

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten

Auszug aus dem Sondergutachten 2015:
Schnittstellenkapitel

Inhaltsübersicht

Vorwort	5
Gliederung	7
Verzeichnis der Tabellen	10
Verzeichnis der Abbildungen	12
Abkürzungsverzeichnis	16
Einleitung	21
Teil I: Grundlagen des Krankengelds in Deutschland und anderen europäischen Staaten	25
1. Das Krankengeld in Deutschland	27
2. Gesetzliche Regelungen in Deutschland	37
3. Krankengeldregelungen in anderen europäischen Staaten	45
4. Datengrundlagen des Gutachtens	55
Teil II: Die Ausgaben für Krankengeld	65
5. Die Ausgaben für Krankengeld: Entwicklung und mögliche Ursachen	67
6. Zwischenfazit: Bisherige Erkenntnisse und weitere Einflussfaktoren	117
Teil III: Steuerung von Krankengeldausgaben	121
7. Krankengeldrelevante Indikationsbereiche	123
8. Krankengeldfallmanagement	145
9. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement/Unternehmenskultur/Führung	161
10. Ursachen und Maßnahmen zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit in den besonders relevanten Indikationsbereichen Depression und Rückenschmerzen	177
11. Schnittstellen zu anderen sozialen Sicherungssystemen	215
Teil IV: Fazit und Empfehlungen	235
12. Zusammenfassung der Ursachenanalyse und Handlungsoptionen	237
Anhang	249

11 Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen

Das System der sozialen Sicherung ist in Deutschland in verschiedene Versicherungszweige nach finalen und kausalen Gesichtspunkten untergliedert.¹⁵⁰ Diese Gliederung kann insofern ein Vorteil sein, als über das Zusammenwirken der verschiedenen Sozialversicherungszweige bei Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit – sei es im Alter oder durch einen Unfall – sowie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit einer gewissen Flexibilität auf die teilweise komplexe Lebenssituation des Einzelnen reagiert werden kann. Zudem weisen die einzelnen Sozialversicherungszweige unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und damit auch unterschiedliche Verteilungswirkungen auf. Die Aufteilung in verschiedene Versicherungszweige sowie die Ausrichtung der Leistungen nach Finalität und Kausalität und nicht nach Risiken hat allerdings auch zur Folge, dass es in der Sozialversicherung zu Mehrfachabsicherungen ein und desselben Risikos kommen kann.

Grundsätzlich sind Mehrfachabsicherungen dann unproblematisch, wenn Regelungen über vorrangige, nachrangige und vorläufige Leistungspflichten sicherstellen, dass ähnliche bzw. zweckidentische Leistungen sich sinnvoll ergänzen bzw. nahtlos ineinandergreifen, und wenn Ausschluss-, Anrechnungs- und Erstattungsregelungen einen doppelten oder mehrfachen Leistungsbezug ausschließen. Trotz einer Vielzahl solcher Regelungen entstehen an den „Schnittstellen“ der Sozialversicherungszweige, also an den Übergangsstellen, an denen organisatorische Zuständigkeiten, Fachkompetenzen und erbrachte Leistungen enden (Winge et al. 2002), Komplikationen, weil die kooperative Ergänzung und Weiterführung von Leistungen und Zuständigkeiten nicht immer und für jeden Fall klar geregelt sind.

Das kann negative finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer, für die Versicherten-gemeinschaft und damit für das gesamte Sozialversicherungssystem haben. So kann mit Blick auf den Leistungsbezieher eine „Überkompensation“ entstehen: Werden beispielsweise zwei Leistungen nebeneinander erbracht, hat das zur Folge, dass der Versicherte nicht nur eine Kompensation, sondern sogar einen finanziellen Vorteil im Vergleich zu der Situation vor dem Eintritt des Leistungsfalls hat. Des Weiteren können Unklarheiten bei den Zuständigkeiten entstehen, was Konflikte zwischen einzelnen Leistungsträgern herbeiführen kann: Ein Leistungsträger kann jeweils auf den anderen verweisen und argumentieren, dass die eigene Leistung nicht mehr erforderlich sei, da der andere sie bereits erbringt (Löcher 2005). Zwar bestehen gesetzliche Erstattungsansprüche der Leistungsträger

¹⁵⁰ Als finale Leistungen gelten Leistungen, die allein auf die Bedarfssituation des Versicherten ausgerichtet sind, z. B. Leistungen der Krankenkassen für die Behandlung von Krankheiten. Auch Leistungen zur Rehabilitation sind dem zuzuordnen. Dagegen werden kausale Leistungen nur in Fällen gewährt, die auf eine bestimmte Ursache zurückgehen, wie etwa in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) der Arbeitsunfall. Vgl. Maydell et al. 2012.

untereinander (§§ 102 ff. SGB X), die verhindern, dass der Leistungsberechtigte unter Kompetenzkonflikten zwischen Trägern leidet¹⁵¹, aber trotzdem müssen Entscheidungen über Leistungsgewährungen oft im Spannungsfeld zwischen dem sozialen Auftrag und den berechtigten wirtschaftlichen Interessen des Sozialversicherungsträgers gegenüber der Versichertengemeinschaft getroffen werden (Pfosser 2012). Nicht zuletzt können diese Schnittstellen auch Nachteile für den Leistungsbezieher haben, wenn eine unklare Koordination und Kommunikation eine schnelle, kontinuierliche und angemessene Versorgung des Leistungsbeziehers erschwert.

Eine Mehrfachabsicherung ein und desselben Risikos besteht beim Entgeltersatz im Krankheitsfall: Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Übergangsgeld und Renten wegen Erwerbsminderung (sogenannte Zeitrente) verfolgen alle im Grundsatz das gleiche Ziel, nämlich das Risiko des Entgeltausfalls aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zu kompensieren (s. Tabelle 21). Die rechtliche Zuordnung eines Falls zu einem Sozialversicherungszweig ist in der Praxis nicht immer einfach. Das führt dazu, dass das Krankengeld entgegen seiner Funktion als kurzfristige Entgeltersatzleistung im Krankheitsfall fallweise andere Leistungen wie etwa Arbeitslosengeld oder Erwerbsminderungsrenten substituiert. Diese Sachverhalte sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

11.1 Schnittstellen zwischen Krankengeld sowie Erwerbsminderungs- und Altersrenten

Die Schnittstelle der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber mit dem anschließenden Krankengeldbezug soll hier nicht weiter vertieft werden, da sie relativ unproblematisch ist.¹⁵² Bei der Frage, bis wann Krankengeld und ab wann Erwerbsminderungsrenten bzw. Regelaltersrenten gezahlt werden, kommt es dagegen zuweilen zu Unklarheiten. Zwar liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungsrente darin, dass das Krankengeld das ausgefallene Arbeitsentgelt vorübergehend ersetzen soll, während eine Rente wegen voller Erwerbsminderung und eine Altersrente den Lebensunterhalt sicherstellen, wenn die Erwerbsfähigkeit dauerhaft (gemäß § 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI zumindest zunächst für die Dauer von drei Jahren) nicht mehr gegeben ist. Allerdings kann auch das Krankengeld eine durchaus längerfristige Sozialleistung sein, die immerhin für einen Zeitraum von bis zu 78 Wochen bezogen werden kann.

¹⁵¹ Besteht ein grundsätzlicher Leistungsanspruch und ist nur strittig, welcher Träger diesen zu leisten hat, muss auf Antrag des Berechtigten der zuerst angegangene Träger leisten (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I).

¹⁵² Zu dieser Thematik sowie zur Diskussion des Nebeneinanders von arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Normen hinsichtlich der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall vgl. Koppenfels 2002.

