekeeper-Gesetz“ (Wet verbetering poortwachter)

Mit dem Poortwachter-Gesetz von 2002 soll der Krankenstand, mögliche längerfristige Arbeitsunfähigkeit mit dem Risiko der Erwerbsminderung und die damit verbundenen finanziellen Leistungen (Lohnfortzahlung, Krankengeld, Rente) gesenkt und eine schnelle sowie dauerhafte Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit erreicht werden.

Arbeitgeber haben sich eines Stufenplans (Stappenplan bij ziekte) gemäß Vorgabe des UWV im Umgang mit erkrankten Beschäftigten zu bedienen [11]. Der Plan sieht folgende Stufen vor:

1. Der Beschäftigte hat sich so schnell als möglich beim Arbeitgeber wegen Krankheit als arbeitsunfähig zu melden.
2. Spätestens am 4. Fehltag hat der Arbeitgeber den Erkrankten beim Betriebsarzt oder Arbodienst zu melden. Sie nehmen Kontakt mit ihm auf und beurteilen Arbeitsunfähigkeit und Maßnahmen zu Wiedereingliederung.

Nationalstaatliche Reformen zur Reintegration von chronisch kranken Erwerbstätigen in den Arbeitsmarkt sind daraufhin zu analysieren, wie die jeweilige Politik des aktivierenden Sozialstaats im Konkreten ausgestaltet wurde.

3. Nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit ist der Arbeitgeber verpflichtet, durch den Arbodienst oder Betriebsarzt eine Problemanalyse mit dem Ziel einer schnellen Reintegration in den Ursprungsbetrieb einzuholen. Der Betriebsarzt ermittelt die gesundheitlichen Beschwerden, Funktionseinschränkungen und die Arbeitsbedingungen. Hierin wird festgehalten, was der Beschäftigte noch arbeiten kann und was nicht. Eine Prognose über die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird abgegeben. Der Beschäftigte erhält ebenso diese Problemanalyse. Dieses Dokument für den Arbeitgeber darf keine medizinischen Informationen enthalten. Der Arbeitgeber verfasst einen Reintegrationsbericht (Reintegrativerslag) über Gespräche sowie Entscheidungen bzw. Maßnahmen.
4. Hält die Arbeitsunfähigkeit an, dann haben spätestens zwei Wochen nach der Problemanalyse Arbeitgeber und Beschäftigte gemeinsam einen „Plan van aanpak“ (Plan für die berufliche Wiedereingliederung) aufzustellen. Der Beschäftigte ist verpflichtet, daran mitzuwirken. UWV stellen per Internet Formulare für den Arbeitgeber zur Verfügung. Der Plan gibt Hinweise auf ergonomische und zeitlich angemessene Gestaltung der Arbeitsbedingungen wie auch zu Weiterbildung bzw. Stressbewältigung. Es ist ein Casemanager zu benennen. Dies können ein Kollege, ein Vorgesetzter, ein Beauftragter des Arbodienstes oder der Versicherung für Lohnfortzahlung sein. Hier können sich Konflikte einstellen, ob nämlich der Casemanager unter der Verantwortung des Betriebsarztes oder eines

Dritten steht [10]. Alle sechs Wochen ist der Stand der Wiedereingliederung zu evaluieren.

- Bei weiterhin bestehender Arbeitsunfähigkeit haben Arbeitgeber und Beschäftigte gemeinsam kurz vor Ablauf des ersten Jahres einen Evaluationsbericht über die Bemühungen zur Wiedereingliederung zu erstellen. Sie werden meistens von den beauftragten Diensten erstellt. Der Bericht geht an UWV.
- Es beginnt die zweite Spur der Integration, d. h. es wird nach Möglichkeiten der Beschäftigung in anderen (regionalen) Betrieben gesucht.
- Ist der Beschäftigte weiterhin seit anderthalb Jahren krank, dann erhält er einen Brief von UWV, um finanzielle Leistungen nach dem Gesetz über Erwerbsminderung (WIA-uitkering) zu beantragen. Dem Antrag liegt der Reintegrationsbericht des Arbeitgebers bei. Er wurde auch dem Beschäftigten ausgehändigt.

