



**Arbeitsunfähigkeit**

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

Frankfurt, Juni 2023

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	3
<b>I. Arbeitsunfähigkeit richtig prüfen, Arbeitgeberrechte stärken</b>	5
1. Arbeitsunfähigkeit nach ausgeübter Tätigkeit beurteilen	5
2. Fortsetzungserkrankungen bei Entgeltfortzahlung rechtssicher klären	5
3. Arbeitgeber durch elektronische Krankmeldung nicht benachteiligen	6
4. AU-Bescheinigungstätigkeit von Ärzten wirksam prüfen	7
5. Verlagerung der Arbeitsunfähigkeit-Bescheinigungstätigkeit prüfen	8
6. Arbeitsunfähigkeit auch bei Privatversicherten überprüfbar machen	8
<b>II. Rehabilitation verbessern, schnelle Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen</b>	8
1. Arbeitsunfähigkeit nicht durch Wartezeiten auf Arzttermine verlängern	8
2. Haus- und Betriebsärzte müssen Reha-Bedarf besser erkennen	9
3. Schnellen Übergang vom Krankenhaus in die Reha sicherstellen	9
4. Reha am konkreten Arbeitsplatz ausrichten	9
5. Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern	10
6. Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei den sozialmedizinischen Diensten verbessern	10
7. Reha-Prozesse an Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten	11
8. Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein Erfolgsmodell	11
<b>III. Gesundheit stärken, Arbeitsunfähigkeit vorbeugen</b>	11
1. Eigenverantwortung der Arbeitnehmer einfordern	11
2. Arbeitgeber bei Arbeits- und Gesundheitsschutz unterstützen	12
3. Betriebsärztemangel lindern, Arbeitsmedizinische Versorgung verbessern	13
4. Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 abschaffen	14
<b>Hintergrund:</b>	15
<b>Das Arbeitsunfähigkeits-Geschehen in Deutschland und in Hessen</b>	15



## A. Zusammenfassung

Im Jahr 2021 entfielen in Deutschland insgesamt über 637 Millionen Arbeitstage aufgrund von arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Für die Arbeitgeber ist der vorübergehende oder dauerhafte Ausfall von Mitarbeitern mit erheblichen Kosten verbunden. Denn sie müssen das Arbeitsentgelt im Krankheitsfall regelmäßig bis zu sechs Wochen innerhalb eines Jahres wegen derselben Erkrankung weiterzahlen, bei weiteren Erkrankungen aus anderen Gründen auch deutlich länger.

Die Ausgaben der Arbeitgeber für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall inklusive der zu zahlenden Beiträge zur Sozialversicherung sind inzwischen allein für gesetzlich Krankenversicherte auf rund 77 Mrd. Euro p. a. angestiegen (2021; in Hessen ca. 6 Mrd. Euro) und haben sich damit gegenüber 2006 (22,6 Mrd. €) mehr als verdreifacht – Tendenz weiter steigend (IW Köln). Damit ist Entgeltfortzahlung die teuerste allein vom Arbeitgeber finanzierte Sozialleistung. Die Arbeitgeber haben ein hohes Interesse an der Gesundheit ihrer Arbeitnehmer und daran, dass Arbeitsunfähigkeit nur dann vom Arzt attestiert wird, wenn diese tatsächlich vorliegt.

Um die Richtigkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sicherzustellen, sollten Ärzte wie vorgeschrieben durchgehend nach der konkreten Tätigkeit des Patienten fragen. Denn maßgeblich ist immer die zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit. Nicht jede Erkrankung bedeutet zwangsläufig, dass der Erkrankte seiner Tätigkeit nicht mehr nachgehen kann.

Da der Großteil der jährlich rund 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Kurzeiterkrankungen entfällt, sollte geprüft werden, ob nicht zur Entlastung der Arztpraxen eine Verlagerung der Bescheinigungstätigkeit auf

besonders damit betraute Ärzte erfolgen sollte.

Durch den ab 01.01.2023 verpflichtenden Abruf der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) dürfen Arbeitgebern keine Nachteile entstehen. Insbesondere muss der Arbeitnehmer bei Störfällen im elektronischen Verfahren gesetzlich verpflichtet werden, dem Arbeitgeber eine Papierbescheinigung vorzulegen. Weiterhin müssen Kassenärztliche Vereinigung Hessen und Hessische Ärztekammer verstärkt darauf hinwirken, dass alle Ärzte ihrer gesetzlichen Pflicht zur elektronischen Übermittlung auch nachkommen. Zur Zeit werden nur rund 90 Prozent der Bescheinigungen vom Arzt elektronisch übermittelt. Die fehlenden 10 Prozent verursachen Verzögerungen und Mehraufwand bei Krankenkassen und Arbeitgebern. Zudem muss für Arbeitgeber aus der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – wie vor Umstellung des Verfahrens – künftig wieder der ausstellende Arzt erkennbar sein.

Gleichzeitig sollte auch die Aufsicht über die ärztliche Bescheinigungstätigkeit verbessert werden. Diese wurde bisher von der gemeinsamen Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung so gut wie nicht wahrgenommen und sollte deshalb auf den Medizinischen Dienst (MD) übertragen werden. Neben anlassbezogenen Prüfungen sollte der MD mit einer Zufallsstichprobe die ärztliche Tätigkeit bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen prüfen. Auf dieser Grundlage sollte die Landesärztekammer bei Ärzten, die zu Unrecht, zu häufig oder zu lange krankschreiben berufsrechtliche Konsequenzen prüfen. Der im Jahr 2019 ohne Begründung abgeschaffte Schadenersatzanspruch von Krankenkassen und Arbeitgeber gegen Ärzte bei vorsätzlich oder grob fahrlässig falscher Feststellung von Arbeitsunfähigkeit muss vom Bundesgesetzgeber wieder eingeführt werden.

Wenn Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeiters haben, können sie aktuell nur dann den Medizinischen Dienst einschalten, wenn der Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichert ist. Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern fehlt eine solche Überprüfungsmöglichkeit. Deshalb sollte der Gesetzgeber auch die privaten Krankenversicherungen verpflichten, den Arbeitgebern eine Möglichkeit zur Überprüfung anzubieten.

