

129. Jahrgang · März | April 2019

Kompass

Vier Jahre Präventions- gesetz



**KUNDENBEFRAGUNG IN DER RENTENVERSICHERUNG
WAS MAN ÜBER MINIJOBS WISSEN MUSS
NEUE GERINGFÜGIGKEITS-RICHTLINIEN**



Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

- 3** Vier Jahre Präventionsgesetz
Wie sind Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt und bei den Menschen angekommen?
- 14** Ergebnisse der Kundenbefragung in der Deutschen Rentenversicherung

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

- 21** Was man über Minijobs wissen muss – Daten und Fakten 2018
- 25** Neue Geringfügigkeits-Richtlinien verabschiedet
Eine Zusammenfassung der Änderungen
- 33** Der Sozialgerichtsprozess – Grundzüge des sozialgerichtlichen Verfahrens

BERICHTE UND INFORMATIONEN

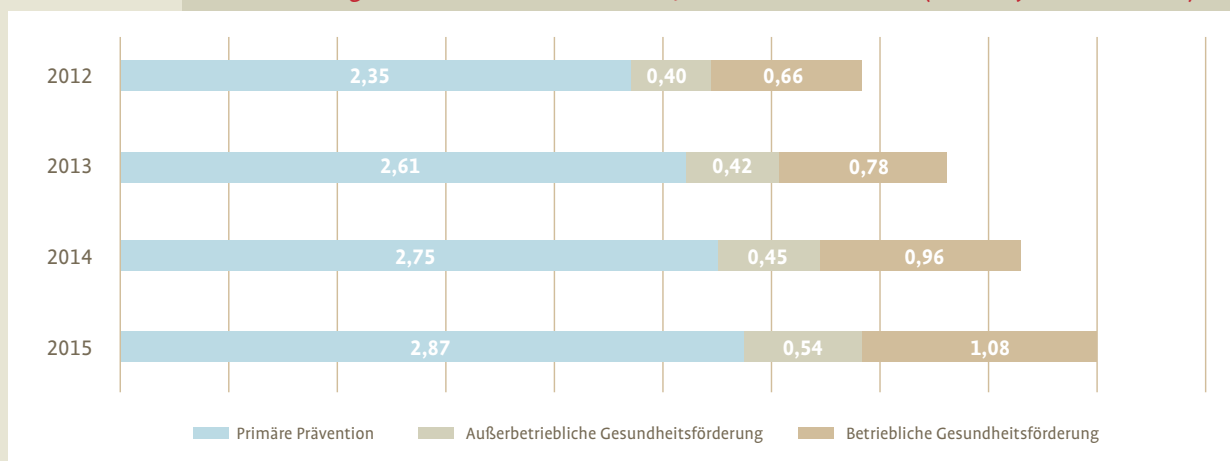
- 38** Sozialkompass Europa
Soziale Sicherheit in Europa im Vergleich
- 39** Veränderungen in den Organen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- 39** 71. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- 40** 72. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- 41** 73. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- 43** Personalnachrichten
- 43** Impressum

Titelbild:

Mit dem Präventionsgesetz soll die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen – Kindergarten, Schule, Betrieb oder Pflegeeinrichtung – gestärkt werden.

Foto: ©A-Digit - gettyimages.de

Abb. 1: Ausgaben für Prävention in den Jahren 2012 bis 2015 (in Euro je Versicherten)



Quelle: KNAPPSCHAFT, auf Grundlage der Präventionsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

unternommen. Trotzdem war die politische Auffassung, dass nicht weitreichend genug diejenigen Menschen erreicht werden, die den größten gesundheitlichen Nutzen von Leistungen zur Prävention hätten. Mit dem Gesetz soll daher die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen – Kindergarten, Schule, Betrieb oder Pflegeeinrichtung – gestärkt werden. Unabhängig vom sozialen Status der sich dort Aufhaltenden wird so ein niedrighschwelliger und breiter Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten ermöglicht.

Gesunde Lebensbedingungen zu erhalten, sie zu erweitern oder auch neu zu erschaffen und dabei die in ihren individuellen sozialen Räumen lebenden Menschen abzuholen, mitzunehmen und langfristig für Gesundheit zu begeistern: Das ist sicherlich der wesentliche, am humanitären Gedanken ausgerichtete Zielekanon des Präventionsgesetzes. Wie auch schon vor Juli 2015 geht es dabei aber nicht um die dauerhafte Versorgung des Individuums mit Präventionsleistungen, sondern um die Förderung gesundheitlicher Eigenverantwortung und Strukturen mit dem Bestreben die Eigenkompetenz zu erkennen und zu stärken. Der genannte Zielekanon ist gleichzeitig die gesundheitspolitische

Erwartungshaltung: Einerseits steht er als Doktrin über allem Tun und Handeln, andererseits findet er sich immer wieder zwischen den Zeilen und durchzieht so wie ein roter Faden die Umsetzung.

1.2 Neue Strukturen

Um diese grundsätzliche Intention zu erreichen, beschreibt das Präventionsgesetz einige strukturelle Neuerungen. Leitgedanke ist daher die Schaffung einer verlässlichen und operationalisierten Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung der verantwortlich Handelnden in Bund, Ländern und Kommunen. Diese Struktur stellt sich wie folgt dar:

- Stärkung der Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Nicht nur wie bisher die gesetzliche Krankenversicherung, auch die gesetzliche Renten-, Unfall-, und Pflegeversicherung sowie die private Krankenversicherung werden durch ausdrückliche Nennung eingebunden. In einer Nationalen Präventionskonferenz (NPK) legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Sozialpartner gemeinsame Ziele

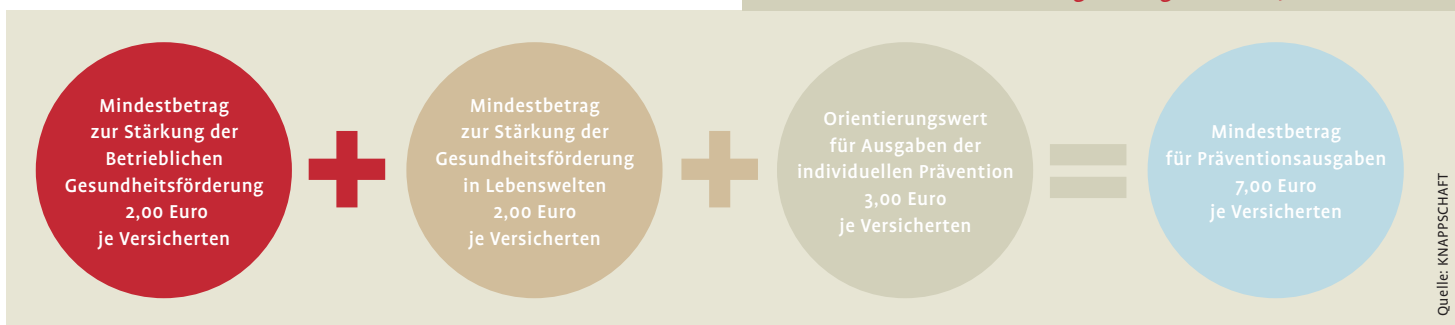
fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.

- Nationale Präventionsstrategie. Die Sozialversicherungsträger verständigen sich mit den Ländern und unter Beteiligung der BA und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung (Nationale Präventionsstrategie). Kommunen, Kindertagesstätten (Kitas), Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen stehen hierbei im Fokus.³

1.3 Ausgaben bis 2015

Das festgelegte Zielebündel fokussiert und prägt das letztlich zu erreichende Gewünschte. Denn so hehr und ausgerichtet am Wohlbefinden des Menschen die Ziele auch sind, sind sie mitunter auch abstrakt. Sie bemessen sich, gerade auch weil Beitragsgelder der Sozialversicherung im Spiel sind, letztlich an definierten und konkreten Kennzahlen. Ziel erreicht weil Kennzahl gesteigert? So viel vorab: Die Präventionsausgaben sahen schon 2015 im Ursprung des Präventionsgesetzes vorzeigbar aus (vgl. Abb. 1). Denn auch vor Inkrafttreten des Gesetzes förderten die Krankenkassen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in erheblichem Umfang

Abb. 2: Mindest-Förderungsbeiträge für das Jahr 2016



Quelle: KNAPPSCHAFT

und mit jährlichen Steigerungsraten. Sie boten und bieten ihren Versicherten zahlreiche Leistungen zur primären Prävention an und unterstützen die betriebliche sowie außerbetriebliche Gesundheitsförderung. Das Ausgabevolumen dafür betrug 317 Mio. Euro im Jahr 2015 bei fast 5,5 Mio. direkt erreichter Menschen⁴. Die Krankenkassen investierten mit 4,49 Euro je Versicherten deutlich mehr in die primäre Prävention als den für das Jahr 2015 gesetzlich verankerten Orientierungswert in Höhe von 3,17 Euro.

1.4 Mehr Geld, mehr Förderung?

Die in dieser Höhe eingebrachten Beiträge werden jedoch vom Gesetzgeber als nicht ausreichend für die mit dem Präventionsgesetz verfolgten Ziele erachtet. Der Richtwert für Ausgaben der Krankenkassen für die Leistungen zur Primärprävention, zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird auf jährlich sieben Euro je Versicherten erhöht. Die scheinbar einfache Rechnung: mehr Geld, mehr Gesundheitsförderung. Zur Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten werden die Krankenkassen verpflichtet, einen Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten für Leistungen zur BGF aufzuwen-

den. Sofern die Ausgaben einzelner Krankenkassen diesen Mindestbetrag nicht erreichen, kommen die nicht verausgabten Mittel der Arbeit in den regionalen BGF-Koordinierungsstellen zugute. Auch für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten wird ein Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versicherten eingeführt (vgl. Abb. 2).⁵

Jährlich mehr als 500 Mio. Euro mit definierten Ausgabensteigerungen, basierend auf der Veränderung der jährlichen Bezugsgröße, sollen die Kranken- und Pflegekassen so für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Gemäß nationaler Präventionsstrategie liegt dabei der Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung in Settings⁶ wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich.

2. Organisation auf Bundesebene

2.1 Angepasste Infrastruktur

Auf Bundesebene definieren die beiden strukturellen Neuerungen NPK und Nationale Präventionsstrategie zu einem großen Teil auch bereits die methodische Umsetzung, beispielweise die

bessere Versorgung der Menschen mit Primärprävention durch intensivere akteursübergreifende Zusammenarbeit. Notwendig dafür war eine angepasste Infrastruktur hinsichtlich der Gremien und Zuständigkeiten.

War es bis Mitte 2015 vor allem die GKV, die sich als Sozialversicherungszweig um die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland inhaltlich und vor allem finanziell verdient gemacht hat, ergibt sich mit der neu eingeführten NPK ein erweitertes Trägerbündnis. Aktuelle Träger der NPK, die einen Sitz im Gremium haben, sind die gesetzlichen und privaten Sozialversicherungen vertreten durch ihre Spitzenorganisationen (vgl. Abb. 3). Die dargestellte Gremienlandschaft wird in ihren Zuständigkeiten, Aufgabenstellungen und dem Erreichten beziehungsweise Umgesetzten nachfolgend näher beleuchtet.

2.2 Nationale Präventionsstrategie

Aufgabe der NPK ist es, in engem Zusammenwirken der Träger die nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und sie fortzuschreiben. Die Strategie umfasst insbesondere:

- Vereinbarung von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben.