	Krankengeld	Übergangsgeld	Arbeitslosengeld I	Rente wegen voller Erwerbsminderung
Träger	Krankenkassen	Rentenversicherung	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung
Anlass	Arbeitsunfähigkeit (nach der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers)	Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers)	Arbeitslosigkeit	Dauerhafte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als drei Stunden täglich wegen Krankheit oder Behinderung
Höhe der Entgeltersatzleistung	70 % des Bruttoarbeitsentgelts, jedoch höchstens 90 % des Nettoarbeitsentgelts	<ul style="list-style-type: none"> - 68 % des letzten Nettoarbeitsentgelts bzw. - 75 % des letzten Nettoarbeitsentgelts bei Versicherten mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch 	<ul style="list-style-type: none"> - 60 % vom Leistungsentgelt⁽⁵⁾ bzw. - 67 % vom Leistungsentgelt⁽⁵⁾ (Versicherte mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch) 	<ul style="list-style-type: none"> - Je nach bei Renteneintritt erworbenen Anwartschaften in der Rentenversicherung - Durchschnittlicher Zahlbetrag 735 € (West)⁽⁷⁾ - 742 € (Ost)⁽⁷⁾
Beitragsbemessungsgrenzen in Euro¹⁾	- 4 125	<ul style="list-style-type: none"> - 5 950 (West) - 5 200 (Ost) 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 950 (West) - 5 200 (Ost) 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 950 (West) - 5 200 (Ost)
Maximal tägliche Nettoentgeltersatzleistung in Euro	<ul style="list-style-type: none"> - 84,44 (inkl. Zuschlag für Versicherte ohne Kinder)⁽²⁾ - 84,68 (ohne Zuschlag für Versicherte ohne Kinder)⁽³⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - 74,80 (Versicherte ohne Kinder)⁽⁴⁾ - 82,50 (Versicherte mit einem Kind mit Kindergeldanspruch)⁽⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - 62,59 (Versicherte ohne Kinder)⁽⁴⁾ - 81,87 (Versicherte mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch)^{(4) (6)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Je nach Renteneintritt erworbenen Anwartschaften in der Rentenversicherung - 24,50 (West)⁽⁸⁾ - 24,73 (Ost)⁽⁸⁾

Tabelle 21: Übersicht über die Berechnungsgrundlage und maximale Höhe der einzelnen Entgeltersatzleistungen

- 1) Die Beitragsbemessungsgrenze bezieht sich beim Krankengeld auf die Grenzen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Wert: 2015) und beim Übergangsgeld auf die Grenzen der DRV (Wert: 2015).
- 2) Für die detaillierte Berechnung siehe Kapitel 2.
- 3) Versicherte mit Kindern entrichten den verminderten Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 1,175 %.
- 4) Bezieht sich auf die Berechnung für Versicherte in den alten Bundesländern.
- 5) Das Leistungsentgelt definiert sich als Bruttoentgelt abzüglich Lohnsteuer, Solidaritätszuschlag und Sozialversicherungsbeiträgen (21 % - Pauschale).
- 6) Bei der Berechnung des Leistungsentgelts ist es unerheblich, ob der Versicherte selbst oder der Ehepartner/Lebenspartner für ein Kind Kindergeldanspruch hat. Des Weiteren wurde für die Berechnung Steuerklasse III zu Grunde gelegt.
- 7) Durchschnittliche Rentenzahlbeträge bei voller Erwerbsminderung in den alten/neuen Bundesländern zum 31.12.2014 (DRV 2015a).
- 8) Wie 7), dem Durchschnittswert wird zudem eine 30-Tage-Regelung zu Grunde gelegt.

Quelle: eigene Darstellung

Hinzu kommt, dass sowohl bei der vollen Erwerbsminderungsrente wie auch beim Krankengeld jeweils davon ausgegangen wird, dass der Versicherte kein bzw. kein nennenswertes Einkommen mehr erzielen kann: Das Krankengeld wird gewährt, wenn eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit vorliegt. Die volle Erwerbsminderungsrente wird gewährt, wenn der Versicherte seine bisherige berufliche Tätigkeit aufgrund von Krankheit (oder Behinderung) unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht mindestens drei Stunden täglich ausüben kann¹⁵³ und die Erwerbsminderung seit mehr als sechs Monaten vorliegt. Somit haben Krankengeld und volle Erwerbsminderungsrente eine Entgeltersatzfunktion. Dagegen wird bei der geminderten Erwerbsminderungsrente davon ausgegangen, dass der Versicherte noch drei bis sechs Stunden täglich erwerbsfähig ist und sein teilweises Arbeitsentgelt mit der geminderten Erwerbsminderungsrente ergänzt. Eine Rente wegen geminderter Erwerbsunfähigkeit ist somit klar vom Krankengeld abgrenzbar. Im Folgenden soll deshalb nur die Schnittstelle zwischen Krankengeld und Rente wegen voller Erwerbsminderung, Rehabilitationsmaßnahmen und Altersrente betrachtet werden.

11.1.1 Kollisionsnormen zur Abgrenzung von Krankengeld und Erwerbsminderungsrente

Um die Übergänge vom Krankengeldbezug zum Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung möglichst klar zu regeln, hat der Gesetzgeber sogenannte Kollisionsnormen (§§ 102 ff. SGB X sowie §§ 50 und 51 SGB V) erlassen, die das Verhältnis der beiden Leistungen untereinander regeln.

§ 50 SGB V: Vorrang der Rentengewährung vor der Zahlung von Krankengeld

Mit § 50 SGB V erfolgt eine Abgrenzung von Krankengeld und Rente insofern, als klargestellt wird, dass mit dem Beginn einer Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente der Anspruch auf Krankengeld endet. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld entsteht erst dann wieder, wenn die Rentenleistung nicht mehr gezahlt wird, die ursprüngliche Arbeitsunfähigkeit beendet ist und beim Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit eine Versicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld besteht. Auf diese Weise werden ungerechtfertigte Doppelleistungen verhindert, die durch ein Nebeneinander von Krankengeld und Rente entstehen könnten.

Diese Regelung ist insofern von Bedeutung, als zu Beginn eines Krankheitsfalls mit Arbeitsunfähigkeit häufig nicht feststeht, ob die Unterbrechung im Erwerbsleben nur vorübergehend oder dauerhaft ist. Um einen nahtlosen Bezug im Anschluss an die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sicherzustellen, leistet in jedem Fall zunächst der Krankenversicherungsträger Krankengeld. Wenn absehbar ist, dass die Unterbrechung nicht vorübergehend ist, wird der Rentenversicherungsträger leistungspflichtig. Wird eine Rente rückwirkend gewährt, so hat die Krankenkasse gegenüber der Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch für eventuell geleistetes Krankengeld vom Zeitpunkt der Rentengewährung bis zum Ende der Auszahlung des Krankengelds.

Prinzipiell könnte überprüft werden, ob es sachgerecht ist, dass die Krankenkasse innerhalb der Blockfrist von drei Jahren in einigen Fällen länger als 78 Wochen Krankengeld zahlt. Diese Situation

¹⁵³ Auch häufige Arbeitsunfähigkeit kann zur Erwerbsminderung führen, wenn die während eines Arbeitsjahres erbrachte Arbeitsleistung nicht mehr den Mindestanforderungen entspricht, die ein „vernünftig und billig“ denkender Arbeitgeber zu stellen berechtigt ist. Dies ist der Fall, wenn für einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen im Jahr die Arbeitsleistung auf weniger als die Hälfte der Arbeitstage eingeschränkt ist. Vgl. das Urteil des BSG vom 31. Oktober 2012 (B 13 R 107/12 B). Diese Fälle werden im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

tritt ein, wenn nach Ablauf der Höchstanspruchsdauer eine weitere Arbeitsunfähigkeit wegen einer anderen Erkrankung und damit ein neuer, maximal 78-wöchiger Krankengeldanspruch entsteht. Dagegen endet für Mitglieder, die nach den 78 Wochen Krankengeldbezug weiterhin wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig sind, der Krankengeldbezug und sie beziehen anschließend ggf. Arbeitslosengeld bei verminderter Leistungsfähigkeit (§ 145 SGB III) oder eine Rente wegen verminderter Berufs-/Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 240 SGB VI).

Es wäre auch zu überprüfen, ob das Wiederaufleben des Krankengeldanspruchs bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach zeitweisem Bezug einer Erwerbsminderungsrente künftig ausgeschlossen sein sollte: Läuft die Erwerbsminderungsrente aus und besteht kein anderweitiger Rentenanspruch, so fallen die Versicherten wieder in den Krankengeldbezug, wenn sie vor dem Rentenbezug die maximale Bezugsdauer von 78 Wochen Dauer für das Krankengeld noch nicht ausgeschöpft hatten. Eine erneute Zahlung von Krankengeld erscheint erst dann wieder sachgerecht, wenn die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederhergestellt ist und zumindest zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat.