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

Ebenso muss die Zusammenarbeit der Reha-Träger (Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Arbeitsagenturen, Träger der Eingliederungshilfe und Integrationsamt) untereinander aber auch mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbessert und die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz bzw. in den Betrieb gestärkt werden. Insbesondere muss die stufenweise Wiedereingliederung vom behandelnden Arzt, wo sinnvoll, vorgeschlagen werden. Die tatsächliche Umsetzung muss jedoch alleine in den Händen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bleiben, damit diese bei z. B. bei fehlender Belastbarkeit jederzeit die Möglichkeit haben, die Eingliederung abzubrechen. Jeder Einzelne ist für seine Gesundheit und den Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit selbst verantwortlich und gefordert, auf gesunde Verhaltensweisen wie ausreichende Bewegung, gute Ernährung, einen angemessenen Umgang mit Genussmitteln und eine ausgewogene Lebensweise in Bezug auf Entspannung und Erholung zu achten. Der Gesetzgeber sollte diese Eigenverantwortung

durch mehr Kostentransparenz und eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten wieder stärker ins Bewusstsein rufen. Für ein besseres Kostenbewusstsein sollte die Praxisgebühr wieder eingeführt werden, die zudem bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte.

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

Damit Prävention und Gesundheitsschutz im Unternehmen möglichst wirksam sind, brauchen die Unternehmen neben schlankeren Vorschriften im gesetzlichen Arbeitsschutz auch eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiven überbetrieblichen Akteure (insbesondere die Krankenkassen untereinander und mit Berufsgenossenschaften und der Rentenversicherung). Neben einer umfassenden Beratung zu allen Gesundheitsangeboten sollten diese auch Ansätze zur Messbarkeit der Qualität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickeln und spezielle Angebote für kleine und mittlere Unternehmen schaffen.

Die hessische Landesregierung sollte die Präventionsanstrengungen der Unternehmen unterstützen, indem sie sich im Bund für bessere steuerliche Rahmenbedingungen einsetzt. Die Landesärztekammer muss für eine gute und schnelle arbeitsmedizinische Aus- und Weiterbildung sorgen. Mit einer Änderung der DGUV-Vorschrift 2 könnten Aufgaben im Arbeitsschutz außerdem auch an Experten anderer Fachrichtungen vergeben werden. Dies kann entscheidend dazu beitragen, die Lücke zwischen dem Angebot an Betriebs- und Arbeitsmedizinern und der Nachfrage der Betriebe nach betriebsärztlicher Betreuung

für ihre Beschäftigten zu schließen. Schlussendlich sollte Hessen im Bundesrat die Abschaffung der Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 fordern, damit Kleinunternehmen, die sich erfolgreich für den Gesundheitsschutz engagieren, hiervon durch einen niedrigen Krankenstand profitieren können, ohne zwangsweise die höheren Krankenkosten anderer Unternehmen mitfinanzieren zu müssen.

### **Im Einzelnen:**

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

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

Nicht jede Erkrankung führt zwangsläufig dazu, dass der Erkrankte nicht seiner Tätigkeit nachgehen kann. Trägt ein Arbeitnehmer einen Gehgips und hat sonst keine weiteren Beeinträchtigungen, ist er für körperliche Tätigkeiten oder solche, die ständiges Stehen oder Gehen voraussetzen (zum Beispiel Maurer oder Verkäufer), arbeitsunfähig. Bei einer sitzenden Tätigkeit (zum Beispiel Büroangestellter) kann jedoch durchaus Arbeitsfähigkeit bestehen. Dies gilt insbesondere, wenn der Arbeitnehmer durch neue Möglichkeiten des mobilen Arbeitens auch von zuhause aus tätig sein kann bzw. Gleitzeitregelungen und weitere Arbeitszeitmodelle ein Weiterarbeiten ermöglichen.

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

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

### **2. Fortsetzungserkrankungen bei Entgeltfortzahlung rechtssicher klären**

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

Für Arbeitgeber ist es jedoch nahezu unmöglich festzustellen, ob eine erneute Arbeitsunfähigkeit auf derselben (Fortsetzungserkrankung bzw. Vorerkrankung) oder einer neuen Erkrankung beruht. Sie sind deshalb auf Auskünfte der jeweiligen Krankenkasse angewiesen. Denn nur die Krankenkasse erhält von den behandelnden Ärzten die Diagnosen, die die Arbeitsunfähigkeit begründen. In der Praxis muss der Arbeitgeber elektronisch bei der Krankenkasse anfragen, ob anrechenbare Vorerkrankungen vorliegen. Die Krankenkasse meldet dann alle relevanten Vorerkrankungszeiten mit der Angabe, ob diese anrechenbar oder nicht anrechenbar sind, zurück. Bei der Einschätzung, ob eine Vorerkrankungszeit „anrechenbar“ oder „nicht anrechenbar“ ist, muss sich der Arbeitgeber jedoch auf die jewei-

lige Einschätzung der Krankenkasse verlassen. Damit Arbeitgeber nicht ungerechtfertigte Entgeltfortzahlungen leisten, sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MD) die Korrektheit der von den Krankenkassen beurteilten Neu- bzw. Folgeerkrankungszeiten regelmäßig überprüfen, um die Krankenkassen noch stärker zur Fehlerminimierung zu motivieren.

Krankenkassen müssen aber insbesondere auch in solchen Fällen genau hinschauen, in denen Versicherte nach Ablauf des 6-wöchigen Entgeltfortzahlungszeitraums für einen kurzen Zeitraum arbeitsfähig sind und dann mit einer neuen Diagnose einen erneuten Anspruch auf Entgeltfortzahlung erwerben. Hier stellt sich vielfach die Frage, ob die Ursprungserkrankung bereits ausgeheilt ist bzw. ob noch ein Zusammenhang zum „Grundleiden“ besteht. Zweifel können insbesondere dann angebracht sein, wenn die verschiedenen Diagnosen von unterschiedlichen oder räumlich weit voneinander entfernten Ärzten ausgestellt werden ohne dass hierfür ein erkennbarer Sachgrund besteht. Bei Missbrauchsverdacht dürfen Krankenkassen hier nicht davor zurückschrecken, den MD einzuschalten. Denn für Arbeitgeber ist der ausstellende Arzt seit der Umstellung auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem 01.01.2023 nicht mehr ersichtlich.