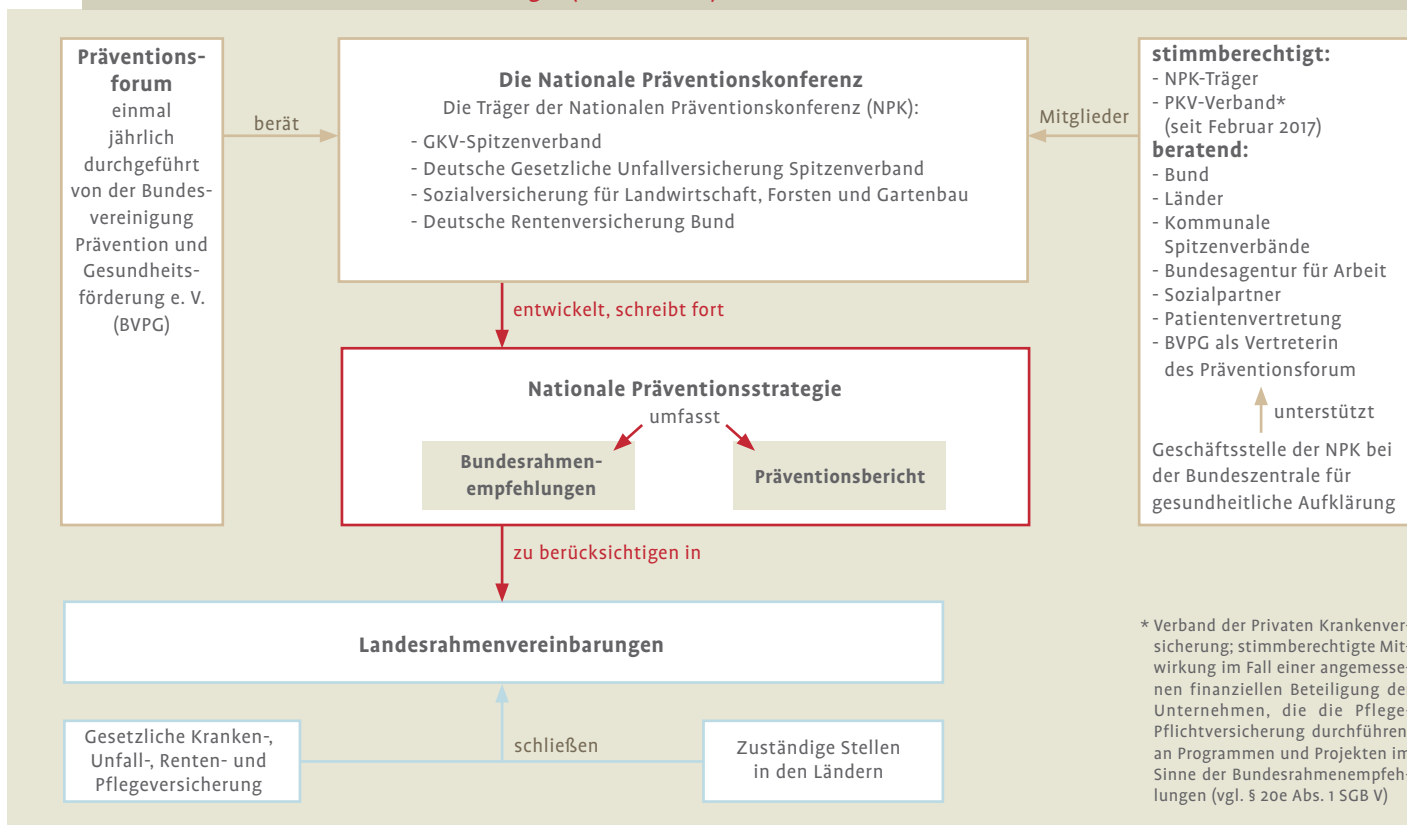
- Alle vier Jahre (erstmalig zum 1. Juli 2019): Erstellung eines trägerübergreifenden Berichts über die

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anregen.

Das Präventionsgesetz sieht eine Geschäftsstelle der NPK vor. Die Geschäftsstelle unterstützt die Mitglieder der NPK bei der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie.⁷ Die Geschäftsstelle ist bei der Bundeszentrale für

Die Orientierung an Lebensphasen mit ihrer lebensweltbezogenen Prävention zielt darauf ab, grundsätzlich alle Menschen an ihren jeweiligen Orten des Lebens, Lernens und Arbeitens zu erreichen. Zusätzlich zu den Zielen und Zielgruppen beschreiben die Bundesrahmenempfehlungen die konkreten Handlungsfelder und das Leistungsspektrum. Ebenfalls enthalten sind die

Abb. 3: Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)



Quelle: GKV-Spitzenverband

Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention mit Angaben zu den Ausgaben für die Leistungen der Mitgliedsorganisationen der Träger der NPK, den Zugangswegen, den erreichten Personen, den erreichten gemeinsamen Zielen und Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit sowie zu möglichen Schlussfolgerungen.

- Die NPK kann zudem Modellvorhaben nach Maßgabe des § 20g

gesundheitliche Aufklärung (BZgA) angesiedelt.

2.2.1 Bundesrahmenempfehlungen

Am 19. Februar 2016 wurden die Bundesrahmenempfehlungen⁸ erstmals verabschiedet. Sie sind das erste fixierte und wahrnehmbare Statement, das schriftliche Bekenntnis einer trägerübergreifenden Kooperation. Die Rahmenempfehlungen definieren als gemeinsame Ziele „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ sowie „gesund im Alter“.

Beiträge der Sozialversicherungsträger und die weiterer Organisationen. Die Empfehlungen bilden den Orientierungsrahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Auch manifestieren sie die Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zuständigen Träger und Stellen unter Beachtung der Ziele.

Die Rahmenempfehlungen werden von der NPK fortlaufend weiterentwickelt. Die fortgeschriebene Fassung vom 29. August 2018 wurde am 24. September 2018 beim Präventionsforum

in Dresden vorgestellt. Insbesondere die Ausführungen zum Ziel „Gesund leben und arbeiten“ und damit zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nehmen einen großen Raum ein. Kranken- als auch Renten- und Unfallversicherungsträger haben hier gleichermaßen einen Unterstützungsauftrag.

Weiterhin sind in den erneuerten Empfehlungen die möglichen Beiträge der Sozialversicherungsträger zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zu den betrieblichen Aufgaben der Gefährdungsbeurteilung aufgabenbezogen dargestellt. Zugangswege für Betriebe werden ausführlich beschrieben, zum Beispiel über die neugeschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der GKV, den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung oder die regionalen Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger.

Ein Erfolg wird der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nur dann beschieden sein, und das betonen die neuen Rahmenempfehlungen noch intensiver, wenn die jeweiligen Verantwortlichen und die adressierten Zielgruppen sie zu ihrer eigenen Sache machen und ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen praktiziert wird.

Die Überarbeitung in dem relativ kurzen Zeitintervall zeigt, dass sich die NPK den gemachten Erfahrungen mit der Umsetzung der ersten Bundesrahmenempfehlungen von 2016 und den Veränderungen in der Gesundheitslandschaft aktiv stellt. Zum Beispiel konnte erreicht werden, dass der Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. durch seinen Beitritt zur NPK nun auch die Rahmenempfehlungen mitgestaltet und somit den privat Versicherten zugänglich macht.

2.2.2 Präventionsbericht

Um den trägerübergreifenden Bericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Jahren 2015 bis 2018 zu erstellen, haben die stimmberechtigten NPK-Mitglieder ein unabhängiges Forschungsinstitut beauftragt. Auf Basis mehrerer Konzepte sollte ein Eckpunktepapier entwickelt und in diesem insbesondere Vorschläge für die methodische Umsetzung der für den Bericht vorgesehenen Abfragen und Erhebungen aufgezeigt werden. Darunter fallen beispielsweise Abfragen zum Umsetzungsstand der Bundesrahmenempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen sowie zu den von den beteiligten Akteuren gesammelten Erfahrungen mit der Zusammenarbeit.

Nach Vorlage des Eckpunktepapiers wurde seitens der NPK-Mitglieder beschlossen, wie die berichtsrelevanten Informationen zu ermitteln sind. Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung und die private Krankenversicherung sind aufgefordert, die erforderlichen Auskünfte gegenüber dem Institut zu erteilen.⁹ Die beratenden Mitglieder der NPK (Bund, Länder, Kommunen, BA, Sozialpartner, Vertretungen der Patienten, Präventionsforum/Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.) und/oder die durch sie vertretenen Organisationen sind auf freiwilliger Basis eingeladen, Auskünfte zu geben.

Das Erscheinen des Berichts ist für den 1. Juli 2019 vorgesehen.

2.3 Präventionsforum

Ein Präventionsforum, welches einmal im Jahr zusammenkommt, berät die NPK. Es setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbänden sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der NPK zusammen. Durchgeführt wird das Forum von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG).

■ Erstes Präventionsforum im September 2016
Im Mittelpunkt standen insbesondere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten zur Umsetzung der im Februar 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben. Die Ergebnisse aus dem Forum wurden in die NPK transferiert.

■ Zweites Präventionsforum im Oktober 2017
Es ging schwerpunktmäßig um die Fragen, ob kommunale Prävention bereits wirkt und wie Gesundheitsförderung gestärkt werden kann; zusätzlich wurde auch die Arbeitswelt im Rahmen zweier Workshops in den Blick genommen. Übergeordnetes Ziel der Veranstaltung war es, Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die Bundesrahmenempfehlungen der NPK ab 2018 zu identifizieren.

■ Drittes Präventionsforum im September 2018
Die Teilnehmer gingen der übergreifenden Frage nach, wie ein koordiniertes und abgestimmtes Zusammenwirken zum einen grundlegend und zum anderen im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele der NPK und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) erreicht werden kann. Der Fokus lag auf der Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Daneben wurden in Workshops auch die Ziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund im Alter“ berücksichtigt. Wiederum übergeordnetes Ziel war es, Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die Bundesrahmenempfehlungen abzuleiten.

Alle Foren sind umfangreich dokumentiert und mit weiteren Infos zur Aufgabe und Arbeitsweise des Präventionsforums über die Homepage der BVPG¹⁰ aufrufbar.

Abb. 4: Auflistung BZgA-Aufträge

<p>Datenbank „Prävention und Gesundheitsförderung im Setting“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung eines aktuellen Wissenstandes zur Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting
<p>Aufbau eines GKV-Internetportals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxisgerechte Informationen für Setting-Verantwortliche und Multiplikatoren über Leistungen der Krankenkassen gemäß Leitfaden Prävention
<p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logo, Corporate Design, Kommunikation der GKV-Leistungen
<p>Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhalt der Struktur und Ausstattung der Koordinierungsstellen sowie Weiterentwicklung der Arbeit zur Unterstützung der Krankenkasse auf Landesebene
<p>Allgemeine Forschung/Anwendungsforschung</p>
<p>Interventionskonzepte für vulnerable¹² Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ältere Menschen • Menschen mit Behinderungen • Menschen mit Migrationshintergrund • Alleinerziehende
<p>Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung des Kooperationsprojektes von GKV und BA, zukünftig auch mit kommunalen Grundsicherungsträgern und Arbeitsagenturen

Quelle: KNAPPSCHAFT, in Anlehnung an das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes; RS 2016/326 vom 6. Juli 2016

3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Durch das Präventionsgesetz ergibt sich eine weitere, wesentliche Neuerung. Es verpflichtet den GKV-Spitzenverband „zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen ... die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ zu beauftragen.¹²

Dazu heißt es weiter: „Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung

der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. November 2015.“¹³

3.1 Vereinbarung

Bereits im Herbst 2015 hatte der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene einen Vereinbarungsentwurf angefertigt und ihn mit der BZgA weiterentwickelt. Trotz der frühzeitigen Vorbereitung kam es erst im Juni 2016 zur beiderseitigen Unterschrift. Mit der unterzeichneten Vereinbarung bestand die Voraussetzung für eine konkrete Beauftragung sowie für die Verwendung der Mittel im Sinne des Auftragsverhältnisses. Die Auftragserteilung erfolgt ebenso wie die Abnahme von Auftragsergebnissen beziehungsweise Meilensteinen innerhalb von Arbeitsplänen durch die Fachkonferenz Prävention.

3.2 Aufträge

Das mit der BZgA eingegangene Auftragsverhältnis steht gleichwohl in einem juristischen Spannungszustand zu seiner dauerhaften Umsetzung. Denn unberührt von der seit dem 1. Juli 2016 in Umsetzung befindlichen Zusammenarbeit ist eine vom GKV-Spitzenverband initiierte Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg anhängig. Grund dafür ist die im Sozialgesetzbuch festgelegte gesetzliche Verpflichtung, dass der GKV-Spitzenverband jährlich über 30 Mio. Euro an die BZgA für Präventionsprojekte überweisen muss. Dies ist mit grundlegenden, verfassungsrechtlichen Zweifeln behaftet, denn hier wird per Gesetz vorgegeben, dass Beitragsgelder der Sozialversicherung an eine nachgeordnete Bundesbehörde zu zahlen sind.

Unabhängig von der anhängigen Klage, sie hat keine aufschiebende Wirkung, ist das Gesetz auszuführen. So wurden ab 1. Juli 2016 die in Abb. 4 dargestellten Aufträge erteilt.

3.3 Ergebnisse

In der Umsetzung der Aufträge zeigen sich erste Ergebnisse: Bei der bereits 2016 begonnenen personellen Aufstockung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) und bei der Umsetzung des Projektes „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung“ konnten Mittel im einstelligen Millionenbereich verausgabt werden. Mit der Freischaltung der Internetseite des GKV-Bündnisses ist zudem ein wichtiger Teil der Öffentlichkeitsarbeit vollzogen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit stellt sich hier wahrnehmbar als gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen dar. Gemeinsames Anliegen ist es, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten voranzubringen. Auf der Seite finden Fachkräfte aus Kitas, Schulen oder kommunalen Lebenswelten konkrete Praxishilfen und Informationen rund um das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen für gesunde Lebenswelten. Darüber hinaus informiert sie über aktuelle Entwicklungen aus dem GKV-Bündnis für Gesundheit.¹⁴

Im großen Stil konnte die gesetzliche Zielsetzung der Beauftragung jedoch bisher nicht erreicht werden, denn von den in 2016 und 2017 an die BZgA gezahlten Beitragsgeldern in Höhe von 64,7 Mio. Euro hat die BZgA lediglich 8,1 Mio. Euro verausgabt. Unter Einbezug aller Mittel und der Fortführung der bestehenden Aufträge bis Ende 2018 liegen mehr als 73 Mio. Euro für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung ungenutzt auf dem Konto der BZgA.