§ 51 SGB V: Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ergänzend zu der Abgrenzung der Leistungen durch § 50 SGB V hat der Gesetzgeber mit § 51 SGB V eine Verfahrensregelung geschaffen, über die die Krankenkasse die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers herbeiführen kann: Ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann von seiner Kasse dazu aufgefordert werden, innerhalb von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

Eine solche Aufforderung seitens der Krankenkasse löst Mitwirkungspflichten beim Versicherten aus. Kommt der Antragsteller der Aufforderung der Krankenkasse, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf einer Zehnwochenfrist. Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente, kann ihnen die Krankenkasse ebenfalls eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf diese Leistung zu stellen haben (§ 51 Abs. 2 SGB V). Diese Befugnis, dem Krankengeldbezieher eine Frist zur Antragstellung zu setzen, hat das Ziel, zu verhindern, dass es in der Hand des Krankengeldbeziehers liegt, den Zeitpunkt des Übergangs in die Rente selbst zu bestimmen und so möglicherweise den Bezug des in der Regel vergleichsweise höheren Krankengelds zu verlängern.¹⁵⁴

Nicht ganz unproblematisch an dieser Regelung ist, dass der Versicherte dieser Zielsetzung insofern ausweichen kann, als die Rentenversicherung keinen Rentenbescheid erlassen kann, solange der Versicherte keinen Antrag auf Rente gestellt hat. In diesem Fall fehlen dem Versicherungsträger Angaben des Versicherten, die für eine Rentenbewilligung nötig wären. Nach Wahrnehmung der vom Rat befragten Krankenkassen stellt eine nicht unwesentliche Anzahl von Versicherten den formellen Renten Antrag im Rahmen einer Umdeutung nicht. Konkrete Angaben zur tatsächlichen Häufigkeit dieser Situation sowie zur Zuverlässigkeit der Kassenangaben liegen jedoch nicht vor. Wenn kein formeller Renten Antrag gestellt wird, hat das zur Folge, dass die Krankenkassen weiterhin Krankengeld zahlen müssen, auch wenn die Voraussetzungen für die Rente vorliegen. Die Kassen sind hier

¹⁵⁴ Siehe dazu auch die vergleichende Tabelle 21, anhand derer die unterschiedlichen Leistungshöhen von Krankengeld, Übergangsgeld und Arbeitslosengeld deutlich werden.

ohne Möglichkeit der Einflussnahme. Weil sich die Mitwirkungspflichten des Versicherten lediglich auf das Stellen eines Rehabilitationsantrags beziehen, ist die Krankenkasse auch nicht berechtigt, die Krankengeldzahlung deshalb zu verweigern, weil der Versicherte keinen Antrag auf Rente stellt.

In solchen Fällen, in denen offenbar die Voraussetzungen für die Rente vorliegen, wäre es möglich, die betreffenden Fälle mittels eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und der Krankenversicherung oder zumindest mit regelmäßigen Absprachen an einem runden Tisch zu bearbeiten und Entscheidungen zu treffen. Dadurch könnte eine frühzeitige Klärung der Zuständigkeiten erfolgen. Grundsätzlich wäre auch eine Neuregelung zu erweiterten Mitwirkungspflichten der Versicherten denkbar. Die Krankenkassen könnten in Fällen des § 51 SGB V das Recht erhalten, bei Vorliegen von Erwerbsminderung zum Rentenanspruch bei geminderter Erwerbsfähigkeit aufzufordern. Mit einer solchen Klarstellung hätte eine Nichtbeachtung der Aufforderung die Folge, dass der Krankengeldanspruch entfällt, wie das auch der Fall ist, wenn ein Versicherter der Aufforderung der Kasse, einen Reha-Antrag zu stellen, nicht nachkommt. Entsprechende Regelungen könnten auch für die Fälle geschaffen werden, in denen Versicherte der Aufforderung, einen Antrag auf Altersrente zu stellen, nicht nachkommen. Auch hier könnte mit einer Klarstellung bewirkt werden, dass ein Nichtmitwirken dazu führt, dass der Krankengeldanspruch ausgesetzt wird.

Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob die Frist, innerhalb derer die Krankenkasse einen Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern kann, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen, gekürzt werden sollte. Durch die bisherige Zehnwochenfrist kann ein schnellstmöglicher Beginn der Rehabilitationsmaßnahme verzögert werden. Das wiederum kann bewirken, dass die Gesundung und der Heilungsprozess sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschwert werden. Sofern die Voraussetzungen für eine Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch ein aussagekräftiges Gutachten und nach Anhörung der oder des Betroffenen vorliegen, besteht grundsätzlich kein Grund, die Reha-Antragstellung hinauszuzögern. Würde die Frist von zehn Wochen auf einen Monat verkürzt, würde zudem eine Angleichung an die Vorschriften des SGB III (Arbeitslosenversicherung) erfolgen. Gemäß § 145 Abs. 2 Satz 1 SGB III hat die Agentur für Arbeit leistungsgeminderte Personen aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen.

§ 116 Abs. 2 SGB VI: Umdeutung des Antrags auf Rehabilitation in einen Rentenanspruch

Eng verbunden mit der Möglichkeit der Krankenkasse, den Versicherten zu einem Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzufordern, hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Antrag auf Maßnahmen der Rehabilitation in einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit umgedeutet werden kann (§ 116 Abs. 2 SGB VI). Diese Umdeutung erfolgt dann, wenn der Versicherte zu einer Antragstellung durch die Krankenkasse aufgefordert wurde, den Antrag gestellt hat, die Reha-Leistung aus Sicht des Rentenversicherungsträgers aber nicht erfolgversprechend erscheint oder die Erwerbsfähigkeit durch die Maßnahme nicht wiederhergestellt werden konnte. Bei einer Umdeutung eines Reha-Antrags in einen Erwerbsminderungsrentenantrag endet – wie bereits ausgeführt – bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung der Anspruch auf das regelmäßig höhere Krankengeld von Beginn der Rentenleistung (§ 50 SGB V) an. Wird eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gezahlt, wird zusätzlich dazu Krankengeld bis zur Höchstdauer von 78 Wochen weiter gezahlt, aber um den Betrag der teilweisen Erwerbsminderungsrente gekürzt.

Von besonderem Interesse in diesem Zusammenhang ist, dass die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch auf die gezahlte Leistung bis zur Höhe der Rentenleistung hat. Dieser Erstattungsanspruch beginnt vom Tag des Rentenbeginns an und gilt auch rückwirkend, also auch, wenn der Rentenbeginn vor der Einstellung der Krankengeldzahlung liegt (§ 103 SGB X). Soweit das gezahlte Krankengeld den Betrag der Rente übersteigt, kann die Krankenkasse den übersteigenden Betrag nicht vom Versicherten zurückfordern.¹⁵⁵ Die Krankenkasse hat somit ein wirtschaftliches Interesse daran, dass der Versicherte möglichst zu einem frühen Zeitpunkt einen Rehabilitations- bzw. Rentenantrag stellt. Der Versicherte und in der Regel auch der Rentenversicherungsträger sind dagegen zumeist an einem Rentenbeginn nach Auslaufen des in der Regel höheren Krankengelds interessiert (Spiolek 2009).

Hier wäre also – wie schon zuvor bei der Diskussion von § 51 SGB V ausgeführt – eine präzisere Ausformulierung der Mitwirkungspflichten des Versicherten beim Stellen eines Rentenantrags zu befürworten. In diesem Zusammenhang könnte für die Kassen auch die Möglichkeit geschaffen werden, die Mitglieder, die die Bedingungen zum Bezug einer Regelaltersrente erfüllen, aufzufordern, eine Regelaltersrente nicht erst mit Vollendung des 65. Lebensjahres zu beantragen, sondern aufgrund der Dauer des Rentenverfahrens zwei bis drei Monate vorher. Dadurch würde sichergestellt, dass die Rentenbewilligung bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorliegt.