Es muss bezweifelt werden, dass Verfahren im niederländischen Konzept dazu nach Deutschland transferiert werden können.

- Auf der Basis des Antrags auf WIA-uitkering und des erstellten Reintegrationsberichts entscheidet UWV, ob Arbeitgeber und Beschäftigte hinreichend zur beruflichen Reintegration bemüht waren. Es können bei negativer Beurteilung Sanktionen gegen Arbeitgeber (weitere Lohnfortzahlung über 52 Wochen) und Beschäftigte (Kürzung der finanziellen Leistung) verhängt werden.
- Nach 91 bis 104 Wochen wird durch UWV entschieden, ob der weiterhin erkrankte Beschäftigte gemäß seinem Antrag eine finanzielle Leistung wegen Erwerbsminderung (WIA-uitkering) bekommt und in welcher Höhe. Dazu wird eine Begutachtung (Claimbeoordeling) innerhalb UWV vorgenommen. Durch die Beurteilung soll der Verlust an Verdienacapaciteit (Geldbetrag, den ein Beschäftigter verdienen kann in derselben Arbeitsfunktion ohne gesundheitliche Einschränkung) festgestellt werden.
- UWV übernimmt nach Fortfall der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber die weitere berufliche Wiedereingliederung.

In den Niederlanden werden drei Klassen von Erwerbs(un)fähigkeit angewandt:

- Bei parzellierter Erwerbsunfähigkeit ist die Erwerbsfähigkeit teilweise gemindert. Der Beschäftigte kann zwischen 20% und 65% seines alten Lohnes verdienen. Neben finanziellen Leistungen liegt der Schwerpunkt auf

der Rehabilitation verbunden mit Anreizen für Arbeitgeber und Beschäftigte.

- Vollständige Erwerbsunfähigkeit mit der Chance auf Wiederherstellung führt zu Rentenzahlung und strikter Mitwirkungspflicht zur Wiedereingliederung.
- Wird eine vollständige und anhaltende Erwerbsunfähigkeit festgestellt, so wird Rente bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt. Der Beschäftigte unterliegt nicht der gesetzlichen Verpflichtung zur Reintegration in den Arbeitsmarkt.

6. Bedingungen für eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung

6.1. Anzahl, Größe und Zusammensetzung der Betriebe

Anfang 2018 waren in den Niederlanden 1.665 795 Betriebe gemeldet. 79% davon waren Selbständige ohne Beschäftigte. 17% der Betriebe hatten 2-10 Beschäftigte, 3% 10- 50 Beschäftigte, 0,4% 50-100 Beschäftigte und 0,5% 100 Beschäftigte und mehr mit Arbeitsvertrag.

2017 waren 8.579 000 Erwerbstätige (84% Beschäftigte, 16% Selbständige) registriert. 75% der selbständigen Unternehmer hatten keine Beschäftigten. 74% der Beschäftigten hatten eine feste und 26% eine flexible Anstellung. 51% der Beschäftigten waren in Vollzeit tätig und 49% in Teilzeit beschäftigt. Die Arbeitslosenquote betrug 4,5%. Im Jahr 2017 wurden 603 000 Erwerbstätige als Personen mit Behinderungen (Arbeitsgehandicapten) eingestuft. 82% von ihnen waren Beschäftigte und 18% Selbständige. 36% der Personen mit Behinderungen waren in Vollzeit und 64% von ihnen in Teilzeit berufstätig [12].

6.2. Betriebliches Handeln im Arbeitsschutz, bei Fehlzeit und Beschäftigte mit Behinderungen

Die Werkgevers Enquete Arbeid 2016 [13] bietet repräsentativ für Betriebe mit mindestens zwei Erwerbstätigen durch Befragung der Betriebsleitung Auskünfte über Merkmale des Betriebs, Arbeitsbedingungen einschließlich Arbeitszeiten, Arbeitsverhältnisse, Organisation, Flexibilisierung, technologische Entwicklung, Personalpolitik, Angaben zu den Beschäftigten und Aussagen zu ökonomischen Resultaten sowie Umgang mit Krankenstand bzw. Fehlzeiten. Tabelle 1 gibt einen Überblick zu einigen Ergebnissen für die hier behandelten Aspekte im Hinblick auf Betriebe insgesamt und Größe des Betriebes nach Anzahl der Beschäftigten.