Aus Vereinfachungsgründen sollte geprüft werden, ob der Anspruch auf Entgeltfortzahlung gesetzlich nicht einheitlich auf maximal 6 Wochen pro Jahr je Arbeitnehmer festgelegt wird. Dies brächte erhebliche Bürokratie-Entlastungen für Betriebe und Krankenkassen. Nach Ablauf der 6-wöchigen-Entgeltfortzahlung könnten Arbeitnehmer sodann Krankengeld von der Krankenkasse in Anspruch nehmen.

### **3. Elektronische Krankmeldung: im Störfall Vorlagepflicht**

Seit dem 01.01.2023 sind Arbeitgeber verpflichtet, für ihre gesetzlich versicherten Beschäftigten die Arbeitsunfähigkeitszeiten elektronisch bei den Krankenkassen abzufragen (eAU-Verfahren).

Im Gegenzug entfällt die Verpflichtung der Beschäftigten zur Vorlage der AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber.

Erste Daten im Regelbetrieb zeigen eine hohe Nutzungsrate des elektronischen Abrufverfahrens. Allein im ersten Quartal 2023 haben Arbeitgeber 21,6 Millionen digitale Krankmeldungen ihrer Arbeitnehmer abgerufen (GKV-Spitzenverband). Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das neue elektronische Verfahren für Arbeitgeber auch Tücken bereithält: so sind z. B. im sogenannten „Störfall“ – d. h. wenn eine Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeit aus technischen Gründen durch Ärzte nicht elektronisch an die zuständige Krankenkasse erfolgen kann – Ärzte verpflichtet, den Patienten eine „Ersatzbescheinigung“ für die Krankenkasse und den Arbeitgeber mitzugeben. Problematisch ist, dass der Beschäftigte nicht gesetzlich verpflichtet ist, diese „Ersatzbescheinigung“ dann auch dem Arbeitgeber vorzulegen, denn eine ausdrückliche gesetzliche Vorlagepflicht existiert nicht. Arbeitgeber sind aber zwingend auf die schnelle Vorlage der „Ersatzbescheinigung“ angewiesen, um ihren Beschäftigten eine korrekte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und ohne Nachteile leisten zu können. Daher sollte das Entgeltfortzahlungsgesetz (§ 5 Abs. 1a) dahingehend klargestellt werden, dass der Arbeitnehmer ausdrücklich verpflichtet ist, dem Arbeitgeber im Störfall eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens am Tag, der auf die Mitteilung des Arbeitnehmers folgt, vorzulegen (es sei denn, der Störfall wurde zwischenzeitlich behoben). Nur dies garantiert eine reibungslose Gewährung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Außerdem kann nur durch eine gesetzliche Vorlagepflicht sichergestellt werden, dass bei Verstößen des Arbeitnehmers arbeitsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten im gleichen Umfang genutzt werden können, wie es bislang beim alten Verfahren der Fall war und bei Privatversicherten weiterhin der Fall ist.

Zudem müssen die Reaktionsmöglichkeiten von Arbeitgebern bei einem Störfall erweitert werden: falls keine Meldung der Krankenkasse über das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit am Folgetag zu den im Entgeltfortzahlungsgesetz genannten Zeitpunkten vorliegt und ein Arbeitnehmer in diesem Störfall keine „Ersatzbescheinigung“ vorlegt, müssen Arbeitgeber berechtigt sein, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern. Nur so wird verhindert, dass Arbeitgebern im Zuge der Umstellung auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Nachteile entstehen.

#### **4. Elektronische Krankmeldung: Ärzte müssen Meldequote auf 100 % erhöhen**

Obwohl Ärzte bereits seit 2022 zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen verpflichtet sind, werden tatsächlich lediglich rund 90 Prozent der Bescheinigungen von Ärzten elektronisch übermittelt. Rund 10 Prozent der Bescheinigungen kommen auf anderem Wege zur Krankenkasse, etwa als Papierausdruck des Arztes oder per Post oder E-Mail vom Versicherten (Stand April 2023; AOK Hessen). Durch Umgehung des vorgeschriebenen elektronischen Übermittlungsverfahrens stehen diese wichtigen Daten Krankenkassen und Arbeitgebern nur zeitlich verzögert zur Verfügung. So entsteht bei Kassen und Arbeitgebern ein vermeidbarer Mehraufwand. Dies ist nicht hinnehmbar. Deshalb müssen Kassenärztliche Vereinigung Hessen und Hessische Ärztekammer verstärkt darauf hinwirken, dass alle Ärzte ihrer gesetzlichen Pflicht zur elektronischen Übermittlung nachkommen.

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

Aus der Praxis gibt es Beschwerden von Arbeitgebern über einzelne Ärzte, die etwa auffällig häufig oder nahtlos mit verschiedenen Krankheiten Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Aus der Praxis wird auch teilweise über auffällig lange AU-

Bescheinigungszeiten berichtet. Deshalb tut eine wirksame Kontrolle not. Dies hat nichts mit einem Generalverdacht gegen alle Ärzte zu tun.

Praktiker berichten, dass Beanstandungen fehlerhafter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 106c SGB V), Prüfungen durch den MD (§ 275 Abs. 1b SGB V) oder berufsrechtliche Konsequenzen durch die Landesärztekammer seit Jahrzehnten so gut wie nicht vorkommen. Dies, obwohl die Aufwendungen von Arbeitgebern für Entgeltfortzahlung seit über 10 Jahren kontinuierlich ansteigen.