11.1.2 Erhöhung des Renteneintrittsalters und Einführung von Rentenabschlägen

In den vergangenen Jahren hat es im Hinblick auf den demografischen Wandel eine Vielzahl von Änderungen im Rentenrecht gegeben. Angesichts der Tatsache, dass schon im Jahr 2025 etwa jeder vierte Erwerbstätige in Deutschland älter als 55 Jahre sein wird (Siebert et al. 2013), wurde unter anderem das Renteneintrittsalter an die steigende Lebenserwartung angepasst und der Bezug einer Regelaltersrente vor dem Renteneintrittsalter mit Abschlägen versehen. Wie bei den Regelaltersrenten, so wurden im Jahr 2001 auch bei den Renten wegen Erwerbsminderung Abschläge bei Inanspruchnahme vor Vollendung des 63. Lebensjahres eingeführt. 2012 erfolgte in Anlehnung an die Erhöhung des Renteneintrittsalters für die Regelaltersrente auch bei Erwerbsminderungsrenten die Erhöhung des abschlagsfreien Rentenbeginns auf das vollendete 65. Lebensjahr.¹⁵⁶ Bezieht ein Versicherter vor Vollendung des 65. Lebensjahres eine Rente wegen Erwerbsminderung, so ergibt sich für jeden Monat ein Abschlag in Höhe von 0,3 %. Um sicherzustellen, dass der Abschlag nicht mehr als 10,8 % beträgt, ist für die Berechnung des Abschlags als untere Altersgrenze das 60. Lebensjahr bestimmt worden.

Die beschriebenen Änderungen im Rentenrecht haben Auswirkungen auf die Antragstellung durch Krankengeldbeziehende, die die Bedingungen einer Erwerbsminderungsrente bzw. einer Regel-

¹⁵⁵ Mit diesem Betrag bleibt die Krankenkasse belastet. Die Rechtsprechung hat zudem entschieden, dass dieser Zeitraum nicht auf die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldbezugs angerechnet werden kann, wenn das Mitglied nach Ende des Rentenbezugs in der laufenden Blockfrist erneut Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit hat. BSG, Urteil vom 8. Dezember 1992, USK 92153.

¹⁵⁶ Im Rahmen des Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) wurde u. a. geregelt, dass ab Juli 2014 bei mindestens 45 Beitragsjahren eine abschlagsfreie Rente bereits mit 63 Jahren möglich sein soll. Das abschlagsfreie Renteneintrittsalter soll in Stufen auf 65 Jahre angehoben werden. Zudem soll bei Neufällen die Zurechnungszeit bei einer Erwerbsminderungsrente zum Juli 2014 um zwei Jahre auf dann 62 Jahre angehoben werden.

altersrente erfüllen. Für den Rentenzugang 2014 waren laut der Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) „Rentenversicherung in Zahlen 2015“ immerhin rund 24 % der Versichertenrenten von Abschlägen betroffen (DRV 2015a). Somit bestehen für eine nicht unerhebliche Anzahl von Versicherten Anreize, den Bezug des in der Regel höheren Krankengelds als Überbrückung bis zum Renteneintrittsalter weitgehend zu nutzen.

11.1.3 Bewilligungsquoten und Wartezeiten auf Leistungen zur Rehabilitation

Auch die niedrige Bewilligungsquote der DRV, die bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2014 bei etwa 50 % lag (DRV 2015b), spielt für die Krankengeldausgaben eine Rolle.

Zudem hat sich in den letzten Jahren nach Wahrnehmung einiger der vom Rat befragten Krankenkassen der Zeitraum vom Stellen eines Antrags auf Leistungen zur Rehabilitation bis zum Beginn der Leistung verlängert. Das gilt sowohl für die Laufzeiten von der Antragstellung bis zur Bewilligung als auch für den Zeitraum von der Bewilligung bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung. Antragsbearbeitung und verzögerte -bewilligung der DRV führen laut einigen Kassen zu unverhältnismäßig längeren Krankengeldzahlungen. Nach Aussage dieser Krankenkassen sind die überdurchschnittlich längeren Laufzeiten bei Anträgen aufgrund psychischer Erkrankungen auffällig. So betragen die Wartezeiten zwischen Reha-Bewilligung und Reha-Beginn – speziell bei psychosomatischen und psychischen, aber auch bei neurologischen Erkrankungen – bei einer der befragten Krankenkassen durchschnittlich mehr als 40 Tage. Für diesen Zeitraum ist Krankengeld zu zahlen, wobei die Wartezeit nicht durch die Krankenkasse beeinflusst werden kann. Zusammen mit einer maximalen Ausschöpfung der Zehnwochenfrist bei Antragstellung (70 Tage) muss die Krankenkasse für ein Fünftel des Höchstanspruchszeitraums von 546 Tagen wegen langer gesetzlicher Fristen und Wartezeiten Krankengeld zahlen.

Regelmäßige Fallkonferenzen der Krankenkassen und Rentenversicherung könnten helfen, entsprechende Friktionen abzubauen. Zudem könnte erwogen werden, der Krankenkasse nicht nur dem Versicherten gegenüber das Recht einzuräumen, eine Frist zur Antragstellung zu setzen (§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V), sondern für den Fall der Bewilligung durch die Rentenversicherung auch einen Anspruch der Krankenkasse gegen den Rentenversicherungsträger auf Erstattung des ab dem Bewilligungszeitpunkt ausgezahlten Krankengelds einzuräumen.

11.2 Schnittstelle zwischen Krankengeld und Arbeitslosengeld

Die Kernfunktion der Arbeitslosenversicherung ist es, bei Verlust des Arbeitsplatzes über die Agentur für Arbeit Leistungen zu gewähren, die den wirtschaftlichen Auswirkungen des Arbeitsplatzverlusts entgegenwirken.¹⁵⁷ Ebenso wie das Krankengeld sollen auch das Arbeitslosengeld I (ALG I) und das Arbeitslosengeld II (ALG II) einen vorübergehenden Zustand des Entgeltausfalls

¹⁵⁷ Neben ihrer Kernfunktion, arbeitslosen Menschen während ihrer Arbeitslosigkeit ein Einkommen zu sichern, werden mit der Arbeitslosenversicherung auch Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung betrieben. Zu den wichtigen Leistungen der Arbeitsversicherung gehören daher neben den versicherungsmäßigen Entgeltersatzleistungen auch Leistungen zur Verhinderung und Beseitigung des eingetretenen oder drohenden Risikos der Arbeitslosigkeit.

überbrücken. Sie werden nur zeitlich befristet gewährt (§ 147 SGB III). Eine klare Unterscheidung der beiden Leistungen zeigt sich bei den Ursachen, die jeweils den Anspruch auslösen: Das auslösende Moment für das Bezahlen von Arbeitslosengeld ist der Verlust des Arbeitsplatzes, insbesondere durch Auswirkungen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (Maydell et al. 2012). Das auslösende Moment für den Bezug von Krankengeld ist dagegen ein Krankheitsfall mit einhergehender Arbeitsunfähigkeit.

Häufig tritt aber Arbeitsunfähigkeit in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Ende eines Beschäftigungsverhältnisses ein. Je nach Versicherungsfall gibt es verschiedene Sozialleistungen, die den Ausfall des Erwerbseinkommens und die damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen beim Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit auffangen: Krankengeld, ALG I (und nach dessen Auslaufen ggf. ALG II) sowie Übergangsgeld.¹⁵⁸ Unter diesen Leistungsarten gibt es oftmals erhebliche Abstimmungsschwierigkeiten und teilweise auch rechtspolitisch fragwürdige Wertungswidersprüche.

11.2.1 Weiterzahlung durch die Agentur für Arbeit bei Arbeitsunfähigkeit

Auslöser für viele Schwierigkeiten an der Schnittstelle Krankengeld und ALG I ist die Tatsache, dass das Krankengeld in der Regel wesentlich höher ist als das ALG I. In verschiedenen Fallkonstellationen führt das zu Ungleichbehandlungen:

Dies ist z. B. bei befristeten Arbeitsverhältnissen zu erwägen: Während ein nach Auslaufen eines befristeten Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig erkranktes Mitglied seinen Lebensunterhalt mit dem dann zur Verfügung stehenden Arbeitslosengeld sicherstellen muss, erhält ein vor Auslaufen des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähiges Mitglied Krankengeld aus dem Entgelt seiner bisherigen Beschäftigung. Hier wäre es denkbar, bei arbeitsunfähigen Versicherten mit befristetem Arbeitsverhältnis das Krankengeld nach Auslaufen der Befristung auf die Höhe des sonst zur Verfügung stehenden Arbeitslosengeldes zu begrenzen, damit die Ungleichbehandlung zwischen diesen beiden Personengruppen beseitigt würde und der Anreiz eines möglichst langen Krankengeldbezugs reduziert wird.