Das Institut „Sociaal en Cultureel Planbureau“ des „Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid“ führt seit 1989 repräsentativ alle 2 Jahre eine Befragung von circa 2800 Betrieben mit 5 und mehr Beschäftigten zur betrieblichen Personalpolitik durch.

Die Ergebnisse:

- ▶ 2015 hatten 17% der Betriebe Beschäftigte mit Behinderung (Medewerker mit Arbeitsbepferking) beschäftigt. 2011 und 2013 lag der Anteil bei 9%. In Großbetrieben (mehr als 100 Beschäftigte) waren es 39%, in mittelgroßen Betrieben 22% und in Kleinbetrieben 11% mit deutlichen Unterschieden nach den Wirtschaftssektoren: Im Öffentlichen Dienst lag der Anteil bei 47%.
- ▶ 32% der Arbeitgeber fühlten sich verantwortlich, 36% etwas und 32% nicht dafür, Beschäftigte mit Behinderung einzustellen. Große Betriebe erklärten sich zu 64%, mittelgroße zu 48% und Kleinbetriebe zu 24% dafür verantwortlich.
- ▶ 11% der Betriebe dachten daran, in den nächsten 2 Jahren Beschäftigte mit Behinderung einzustellen. Für etwa 40% der Arbeitgeber kam das möglicherweise und für 50% sicher nicht in Betracht.
- ▶ Etwa 28% der Betriebe nutzten Unterstützungsleistungen wie Lohnersatz oder Freistellung von Versicherungsbeiträgen.
- ▶ Viele Betriebe, vor allem die kleineren und mittelgroßen, hatten keine Kenntnisse von diesen Leistungen [14].

6.3. Reintegration in den Arbeitsmarkt bei langdauernder Erkrankung

Ein Bericht von UWV [15] fragt nach dem Unterschied des Erfolgs bei Reintegration von Personen mit langdauernder Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zwischen privater oder staatlicher Versicherung (durch UWV) des Arbeitgebers in Bezug auf Krankengeld und Verpflichtung zur Reintegration.

Gemäß dem gesetzlich vorgeschriebenen Stufenplan haben Arbeitgeber arbeitsunfähige Beschäftigte in der 42. Woche an UWV zu melden. Es wurden alle Gemeldeten angeschrieben, die im November und Dezember 2014 krank gemeldet wurden und mindestens 9 Monate krank waren. Sie wurden im Oktober/November 2015 und Juni/Juli 2016 schriftlich befragt. Die Beteiligung lag bei 41%. In die Auswertung der Befragung fielen 1519 Personen mit privater Versicherung und 1779 mit staatlicher Versicherung. 78% der privat Versicherten waren in einem Großbetrieb, 15% in einem mittelgroßen und 7% in einem kleineren Betrieb beschäftigt. Für die staatlich Versicherten lauten die Zahlen 63%, 25% und 12%. In beiden Gruppen waren 42% männlich und das Durchschnittsalter betrug 52 bzw. 50 Jahre. 41% bzw. 38% Personen litten an Erkrankungen des Bewegungsapparates, 34% bzw. 38% an psychischen Störungen und 45% bzw. 46% an sonstigen Krankheiten. In den 18 Monaten erhielten sie je zu 25% Hilfen wie eine Finanzierung

von Therapie und Beratung. Keine Begleitung hatten etwa 20% in beiden Gruppen. Eine andere Arbeit, weniger Aufgaben und verkürzte Arbeitszeit bekamen beide Gruppen zu 40-45%. An Maßnahmen der Weiterbildung, therapeutischen Interventionen oder Arbeitsplatzanpassungen nahmen 50-60% teil. Nach 21 Monaten der Krankmeldung ist bei UWV eine Anfrage wegen finanzieller Leistungen zu stellen. Diejenigen, die 18 Monate krank waren, wollten unabhängig von Art der Versicherung zu fast 60% einen solchen Antrag stellen. 14% erwägen dies nicht.