3.4 Förderprogramm

Um dieser nicht gewollten Verwerfung entgegenzutreten, wurde ein weiterer Auftrag ins Leben gerufen, das „Förderprogramm GKV-Bündnis für Gesundheit zur Stärkung der sozialla-

genbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention“¹⁵. Damit werden die aufgelaufenen Mittel für die Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in den Ländern und Kommunen direkt nutzbar gemacht. Für die Umsetzung des Förderprogramms wird ein kriterienbasiertes Verfahren etabliert, welches die Anforderungen an die BZgA-Beauftragung langfristig erfüllt. Das Förderprogramm dient dazu, die Bundesrahmenempfehlungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen mit verantwortlichen Partnern in außerbetrieblichen Lebenswelten konkret und praktikabel umzusetzen. Das im Jahr 2019 gestartete Programm wird zum einen eine Unterstützung beim Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen in den verantwortlichen Ebenen der Kommunen und zum anderen zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bieten.

Im ersten Schritt können antragsberechtigte kreisfreie Städte und Kreise – abhängig von ihrem Deprivationsindex¹⁶ – für den Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen im Rahmen einer degressiven Förderung von bis zu fünf Jahren Fördergelder der GKV erhalten. Eigenanteile der Kommunen sind dabei vorgesehen. Eines der Programmziele an dieser Stelle ist die Schaffung von Nachhaltigkeit über den Förderzeitraum hinaus. Später sollen durch ein zweites Förderangebot verstärkt vulnerable Zielgruppen in einem deutlicheren Maße als bisher Profiteur gesundheitsförderlicher und primärpräventiver Interventionen sein. Dieses Angebot kann von Kommunen unabhängig von deren Deprivationsgrad in Anspruch genommen werden.

4. Organisation auf Landesebene

4.1 Landesrahmenvereinbarungen

Zur Umsetzung der Präventionsstrategie unter Berücksichtigung der Bundesrahmenempfehlungen und der Ziele der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie unter Beachtung gesundheitsbezogener Landes- und kommunaler Schwerpunktsetzungen schließen die Länder Rahmenvereinbarungen. Zuständig hierfür sind jeweils die Krankenkassen und -verbände, auch für die Pflegekassen, die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie die zuständigen Stellen in der Landesregierung. Die Partner erbringen dabei Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis ihrer jeweiligen gesetzlichen Grundlagen.

In allen Bundesländern wurden Landesrahmenvereinbarungen (LRV) unterzeichnet, zuletzt im Juli 2018. Auf Basis eines einheitlichen Entwurfs der stimmberechtigten NPK-Mitglieder haben die einzelnen Länder unter Berücksichtigung der Landesspezifika ihre jeweilige LRV entwickelt. So steht zum Beispiel in der Präambel der LRV NRW¹⁷:

„Ziel ist es, die nationale Präventionsstrategie unter Beachtung gesundheitsbezogener Landes- und kommunaler Schwerpunktsetzungen im Land Nordrhein-Westfalen umzusetzen. ... Die vorliegende Vereinbarung bietet den Rahmen sowohl bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung fortzuführen, weiterzuentwickeln bzw. auszubauen als auch neue Maßnahmen oder Initiativen zu vereinbaren und gemeinsam voranzubringen. Dies kann sowohl landesweit als auch regional begrenzt entsprechend der jeweiligen Bedarfe geschehen. Die Partner stimmen sich

in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bedarfsbezogen ab.“

In dieser und ähnlichen Ausführungen erklären alle LRV-Beteiligten mit der LRV und ihren Maßnahmen einen Beitrag zu leisten, die Gesundheit und damit die Lebensqualität der Menschen im jeweiligen Bundesland zu verbessern.

4.2 Stand der Umsetzung

Im Jahr 2018 weisen die sechzehn LRV sehr unterschiedliche Umsetzungsstände auf. Während das Land Berlin drei Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes den formalen Unterzeichnungsakt bewerkstelligt hat, sind in anderen Bundesländern neue Programme und Maßnahmen aus der Taufe gehoben worden beziehungsweise hat man alle Partner der LRV in bestehende Projekte einbezogen, um so trägerübergreifend zu agieren und aufzutreten.

Es gibt dabei (noch) nicht die eine detailliertere Übersicht über alle aus den einzelnen LRV resultierenden Programme, Ergebnisse und Erfolge. Eine solche liefert der erste NPK-Präventionsbericht. Im Stile eines föderalen Aufbaus berichten die LRV-Verantwortlichen der Bundesländer unabhängig voneinander und in individueller Art über erfolgreich initiierte Maßnahmen und Projekte.

Die Umsetzung der LRV NRW beispielsweise erfolgt gemeinsam mit dem Landeszentrum für Gesundheit in Bochum und der dort ansässigen KGC. Über diese Kooperation wurde ein Antragsverfahren zur Förderung von Projekten in Lebenswelten nach § 20a SGB V durch die Krankenkassen/-verbände in NRW entwickelt. Über dieses Verfahren wurden bisher mehr als 80 Anträge bearbeitet und viele davon konkretisiert an den Start gebracht. Insofern kann

die Aussage getroffen werden, dass in NRW die Förderung der Lebenswelten in der kommunalen Praxis angekommen ist und anfängt, die Menschen vor Ort zu erreichen.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit¹⁸ macht das Erreichte und Fortentwickelte bereits in Teilen sichtbar. Das Bündnis ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Die dazu entwickelte Homepage liefert einige landesbezogene Informationen, Schwerpunkte und konkrete Projekte der gesetzlichen Krankenkassen in den Ländern und greift dort auch die KGC-Kooperationen und die Zusammenarbeit mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit auf.

5. Regionale BGF-Koordinierungsstellen

Der Gesetzgeber hat, um insbesondere mehr kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) zu Nutznießern von Leistungen der Gesundheitsförderung zu machen, neben der Erhöhung des versichertenbezogenen Mindestausgabewertes den Zugangsweg in den Blick genommen. Im Fokus stehen die genannten Unternehmen, weil 99 Prozent der Betriebe KMU sind und dort 60 Prozent der Beschäftigten Deutschlands arbeitet. Zum Gelingen eines möglichst unbürokratischen und niedrigschwelligen Leistungszugangs sind die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet, Betrieben über „gemeinsame regionale Koordinierungsstellen“ Beratung und Unterstützung anzubieten.¹⁹

Die Krankenkassen und -verbände haben den Auftrag unter Beachtung der föderalistischen Ausprägung Deutschlands gemeinsam umgesetzt. Konsens ist, dass bestimmte Elemente des Auf-

trags übergreifend auf Bundesebene zu klären und auszuführen sind, während das operative Geschäft den Krankenkassen respektive ihren Verbänden in den Bundesländern zu verbleiben hat. Gegründet wurde in diesem Zuge die „Kooperationsgemeinschaft zur kasernenartenübergreifenden Umsetzung von regionalen BGF-Koordinierungsstellen für die Beratung und Unterstützung von Unternehmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung“. In dieser Gemeinschaft arbeiten die Krankenkassen und -verbände auf Bundesebene zusammen. Dazu gehören der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der AOK-Bundesverband, der BKK Dachverband e. V., die Innungskrankenkassen, die KNAPPSCHAFT und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) unter der Federführung des BKK Dachverband e. V.

5.1 Beratung online anfordern

Ergebnis der gemeinschaftlichen Umsetzung ist ein internetbasiertes Informations- und Beratungsportal (vgl. Abb. 5). Über diese Plattform können alle interessierten Firmen das Fachwissen und die BGF-Kompetenzen der beteiligten Krankenkassensysteme landesbezogen abrufen.

KMU und Kleinstunternehmen, die bisher nicht wussten, an wen sie sich bei Fragen zu Gesundheitsförderungsleistungen wenden sollen, ist somit der gewünschte niedrigschwellige Weg geebnet. Der Zugang zum Portal ist denkbar einfach:

- Auf bgf-koordinierungsstellen.de die Postleitzahl eingeben.
- Dort den kurzen Fragebogen ausfüllen, um das Anliegen zu erfassen, und absenden.
- Innerhalb von zwei Werktagen meldet sich ein Präventionsexperte der angebundenen Krankenkassen.

Dieser stimmt mit dem Betriebsverantwortlichen des Unternehmens einen Beratungstermin ab, führt eine auf den Bedarf abgestimmte Beratung durch und dokumentiert sie fallbezogen.

Über den vorbeschriebenen Weg wird faktisch eine Krankenkasse per Algorithmus ausgewählt. Die Beratung ist absolut neutral. Weiterhin haben die Unternehmen selbstverständlich die Möglichkeit, direkt eine ihr bekannte Krankenkasse anzusprechen, um individuelle Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur BGF zu erhalten.

Im Mai 2017 an den Start gegangen, wurden über das Portal viele Hundert Beratungsgespräche anberaumt und durchgeführt. Neben der Möglichkeit, sich über das Portal direkt oder indirekt eine Beratung einzuholen, bietet es zahlreiche Vorab- und Begleitinformationen zur BGF: Arbeitgeber werden Nutzen und Vorteile von BGF, der Prozess der Gesundheitsförderung, der Weg von der BGF hin zu einem ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und die Handlungsfelder der unterstützenden BGF-Maßnahmen dargestellt.

5.2 Netzwerke fördern

Die BGF-Koordinierungsstellen beraten nicht nur, sondern fungieren in den Bundesländern auch als regionale Netzwerkförderer. Um die Angebote zielgenau auszurichten und den Bekanntheitsgrad der BGF-Koordinierungsstellen zu steigern, kooperieren die Krankenkassen mit den Vertretungen der Arbeitgeber (z.B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern sowie Arbeitgeberverbänden), der Renten- und Unfallversicherung und weiteren Partnern. Gemeinsam ist man bestrebt, einen einfachen Zugang zu BGF-Maßnahmen für Unternehmen

Abb. 5: Beratungsportal der BGF-Koordinierungsstelle



sicherzustellen.²⁰ Dafür stellen die Krankenkassen Mittel zur Verfügung.

Mit dem aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes veränderten § 20b SGB V, sind die Verbände der Pflegebranche explizit in die Zusammenarbeit einzubinden.

5.3 Weiterentwicklung der Beratung

Neben dem Portal steuern die Länder über die BGF-Koordinierungsstellen weitere Aktivitäten. Im Fokus steht dabei die Durchführung von Veranstaltungen. Hierbei kommen in der Regel Verantwortliche aus den Betrieben und überbetriebliche Multiplikatoren zusammen, um die Arbeit der BGF-Koordinierungsstellen und die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung kennenzulernen sowie sich auszutauschen. Die Formate der Veranstaltungen sind dabei höchst unterschiedlich. Neben Podiumsdiskussionen werden auch der Austausch mit dem Plenum, Vorträge und Workshops angeboten.

Die Beratungspraxis zeigt die oftmals nicht ausreichende Wirkung der Erstberatungen. Unternehmen haben

weitergehende und spezifische Fragen. Für eine vertiefende und adressatengerechtere Beratung zu den Inhalten und zum Nutzen von BGF ist die Entwicklung neuer Formate notwendig. Diesen Anforderungen stellen sich die BGF-Koordinierungsstellen.

6. Umsetzung bei der KNAPPSCHAFT

Seit Sommer 2015 sind die auf Basis des Präventionsgesetzes geänderten Vorgaben in den §§ 20 ff SGB V in Verbindung mit dem Leitfaden Prävention die maßgebliche Richtschnur für die KNAPPSCHAFT, Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Dies geschieht zum einen in Form der bereits erläuterten gesundheitspolitischen Gremienarbeit auf allen Ebenen, zum anderen in der Erbringung konkreter, präventiv wirkender Leistungen. Die KNAPPSCHAFT erfüllt den gesetzlichen Auftrag der Umsetzung gesundheitsförderlicher Setting-Leistungen nicht nur finanziell vollumfänglich, sondern auch auf der inhaltlich-operativen Ebene in vielfältiger Art und Weise.