Eine weitere Ungleichbehandlung besteht hinsichtlich der Anrechnung von Urlaubsabgeltungen, die oft noch bei gekündigten Arbeitnehmern bestehen. Gemäß § 157 Abs. 2 SGB III ruht der Anspruch auf ALG I für die Zeit des abgeholten Urlaubs. Damit sollen Doppelleistungen vermieden werden. Beim Krankengeld ist die Rechtslage hingegen anders: Eine Urlaubsabgeltung ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30. Mai 2006, B 1 KR 26/05R) kein Arbeitsentgelt im Sinne von § 49 Abs. 1 Satz 1 SGB V und führt daher nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs. Dabei gilt die für das Arbeitslosengeld angeführte Begründung, dass Doppelleistungen vermieden werden sollen, für den Anspruch auf Krankengeld gleichermaßen.

11.2.2 Verweis von Krankengeldbeziehern in zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts

Von weiterem Interesse bei der Auflösung von Schnittstellenproblemen beim Krankengeld ist die Tatsache, dass es an der Schnittstelle zur Arbeitslosenversicherung zu Ungleichbehandlungen kommt,

¹⁵⁸ Zur Diskussion verschiedener Fallkonstellationen vgl. Geiger 2008.

die dadurch entstehen können, dass es für die Leistungsabgrenzung Krankengeld oder ALG I entscheidend ist, zu welchem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Während ein Versicherter, dem vor dem Krankengeldbezug gekündigt wurde, der Arbeitsagentur zur Verfügung steht, ist dies bei Versicherten, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wurde, nicht der Fall. Daraus ergibt sich, dass für Versicherte, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wird, für die Vermittlung in Arbeit die bisherige Tätigkeit maßgeblich ist. Diese Versicherten können also nur auf ihren früheren Beruf oder gleichartige Tätigkeiten verwiesen werden (§ 1 Abs. 4 Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V). Ein Bezieher von Krankengeld, der vor dessen Bezug schon arbeitslos gemeldet war, darf hingegen von der Agentur für Arbeit in zumutbare Tätigkeiten verwiesen werden.

Um hier für eine stärkere Gleichbehandlung zu sorgen, sollte geprüft werden, ob bei Zusammenreffen von beendetem Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich die Beurteilung des Leistungsvermögens nach den Maßstäben des allgemeinen Arbeitsmarkts und nicht wie bisher nach der zuletzt ausgeübten Beschäftigung erfolgen sollte. Möglich wäre, den Krankenkassen das Recht einzuräumen, Krankengeldbezieher, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wurde, an das Arbeitsamt und auf sämtliche zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts zu verweisen, analog zu arbeitslosen Versicherten, die vor dem Krankengeldbezug bereits ALG I bezogen.

11.3 Schnittstelle zwischen Krankengeld und stufenweiser Wiedereingliederung durch den Arbeitgeber

11.3.1 Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung, auch „Hamburger Modell“ genannt, dient einer schrittweisen Heranführung der arbeitsunfähigen Beschäftigten an sowie ihrer Reintegration in ihre bisherige Tätigkeit. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür finden sich in § 74 SGB V sowie in § 28 SGB IX. Das Ziel der Wiedereingliederung besteht dabei u. a. in einer schrittweisen Heranführung an die volle Arbeitsbelastung durch eine auf die Person individuell abgestimmte Steigerung der Arbeitszeit, wobei der ärztlich überwachte Wiedereingliederungsplan die Rehabilitation günstig beeinflussen soll. Des Weiteren wird durch den Stufenplan einer möglichen Überforderung des Arbeitnehmers vorgebeugt, und die berufliche Belastbarkeit kann durch die Person neu kennengelernt werden. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird davon ausgegangen, dass so ein dauerhafter Einsatz am Arbeitsplatz besser gelingt sowie Kündigungen, vorzeitige Berentungen, Einkommenseinbußen und die daraus resultierenden sozialen und gesundheitlichen Folgen abgewendet bzw. vermindert werden können.

Der Arbeitnehmer gilt dann als arbeitsunfähig mit Anspruch auf Krankengeld, wenn er seine arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht mehr in vollem Umfang erfüllen kann, wobei eine Einschränkung in Teilbereichen als genügend betrachtet wird. Diese rechtliche Konstruktion (sogenanntes Alles-oder-nichts-Prinzip) führt dazu, dass ggf. trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein Leistungsvermögen verbleibt, das im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung genutzt werden könnte. Es ist demnach rechtlich zulässig, dieses sogenannte Restleistungsvermögen zu

Erwerbszwecken zu nutzen, wobei die Nutzung nicht dem Anspruch auf Krankengeld entgegensteht (Gagel 2011).¹⁵⁹

Grundsätzlich kann die stufenweise Wiedereingliederung von einer Vielzahl von Akteuren angeregt werden. Dazu zählen der arbeitsunfähige Beschäftigte, der Arbeitgeber, behandelnde Ärzte, Krankenkassen, Betriebsärzte, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und weitere Sozialversicherungsträger. Für die folgende Erstellung eines Wiedereingliederungsplans wird vorausgesetzt, dass es zu einer ärztlichen Feststellung über die teilweise Wiederaufnahmefähigkeit der Arbeitstätigkeit sowie eine gute Aussicht auf Wiedereingliederung kommt, der arbeitsunfähige Beschäftigte am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt werden kann und der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und die Krankenkasse vor Beginn der Wiedereingliederung der betreffenden Maßnahme zustimmen. Die Dauer der Wiedereingliederung kann individuell an den jeweiligen Gesundheitszustand angepasst werden¹⁶⁰ und dauert in der Regel zwischen sechs Wochen und sechs Monaten¹⁶¹, wobei der Arbeitnehmer in dieser Zeit als arbeitsunfähig gilt und es weiterhin zu einem Krankengeldbezug oder zum Bezug von Übergangsgeld¹⁶² durch die Rentenversicherung kommt. In Ausnahmefällen kann es auch zum Bezug von Verletztengeld durch die Unfallversicherung bzw. von ALG I durch die Arbeitslosenversicherung kommen. Personen, die von der Möglichkeit der Wiedereingliederung Gebrauch machen, und andere, die nicht an Wiedereingliederungsmaßnahmen teilnehmen, sind insofern rechtlich gleichgestellt, als die stufenweise Wiedereingliederung auf die Krankengeldhöchstbezugsdauer von 78 Wochen angerechnet wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

Seitens des Arbeitnehmers besteht während der Zeit der Wiedereingliederungsmaßnahme kein Anspruch auf Vergütung und Erholungsurlaub (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004). Gleichmaßen hat der Arbeitgeber während des gesamten Zeitraums keinen Anspruch auf Arbeitsleistung. Sofern es doch zu einem Bezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt kommt, so wird dieses gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf die Entgeltersatzleistung angerechnet.¹⁶³

Die Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung kann von allen Beteiligten – Arbeitnehmer, Arbeitgeber, betreuender Arzt und Krankenkasse – jederzeit beendet werden. Eine Unterbrechung der stufenweisen Wiedereingliederung, die länger als sieben Tage andauert, gilt ab dem ersten Tag der Unterbrechung als abgebrochen. In Einzelfällen kann jedoch die Maßnahme auch wieder fortgesetzt werden. Im Falle eines Abbruchs der schrittweisen Eingliederung bleibt die Arbeitsunfähigkeit bestehen. Daran anschließend müssen weitergehende Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen oder eine Berentung in Erwägung gezogen werden.

¹⁵⁹ Dies bedeutet, dass der Arbeitnehmer u. a. für die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit mit dem Arbeitgeber einen zweiten Arbeitsvertrag über Teile seiner bisherigen Tätigkeit oder andere Aufgaben oder mit anderen Arbeitgebern Arbeitsverträge schließen kann, ohne den Krankengeldanspruch zu verlieren (Gagel 2011).

¹⁶⁰ Sie wird auch stets durch ärztliche Untersuchungen begleitet und je nach Verlauf des Gesundheitszustands verkürzt, verlängert oder beendet (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶¹ In Ausnahmefällen kann die Dauer auf zwölf Monate verlängert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶² Sofern sich innerhalb von vier Wochen eine stufenweise Wiedereingliederung an die Teilnahme an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation, die vom Träger der Rentenversicherung erbracht wurde, anschließt oder die Wiedereingliederung während einer ambulanten Leistung zur Rehabilitation bereits begonnen wurde, ist die Rentenversicherung für die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zuständig (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004; DRV 2014).

¹⁶³ Für weitere Details siehe § 74 Rn. 26, Sichert, M. in: Becker/Kingreen 2014.