Als zentrales Ergebnis wird festgestellt, dass die Chancen auf Reintegration in den Arbeitsmarkt in den ersten zwei Jahren der Arbeitsunfähigkeit nicht von der Art der Versicherung abhängt. Allerdings zeigen die Anstrengungen zur Reintegration signifikante Unterschiede zwi-

Maßnahmen	Betriebe Insgesamt (absolut)	mit 5-9 Beschäftigten (in Prozent)	mit 50-99 Beschäftigten (in Prozent)	mit über 100 Beschäftigten (in Prozent)
Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zu Fehlzeiten				
Organisatorische Verbesserungen	15	14	37	42
Technische Verbesserungen	17	26	29	30
Persönliche Schutzausrüstung	20	29	33	29
Vorsorgeuntersuchungen	12	11	37	46
Anreize um Fehlzeiten zu reduzieren	13	14	29	39
Begleitung bei Fehlzeit, Reintegration	15	15	45	53
Arbeitsanpassung	19	20	23	27
Keine Maßnahmen	35	25	7	6
Arbeitsschutz und Begleitung erkrankter Beschäftigter				
Führungskraft	63	57	37	56
Personalleitung	10	12	32	24
Betriebsarzt	4	6	8	6
Arbeitsschutzdienst	20	23	15	4
Casemanager	3	2	7	11
Verpflichtung eines Betriebsarztes oder Arbeitsschutzdienstes				
Externer Arbeitsschutzdienst	44	45	78	73
Geregelt mit Fehlzeit-Versicherung	24	33	7	3
Eigener Betriebsarzt	4	4	8	17
Direkter Zugang zum Betriebsarzt	20	19	38	54
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung (PAGO)	25	28	56	63
Kein Betriebsrat oder Personalvertretung	83	84	37	15
Einstellung von Personen aus verletz- baren Gruppen in letzten 2 Jahren	18	13	49	57

Tab. 1: Betriebliche Maßnahmen

schen Großbetrieben und den mittleren bzw. kleineren Betrieben.

Einen ausführlichen Bericht zur Lage der Integration von chronisch kranken Personen in die Erwerbsarbeit hat der Sozialökonomische Rat, eine offizielle Institution zur Beratung der Regierung, im März 2016 [16] vorgelegt. Ausgegangen wird von der demografischen Entwicklung und der Hochrechnung, dass die Zahl chronisch Kranker von 5,3 Millionen in 2011 mit ca. 17 Millionen Einwohnern auf 7 Millionen im Jahr 2030 steigen wird.

Im Bericht des Rates „Beperkt in functie“ von Oktober 2016 [17] wird zu Trends von Krankenstand und Arbeitsteilnahme von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in den letzten 10 Jahren festgestellt, dass zwar Krankenstand und Arbeitsunfähigkeit abgenommen haben, aber die Teilhabe von Personen mit Behinderungen am Arbeitsleben ebenfalls. Die politisch-ökonomische Krise 2007ff. war dabei ein Einflussfaktor.

Arbeitgeber haben dem Arbeitsschutz bzw. der betrieblichen Gesundheitspolitik weniger Aufmerksamkeit gewidmet. Für sie war Gesundheit im Wesentlichen ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl von Beschäftigten. Befreiung von Erwerbsarbeit wegen Erkrankung wurde für Beschäftigte selbstverständlicher angesehen.

Die Bedingungen am Arbeitsplatz zeigten sich für Menschen mit gesundheitlichen Behinderungen als ungünstig. Der Rückgang der beruflichen Teilhabe wird auf flexibilisierte Arbeitsbeziehungen, demografische Entwicklung (Vergrijzing), wachsende Anforderung, die Pflege von Familienangehörigen und einen höheren Anteil von Personen mit psychischen Störungen im Erwerbsalter zurückgeführt.

In den Niederlanden existiert im Übrigen keine gesetzliche Definition von Behinderung.