6.1 Lebenswelt „Schule“

In den außerbetrieblichen Lebenswelten engagiert sich die KNAPPSCHAFT mit eigenen Präventionsprojekten insbesondere in Schulen. Die Maßnahmen werden qualitativ hochwertig mit verschiedenen Kooperationspartnern umgesetzt. Im Präventionsprojekt „Sterneküche macht Schule“ beispielsweise verbessert die KNAPPSCHAFT gemeinsam mit dem Sternekoch Stefan Marquard deutschlandweit die Schulverpflegung. Der Profikoch schult die Küchenteams der Schulen und gibt Verbesserungsvorschläge für gesunde Ernährung an die Verantwortlichen.

Im Projekt „wICHTig“ steht die Vermittlung von Gesundheitswissen rund um den heranwachsenden Körper im Vordergrund. Über ärztliche Informations- und Fragestunden für Jugendliche und Eltern, durchgeführt vom Verein Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung – ÄGGF e. V., werden Fragen und Unklarheiten zu sexueller Gesundheit, Vorsorge und Impfungen zielgruppengerecht aufgegriffen und geklärt.

Getreu ihrem Markenslogan „für meine Gesundheit“ setzt sich die KNAPPSCHAFT zudem mit der „Hackedicht – Schultour der KNAPPSCHAFT“ und „Firewall Live“ gemeinsam mit dem Deutschen Kinderschutz Bund Bundesverband e. V. für ein gesundheitsförderliches Aufwachen und Miteinander von Kindern und Jugendlichen ein.

6.2 Weitere Projekte

Darüber hinaus beteiligt sich die KNAPPSCHAFT in Kooperation mit anderen Krankenkassen/-verbänden und Fachinstitutionen an verschieden-

sten Setting-Projekten in den Regionen und einzelnen Bundesländern wie beispielsweise

- „Gesundheitslotsen für Migrantinnen und Migranten der Landeshauptstadt, Stuttgart“,
- „Gesundheitsförderung in Quartieren der Sozialen Stadt, Berlin“,
- „Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern“ oder
- „Bildung und Gesundheit“ in NRW sowie auf Bundesebene zum Beispiel die Projekte
- „Bewusst – Gesund – Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant/-innen im Quartier“,
- Spielbox „Aufgetischt“.

6.3 Lebenswelt „Arbeit“

Gesundheit im Kontext der Arbeit ist eine weitere Lebenswelt, in der die KNAPPSCHAFT sich engagiert. Bundesweit unterstützt sie zentral und dezentral eine Fülle von Betrieben diverser Branchen aktiv bei der Umsetzung von Maßnahmen der BGF. Im Zyklus einer Sensibilisierung zum Thema BGF und eines unternehmensinternen, organisatorischen Aufbaus, geht es über Analyseleistungen zur Erhebung der gesundheitlichen Situation und die Maßnahmenplanung in die konkrete Leistungserbringung und anschließende Auswertung der Interventionen.

Darüber hinaus ist die KNAPPSCHAFT in allen Bundesländern aktiv in den BGF-Koordinierungsstellen, die interessierten Unternehmen eine Erstberatung und Information zum Thema BGF anbieten. Falls gewünscht werden auch konkrete BGF-Maßnahmen angebahnt. Die KNAPPSCHAFT wirkt im „Regionalen Netzwerk Gesundheit!“ in Düssel-

dorf und in weiteren Netzwerken mit. Gemeinsam mit den Netzwerkpartnern werden Unternehmen und Beschäftigte in den verschiedenen Branchen dazu befähigt, die Herausforderungen eines gesunden und gleichzeitig erfolgreichen Arbeitens zu bewältigen.

Ein Aushängeschild von gelebter Zusammenarbeit stellt die Kooperation von Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) und der KNAPPSCHAFT dar. Sie ist möglich durch das einzigartige Verbundsystem der KBS. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den stetigen Veränderungen in der Arbeitswelt unterstützen beide Bereiche des Verbundsystems gemeinsam Betriebe dabei, die Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken und damit deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Interessierte Firmen erhalten durch diese Kombination sowohl Leistungen zur Rehabilitation als auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention. Neben der direkten Beratung von Betrieben gibt es betriebsübergreifende Aktivitäten und Veranstaltungen, die das Leistungsportfolio der Krankenkasse KNAPPSCHAFT und des Firmenservice der KBS niedrigschwellig und attraktiv präsentieren.

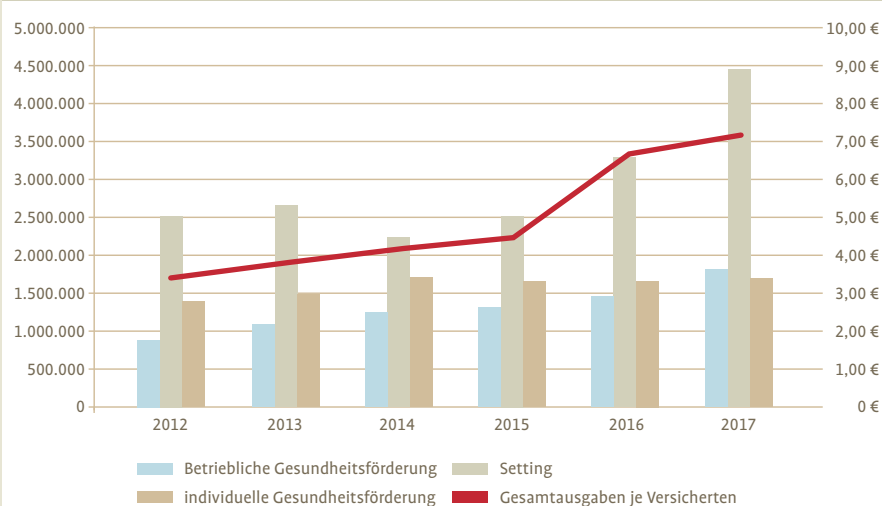
7. Fazit

Wie eingangs dargestellt, förderten die Krankenkassen auch schon im Jahr 2015 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in erheblichem Umfang. Das Präventionsgesetz ist also nicht auf gänzlich unkultivierten Boden gefallen. Im Jahr seines Inkrafttretens und danach verstärkten

die Krankenkassen ihr Engagement in Lebenswelten wie Kitas und Schulen und erreichten mehr Beschäftigte in Betrieben (vgl. Abb. 6).

Die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten sind von 2015 mit 4,49 Euro über 2016 mit 6,64 Euro auf 7,18 Euro im Jahr 2017 jeweils deutlich gestiegen. Damit wurde 2017 der Orientierungswert von 7,17 Euro überschritten²¹. Die Auswertung lässt neben der rein monetären Darstellung aber auch den Schluss zu, dass das Präventionsgesetz zunächst eher im Settingbereich angekommen ist. Die Steigerungsrate der erreichten Personen dort ist im Vergleich zur BGF signifikant höher. Die individuelle Prävention stagniert. Der MDS-Präventionsbericht 2018 empfiehlt: „Mit Erreichen des Orientierungswertes sowie der Mindestausgabenwerte wird sich zukünftig der weitere Ausbau vermutlich abschwächen. Ausbaufähig ist unter diesen Bedingungen aber insbesondere der Netzwerkansatz, der im Bereich der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention seine Wirksamkeit zur Erreichung von Kleinbetrieben gezeigt hat.“

Abb. 6: Anzahl der direkt erreichten Personen und Gesamtausgaben je Versicherten



Quelle: KNAPPSCHAFT, auf Grundlage der MDS-Präventionsberichte 2013 bis 2018

Mit den hinter der quantitativen Erweiterung liegenden, vielfältigen Maßnahmeninhalten jedenfalls leistet die GKV ihren wichtigen Beitrag zur Bewältigung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen. Dies ist umso existenzieller vor dem Hintergrund einer gleichzeitig immer älter werdenden Bevölkerung und dem Wissen, dass

Gesundheitsförderung und Prävention erkrankungsrelevante Risikofaktoren positiv beeinflussen.

CLAUS BOCKERMANN

KBS/KNAPPSCHAFT

Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Bonus
Knappschaftstr. 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

- ¹ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015.
- ² Drucksache 18/4282 auf <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf>, Seite 21.
- ³ Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>
- ⁴ MDS-Präventionsbericht 2016 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp
- ⁵ § 20 Absatz 6 SGB V.
- ⁶ zum Begriff „Setting“ siehe unter www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/B2_Basiswissen.../B2_Setting-Ansatz.html
- ⁷ § 20e SGB V.
- ⁸ Bundesrahmenempfehlungen auf https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/npk/nationale_praeventionskonferenz.jsp
- ⁹ § 20d Absatz 4 Satz 5 SGB V.
- ¹⁰ <https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?snr=11241&inst=bvpg>
- ¹¹ Vulnerable Personengruppen, aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (z.B. Behinderung, psychische Störung, Schwangerschaft, hohes Alter) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (z.B. obdachlose Frauen) verletzlichere (vulnerable) Personengruppen.
- ¹² § 20a Absatz 3 SGB V.
- ¹³ § 20a Absatz 4 SGB V.
- ¹⁴ www.gkv-buendnis.de.
- ¹⁵ Förderprogramm GKV-Bündnis für Gesundheit zur Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention vom 8. Mai 2018.
- ¹⁶ Deprivation meint hier den gemessenen Zustand der sozioökonomischen Benachteiligung.
- ¹⁷ Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen.
- ¹⁸ www.gkv-buendnis.de/wir-in-den-laendern/uebersicht
- ¹⁹ § 20b Absatz 3 SGB V.
- ²⁰ vergleiche Pernack, Ulrike, Referatsleiterin Prävention und Gesundheitsförderung beim vdek Berlin, in personalmagazin 10.18, www.personalmagazin.de, www.haufe.de/personal
- ²¹ MDS-Präventionsbericht 2018 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

THORSTEN MISCHÉ

Ergebnisse der Kundenbefragung in der Deutschen Rentenversicherung



Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Träger) sind verpflichtet, in geeigneten Bereichen ein Benchmarking durchzuführen, um einen kontinuierlichen und systematischen Vergleich untereinander zu ermöglichen.¹ Daher wird eine Vielzahl von Parametern für die Dimensionen „Wirtschaftlichkeit“, „Qualität und Prozesse“, „Kundenorientierung“ und „Mitarbeiterorientierung“ trägerbezogen gegenübergestellt. Für den Vergleich hinsichtlich der „Kundenorientierung“ ist unter anderem die Zufriedenheit der Kunden zu ermitteln. Darüber hinaus wird den RV-Trägern im Rahmen der Kundenbefragungen ermöglicht, ihre Stärken und Schwächen auf Basis der Befragungsergebnisse zu analysieren und Verbesserungspotenziale sowie handlungsorientierte Maßnahmen zur Optimierung der Kundenzufriedenheit zu erschließen.

Ausgangssituation

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist für die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der RV-Träger verantwortlich.² Für die Konzeption der dafür erforderlichen Befragungen ist unter Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet.

Seit 2008 finden regelmäßig Kundenbefragungen in der Rentenversicherung statt. Nachfolgend werden die wesentlichen methodischen Grundlagen der Befragung aufgezeigt und erläutert sowie die Ergebnisse der Kundenbefragung 2017/2018 aus Sicht der KBS dargestellt.

Befragungsmethodik Adressatenkreis

Im Rahmen der Kundenbefragung 2017/2018 wurden erneut Rentner, Versicherte und von den Betriebsprüfdiensten betreute Arbeitgeber zu den vier Produktgruppen „Rente“, „Teilhabe“, „Auskunft und Beratung“ sowie „Betriebsprüfung“ anlassbezogen befragt. Als Anlass zählte jeweils die Inanspruchnahme einer entsprechenden Dienstleistung aus der jeweiligen Produktgruppe in einem festgelegten Zeitraum.

Die Befragung erfolgte grundsätzlich im Rahmen einer Stichprobenauswahl. Hierbei wurden nach einer im Folgenden näher beschriebenen Methodik Kunden aus einer „Grundgesamtheit“ per Zufallsstichprobe befragt.

Bestimmung der Grundgesamtheiten

Eine Grundgesamtheit bezeichnet die Menge aller statistischen Einheiten (auch Merkmalsträger, Untersuchungseinheit, Erhebungseinheit) mit übereinstimmenden Identifikationskriterien, also hier die Gesamtmenge der anlassbezogen ausgewählten Kunden aus der in einem weiteren Schritt die Befragungsteilnehmer per Stichprobenziehung resultieren.

Bei allen RV-Trägern wurden zur Ermittlung der statistischen Grundgesamtheiten einheitlich für die Produktgruppen „Rente“ und „Teilhabe“ die Bescheide, für die Produktgruppe „Auskunft und Beratung“ die Beratungsleistungen des Monats Oktober 2017 herangezogen. Für die

Produktgruppe „Betriebsprüfungen“ sind bei den meisten RV-Trägern die Prüfmitteilungen/-bescheide im Zeitraum August bis Oktober 2017 berücksichtigt worden. Bei der KBS war dieser Zeitraum aufgrund der Zahl der zu prüfenden Arbeitgeber auf die Zeit von Mai bis Oktober 2017 zu erweitern, um eine statistisch aussagefähige Anzahl erreichen zu können (vgl. Abb. 1).