11.3.2 Anreizwirkungen bei der Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung

Die Notwendigkeit des Zusammenwirkens aller vier Akteure¹⁶⁴ erschwert unter Umständen eine rasche Reintegration von arbeitsunfähigen Beschäftigten in das Erwerbsleben. Die Arbeitgeber sind aber seit dem 1. Mai 2004 zur Durchführung eines Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements verpflichtet (vgl. § 84 Abs. 2 SGB IX) mit dem Ziel, die Arbeitsunfähigkeit eines längerfristig erkrankten Arbeitnehmers zu überwinden, weitere Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und den Erhalt des Arbeitsplatzes zu sichern. Demzufolge steht es dem Arbeitgeber aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht gänzlich frei, sich einer ärztlich empfohlenen stufenweisen Wiedereingliederung zu verwehren. Die frühere Auffassung, der Arbeitgeber könne über seine Zustimmung frei entscheiden, ist nach Einführung des § 84 SGB IX somit überholt. Bei einer Verweigerung der Durchführung der Wiedereingliederung könnte der Arbeitnehmer Schadensersatzansprüche geltend machen (vgl. LAG Hamm vom 4. Juli 2011 – 8 Sa 726/11).¹⁶⁵ Sofern die stufenweise Wiedereingliederung für den Arbeitgeber nicht zumutbar ist, darf sie aber in Ausnahmefällen abgelehnt werden.

Im Gegensatz dazu besteht keine Zustimmungspflicht des arbeitsunfähigen Beschäftigten zur Teilnahme an der stufenweisen Wiedereingliederung, wobei dies im Kontrast zu den Mitwirkungspflichten gegenüber dem Leistungsträger und dem Bezug von Sozialleistungen (§§ 60 ff. SGB I) steht. Eine Verletzung der Mitwirkungspflichten kann demzufolge eine teilweise oder gänzliche Versagung der Sozialleistungen nach sich ziehen (§ 66 SGB I). Gemäß § 51 Abs. 3 SGB V entfällt der Anspruch auf Krankengeld, sofern innerhalb der Frist nicht ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt wird. Ob diese Vorschrift jedoch auch dann gilt, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht angetreten wird und der Antrag beim zur Durchführung bereiten Arbeitgeber nicht zurückgenommen wurde, ist strittig. Es wird teilweise die Auffassung vertreten, dass in diesem Fall die Mitwirkungspflicht verletzt wird und daher nach § 66 SGB I die Leistungen entzogen werden können (Geiger 2012). Da es sich aber andererseits bei der stufenweisen Wiedereingliederung um eine Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber mit unterstützender Tätigkeit der Krankenkasse handelt, ist eine Versagung der Sozialleistungen wegen mangelnder Mitwirkung durch den erkrankten Arbeitnehmer nach § 63 SGB I nicht möglich (Gagel 2011). Zudem wird argumentiert, dass die Freiwilligkeit des arbeitsunfähigen Beschäftigten zur Zustimmung zur stufenweisen Wiedereingliederung ein Konzept sei, das nur dann einen positiven therapeutischen Effekt verspreche, sofern sich der Versicherte freiwillig dazu entscheide (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶⁴ Die Zustimmungspflicht der Krankenkassen nimmt in der Betrachtung zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung eine eher untergeordnete Rolle ein. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung handelt es sich um eine vertragliche Einigung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wobei der Krankenversicherungsträger berät, unterstützt und für den Erhalt des Lebensunterhalts Sorge trägt. Die stufenweise Wiedereingliederung ist gemäß § 28 SGB IX eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die ohne die Kostenträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung) durchgeführt wird (Eierdanz 2012; Gagel 2011). Da die stufenweise Wiedereingliederung zu einer schnelleren Teilnahme am Arbeitsleben führen kann (z. B. Kausto et al. 2008; Hogelund et al. 2010), haben Krankenkassen generell einen finanziellen Anreiz zur Zustimmung. Der weitere Text konzentriert sich demzufolge auf die beiden Hauptakteure (Arbeitgeber und -nehmer), die maßgeblich den Erfolg einer stufenweisen Wiedereingliederung beeinflussen können.

¹⁶⁵ Gemäß der neueren Rechtsprechung spielt es keine Rolle mehr, ob der Arbeitnehmer schwerbehindert ist oder nicht. Vgl. dazu Anspruch auf Beschäftigung und Anspruch auf eine stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers (§ 81 Abs. 4 Satz 1 SGB IX, BAG vom 13. Juni 2006 – 9 AZR 229/05).

Eine Untersuchung zur stufenweisen Wiedereingliederung, die unmittelbar an eine medizinische Rehabilitation anschließt, zeigt, dass knapp 50 % der berufstätigen, arbeitsunfähigen, aber als hinreichend belastbar aus der Rehabilitation entlassenen Versicherten einer Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung nachkommen (Bürger et al. 2011a). Allerdings sinkt nach anderen Studien die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen stufenweisen Wiedereingliederung mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit: So liegt die Erfolgswahrscheinlichkeit bei 50 %, sobald die Arbeitsunfähigkeitsdauer sechs Monate überschreitet, und sinkt auf 10 %, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als zwölf Monate andauert (Eierdanz 2012). Die Empfehlungsquote zur stufenweisen Wiedereingliederung ist dabei stark indikationsabhängig und liegt insbesondere bei den psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich hoch. So weisen 43,5 % der psychosomatischen Fachkliniken eine mindestens 50%ige Empfehlungsquote zur stufenweisen Wiedereingliederung auf (Bürger et al. 2011a).

Eine frühzeitige stufenweise Wiedereingliederung erscheint demzufolge sinnvoll, wobei es aber wenig erfolgversprechend erscheint, seitens der Krankenkassen die Betroffenen mit Fristsetzung zur Teilnahme an solchen Maßnahmen zu verpflichten (wie beispielsweise bei der Aufforderung zum Reha-Antrag, vgl. Kapitel 2), wenn es an der grundsätzlichen freiwilligen Bereitschaft der Krankengeldbezieher dazu fehlt.

11.3.3 Vergütung

Wie oben beschrieben ist der Arbeitgeber während der stufenweisen Wiedereingliederung nicht verpflichtet, den Arbeitnehmer zu vergüten, jedoch können freiwillige Zuschüsse zum Krankengeld gewährt werden. Diese gelten gemäß § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV nicht als beitragspflichtiges Entgelt, sofern die Einnahmen zusammen mit dem Krankengeld das letzte Nettoarbeitsentgelt um nicht mehr als 50 Euro pro Monat übersteigen. Diese Begrenzung der Zuschusshöhe ist im Sinne einer Motivationsprämie der arbeitsunfähigen Beschäftigten als problematisch einzustufen: Der zulässige Zuschuss betrug z. B. für das Jahr 2014 ca. 2,9 % der durchschnittlichen monatlichen Krankengeldzahlbeträge¹⁶⁶, somit einen eher zu vernachlässigenden Betrag, der keinen wesentlichen finanziellen Anreiz zur Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung darstellt.

Während der gesamten Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung wird eine Entgeltersatzleistung in Form von Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld gezahlt, wodurch aufseiten des Arbeitgebers ein finanzieller Anreiz zur Ausdehnung der stufenweisen Wiedereingliederung bestehen könnte. Eine mögliche Folge davon könnten zu lange Phasen des Wiedereingliederungsmanagements sein, die zu erhöhten Kosten bei den Sozialversicherungsträgern führen könnten. Allerdings fehlen bislang empirische Belege, dass es zu einer solchen unerwünschten Ausdehnung der Maßnahmen kommt, zumal in der Regel auch die betroffenen Patienten Interesse daran haben dürften, die Maßnahmen zu beenden, wenn eine Vollzeitarbeit gesundheitlich wieder möglich ist.

¹⁶⁶ Vgl. Kapitel 5.2.5: Im Jahr 2014 belaufen sich die durchschnittlichen monatlichen Zahlbeträge auf ca. 1 744 Euro, wobei von einer 30-Tage-Regelung ausgegangen wird.