7. Zusammenfassung

In einer Gesellschaft mit langem Leben und Zuwachs des proportionalen Anteils alter Menschen bei deutlichem Anstieg chronischer Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte steht der Wohlfahrtsstaat bei seinen darauf bezogenen arbeits- und sozialpolitischen Regulierungen vor großen Herausforderungen. Deutschland und die Niederlande haben darauf mit unterschiedlichen konflikthaften Politiken reagiert. Auch bei der beruflichen Wiedereingliederung sind hier deutliche Unterschiede festzustellen. Es muss bezweifelt werden, dass Verfahren im niederländischen Konzept dazu nach Deutschland transferiert werden können. Denn die Rahmenbedingungen sind deutlich verschieden. So haben im Gegensatz zu Deutschland niederländische Arbeitgeber für zwei Jahre bei Arbeitsunfähigkeit

den Lohn bei hohem Kündigungsschutz fort zu zahlen. Ein zentrales administratives Institut für die zentralen Sozialversicherungen, das berufliche Wiedereingliederung kontrolliert, besteht in der Bundesrepublik nicht. Die gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Begleitung erkrankter Beschäftigter mit dokumentiertem Bemühen zur Reintegration hat dazu geführt, dass Betriebsärzte bzw. Arbeitsschutzdienste überwiegend mit dieser Begleitung auf Kosten präventiver Arbeitsgestaltung beschäftigt sind. Insbesondere zeigt sich dieses Defizit bei Klein- und Mittelbetrieben. ■

LITERATUR

- [1] Jürgens, K., Hoffmann, R., Schildmann, Ch. (2017): *Arbeit transformieren! Denkanstöße der Kommission „Arbeit der Zukunft“*, Bielefeld, S. 161
- [2] Mittag et al. (2014): *Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung: Was in den Niederlanden anders gemacht wird. Ein Vergleich der Systeme in den Niederlanden und Deutschland*. In: *Soziale Sicherheit* 1, 2014, S. 9-17
- [3] Hemerijck, A. (2003): *A Paradoxical Miracle: The Politics of Coalition Government and Social Concentration in Dutch Welfare Reform*. In: Jochem, S., Siegel, N. A. (Hg.): *Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Das Modell Deutschland im Vergleich*, Wiesbaden, S. 232-270
- [4] Fraune, C. (2011): *Neue Soziale Pakte in Deutschland und den Niederlanden*, Wiesbaden
- [5] Spannagel, D. et al. (2017): *Aktivierungspolitik und Erwerbsarbeit*, WSI-Report, Nr. 36
- [6] Dingeldey, I. (2011): *Der aktivierende Wohlfahrtsstaat*, Frankfurt, New York
- [7] Visser, J., Hemerijck, A. (1998): *Ein holländisches Wunder? Reform des Sozialstaates und Beschäftigungswachstum in den Niederlanden*, Frankfurt, New York
- [8] Kwantes, J. H., Hooftman, W. (o.J.): *OSH system at national level - Netherlands*; https://oshwiki.eu/wiki/OSH_system_at_national_level_-_Netherlands, Zugriff 11.2.2018
- [9] Kaltenborn, B. et al. (2010): *Zielsteuerung in der Arbeitsverwaltung – ein europäischer Vergleich* http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/fb-fb409-arbeitssteuerung.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff 11.2.2018
- [10] *Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde* (2013): *Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding*; <https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/LeidraadCasemanagementJuli2013.pdf>, Zugriff 12.2.2018
- [11] <https://www.uvw.nl/werkgevers/werknemer-is-ziek/loondoorbetaling/samen-werken-aan-re-integratie/detail/stappenplan-bij-ziekte>, Zugriff 12.2.2018
- [12] <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers>, Zugriff 13.2.2018
- [13] <http://www.monitorarbeid.tno.nl/publicaties/wea-2016>, Zugriff 14.2.2018
- [14] https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Arbeidsmarkt_in_kaart_werkgevers_2017, Zugriff 14.2.2018
- [15] <https://www.uvw.nl/overuuv/Images/uvw-kennisverslag-maart-2017-re-integratie-langdurig-zieke-werknemers.pdf>, Zugriff 15.2.2018
- [16] https://www.ser.nl/~media/db_adviezen/2010_2019/2016/werken-chronische-ziekte.ashx, Zugriff 15.2.2018
- [17] https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Beperkt_in_functie, Zugriff 15.2.2018