Stichprobenumfang

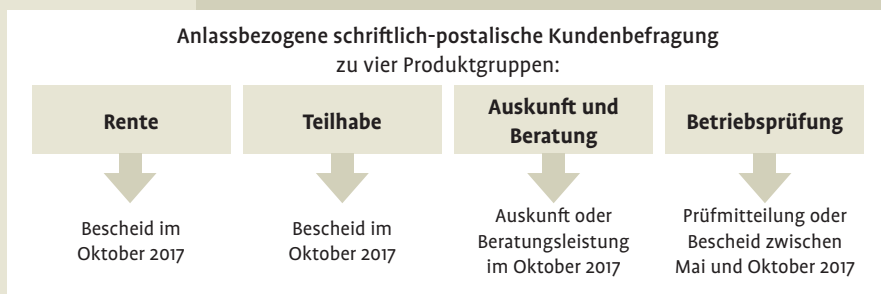
Aus diesen Grundgesamtheiten sind

dass 95 Prozent der Stichproben, die man zufällig aus einer Grundgesamtheit auswählt, einen Parameter richtig wiedergeben.⁵

- Die Genauigkeit, Fehlerspanne: Sie gibt an, mit welcher Genauigkeit man einen Parameter schätzt, das heißt wie weit der durch die Stichprobe ermittelte Wert vom „wahren“ Wert (der Grundgesamtheit) abweichen kann. Konkret wird hier die Breite des Konfidenzintervalls festge-

- Die statistische Sicherheit (Signifikanzniveau) sollte mindestens 95 Prozent betragen, das heißt die Irrtumswahrscheinlichkeit sollte nicht größer als 5 Prozent sein.
- Bei der Genauigkeit der Schätzung wird empfohlen, eine Abweichung von höchstens $\pm 0,1$ (bei einer zugrundeliegenden Skala von 1 bis 5) zu tolerieren.
- Bei der Schätzung der Streuung werden die Werte der Globalzufriedenheit mit den einzelnen Produkten von sämtlichen RV-Trägern aus den Befragungen in 2013 herangezogen.

Abb. 1: Adressatenauswahl



auf der Basis einer mathematisch-statistischen Standardformel nach dem Zufallsprinzip die für valide und belastbare Aussagen erforderlichen repräsentativen Stichproben gezogen worden.

Der Umfang der zu wählenden Stichprobe hängt dabei grundsätzlich von mehreren Parametern ab, die teilweise geschätzt beziehungsweise vorgegeben werden müssen.^{3,4}

Dazu zählen unter anderem:

- Die statistische Sicherheit (bzw. invers als Irrtumswahrscheinlichkeit): Sie gibt allgemein an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Parameter (z. B. ein Mittelwert) richtig geschätzt wird. Beispielsweise bedeutet ein Wert von 95 Prozent,

legt, das heißt die Grenzen nach unten und nach oben um den „wahren“, jedoch unbekanntem Wert eines Parameters. Legt man fest, dass die Abweichung höchstens $\pm 0,1$ betragen soll, so toleriert man, dass der durch die Stichprobe ermittelte Wert um $\pm 0,1$ vom Wert der Grundgesamtheit abweichen kann.

- Die Standardabweichung: Festzulegen beziehungsweise schätzen ist darüber hinaus noch die Streuung in Form der Standardabweichung der Einzelwerte um den Mittelwert der Grundgesamtheit.

Aus den Vorbefragungen wurden grundlegende Erkenntnisse gewonnen, die in der Befragung 2017 berücksichtigt wurden:

Sind alle Größen festgelegt, so kommt zur Bestimmung des Stichprobenumfangs folgende Standardformel zur Anwendung⁶:

$$n = 4 * (z^2_{(1-\alpha/2)} * S^2) / KIB^2$$

n = Stichprobenumfang

$z_{(1-\alpha/2)}$ = (1- $\alpha/2$) - Quantil der Standardnormalverteilung

α = Irrtumswahrscheinlichkeit

S^2 = geschätzte Populationsvarianz

KIB = Konfidenzintervallsbreite

Ausgehend von einer erwarteten Rücklaufquote von mindestens 20 Prozent mussten so jeweils rund 1.200 Kunden in den einzelnen Produktgruppen per Stichprobenziehung angeschrieben werden. Soweit die Grundgesamtheit eines RV-Trägers in einer dieser Produktgruppen weniger als 1200 Kunden umfasste, wurde hier eine Vollerhebung durchgeführt, das heißt sämtliche Kunden, also die gesamte Grundgesamtheit dieser Produktgruppe wurde befragt.

In der gesamten Deutschen Rentenversicherung ergaben sich so als

Stichprobenumfang insgesamt über 73.000 zu befragende Kunden.

Erhebungsphase

Versand der Fragebogen

Die Befragungen wurden bei allen RV-Trägern in anonymisierter Form und auf freiwilliger Basis auf schriftlich-postalischem Wege durchgeführt.

Der gesamte Druck und Versand aller Befragungsunterlagen erfolgte vollautomatisch über das Universelle Druck-Konzept (UDK) im Rechenzentrum der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin. Die Anschreiben und Fragebogen wurden dabei mandantengerecht aufbereitet, das heißt die unterschiedlichen Trägerlogos, Absenderadressen und Ansprechpartner der einzelnen Träger wurden als Mandantendaten aufgenommen.

Nach Versand der Befragungsunterlagen wurden die Adressdaten noch kurzzeitig im Rahmen der Datenverarbeitung verfügbar gehalten und vereinbarungsgemäß spätestens zum 31. März des Folgejahres gelöscht.

Befragungsgegenstand

Das Hauptaugenmerk der Kundenbefragungen in den Produktgruppen „Rente“ und „Teilhabe“ lag auf den Beratungsleistungen der Sachbearbeitung der einzelnen Rentenversicherungsträger. Darüber hinaus wurden insbesondere Erhebungen zur Verständlichkeit der Formulare/Vordrucke und der Bescheidtexte sowie zur Zufriedenheit mit der Bearbeitungsdauer durchgeführt.

Im Bereich der Auskunft und Beratung stand neben dem Kunden-

urteil zum Beratungsgespräch und zur Kompetenz und Freundlichkeit der Sachbearbeitung das Verfahren zur Terminvereinbarung und zur Örtlichkeit der Beratungsstelle im Fokus.

Die Arbeitgeber als Kunden der Betriebsprüfung wurden insbesondere zur Zufriedenheit mit dem Verfahrensablauf der Prüfung und der Kompetenz des Prüfers sowie zur Verständlichkeit der Prüfungsmitteilungen/Bescheide befragt.

Befragungszeitraum

Die Fragebogen wurden im Rahmen einer Aussendewelle verschickt. Die

Rücklaufquoten

Zu beachten ist, dass die Rücklaufquote einen wichtigen Indikator zur Beurteilung der Repräsentativität der Befragungsergebnisse darstellt. Repräsentative Aussagen liegen vor, sofern die Rücklaufquote mindestens 20 Prozent beträgt.

Von den Anschreiben, die von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung versandt wurden, sind rund 28.000 Fragebogen wieder eingegangen. Dies entspricht, unter Außerachtlassung unzustellbarer Fragebogen, einer Rücklaufquote von etwa 38 Prozent (Kundenbefragung 2013: rund 39 Prozent). Bei

Abb. 2: Rücklaufquoten der KBS (in Prozent)

Jahr der Kundenbefragung	Rente	Teilhabe	Auskunft und Beratung	Betriebsprüfung	Gesamt
2017	34	39	40	43	38
2013	33	40	39	57	39

Quelle: KBS

fünfwöchige Erhebungsphase umfasste für alle Produktgruppen den Zeitraum vom 4. Dezember 2017 bis einschließlich 12. Januar 2018.

Erfassung der Daten

Von den Kunden unter Verwendung des Freiumschlages zurückgesandte Antwortbriefe wurden direkt über das Aktionspostfach der Deutschen Post AG zentral von der Deutschen Rentenversicherung Bund entgegengenommen, dort nach Abschluss der Feldphase in einem mehrstufigen Prozess gescannt und erfasst.

allen RV-Trägern reichte die Anzahl der Rückläufer aus, um daraus repräsentative Aussagen folgern zu können. Dies galt auch für die vier Produktgruppen bei der KBS (vgl. Abb. 2).

Auswertungsphase

Datenaufbereitung und -auswertung

Nach der maschinellen Erfassung wurden die Daten programmtechnisch aufbereitet. Dabei war ein besonderes Augenmerk auf die Datenqualität und Plausibilität zu legen.

Zentrale Zielsetzung der Studie zur Kundenzufriedenheit war die Abbildung der Befragungsergebnisse über geeignete Indizes.

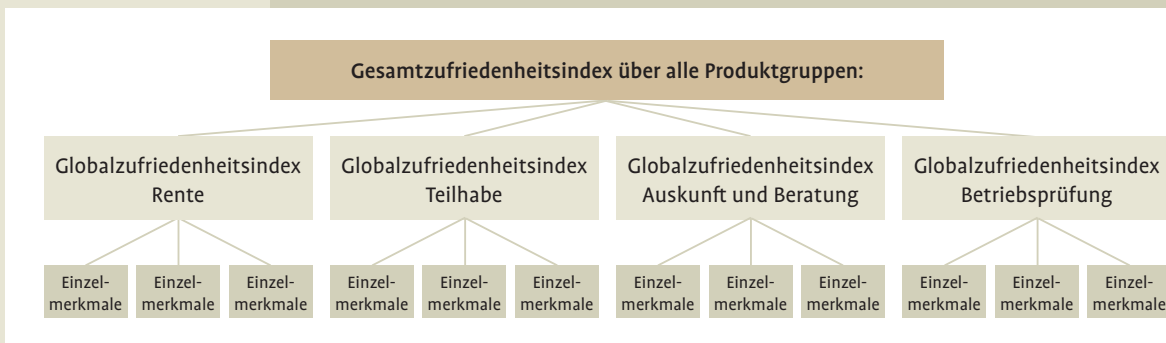
Auf Basis der ausgewählten Daten erfolgte die Aggregation der Einzelmerkmale zu dem übergeordneten Index der Globalzufriedenheit je Produktgruppe. Die vier Global-

Im Rahmen der Indexermittlung wurden die Antworten mit Werten zwischen 0 und 100 Punkten bewertet und interpretiert (vgl. Abb. 4).

Die Deutsche Rentenversicherung Bund stellte für jeden der sechzehn Träger und für jeden der vier Produktbereiche Ergebnisreports und Datensätze zur Verfügung.

Vertraulichkeit der Daten zu jeder Zeit sichergestellt. Externe Stellen hatten zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die Versichertendaten. Auch die Auswertung der Daten erfolgte vollständig anonym. Die datenschutzrechtliche Unbedenklichkeit des Verfahrens wurde durch die Datenschutzbeauftragten bestätigt.

Abb. 3: Vom Einzelmerkmal zum Gesamtzufriedenheitsindex



zufriedenheitsindizes wurden in einem abschließenden Prozess zum Gesamtzufriedenheitsindex über alle Produktgruppen verdichtet. Die Ergebnisse zur Globalzufriedenheit der vier Produktbereiche gingen jeweils zu 25 Prozent in den Gesamtzufriedenheitsindex ein (vgl. Abb. 3).