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

Neben anlassbezogenen Prüfungen muss zusätzlich die Zufallsstichprobe für die Arbeitsunfähigkeit wieder eingeführt werden. Zudem muss der Anspruch auf Schadensersatz von Krankenkassen oder Arbeitgeber gegen einen Arzt, der AU-Zeiten falsch bescheinigt, wiederhergestellt werden. Ein solcher Schadensersatzanspruch ist sachgerecht und erfasst durch eine Begrenzung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit nur Fälle missbräuchlichen Verhaltens (ein solcher Anspruch existierte bis zum 10.05.2019 in § 106a Abs. 5 SGB V a. F. und wurde durch das Terminservice- und Vergabegesetz vom 06.05.2019, BGBl I, S. 646 ohne sachliche Begründung gestrichen. Im selben Zuge wurde statt einer bis dahin verpflichtenden zweiprozentigen Zufallsstichprobe eine Überprüfung lediglich auf begründeten Antrag der Krankenkassen eingeführt, § 106a Abs. 1 SGB V in der Fassung ab 11.05.2019).

Zudem muss das eAU-Verfahren dahingehend geändert werden, dass für Arbeitgeber künftig der die Arbeitsunfähigkeit bescheinigende Arzt wieder erkennbar wird. Dies war bis zur Umstellung auf die eAU Anfang 2023 aus der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ersichtlich. Es ist auch kein Grund erkennbar, warum Arbeitgeber von dem die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Arzt keine Kenntnis haben dürfen.

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

Bei mehr als zwei Dritteln der jährlich rund 40 Millionen Fälle von Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um Kurzzeiterkrankungen (siehe „Hintergrund“ ab S. 16). Deshalb sollte geprüft werden, ob die Bescheinigungstätigkeit auf eigens mit dieser Aufgabe betraute Ärzte verlagert werden kann.

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

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

In solchen Fällen kann der Arbeitgeber verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Hiervon kann die Krankenkasse nur absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus

den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben (§ 275 SGB V).

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

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

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

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

Arbeitsunfähig erkrankte Arbeitnehmer müssen für ihre Genesung möglichst schnell die notwendige ärztliche Versorgung erhalten. Jedoch ziehen lange Wartezeiten auf einen Arzttermin die Arbeitsunfähigkeit in vielen Fällen unnötig in die Länge. So ist der Anteil derjenigen, die länger als drei Tage auf einen Arzttermin warten müssen seit 2008 von 31 % auf 40 % angestiegen (Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021). Im gleichen Zeitraum ist der Anteil derjenigen, die gar keine Wartezeit auf



einen Termin hatten um 10 Prozentpunkte gesunken. Zudem sind insbesondere die Wartezeiten bei Spezialisten und Fachärzten trotz Verbesserungen in den letzten Jahren noch immer zu lang: mehr als ein Viertel aller Patienten wartet länger als drei Wochen auf einen Termin beim Facharzt (KBV Versicherungsbefragung 2021). Künftig müssen insbesondere die langen Wartezeiten auf Facharzttermine weiter verringert werden. Erfolgsversprechend kann hierbei ein größerer Einsatz von Telemedizin (z. B. durch online-Sprechstunden, optimierte Terminvergabe) sein.

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

Im Anschluss an die Akutbehandlung bei Unfällen oder Erkrankungen müssen möglichst schnell die richtigen Schritte zur Rehabilitation eingeleitet werden, damit Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit wiederhergestellt werden können. Vor allem bei schweren Erkrankungen ist schnelles Handeln geboten. Denn wenn die Reha-Maßnahme zu spät durchgeführt wird, kann das im Einzelfall u. a. zu verlängerten Ausfallzeiten, vorzeitiger Erwerbsminderung oder irreversiblen Gesundheitsschäden führen. Neun von zehn Menschen mit Behinderung in Deutschland haben ihre Behinderung in Folge einer Erkrankung erlitten (Zahlen des Statistischen Bundesamts – 2022).

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

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

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

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

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

Die Rentenversicherungsträger sollten ihr Angebot an effizienten medizinisch-

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

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

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

Reha-Leistungen werden nicht nur von vielen verschiedenen Trägern angeboten (Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Arbeitsagentur, Träger der Eingliederungshilfe und Integrationsamt), je nach Zuständigkeit können auch mehrere Träger am selben Rehabilitationsprozess beteiligt sein, also etwa Rentenversicherung und Krankenkasse oder Arbeitsagentur und Rentenversicherung. Bei der Zusammenarbeit der Reha-Träger darf es nicht länger zu Reibungsverlusten kommen, die zu Lasten der Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen gehen und zudem vermeidbare Kosten verursachen. Deshalb muss jeder Rehabilitationsträger an den Schnittstellen zu den jeweils anderen Leistungsträgern Verbesserungspotenziale herausarbeiten und kontinuierlich Effizienzreserven heben. Die Zusammenarbeit der Träger auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sollte verbessert werden.

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

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

Ziel einer besseren Kooperation muss es sein, dass Leistungen der Rehabilitationsträger endlich „wie aus einer Hand“ erbracht werden.

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

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

## 7. Reha-Prozesse an Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten

Die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Wurden 2006 insgesamt noch rund 25 Milliarden Euro für Rehabilitation und Teilhabe insgesamt ausgegeben, waren es im Jahr 2021 schon über 40 Milliarden Euro (rund die Hälfte dieser Ausgaben fließt in die Eingliederungshilfe zur Milderung der Folgen einer Behinderung oder allgemeine Eingliederung in die Gesellschaft; Zahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. - BAR). Um die größtmögliche Wirksamkeit der Maßnahmen sicherzustellen, müssen die Rehabilitationsträger den Einsatz von Förderinstrumenten an den Grundsätzen von Wirkung und Wirtschaftlichkeit ausrichten. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass jeder Träger Transparenz über den Erfolg seiner Maßnahmen herstellt.