11.3.4 Schnittstelle zum Arbeitgeber

Langfristig erkrankte Arbeitnehmer haben nur dann Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zu 100 % arbeitsunfähig sind. Eine flexiblere Regulierung des Alles-oder-nichts-Prinzips hin zu einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit und demzufolge einem teilweisen Krankengeldanspruch könnte weitreichende Entlastungen nach sich ziehen. Neben den potenziell positiven Effekten auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Langzeiterkrankten ermöglicht die stufenweise Wiedereingliederung eine schnellere Rückkehr sowie höhere Rückkehrquoten (Kausto et al. 2008; Schneider et al. 2015; Hogelund et al. 2010; Andrén/Andrén 2009). Beispielhaft dafür stehen die nordischen Länder Schweden, Norwegen, Dänemark und Finnland, die als Folge steigender Krankheitsabwesenheitsraten und Krankengeldzahlungen Ende der 1990er Jahre eine flexiblere Kombination von krankengeldbezuschussten Arbeitsmodellen eingeführt haben. Dazu zählt beispielsweise die Möglichkeit, Arbeitszeit und -anforderungen zu reduzieren oder zu modifizieren und diese mit einer reduzierten Entgeltzahlung sowie einem Teilkrankengeld zu kombinieren. In Schweden wurde beispielsweise eine stufenweise Berechnung eingeführt. Dort kann eine Einstufung der Arbeitsunfähigkeit auf 100 %, 75 %, 50 % oder 25 % erfolgen, die Höhe des Krankengelds berechnet sich analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds könnte auch in Deutschland interessant sein. Nach schwedischem Vorbild wäre es denkbar, ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit eine stufenweise¹⁶⁷ Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen, die unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Arbeitnehmers im Konsens mit dem Betroffenen ärztlich festgestellt wird und auch bei einer Veränderung des Gesundheitszustands flexibel angepasst werden kann. Eine flexiblere Gestaltung ermöglicht die Nutzung des verbleibenden „Restleistungsvermögens“ und vermeidet zudem die sozialen und finanziellen Folgen einer zeitlich verzögerten oder „zu späten“ Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bzw. schwächt sie ab. Die Einführung eines beispielsweise indikationsabhängigen Schwellenwerts könnte als Kriterium dienen, Arbeitnehmer zu identifizieren, die insbesondere von der Teilnahme an einer Wiedereingliederung profitieren könnten. Eine individuelle und risikoadjustierte Wiedereingliederung insbesondere jener Arbeitnehmer, die nach statistischen Erfahrungswerten besonders gefährdet sind, den Kontakt zu ihrem Arbeitsumfeld zu verlieren, könnte dabei helfen, die Reintegrationsquote weiter zu erhöhen.

Die genannten Änderungen würden bereits während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber greifen: Auch nach Einführung eines Teilkrankengelds würde die Entgeltfortzahlung während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit zu 100 % erfolgen. Jedoch bestünde die Möglichkeit, dass die Arbeitnehmer je nach Grad der Arbeitsfähigkeit ihr Restleistungsvermögen einbringen könnten. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist ergeben sich bis zur vollständigen Rückkehr ins Erwerbsleben, z. B. in die Rente wegen Erwerbsminderung, verschiedene Fallkonstruktionen: Beispielsweise würde der Arbeitnehmer bei einer 50%igen Teilarbeitsunfähigkeit eine Entgeltzahlung von 50 % sowie 50 % seines Krankengeldanspruchs erhalten. Bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit würde der Arbeitnehmer – wie auch nach der aktuellen Gesetzeslage – einen vollen Krankengeldanspruch erwerben und bei Bedarf eine stufenweise Wiedereingliederung anstreben.¹⁶⁸ Je nach

¹⁶⁷ Alternativ wäre auch eine prozentual variable Gestaltung der Arbeitsunfähigkeit denkbar.

¹⁶⁸ Eine Teilarbeitsunfähigkeit bzw. ein Teilkrankengeld sollte nicht als Widerspruch zur stufenweisen Wiedereingliederung betrachtet werden. Beide Konzepte verhalten sich komplementär und knüpfen an das Konzept einer schnellen Reintegration ins Erwerbsleben sowie an die guten Erfolgsprognosen einer stufenweisen Wiedereingliederung an (vgl. z. B. Bürger et al. 2011b).

Gestaltung des kombinierten Entgeltbezugs könnten darüber hinaus finanzielle Anreize für Arbeitnehmer geschaffen werden, sofern die Kombination der Entgeltleistungen betragsmäßig über den reinen Krankengeldbezug hinausgehen. Auch der Anreiz zur zeitnahen Rückkehr in das Erwerbsleben könnte so weiter gestärkt werden.

Grundvoraussetzungen für die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds sind eine sachgemäße Feststellung des Grads der Arbeitsunfähigkeit, die Einwilligung des Arbeitnehmers zu einer vorübergehend geminderten Arbeitsfähigkeit und der damit verbundenen Einbringung des Restleistungsvermögens sowie die Bereitschaft oder (je nach Ausgestaltung) auch Verpflichtung des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer einen Teilarbeitsplatz zur Verfügung zu stellen. Formal müssten dazu vom Gesetzgeber die arbeitsrechtlich definierten Begriffe Arbeitsunfähigkeit und Restleistungsvermögen, die bisher die Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit ausgeschlossen haben, neu gefasst werden.

11.3.5 Schnittstelle zur Rentenversicherung

Sofern sich nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die durch den Rentenversicherungsträger erbracht wurde, die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar anschließt¹⁶⁹, wird Übergangsgeld durch den Rentenversicherungsträger gezahlt (vgl. § 51 Abs. 5 SGB IX). Der „unmittelbare Anschluss“ bezieht sich dabei auf eine starre Vierwochenregel (DRV 2014). Dies widerspricht jedoch der Rechtsprechung des BSG, wonach die Umstände des Einzelfalls (z. B. betriebliche Vorkehrungen, berufstypische Anforderungen, Zeit der Rekonvaleszenz) relevant sind. Demzufolge kann von einem unmittelbaren Anschluss auch noch bei einer Frist von neun Wochen ausgegangen werden, sofern die Leistungsvoraussetzungen des § 28 SGB IX am Ende der medizinischen Rehabilitation vorliegen und sich die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar an eine vorangegangene medizinische Rehabilitation als Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen Gesamtmaßnahme anschließt (BSG vom 5. Februar 2009 – B 13 R 27/08 R; BSG vom 20. Oktober 2009 – B 5 R 44/08 R).

Aus finanzieller Perspektive ist es für langzeiterkrankte Arbeitnehmer vorteilhafter, eine stufenweise Wiedereingliederung während des Bezugs von Krankengeld anzustreben anstatt die stufenweise Wiedereingliederung unter Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers durchzuführen (vgl. Tabelle 21). Eine Untersuchung zur stufenweisen Wiedereingliederung zeigt, dass 37,7 %¹⁷⁰ der Befragten, die an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilgenommen haben, diese mit Übergangsgeld der Rentenversicherung durchgeführt haben.¹⁷¹ Insbesondere bei Versicherten, die älter als 50 Jahre waren, sowie bei Versicherten mit einem Familiennettoerwerbseinkommen unter 1 000

¹⁶⁹ Weitere Voraussetzungen für die Zahlung von Übergangsgeld gemäß § 51 Abs. 5 SGB IX sind, dass das Mitglied nach wie vor arbeitsunfähig ist, die Wiedereingliederung von der Rehabilitationseinrichtung empfohlen sowie eingeleitet wurde, die jeweiligen Parteien zustimmen und das Mitglied für mindestens zwei Stunden täglich belastbar ist (DRV 2014).

¹⁷⁰ 31,2 % haben trotz Empfehlung an keiner stufenweisen Wiedereingliederung teilgenommen und 31,1 % haben zu Lasten der Krankenversicherung teilgenommen.

¹⁷¹ Die Untersuchung bezieht sich auf eine schriftliche Befragung von 12 135 Versicherten (Rücklaufquote: 52,5 %) mindestens 15 Monate nach Abschluss der Rehabilitation. Dabei wurden nur Versicherte befragt, deren Rehabilitation bis Ende 2005 abgeschlossen wurde. Des Weiteren wurden nur Personen inkludiert, die nicht älter als 60 Jahre waren und vor der Rehabilitation einen nicht selbstständigen Beruf ausübten, anschließend arbeitsunfähig wurden und für mindestens sechs Stunden belastbar aus der Rehabilitation entlassen wurden. Die Dauer des „unmittelbaren Anschlusses“ beträgt bei dieser Studie einen Zeitraum von zwei Wochen nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation. Für weitere Details siehe Bürger et al. 2011a.