Datenschutz

Wie bei den vorangegangenen Kundenbefragungen auch, wurde dem Datenschutz vollauf Rechnung getragen. Sowohl der Fragebogen als auch das Rücksendeverfahren waren so gestaltet, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Absender möglich waren. Ebenso war die

Ergebnisse der Kundenbefragung 2017/2018

Die Auswertung der Antworten ergab für die gesamte Deutsche Rentenversicherung erneut hohe Zufriedenheitsindizes, die im Vergleich der einzelnen Rentenversicherungsträger grundsätzlich nur relativ geringfügige Abweichungen

Abb. 4: Zufriedenheitsgrade der Kundenbefragung

Index	Zufriedenheitsgrad
0 - 39 = Unzufrieden	Die Mehrheit der Kunden ist mit den erhaltenen Serviceleistungen unzufrieden, dem Anspruch der Kunden konnte nicht gerecht werden.
40 - 59 = Fordernd zufrieden	Die Leistungen sind weitgehend zufriedenstellend, Erwartungen wurden jedoch teilweise nicht mehr erfüllt. Leistungssteigerungen werden erwartet.
60 - 79 = Stabil zufrieden	Ein Großteil der Kunden ist (sehr) zufrieden, die Erwartungen werden im Großen und Ganzen erfüllt. Leistungssteigerungen werden nicht erwartet.
80 - 100 = Begeistert zufrieden	Die Zufriedenheit liegt auf einem sehr hohen Niveau, die Erwartungen der Kunden werden übertroffen.

voneinander aufzeigten. So lagen die einzelnen Resultate der Träger im Bereich des Gesamtzufriedenheitsindizes auf einer Skala von 0 (geringstmögliche Zufriedenheit) bis 100 (größtmögliche Zufrieden-

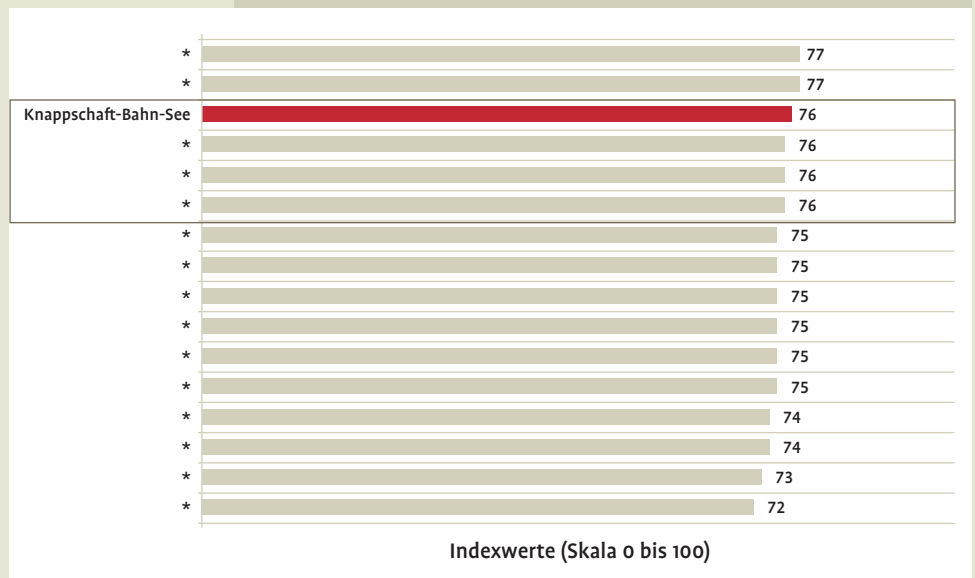
heit) zwischen 72 (schlechtester Wert) und 77 (bestser Wert).

In den Gremien der Deutschen Rentenversicherung wurde beschlossen, dass bei der Kommunikation

der Ergebnisse der Kundenbefragung die Anonymität der einzelnen Träger sicherzustellen ist. Daher wird nachfolgend ausschließlich der Index der KBS namentlich gekennzeichnet.

Die KBS erreicht hier gemeinsam mit drei weiteren RV-Trägern erneut einen sehr hohen Indexwert von gerundet 76 und damit das zweithöchste Ergebnis insgesamt. Dies entspricht dem Wert, der auch in der Kundenbefragung 2013 erzielt wurde, so dass hier eine Stabilisierung auf sehr hohem Niveau stattfand.

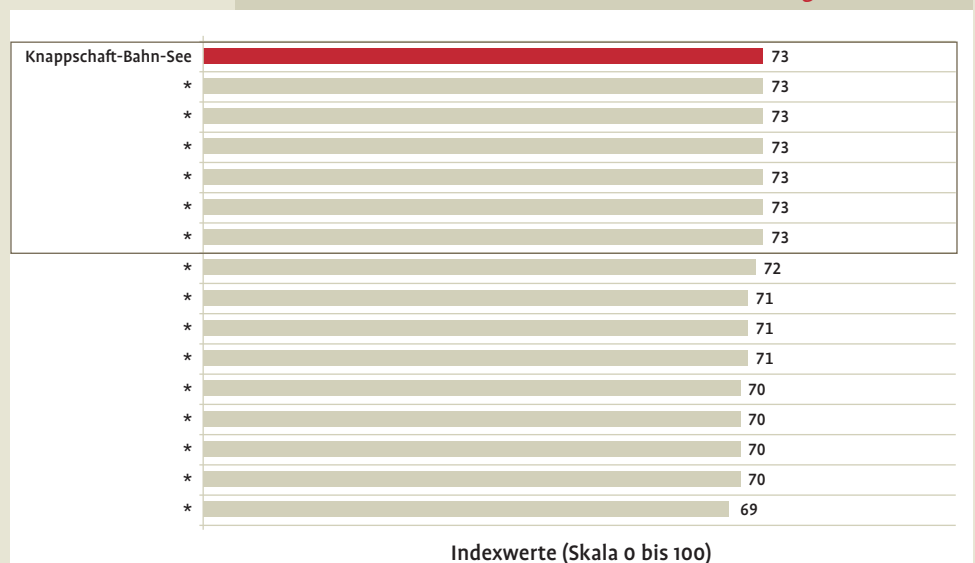
Abb. 5: Gesamtzufriedenheitsindex nach RV-Trägern



* andere RV-Träger anonymisiert

Quelle: Kundenbefragung 2017/2018

Abb. 6: Globalzufriedenheit Rente nach RV-Trägern

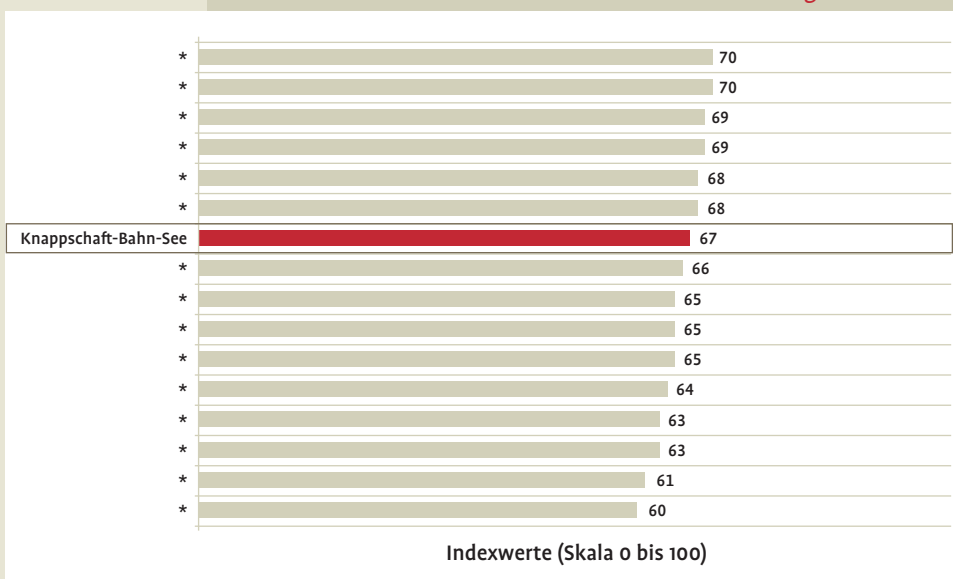


* andere RV-Träger anonymisiert

Quelle: Kundenbefragung 2017/2018

Beim Globalzufriedenheitsindex Rente belegt die KBS, trotz eines Rückgangs um 3 Indexpunkte im Vergleich zur Befragung 2013, mit einem Wert von gerundet 73 eine Platzierung in der Spitzengruppe des Rankings, gemeinsam mit sechs weiteren Rentenversicherungsträgern. Besonders hohe Zufriedenheitswerte vergaben die Kunden der KBS für die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter.

Abb. 7: Globalzufriedenheit Teilhabe nach RV-Trägern

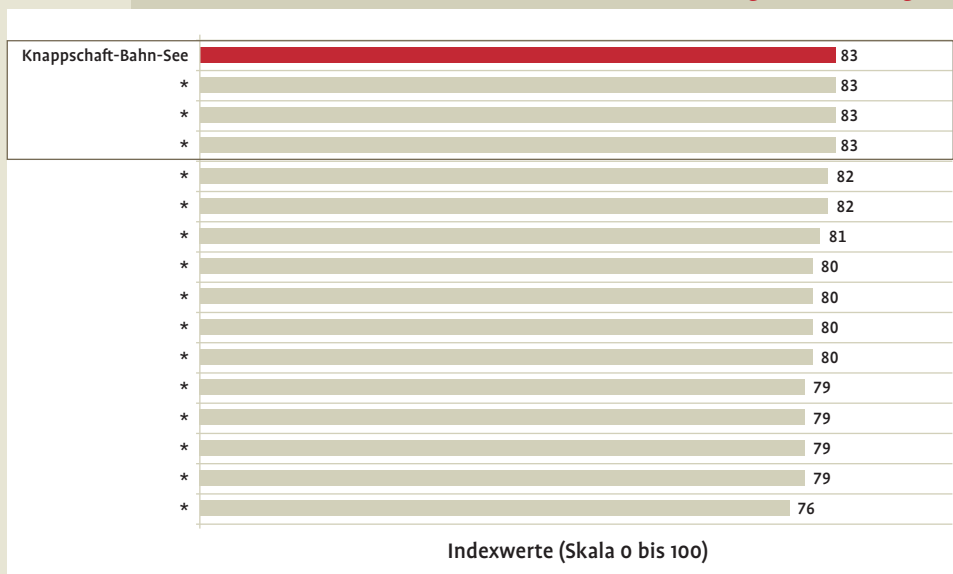


* andere RV-Träger anonymisiert

Quelle: Kundenbefragung 2017/2018

Mit einem Index von gerundet 67 Punkten ergibt sich für die KBS im Ranking aller Rentenversicherungsträger hinsichtlich des Globalzufriedenheitsindex Teilhabe eine Platzierung im guten Mittelfeld. Im Vergleich zum Ergebnis der Befragung 2013 ist der Index überdurchschnittlich stark um 3 Punkte gestiegen. Ähnlich wie im Produktbereich Rente äußerten sich die Kunden auch hier besonders positiv über den Kontakt mit den Mitarbeitern der KBS.

Abb. 8: Globalzufriedenheit Auskunft und Beratung nach RV-Trägern

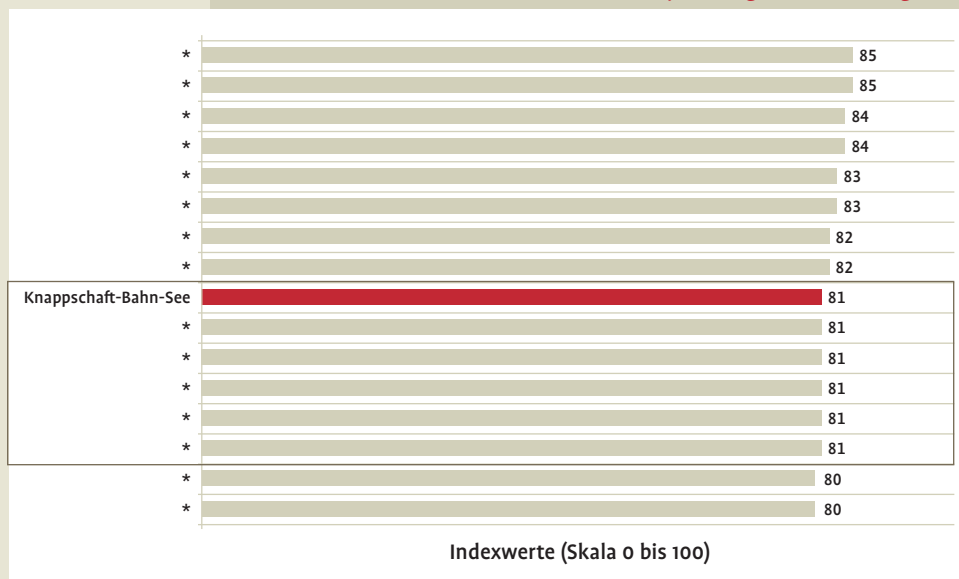


* andere RV-Träger anonymisiert

Quelle: Kundenbefragung 2017/2018

Mit einem Index von gerundet 83 bei der Globalzufriedenheit im Bereich Auskunft und Beratung erzielt die KBS mit drei weiteren Rentenversicherungsträgern einen Platz an der Spitze des Rankings. Dies ist auf einen weiteren Anstieg um zwei Indexpunkte gegenüber der Kundenbefragung 2013 zurückzuführen. Kompetenz und Freundlichkeit im persönlichen wie auch telefonischen Kontakt mit den Beratern der KBS wurden hier von den Kunden erneut besonders gelobt.

Abb. 9: Globalzufriedenheit Betriebsprüfung nach RV-Trägern



* andere RV-Träger anonymisiert

Quelle: Kundenbefragung 2017/2018

Die KBS erreicht hier zusammen mit weiteren Rentenversicherungsträgern einen Indexwert von 81 Punkten (Indexwert 2013: 82 Punkte). Die hohe Kompetenz der Prüfer der KBS wurde hier von den Arbeitgebern mit hohen Zufriedenheitswerten honoriert.