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

## 8. Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein Erfolgsmodell

Die stufenweise Wiedereingliederung, mit der der Arbeitnehmer schrittweise und unter Beteiligung des behandelnden Arztes an den Arbeitsplatz zurückgeführt wird, hat sich bewährt. Die Reha-Kliniken und die behandelnden Ärzte sollten noch mehr von der Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung Gebrauch machen, um Arbeitnehmer nach einer Erkrankung wo es geht schrittweise ins Erwerbsleben zu-

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

## III. Gesundheit stärken, Arbeitsunfähigkeit vorbeugen

### 1. Eigenverantwortung der Arbeitnehmer einfordern

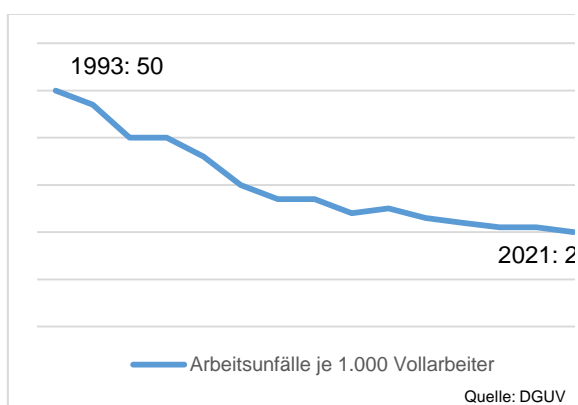
Jeder Bürger kann durch bewusstes Verhalten dazu beitragen, dass seine Gesundheit durchgehend und dauerhaft erhalten bleibt. Zwar hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.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

Angesichts des hohen Anteils individuell verhaltensbedingter Gesundheitskosten an den Gesamtausgaben der Krankenkassen ist es dringend erforderlich, die Eigenverantwortung der Versicherten stärker zu betonen und einzufordern. Charakteristika ungesunder Verhaltensweisen sind z. B. eine unausgewogene

Ernährung, zu wenig Bewegung und übermäßiger Suchtmittelkonsum (z. B. Zigaretten, Alkohol) sowie eine unverhältnismäßig fordernde private Lebensweise. Folgen können Krankheitsbilder wie etwa Herzinfarkt und Schlaganfall, Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes), Adipositas sowie psychische Erkrankungen sein. Um Anreize zu schaffen und ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern, bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist. Dazu zählt auch die Praxisgebühr, die wieder eingeführt, aber dann bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte, um eine bessere Steuerungswirkung entfalten zu können.

## 2. Arbeitgeber bei Arbeits- und Gesundheitsschutz unterstützen

Der finanzielle Aufwand der Unternehmen für Prävention und Gesundheitsschutz ist erheblich: Im Jahr 2021 brachten Arbeitgeber deutschlandweit insgesamt knapp zwei Milliarden Euro für Prävention und Gesundheitsschutz auf (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Seit dem Jahr 2000 haben sich die Ausgaben der Arbeitgeber damit mehr als verdoppelt. Das Engagement der Unternehmen in den Bereichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt sichtbare Erfolge: Die Zahl der Arbeitsunfälle pro 1.000 Vollarbeiter ist in den letzten 30 Jahren um rund 60 Prozent zurückgegangen (DGUV).



Die Zahl der Arbeitnehmer, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus

dem Erwerbsleben ausscheiden, ist seit 1995 um 40 Prozent zurückgegangen (gemessen am Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit; Zahlen der DRV). Die Erwerbstätigenquote der 55 bis unter 65 jährigen ist seit 2003 von unter 40 Prozent auf 72 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt).

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

Derzeit ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz einer der am stärksten reglementierten Lebensbereiche in Deutschland. Die hessische Landesregierung sollte sich im Bund dafür einsetzen, den Vorschriftenschwungel zu lichten. Befreiung von bürokratischem Ballast und Überregulierung muss das Ziel sein. Vor allem kleine und mittlere Unternehmen verlieren den Überblick, welche Gesetze, Verordnungen und Unfallverhütungsvorschriften für sie einschlägig sind und wie sie die Anforderungen erfüllen sollen. Während die Arbeitgeber für den gesetzlichen Arbeitsschutz verantwortlich sind, ist die allgemeine Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Viele Unternehmen setzen sich gleichwohl auch freiwillig für die Gesundheitsförderung ihrer Beschäftigten ein. Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Konzepte, um gesundheitsfördernde Maßnahmen strategisch im Betriebsablauf zu implementieren und dadurch Anreize für gesunde Lebens- und Arbeitsweisen zu setzen. Dabei bieten die meisten Unternehmen eine gesundheitsgerechte Ausstattung der Arbeitsplätze mit Stehhilfen, spezielle Fertigungsbänke oder ergonomische Stühle, Vorsorgeuntersuchungen, Betriebssport wie Laufgruppen oder gesundes Essen an (DIHK-Umfrage). Insgesamt wächst das Interesse vieler Unternehmen, ein langfristiges Gesundheitsmanagement aufzubauen. Die Gruppe der Älteren findet zunehmend Beachtung.

Auch das Verhalten von Führungskräften und ihre Gestaltung der Zusammenarbeit können bestimmende Faktoren für die Häufigkeit von Fehlzeiten im jeweiligen Geschäftsbereich sein. Arbeitgeber sollten darauf achten, ob häufige Fehlzeiten mit einzelnen Führungskräften in Verbindung gebracht werden können und gegebenenfalls das Gespräch suchen, um das Führungsverhalten im laufenden Betrieb zu verbessern. Neben dem individuellen Verhalten gehört hierzu auch die Einstellung der Führungskräfte zur Umsetzung des Arbeitsschutzes sowie freiwilliger Gesundheitsmaßnahmen des Unternehmens. Da Gesundheit vor allem Privatsache ist, fällt es Führungskräften in der Praxis häufig schwer, dies zu thematisieren. Führungskräfte sollten deshalb gestärkt werden, Gesundheitsgespräche zu führen, Ursachen am Arbeitsplatz zu erkennen und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu nutzen. Hierfür bieten sich unter anderem Schulungen im „gesunden Führen“ an.

Sozialversicherungsträger sind wichtige Partner der Betriebe bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen. Jedoch sind häufig Angebote und Unterstützungsleistungen der Kassen, Unfallversicherungsträger, der Rentenversicherung oder der Integrationsämter bei Unternehmen nicht ausreichend bekannt. So wissen Unternehmen aufgrund der Vielzahl an Sozialversicherungsträgern, Zuständigen und Anbietern nicht, wen sie am besten ansprechen sollten, um Maßnahmen umzusetzen. Unternehmen benötigen daher einheitliche Informations- und Beratungsstrukturen. Dies setzt eine engere Koordination und Abstimmung zwischen den Sozialleistungsträgern voraus. Die Sozialversicherungsträger sollten die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung laufend untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse an die Unternehmen weiterreichen, um die Effektivität von Maßnahmen zu erhöhen.