Euro und ohne Schul-/Berufsausbildung wird seltener eine Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung ausgesprochen. Positive Empfehlungen erhalten Arbeitnehmer, die u. a. ihre eigene Erwerbsprognose günstig beurteilen und deren Rückkehr an den Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber positiv bewertet wird (Bürger et al. 2011a). Indikationsbedingt zeigt sich, dass besonders Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen von der Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung profitieren, während die Effekte auf Arbeitnehmer mit kardiologischen oder onkologischen Erkrankungen statistisch nicht signifikant sind (Bürger et al. 2011b).¹⁷²

Bei einem Abbruch und später einer erneuten Wiederaufnahme der stufenweisen Wiedereingliederung kommt es zu einer Veränderung der Zuständigkeiten des Entgeltfortzahlungsanspruchs. Sofern die Wiederaufnahme die oben genannte Siebentagefrist nicht überschreitet, wird weiterhin Übergangsgeld gewährt, andernfalls ist für die erneute Wiedereingliederung der Krankenversicherungsträger zuständig, da es sich nicht mehr um den Bestandteil einer der vorangegangenen medizinischen Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers handelt. Darüber hinaus ist ebenfalls der Krankenversicherungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig, sofern nach Abschluss der stationären Rehabilitationsmaßnahme der Arbeitnehmer nicht mehr rehabilitationsbedürftig ist (SG Stuttgart vom 2. September 2010 – S 24 R 9049/08). Sobald der Anspruch auf das Übergangsgeld entfällt, lebt der Anspruch auf Krankengeld wieder auf.

11.4 Schnittstellen in der Begutachtungspraxis

Bei der Betrachtung der Schnittstellen im Sozialversicherungssystem im Hinblick auf das Krankengeld gilt es nicht nur, mögliche Unklarheiten in den Zuständigkeiten der einzelnen Zweige genauer zu betrachten, sondern auch, die Informationswege und Zeitabläufe zwischen den einzelnen Akteuren zu analysieren. Denn nur wenn diese Zusammenarbeit reibungslos abläuft, sind das Einleiten individuell notwendiger Leistungen und Hilfen in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung und ihre zügige Durchführung gewährleistet. Den medizinischen Diensten der Krankenkassen und der Rentenversicherung kommt bei der Kommunikation zwischen Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, behandelnden Ärzten sowie dem Versicherten eine zentrale Stellung zu. Dort werden grundsätzliche und weitreichende Entscheidungen getroffen und in Gutachten festgehalten. Die Resultate der Gutachten haben gegebenenfalls weitreichende Auswirkungen für den jeweiligen Versicherten – etwa einen Wechsel zu einem anderen Sozialversicherungsträger.

Allein aus der Tatsache, dass es zwei verschiedene gutachterliche Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen gibt, lässt sich ableiten, dass sich ihre Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit von Krankengeldbeziehern durchaus unterscheiden können. Der MDK prüft bei andauernder Arbeitsunfähigkeit, ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten gemindert oder erheblich gefährdet ist. Der sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung prüft vor dem Gewähren einer Rente, ob die vorhandene oder drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht zu beheben ist bzw. ihr nicht vorgebeugt werden kann. Ist die Erwerbsfähigkeit nur vorübergehend

¹⁷² Die Studie basiert auf der Befragung von 696 Patienten (Stichprobe der Versichertenbefragung, siehe Bürger et al. 2011b), von denen 50 % an einer stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung teilgenommen haben. Diese parallelierte Stichprobe ist möglicherweise nur eingeschränkt repräsentativ, da sie u. a. über ein leicht verringertes durchschnittliches Alter, einen geringeren Anteil an Frauen und höhere Fehlzeiten im Jahr vor der Rehabilitation verfügt.

beeinträchtigt, sind entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen und unter Umständen die ergänzende Leistung Übergangsgeld zu gewähren. Des Weiteren ist festgesetzt, dass der Rentenversicherungsträger keine Leistungen in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit übernimmt (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI und § 15 Abs. 2 SGB VI).

Es sollte geprüft werden, ob ein gemeinsamer medizinischer Dienst diese Aufgaben besser erfüllen könnte. Das gilt insbesondere, weil es nach Wahrnehmung der befragten Kassen derzeit zu Doppelarbeiten der beiden Dienste kommt. In der Praxis beauftragt der Rentenversicherungsträger zusätzlich noch die eigenen medizinischen Gutachter zur Stellungnahme, obwohl in vielen Fällen bereits qualifizierte Gutachten des MDK vorliegen. Reha-Anträge werden dann in ihrer Bearbeitung verzögert, was zu Lasten der Krankenkasse geht. Über einen gemeinsamen Dienst oder zumindest gemeinsame und regelmäßige Fallkonferenzen der Kranken- und Rentenversicherung könnte ein verbindlicher Austausch von Gutachten erfolgen und eine frühzeitige Klärung hinsichtlich der Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger gewährleistet werden.

11.5 Literatur

- Andrén, D. und Andrén, T. (2009): How to evaluate the impact of part-time sick leave on the probability of recovering, Working Paper 13/2009, Swedish Business School, Örebro University.
- Becker, U. und Kingree, T. (Hrsg.) (2014): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 4. Aufl., München.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8, Würzburg.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C. und Stapel, M. (2011a): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen, in: Rehabilitation 50(2): 74–85.
- Bürger, W. und Streibelt, M. (2011b): Wer profitiert von der Stufenweisen Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Rehabilitation 50(3): 178–185.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2014): Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld (Stand: Dezember 2014).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2015a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenversicherung in Zahlen.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2015b): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf.
- Eierdanz, A. (2012): Betriebliche Eingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten – Mit der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V und § 28 SGB IX, München.
- Gagel, A. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung – Einordnungsprobleme in der Gemengelage zweier Rechtsgebiete und dreier Rechtsverhältnisse, in: Behindertenrecht (2), 66–73.
- Geiger, U. (2012): Soziale Absicherung während der stufenweisen Wiedereingliederung (Hamburger Modell), in: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht (5), 195–200.
- Geiger, U. (2008): Soziale Absicherung bei Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit, in: info also – Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht (2): 58–63.
- Hogelund, J., Holm, A. und McInotsh, J. (2010): Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular work hours?, in: Journal of Health Economics 29 (1): 158–169.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P. und Viikari-Juntura, E. (2008): Partial sick leave - review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 34(4), 239–249.
- Koppenfels, K. v. (2002): Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall an der Schnittstelle von Arbeits- und Sozialrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS): 241–248.
- Löcher, J. (2005): Die Mehrfachsicherung sozialer Risiken am Beispiel der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Ein Plädoyer für eine einheitliche Risikoabsicherung im System der sozialen Sicherung, in: Die Rentenversicherung 2005(4): 61–71.
- Marschner, A. (1996): Der Übergang von Krankengeld auf Rente, in: ZfSH/SGB (5): 233–237.
- Maydell, B. v., Ruland, F. und Becker, U. (2012): Sozialrechtshandbuch, 5. Aufl., München.
- Pfusser, W. (2012): Begutachtung an Schnittstellen – Rechtliche Einführung, in: MED SACH (108/3/2012): 89–92.
- Schneider, U., Lindner, R. und Verheyen, F. (2015): Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany, in: European Journal of Health Economics, 2014: 1–15.

- Siebert, S., Berger, U., Krohnert, S. und Klingholz, R. (2013): Produktiv im Alter. Was Politik und Unternehmen von anderen europäischen Ländern lernen können. Hrsg.: Bundesinstitut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin.
- Spiolek, U. (2009): Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen Rentenversicherungsträger wegen gezahlten Krankengeldes, in: Voelzke, T. und Schlegel, R. (Hrsg.): jurisPR-SozR 11, www.juris.de/jportal/portal/t/eck/page/bsiprod.psm1/screen/JWPDFScreen/filename/jpr-NLSR000005209.pdf (Stand: 21. Oktober 2015).
- Winge, S., Mohs, A., Müller, K., Nörenberg, L., Pannicke, L. und Robra, B.-P. (2002): Schnittstellen in der Rehabilitation – Drei Modelle, in: Rehabilitation 2002; 41(1): 40–47.

Geschäftsstelle des Sachverständigenrats
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr. 1
53123 Bonn
www.svr-gesundheit.de

Der Volltext des Sondergutachtens Krankengeld ist online verfügbar unter
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=565>