Fazit

Insgesamt ergab die Kundenbefragung 2017/2018 zum wiederholten Male gesteigerte Werte hinsichtlich der Kundenzufriedenheit in der gesamten Deutschen Rentenversicherung. Dies verdeutlicht die weiterhin hohe Leistungsfähigkeit der RV-Träger.

Mit einem Gesamtzufriedenheitsindex von 76 Punkten über alle vier Produktbereiche erzielt die KBS erneut eine sehr gute Platzierung und beweist ebenfalls nachhaltig die für einen modernen Dienstleister innerhalb der Sozialversicherung notwendige Kompetenz und Kundenorientierung.

In den Produktgruppen Betriebsprüfung sowie Auskunft und Beratung erzielt die KBS nach wie vor Werte im Indexbereich „Begeistert zufrieden“, während sie in den Produktgruppen „Rente“ und „Teilhabe“ weiterhin gute Ergebnisse im Indexbereich „Stabil zufrieden“ aufweist.

Um auch in Zukunft im trägerübergreifenden Vergleich entsprechende Ergebnisse zu erzielen, wird die KBS auch weiterhin bestrebt sein, Optimierungspotentiale in Bezug auf Kundenorientierung und Kundenservice zu erkennen.

Da die Kundenorientierung, neben den weiteren Dimensionen der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Prozesse sowie Mitarbeiterorientierung, Bestandteil des gesamten Benchmarkings in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, gilt es konsequent das Ziel zu verfolgen, die insgesamt gute Platzierung im trägerübergreifenden Wettbewerb auch weiterhin zu gewährleisten.

THORSTEN MISCHE

KBS/Organisation „Rentenversicherung und Rehabilitation“
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

¹ § 69 Absatz 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV).

² § 138 Absatz 1 Nr. 5 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).

³ Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

⁴ Bley Müller, J.; Gehlert, G.; Güllicher, H. (1994): Statistik für Wirtschaftswissenschaftler. München: Vahlen.

⁵ Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

⁶ Toutenburg, H. (2000): Induktive Statistik. Eine Einführung mit SPSS für Windows. Berlin: Springer.

THORSTEN VENNEBUSCH

Was man über Minijobs wissen muss – Daten und Fakten 2018



einfach. informieren. anmelden.

1. Entgegen vieler Vermutungen: Zahl der gewerblichen Minijobber erneut leicht zurückgegangen.

Häufig wird unterstellt, dass sich die gewerblichen Minijobs in Deutschland stark vermehren und stets ansteigen. Eine solche Entwicklung beobachtet die Minijob-Zentrale nicht. Im vergangenen Jahr ging die Zahl der angemeldeten Minijobber sogar erneut leicht zurück. Waren im Dezember 2017 noch rund 6,680 Mio. Minijobber gemeldet, so lag der Vergleichswert aus Dezember 2018 nur noch bei 6,665 Mio. Damit reduzierte sich dieser Wert um knapp 16.000 oder 0,2 Prozent.

2. Weniger Schwarzarbeit – Noch nie zuvor gab es so viele legale Haushaltshilfen.

Obwohl die legale Beschäftigung von Haushaltshilfen von staatlicher Seite besonders gefördert wird, ist Schwarzarbeit in Privathaushalten immer noch weit verbreitet. Diese konnte die Minijob-Zentrale auch im vergangenen Jahr erfolgreich weiter reduzieren. Mit fast 307.000 angemeldeten Haushaltshilfen im Dezember 2018 konnte der Höchstwert aus dem Vorjahr erneut gesteigert werden. Damals waren nur rund 305.000 Minijobber in Privathaushalten bei der Minijob-Zentrale angemeldet. Dies entspricht einem Anstieg um rund 0,6 Prozent.

3. Minijobs wichtig für den Arbeitsmarkt – Mehr als jedes zweite Unternehmen beschäftigt Minijobber.

Von den 3,482 Mio. Unternehmen in Deutschland beschäftigt mehr als die Hälfte mindestens einen gewerblichen Minijobber. Im Dezember 2018 betreute die Minijob-Zentrale rund 1,844 Mio. gewerbliche Arbeitgeber. Weitere rund 335.000 Privathaushalte meldeten eine Haushaltshilfe an. Zusammen meldeten insgesamt fast 2,179 Mio. Arbeitgeber einen Minijobber bei der Minijob-Zentrale an.

4. Im Langzeitvergleich gilt: Seit 2004 hat sich die Zahl der Minijobber nicht verändert, aber es gibt 27 Prozent mehr sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Von Dezember 2004 bis Dezember 2018 ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 7,114 Mio. gestiegen und die Zahl der Minijobber mit einem Plus von nur knapp 0,031 Mio. nahezu konstant geblieben. Im gewerblichen Bereich ist die Zahl der Minijobber im Langzeitvergleich sogar rückläufig (-0,173 Mio.).

	Jahresvergleich (in Mio.)		Differenz	
	Dez. 2004	Dez. 2018	absolut (in Mio.)	prozentual
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	26,382	33,496	+ 7,114	+ 27,0 %
Minijobber insgesamt	6,941	6,972	+ 0,031	+ 0,4 %
davon				
■ im gewerblichen Bereich	6,838	6,665	- 0,173	- 2,5 %
■ in Privathaushalten	0,103	0,307	+ 0,204	+ 198,1 %

Quellen: Minijob-Zentrale, Bundesagentur für Arbeit (BA)

5. Nur jeder sechste Minijobber steht dem Ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung.

Minijobs wurden unter anderem mit der Zielsetzung geschaffen, eine Brücke in den Ersten Arbeitsmarkt zu sein. Für eine Einschätzung, ob Minijobs diese Funktion erfüllen, ist es wichtig zu wissen, wie viele Minijobber überhaupt auf den Ersten Arbeitsmarkt streben. Für einen Großteil der Minijobber gilt das nicht:

- 2,928 Mio. Minijobber übten im vergangenen Jahr den Minijob als Nebenjob aus. Ein Großteil der Minijobber in Deutschland hat somit bereits eine Hauptbeschäftigung.
- Weitere 1,150 Mio. Minijobber sind unter 25 Jahre alt und gehen somit noch zur Schule oder nutzen den Minijob zur Finanzierung eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung.
- Rund 1,680 Mio. befinden sich bereits in einem Alter, in dem Altersrenten bezogen werden oder stehen kurz davor.
- Hinzu kommt eine zahlenmäßig nicht eindeutig zu fixierende Summe an Minijobbern, die unter 60 Jahre alt sind und eine Erwerbsminderungsrente beziehen.

Zieht man diese Personengruppen von der Gesamtzahl aller Minijobber in Deutschland ab, so verbleiben 1,214 Mio. Minijobber. Damit steht nur fast jeder sechste Minijobber (17,4 Prozent) dem Ersten Arbeitsmarkt potentiell zur Verfügung.

	Minijobber im gewerblichen Bereich (in Mio.)	Minijobber in Privathaushalten (in Mio.)	Summe (in Mio.)
Anzahl insgesamt	6,665	0,307	6,972
davon			
■ 65 Jahre und älter	1,021	0,048	1,069
■ 60 Jahre bis 65 Jahre	0,571	0,040	0,611
■ unter 60 Jahre mit einer Rente wegen Erwerbsminderung		(Daten liegen nicht vor)	
■ unter 20 Jahre	0,461	0,002	0,463
■ 20 Jahre bis 25 Jahre	0,680	0,007	0,687
Minijobber mit Hauptbeschäftigung			2,928
Verbleibende Anzahl von Minijobbern, die dem Ersten Arbeitsmarkt potentiell zur Verfügung steht			1,214

Quellen: Minijob-Zentrale, BA

6. Vorwiegend kleine Betriebe oder Unternehmen beschäftigen Minijobber.

77,1 Prozent der 1,834 Mio. gewerblichen Minijob-Arbeitgeber beschäftigten maximal drei Minijobber. Insbesondere für kleine Arbeitgeber ist der Minijob somit ein geeignetes Arbeitsmarktinstrument. Aufgrund der geringen Anzahl von Minijobbern ist für diese Arbeitgeber eine Umwandlung der Beschäftigungen in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen nicht ohne weiteres möglich.

7. Keine Billigjobs – Minijobs sind für Arbeitgeber teurer als sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen.

Gewerbliche Arbeitgeber zahlen für einen Minijobber deutlich höhere Beiträge zur Sozialversicherung als bei einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (2019):

	Minijob	Sv-pflichtige Beschäftigung
Krankenversicherung	13 %	7,3 %
Rentenversicherung	15 %	9,3 %
Arbeitslosenversicherung	–	1,25 %
Pflegeversicherung	–	1,525 %
Summe	28 %	19,375 %

(jeweils zuzüglich identischer Beiträge zur Unfallversicherung und Umlagen)

Quelle: Minijob-Zentrale

8. Mehr als 7,9 Mrd. Euro pro Jahr – Minijobs sind wichtig für die Sozialversicherung und den Fiskus.

Die Beitragseinnahmen aus gewerblichen Minijobs sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen und belaufen sich summiert auf mittlerweile rund 7,94 Mrd. Euro. Den Krankenkassen kommen die Einnahmen zugute, ohne dass für den Minijobber durch die Zahlung der Pauschalbeiträge zusätzliche Leistungsansprüche entstehen.

	Beitragseinnahmen aus gewerblichen Minijobs im Jahr 2018 (in Mrd. Euro)
Krankenversicherung	3,18
Rentenversicherung	4,04
Arbeitgeberversicherung	0,22
BA-Insolvenzgeldumlage	0,02
Einheitliche Pauschalsteuer	0,48
Gesamtbetrag	7,94

Quelle: Minijob-Zentrale

9. Mehr Geld für Minijobber – Durchschnittsverdienst steigt weiter an.

Während der Durchschnittsverdienst von Minijobbern in Privathaushalten in den vergangenen Jahren konstant bei rund 182 Euro liegt, steigen die Verdienste im gewerblichen Bereich deutlich an. Vor der Einführung des Mindestlohnes zum 1. Januar 2015 wurde ein Durchschnittsverdienst von etwa 288 Euro erzielt. Bis zum Jahr 2017 stieg das monatliche Durchschnittsentgelt auf über 309 Euro an.

	Durchschnittsverdienste in Euro			
	2014	2015	2016	2017
Minijobs				
■ im gewerblichen Bereich	288,04	300,40	303,75	309,28
■ in Privathaushalten	182,38	182,31	182,52	182,40

Quelle: Minijob-Zentrale

10. Die große Mehrzahl der gewerblichen Minijobber verbleibt nur kurzzeitig im Minijob.

Zwei von drei Minijobs (68,7 Prozent) dauern seit maximal drei Jahren an. 39 Prozent aller gewerblichen Minijobs wurden erst im Laufe des letzten Jahres begonnen. In Privathaushalten liegt der Vergleichswert bei 36,8 Prozent.

11. Volle Absicherung in der Rentenversicherung: Immer mehr Minijobber sind rentenversicherungspflichtig.

Im Dezember 2018 waren 18,9 Prozent aller Minijobber im gewerblichen Bereich rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Diese Minijobber zahlen selbst den Differenzbetrag zwischen dem vollen Rentenversicherungsbeitrag und dem Pauschalbeitrag des Arbeitgebers. Sie sichern sich dadurch unter anderem den Zugang zu allen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (Riester-Rente etc.).

Da der von den Arbeitgebern zu leistende Pauschalbeitrag bei Minijobs im Privathaushalt deutlich geringer ist (5 Prozent im Vergleich zu 15 Prozent im gewerblichen Bereich), ergibt sich für die Minijobber ein höherer Eigenanteil. Trotzdem sind auch hier 13,6 Prozent der Minijobber rentenversicherungspflichtig.

Zum Vergleich: Im Dezember 2012 nutzten vor Einführung der Neuregelungen zur Rentenversicherungspflicht gerade einmal 5,7 Prozent aller Minijobber die Möglichkeit, den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung durch die Zahlung eigener Beitragsanteile freiwillig aufzustocken.

12. Großteil der Minijobber ist in der Rentenversicherung voll abgesichert.

42 Prozent aller Minijobber sind bereits in ihrer Hauptbeschäftigung rentenversicherungspflichtig. Weitere 15,3 Prozent sind bereits in einem Alter, in dem eine Rente bezogen wird. Nur für die restlichen Minijobber ist es von größerer Bedeutung, im Minijob rentenversicherungspflichtig zu sein: 43,7 Prozent dieser Minijobber nutzt aktuell diese Möglichkeit der Absicherung in der Rentenversicherung.