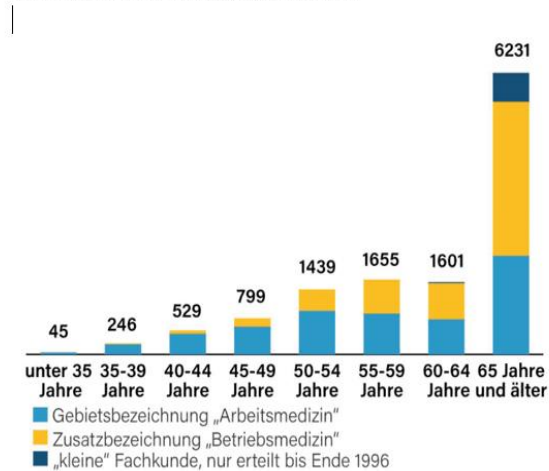
Das hohe Interesse der Betriebe an freiwilligen Leistungen für die Gesundheit

ihrer Arbeitnehmer sollte auch durch einen verbesserten steuerlichen Rahmen unterstützt werden. Denn bisher sind Arbeitgeberleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nur bis zu einer Höhe von 600 Euro pro Mitarbeiter und pro Jahr steuer- und sozialversicherungsfrei, wenn sie bestimmten Anforderungen des SGB V genügen (§ 3 Nr. 34 EStG). In der Praxis wird dies u. a. aufgrund des bürokratischen Aufwands nicht genutzt. Die Streichung der Obergrenze von 600 Euro wäre deshalb ein Beitrag zur Stärkung der Attraktivität von Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen der Unternehmen. Durch die steuerrechtliche Anknüpfung an das SGB V wäre auch in Zukunft sichergestellt, dass nur als förderungswürdig angesehene Maßnahmen steuerbefreit sind.

### 3. Betriebsärztemangel lindern, Arbeitsmedizinische Versorgung verbessern

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

Betriebsärzte: Anzahl nach Alter



Quelle: Bundesärztekammer, Stand 31.12.2020

Die Fachrichtung Arbeitsmedizin muss für die angehenden Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. Auch muss es wie-

der eine ausreichende Anzahl an Lehrstühlen geben. Hier sind vor allem die Bundesärztekammer sowie die einschlägigen Fachverbände, der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) sowie die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) gefragt. Das Sponsoring von Lehrstühlen, welches einzelne Unfallversicherungsträger bereits begonnen haben, kann ebenfalls ein sinnvoller Beitrag sein. Auch die Landesärztekammer Hessen sollte dazu beitragen, dass ausreichend Betriebsärzte vorhanden sind. Gute arbeitsmedizinische Qualifikationen sollten mit einem beherrschbaren Zeitaufwand erworben werden können. Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Landesärztekammer Hessen den Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin seit dem Jahr 2019 durch eine einjährige Weiterbildung ermöglicht. Die Weiterbildung zum Facharzt Arbeitsmedizin dauert jedoch weiterhin 5 Jahre (Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen).

Um Betriebsärzte zu entlasten und den Arbeitgebern die Erfüllung arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften zu erleichtern, sollte in der berufsgenossenschaftlichen Vorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) eine Verankerung der Beteiligung weiterer Fachkompetenzen (z. B. Ergonomen, Arbeitshygieniker, Arbeitspsychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Demografieberater, Sport- oder Gesundheitswissenschaftler) zur Erfüllung von Pflichten aus dem Arbeitssicherheitsgesetz vorgesehen werden. Hessen sollte sich im Bundesrat dafür einsetzen, dass die Möglichkeiten des sog. Unternehmermodells auf mehr Betriebe ausgeweitet werden. Das Unternehmermodell ermöglicht Unternehmern, durch Schulungen in Fragen des Arbeitsschutzes auf die sonst erforderliche Betreuung durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte ganz oder teilweise verzichten zu können. Hier sollte einerseits geprüft werden, ob die Möglichkeit, an dem Unternehmermodell teilzunehmen, nicht durchgängig bei allen Unfallversicherungsträgern auf bis zu 50 Beschäftigte ausgedehnt werden kann. Zudem muss geprüft werden,

ob die Grenze von bis zu 50 Beschäftigten nicht bei einigen Unfallversicherungsträgern und den dort versicherten Branchen weiter angehoben werden kann.

#### **4. Teilnahmepflicht am Umlageverfahren U1 abschaffen**

Beim U1-Verfahren wird dem Arbeitgeber das nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers fortgezahlte Arbeitsentgelt teilweise von den Krankenkassen erstattet. Das Verfahren senkt die Motivation, sich für Prävention zu engagieren. Denn Betriebe können die Kosten eines hohen Krankenstands teilweise an Betriebe mit niedrigem Krankenstand weitergeben. Umgekehrt wird durch das U1-Verfahren der Lohn betrieblicher Anstrengungen zur Krankenstandssenkung (z. B. durch betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutzmaßnahmen, Rückkehrgespräche) deutlich reduziert: Zwar verringern sich dadurch die Fehlzeiten, gleichzeitig aber auch die Erstattungen der Krankenkassen.

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

Der einzelne Arbeitgeber muss das U1-Verfahren mit jeder Krankenkasse durchführen, bei der einer seiner Beschäftigten versichert ist. Dementsprechend sind – je nach Satzung der Krankenkasse – jeweils unterschiedliche Erstattungssätze (derzeit über 100) und damit auch unterschiedliche Umlagesätze zugrunde zu legen und vom Arbeitgeber zu berücksichtigen. Bei den Krankenkassen belaufen sich die Bürokratienkosten auf 160 Millionen Euro pro Jahr (BDA).

