

Das Hamburger Modell

Stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf

Die stufenweise Wiedereingliederung wurde geschaffen, um den Übergang eines länger krankheitsbedingt arbeitsunfähigen Arbeitnehmers zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Dazu wird er in definierten und vereinbarten Schritten wieder an die volle Arbeitsstundenbelastung herangeführt, wenn der Arbeitgeber diesem Prozedere zustimmt. Einen Überblick über Voraussetzungen, Vorgehen und Kostenübernahme haben wir hier für Sie zusammengestellt.

AGK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-----	-------------

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____
 Klassen-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____ Status _____
 Vertragsart-Nr. _____ VV gültig bis _____ Datum _____

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Wieviel Std. tgl.: _____

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen „Beratung“ empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

von	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann _____ z. Z. nicht absehbar

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Rechtlich beruht die sogenannte stufenweise Wiedereingliederung auf Bestimmungen im SGBV (§ 74) und im SGB IX (§§ 28, 51 Abs. 5). Der Arbeitnehmer bleibt während der stufenweisen Wiedereingliederung krankgeschrieben. Die Kosten können unter bestimmten Voraussetzungen von der Rentenversicherung übernommen werden, sonst von der Krankenversicherung und in seltenen Fällen auch von der Agentur für Arbeit oder der Unfallversicherung.

Für die Kosten kommen verschiedene Institutionen in Frage

Die Rentenversicherung ist dafür zuständig, wenn die Eingliederung unmittelbar nach einer medizinischen Reha-Maßnahme stattfindet, zum Beispiel von der Rehabilitationsklinik empfohlen wurde, und innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dieser Klinik angetreten wird. Wenn der krankgeschriebene Arbeitnehmer noch Anspruch auf Krankengeld hat oder zum Beispiel ein längerer zeitlicher Abstand zwischen Reha-Maßnahme oder Krankenhausaufenthalt und Wiedereingliederung besteht, trägt die Krankenversicherung die Kosten für die stufenweise Wiedereingliederung. Dann stellt der Arzt in Absprache mit dem krankgeschriebenen Arbeitnehmer einen Wiedereingliederungsplan auf, mit dem sich nun auch der Arbeitgeber einverstanden erklären muss. Danach kann der krankgeschriebene Patient im Rahmen des Wiedereingliederungsplanes an seinem bisherigen Arbeitsplatz mit zunächst reduzierter Stundenzahl wieder eingesetzt werden.

Formular für die Beantragung der „Stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben“ (Auszug)

Fallen Kosten für den Arbeitgeber an?

Wie schon festgestellt, bleibt der Status der Arbeitsunfähigkeit während der stufenweisen Wiedereingliederung erhalten, deshalb erhält der Patient während dieser Maßnahme grundsätzlich Krankengeld von der Krankenkasse beziehungsweise ein Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (oder der Berufsgenossenschaft oder der Agentur für Arbeit). Für den Arbeitgeber besteht keine Zahlungs- oder Zuzahlungspflicht. Er kann jedoch freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, das auf das Kranken-/Übergangsgeld angerechnet wird.

Definition und Dauer des Hamburger Modells

Die stufenweise Wiedereingliederung ist zeitlich definiert, nicht inhaltlich. Es geht also nicht um eine leichte Belastung zu Beginn bei voller Stundenzahl, die sich dann im Laufe der Zeit steigert, sondern es geht immer darum, dass der Wiedereinstieg mit einer reduzierten Stundenzahl begonnen wird, die in wöchentlichen oder mehrwöchentlichen Abständen bis zur vollen Stundenarbeitszeit gesteigert wird. Dabei kann auch nicht so verfahren werden, dass die Wochenarbeitszeit reduziert wird, der Patient also zum Beispiel nur an zwei Tagen in der Woche voll arbeitet, sondern die tägliche Arbeitszeit muss reduziert werden. Aus dem „Wiedereingliederungsplan“ muss hervorgehen, mit welcher Stundenzahl begonnen wird und in welchem Zeitraum die Tätigkeit gesteigert werden soll.

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist vom individuellen gesundheitlichen Zustand des jeweiligen Patienten abhängig, meist beträgt sie zwischen sechs Wochen und sechs Monaten.

Empfehlungen für die Praxis

Aus medizinischer Sicht dürfen einer stufenweisen Wiedereingliederung natürlich keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Der Patient muss mit der Maßnahme einverstanden sein und füllt dann gemeinsam mit dem behandelnden Arzt den entsprechenden Antrag aus, den dieser bei der Krankenkasse oder dem Rentenversicherungsträger anfordern kann, sollte er nicht vorliegen.