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

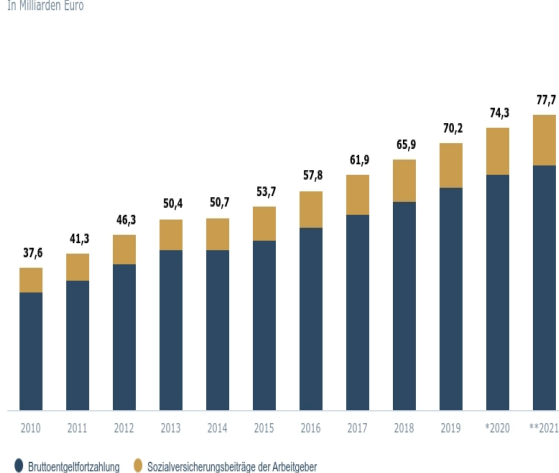
## B. Hintergrund:

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

Arbeitgeber zahlten im Jahr 2021 bundesweit rund 77 Mrd. Euro p. a. für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall an gesetzlich Krankenversicherte (inkl. Sozialversicherungsbeiträge; hessenweit rund 6 Mrd. Euro). Seit 2010 haben sich diese Entgeltfortzahlungs-Kosten für Arbeitgeber mehr als verdoppelt.

### Arbeitgeberaufwendungen für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

In Milliarden Euro



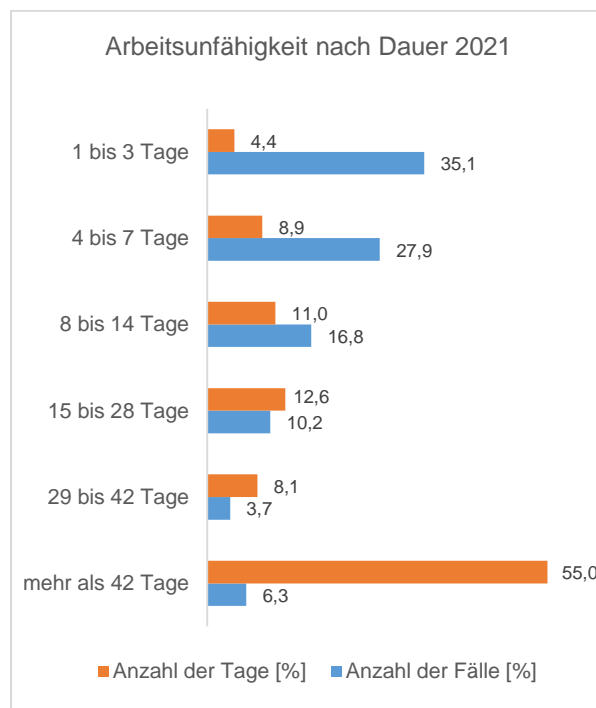
\*2020: vorläufig; \*\*2021: geschätzt; Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber einschließlich gesetzliche Unfallversicherung; Entgeltfortzahlung ohne M Ursprungsdaten: BMAAS, eigene Berechnungen

Quelle: IW Köln

Zu den Kosten für die Entgeltfortzahlung kommen weitere Kosten durch Krankengeldzahlungen in Höhe von inzwischen über 16 Mrd. Euro (2021; GKV-Spitzenverband), die aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen zur gesetzlichen

Krankenversicherung finanziert werden sowie weitere Kosten durch das ebenfalls beitragsfinanzierte Krankentagegeld für privat versicherte Arbeitnehmer in unbekannter Höhe. Hinzu kommt in vielen Fällen ein erheblicher Planungsaufwand, um die wegfallende Leistung durch Vertretung aufzufangen.

Im Jahr 2021 gab es bei den gesetzlich Versicherten deutschlandweit rund 40 Millionen AU-Fälle mit insgesamt über 630 Millionen AU-Tagen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gegenüber 2009 ist die Zahl der AU-Tage um rund 50 % gestiegen). Durchschnittlich dauerte eine Arbeitsunfähigkeit rund 16 Tage. In fast zwei Drittel der Fälle ist die Arbeitsunfähigkeit jedoch bereits nach maximal einer Woche beendet (TK-Gesundheitsreport 2022). Dabei werden Kurzeiterkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer, für die regelmäßig keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt werden müssen, statistisch sogar deutlich untererfasst. Gleichzeitig entfällt mehr als die Hälfte der AU-Tage auf eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Langzeiterkrankten (rund 6 %).

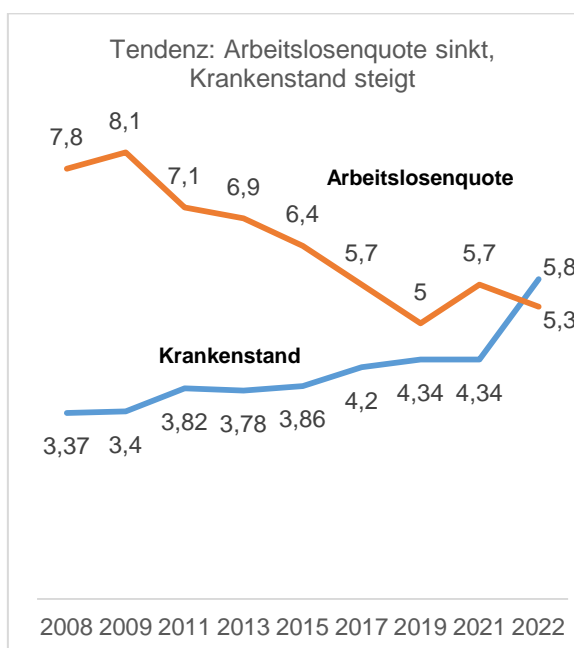


Quelle: Techniker Krankenkasse

Der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit der Einführung der Lohnfortzahlung im Jahr 1970 von 5,6 % bis zum Jahr

2021 auf rund 4,3 % gesunken, hat sich im Jahr 2022 wegen zahlreicher Atemwegserkrankungen jedoch sprunghaft auf 5,8 % erhöht. Neben dem Engagement der Unternehmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. oben III. 2, S. 12) ist der langfristig sinkende Krankenstand auch auf veränderte Produktions- und Beschäftigungsstrukturen zurückzuführen: der Anteil der Erwerbstätigen im produzierenden Gewerbe sowie in der Land- bzw. Forstwirtschaft hat im Vergleich zum Jahr 1970 deutlich abgenommen, während der Anteil der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor im gleichen Zeitraum stark gewachsen ist.

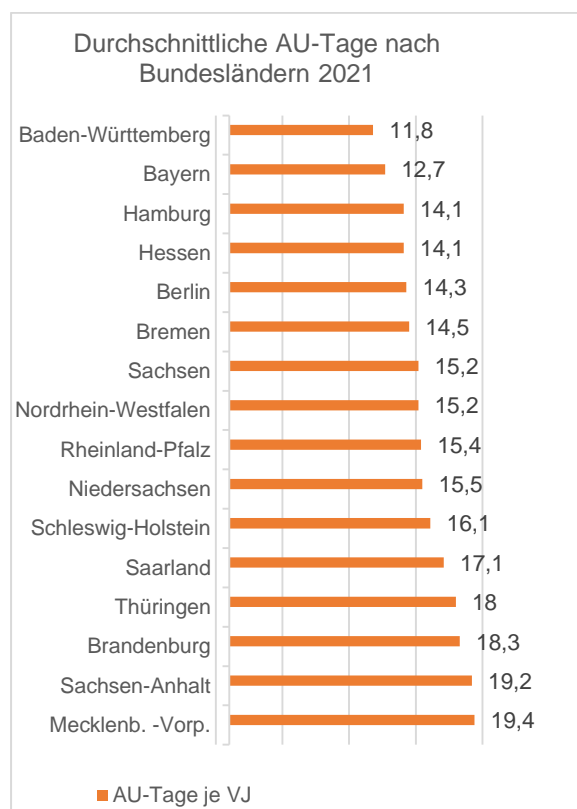
Jedoch haben neben dem tatsächlichen Gesundheitszustand der Mitarbeiter auch externe Umstände maßgeblichen Einfluss auf den Krankenstand. Insbesondere besteht ein Zusammenhang zur jeweiligen Arbeitsmarktlage: Während bei hoher Arbeitslosigkeit weniger Krankheitstage gemeldet werden, steigt die Fehlzeitenquote bei verbesserter Arbeitsmarktlage tendenziell an.



Quellen: Bundesagentur für Arbeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Auffällig sind auch die erheblichen regionalen Krankenstandsunterschiede: Bei den Mitgliedern der Techniker Krankenkasse reichte die Spannweite 2021 von rund 12 Arbeitsunfähigkeitstagen in Baden-Württemberg bis über 19 Arbeitsun-

fähigkeitstage in Mecklenburg-Vorpommern. Hessen schneidet mit durchschnittlich rund 14 Arbeitsunfähigkeitstagen noch recht gut ab (TK Gesundheitsreport, 2022).



Quelle: Techniker Krankenkasse

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



## Literatur

- **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Geschäftsbericht 2022
- **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:** Trägerübergreifende Ausgabenstatistik der BAR, <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2023/reha-info-012023/traegeruebergreifende-ausgabenstatistik-2023.html>, abgerufen am 16.05.2023
- **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände:** Bürokratieaufwand in der Lohnabrechnung reduzieren, <https://arbeitgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/beitrags-und-melderecht>, abgerufen am 16.05.2023
- **Deutsche Rentenversicherung Bund:** Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2022
- **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (DGUV):** DGUV Statistiken für die Praxis 2021
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Arbeitsunfähigkeit (AU): Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung (ab 1993), [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg-is-gbe5.prc.menu.olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=61070694&p\\_sprache=D&p\\_help=3&p\\_indnr=267&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg-is-gbe5.prc.menu.olap?p_uid=gast&p_aid=61070694&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=267&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=), abgerufen am 16.05.2023
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** Krankenstand der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt, [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg-is-gbe5.prc.menu.olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=61070694&p\\_sprache=D&p\\_help=3&p\\_indnr=640&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg-is-gbe5.prc.menu.olap?p_uid=gast&p_aid=61070694&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=640&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=), abgerufen am 16.05.2023
- **GKV-Spitzenverband:** GKV-Kennzahlen 2022, [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp), abgerufen am 16.05.2023
- **IW Köln:** Krankenstand in Deutschland (2022): <https://www.iwd.de/artikel/hoher-krankenstand-kostet-unternehmen-milliarden-581558>, abgerufen am 16.05.2023
- **IW Köln:** Entgeltfortzahlung wegen Omikron kostet zusätzlich 3,6 Milliarden Euro: <https://www.iwkoeln.de/studien/entgeltfortzahlung-wegen-omikron-kostet-zusätzlich-36-milliarden-euro.html>, abgerufen am 16.05.2023
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung:** Die Wartezeit ist für die meisten kurz: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php>, abgerufen am 16.05.2023
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung:** Versichertenbefragung 2021: [https://www.kbv.de/media/sp/2021\\_KBV-Versichertenbefragung\\_Berichtband.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2021_KBV-Versichertenbefragung_Berichtband.pdf), abgerufen am 23.05.2023
- **Statistisches Bundesamt:** 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20\\_230\\_227.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html), abgerufen am 16.05.2023
- **Techniker Krankenkasse:** Gesundheitsreport 2022

### Die Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (VhU)

Die VhU vertritt die branchenübergreifenden Interessen von 87 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden in Hessen, in denen über 100.000 Unternehmen mit 1,5 Millionen Beschäftigten Mitglied sind. Alle Unternehmensgrößenklassen und alle Branchen sind vertreten: Von Landwirtschaft und Rohstoffen über Bau, Industrie, Handel und Energie bis zu Handwerk, Verkehr, Banken, Versicherungen, Medien und IKT sowie weitere Dienstleistungen.

Die VhU ist die Stimme der freiwillig organisierten hessischen Wirtschaft. Sie bündelt die gemeinsamen politischen Anliegen ihrer Mitgliedsverbände. Sowohl für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) als auch für den Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) ist die VhU die Landesvertretung in Hessen.