Nur wenn der Arbeitgeber, dem der Antrag vorgelegt wird, unterschriftlich

bestätigt hat, dass er mit der Maßnahme einverstanden ist, kann sie durchgeführt werden! Dabei ist der Arbeitgeber nicht dazu verpflichtet, den Wiedereingliederungsplan zu akzeptieren. Ist er es aber, so wird der Antrag bei der Krankenkasse eingereicht, die nun prüft, ob auch sie der stufenweisen Wiedereingliederung, so wie sie vorgeschlagen ist, zustimmt. Dafür

kann er auch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einschalten.

Erst wenn alle diese Schritte vollzogen sind, kann mit der stufenweisen Wiedereingliederung begonnen werden, während der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig krankgeschrieben bleibt. **za**

Quelle: betaListe 2008

Arbeitsunfähigkeit: Die Kasse muss ein medizinisch qualifiziertes Gutachten erstellen

Viele streitige Arbeitsunfähigkeitsfälle werden inzwischen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder gar von Sachbearbeitern der Krankenkassen nach Aktenlage entschieden. In diesem Zusammenhang ist es angebracht, auf ein Urteil des hessischen Landessozialgerichtes (8. Senat) vom 18.10.2007 unter dem Aktenzeichen L8 KR 228/06 hinzuweisen. Dort heißt es wörtlich unter 23:

„Zwar kommt im Streitfall der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte keine bindende Wirkung zu. Weicht die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte auf der einen Seite und durch den MDK auf der anderen Seite voneinander ab, sind Krankenkassen und Gerichte an den Inhalt einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit nicht gebunden. Einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kommt (lediglich) die Bedeutung einer ärztlich-gutachtlichen Stellungnahme zu, welche die Grundlage für den über den Krankengeld erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse bildet; ein besonderer (gesteigerter) Beweiswert kommt ihr nicht zu [BSG, Urteil vom 8.11.2005, B 1 KR 18/04 R = SozR 4-2500 § 44 Nr. 7 m. w. N.]. Vorliegend sind die Stellungnahmen des MDK nicht geeignet, die Richtigkeit der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (...) der Klägerin im Zweifel zu ziehen. Denn es handelt sich nach Art und Inhalt der Stellungnahmen des MDK (...) nicht um medizinische Gutachten im Sinne von § 275 Abs. 1 Nr. 3b SGB V, die sich durch eine wissenschaftlich-methodische Untersuchung und Bewertung ärztlicher Befunde auszeichnen, sondern um Stellungnahmen, denen angesichts ihres Inhalts im konkreten Fall kein Beweiswert zukommt. Die dortigen Ausführungen beruhen – anders als die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärztinnen (in diesem konkreten Fall AZ) – schon nicht auf einer persönlichen Befragung und Untersuchung der Klägerin. Eine solche hat seitens des MDK nie stattgefunden, obwohl dies gerade bei einem psychiatrischen Krankheitsbild zur Beurteilung der Frage der Arbeitsfähigkeit regelmäßig von Nöten sein wird; denn in solchen Fällen gibt es – anders als bei verschiedenen körperlichen Erkrankungen – kaum messbare Befunde und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit beruht deshalb in besonderem Maße auf dem persönlichen Eindruck des Arztes.“

Das hessische Oberlandesgericht führt weiter aus, dass in diesem konkreten Fall die Stellungnahme des MDK ohne jede nähere Kenntnis des Krankheitsbildes (insbesondere durch Befragung der behandelnden Ärzte) sich nach Auffassung des Senats an der Grenze zur Willkür bewege. Die betroffene Krankenkasse wurde vom hessischen Landessozialgericht dazu verurteilt, der Klägerin (Patientin) Krankengeld zu zahlen, weil sie die ihr obliegende Pflicht zur Sachaufklärung von Amtswegen schuldhaft verletzt habe, denn sie habe den maßgeblichen medizinischen Sachverhalt völlig unzureichend ermittelt. Es wäre Pflicht der Krankenkasse gewesen, ein medizinisch qualifiziert begründetes Gutachten des MDK anzufordern, wozu auch gehört hätte, den MDK zu einer persönlichen Untersuchung der Klägerin anzuhalten.

Die derzeit zu beobachtende Praxis der Krankenkassen weicht von den Vorstellungen dieses Urteils doch ganz erheblich ab. **za**