	RV-pflichtige Minijobber (in Mio.)
Anzahl der Minijobber	6,972
./. Minijobber im Nebenamt	2,928
./. Minijobber älter als 65 Jahre	1,069
./. Minijobber unter 65 Jahre mit Erwerbsminderungsrente	(Daten liegen nicht vor)
Verbleibende Anzahl von Minijobbern, für die RV-Pflicht in Frage kommen könnte	2,975
Anzahl der RV-pflichtigen Minijobber	1,301 (= 43,7 %)

Quelle: Minijob-Zentrale

13. Minus zehn Prozent: Anzahl der Minijobberinnen geht im gewerblichen Bereich deutlich zurück.

Die Zahl der weiblichen Minijobber ist seit 2004 im gewerblichen Bereich um fast zehn Prozent zurückgegangen: Im Dezember 2018 übten rund 0,424 Mio. Frauen weniger einen Minijob aus. Die Zahl der angemeldeten Minijobberinnen in Privathaushalten hat sich dagegen mehr als verdoppelt. Der Zuwachs hier kann zu einem großen Anteil der Verringerung der Schwarzarbeit zugerechnet werden.

	Jahresvergleich (in Mio.)		Differenz	
	Dez. 2004	Dez. 2018	absolut (in Mio.)	prozentual
Minijobberinnen				
■ im gewerblichen Bereich	4,351	3,927	- 0,424	- 9,7 %
■ in Privathaushalten	0,096	0,277	+ 0,181	+188,5 %

Quelle: Minijob-Zentrale

14. Minijobber haben grundsätzlich dieselben Arbeitsrechte wie Vollzeitbeschäftigte.

Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Kündigungsschutz und Zahlung des Mindestlohnes – Minijobber sind in fast allen Bereichen vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern gleichgestellt. Die Minijob-Zentrale informiert Minijobber aktiv über Arbeitsrechte. Im Blog der Minijob-Zentrale wurde im Jahr 2018 ein Beitrag zum Urlaubsanspruch für Minijobber alleine mehr als 360.000 Mal aufgerufen.

15. Haushaltsjob-Börse: Stellenbörse für Arbeitgeber und Minijobber immer attraktiver.

Die Haushaltsjob-Börse ist eine Stellenbörse für Beschäftigungen in Privathaushalten und ein kostenloser Service der Minijob-Zentrale. Sie suchen oder bieten Unterstützung für die alltäglichen Arbeiten in der Wohnung, bei der Gartenarbeit oder bei der Betreuung von Kindern, Senioren oder Haustieren? Auf haushaltsjob-boerse.de wird Arbeitnehmern und Arbeitgebern die Möglichkeit gegeben, unkompliziert Hilfe für die im Haushalt anfallenden Arbeiten anzubieten oder zu suchen.

Die Haushaltsjob-Börse verzeichnete bis Ende Dezember 2018 rund 4,2 Mio. Zugriffe und mehr als 65.000 registrierte Nutzer.

Noch Fragen?

Im Internet gibt es verschiedene Informationsmöglichkeiten:
minijob-zentrale.de
haushaltsjob-boerse.de

Social Media:

Blog: blog.minijob-zentrale.de
 Facebook: facebook.com/MinijobZentrale/
 Twitter: twitter.com/Minijobzentrale
 YouTube: youtube.com/user/MinijobZentrale

THORSTEN VENNEBUSCH
 KBS/Minijob-Zentrale
 Büro der Abteilungsleitung
 Hollestr. 7 a-c
 45127 Essen

THOMAS METHLER

Neue Geringfügigkeits-Richtlinien verabschiedet

Eine Zusammenfassung der Änderungen

Die Geringfügigkeits-Richtlinien (GeringfRL) existieren seit Jahrzehnten und werden von Spitzenorganisationen der Sozialversicherung herausgegeben. Sie erläutern den Umgang mit der Beschäftigungsform der geringfügigen Beschäftigung und

zeigen insbesondere Arbeitgebern und Abrechnungsstellen auf, wie geringfügig entlohnte und kurzfristige Beschäftigungen versicherungs-, beitrags- und melderechtlich zu behandeln sind. Die GeringfRL wurden überarbeitet und mit Datum vom 21. November 2018

neu veröffentlicht. Dieser Artikel gibt einen tabellarischen Überblick über die wesentlichen Änderungen, die sich seit der letzten Fassung vom 12. November 2014 aufgrund von Rechtsänderungen, Rechtsprechung und Rechtsauslegung ergeben haben.

Entgeltgrenze = Monatswert

Versicherungsrecht

Alt:

Für eine auf weniger als einen Zeitmonat befristete Beschäftigung wurde ein anteiliger Monatswert ermittelt ($450 \text{ Euro} \div 30 \times \text{Kalendertage}$).

Neu:

Die Arbeitsentgeltgrenze ist ein Monatswert, der auch dann gilt, wenn die Beschäftigung nicht während des gesamten Kalendermonats besteht.¹ Dies gilt sowohl für eine geringfügig entlohnte Beschäftigung als auch für die kurzfristige Beschäftigung, bei der die Entgeltgrenze im Zusammenhang mit der Prüfung der Berufsmäßigkeit zu beachten ist. Somit kann beispielsweise auch bei nur einem Arbeitstag mit einem Arbeitsentgelt bis 450 Euro eine geringfügig entlohnte oder eine kurzfristige Beschäftigung vorliegen.

Entgeltgrenze = Kalendermonat

Versicherungsrecht

Neu:

Es wird klargestellt, dass der Monatswert für jeden angebrochenen Kalendermonat gilt. Unabhängig von der Dauer der Beschäftigung darf das geringfügige Gesamtentgelt somit 900 Euro betragen, wenn sich der Beschäftigungszeitraum über zwei Kalendermonate erstreckt. Damit ist eine praxisnahe Umsetzung gewährleistet und eine bessere Überprüfung möglich.

Zusammenrechnung mehrerer Beschäftigungen

Versicherungsrecht

Grundregeln für die Zusammenrechnung:

Nur Beschäftigungen derselben Art sind zusammenzurechnen, also entweder geringfügig entlohnte (PGR 109)² oder kurzfristige Beschäftigungen (PGR 110)² miteinander.

Für die Prüfung der Einhaltung der Entgeltgrenze sind nur die Arbeitsentgelte mehrerer nebeneinander ausgeübter geringfügig entlohnter Beschäftigungen beziehungsweise für die Prüfung der Berufsmäßigkeit mehrerer nebeneinander ausgeübter kurzfristiger Beschäftigungen zusammenzurechnen.

Sofern eine geringfügige Beschäftigung im Laufe eines Kalendermonats endet und anschließend bei einem anderen Arbeitgeber erneut eine Beschäftigung derselben Art aufgenommen wird, erfolgt für diesen Kalendermonat grundsätzlich keine Zusammenrechnung der Arbeitsentgelte.

Neu:

Ergänzende Klarstellung für einen besonderen Ausnahmefall, bei dem von dem Grundsatz abgewichen wird, dass nur die Arbeitsentgelte zeitgleich ausgeübter geringfügiger Beschäftigungen (derselben Art) für die Prüfung der Entgeltgrenze zu berücksichtigen sind. Hierbei handelt es sich um Sachverhalte, in denen mehrere geringfügig entlohnte oder mehrere kurzfristige Beschäftigungen (auch bei verschiedenen Arbeitgebern) aufeinander folgen, die jeweils in demselben Kalendermonat beginnen und enden.

Überschreitet in diesen Fällen das Arbeitsentgelt aus den geringfügigen Beschäftigungen insgesamt die Entgeltgrenze von 450 Euro, ist die zuletzt aufgenommene Beschäftigung nicht geringfügig entlohnt. Im Falle von Berufsmäßigkeit liegt keine kurzfristige Beschäftigung vor, wenn bei der Zusammenrechnung die Entgeltgrenze von 450 Euro überschritten wird.

Gleiches gilt für die zuerst aufgenommene Beschäftigung, wenn bereits zu ihrem Beginn bekannt ist, dass in demselben Kalendermonat eine weitere befristete geringfügige Beschäftigung folgen soll, mit der die Entgeltgrenze überschritten wird.

Verschiedene Fallkonstellationen sind in der Abb. 1 dargestellt.

Abb. 1: Prüfung der Entgeltgrenze

Bei der Art der Beschäftigung handelt es sich (auch bei mehreren Beschäftigungen) entweder um geringfügig entlohnte (PGR 109) oder um kurzfristige Beschäftigungen (PGR 110).

Fall	Arbeitgeber	Zeitraum	Kalendermonate	Arbeitsentgelt (in Euro)	mehr als 450 Euro?	Berufsmäßigkeit bei PGR 110 prüfen?
1	A	15.4. bis 30.4.	1	450	Nein	Nein
2	A	15.4. bis 12.5.	2	900	Nein	Nein
3	A	5.4. bis 11.5.	2	900	Ja	Ja
	A	15.5. bis 31.5.		450	Ja	Ja
<small>ZU BEACHTEN: Wenn der zweite Zeitraum erst nach Ablauf des ersten Zeitraums vereinbart wurde, also nicht bereits im ersten Zeitraum bekannt war, dann ergibt sich für den ersten Zeitraum ein „Nein“. Ein Überschreiten der Entgeltgrenze kann der Arbeitgeber dann erst bei Beginn des zweiten Zeitraums feststellen.</small>						
4	A	5.4. bis 11.5.	2	900	Nein	Nein
	B	15.5. bis 31.5.		450	Nein	Nein
5	A	1.5. bis 14.5.		230	Ja	Ja
	A	16.5. bis 30.5.		240	Ja	Ja
<small>ZU BEACHTEN: Wenn der zweite Zeitraum erst nach Ablauf des ersten Zeitraums vereinbart wurde, also nicht bereits im ersten Zeitraum bekannt war, dann ergibt sich für den ersten Zeitraum ein „Nein“. Ein Überschreiten der Entgeltgrenze kann der Arbeitgeber dann erst bei Beginn des zweiten Zeitraums feststellen.</small>						
6	A	1.5. bis 14.5.		230	Nein	Nein
	B	16.5. bis 30.5.		240	Ja	Ja
<small>ZU BEACHTEN: Wenn Arbeitgeber A der zweite Zeitraum bereits bekannt ist, dann ergibt sich auch für den ersten Zeitraum ein „Ja“, weil ein Überschreiten der Entgeltgrenze bekannt ist.</small>						
7	A	1.5. bis 31.5.		450	Ja	Ja
	B	1.5. bis 31.5.		450	Ja	Ja

Steuerfreie Aufwandsentschädigungen

Versicherungsrecht

Steuerfreie Aufwandsentschädigungen wie die Übungsleiter- und die Ehrenamtszuschläge (jährlich 2.400 bzw. 720 Euro) zählen nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung. Folglich bleiben sie bei der Ermittlung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts zur Prüfung des Vorliegens eines 450-Euro-Minijobs unberücksichtigt. Die steuerfreie Aufwandsentschädigung kann pro rata (monatlich) oder en bloc (am Stück) ausgeschöpft werden.

Alt:

Der Steuerfreibetrag reduzierte das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt nur, wenn er pro rata berücksichtigt wurde. Bei der en bloc-Variante wurde das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt erst nach vollständiger Ausschöpfung des Freibetrags für den dann verbleibenden Beschäftigungszeitraum ermittelt. In diesen Fällen konnte sich häufiger eine mehr als geringfügig entlohnte Beschäftigung mit einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt von mehr als 450 Euro ergeben. Diese war dann bei der Krankenkasse zu melden.

Neu:

Für die Ermittlung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts zwecks Prüfung des Vorliegens eines 450-Euro-Minijobs wird – unabhängig von der Berücksichtigung des Steuerfreibetrages pro rata oder en bloc – der pro Kalenderjahr zur Verfügung stehende Steuerfreibetrag immer in voller Höhe vom zu erwartenden Gesamtverdienst für das Kalenderjahr abgezogen.³ Ergibt sich danach im Monatsdurchschnitt ein Verdienst bis 450 Euro, liegt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung vor. Das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt wird für jedes Kalenderjahr gesondert wie folgt ermittelt:

$$\begin{aligned} & \text{Gesamtverdienst} \text{ } \cdot \text{ } \text{Freibetrag} \\ & = \text{SV-Arbeitsentgelt} \div \text{Monate des Beurteilungszeitraums} \end{aligned}$$

Steuerfreie Aufwandsentschädigungen können für eine Person nur einmalig pro Kalenderjahr berücksichtigt werden. Insofern ist der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber aufzufordern, Freibeträge anzuzeigen, die er anderweitig in Anspruch genommen hat beziehungsweise nehmen wird. Der Arbeitgeber darf dann nur noch den zur Verfügung stehenden Steuerfreibetrag berücksichtigen.

Beispiel 1:

Übungsleiter vom 1. Januar bis auf weiteres; Verdienst 600 Euro.

Alt:

Ermittlung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts (steuerlicher Freibetrag in der en bloc-Variante):

Januar bis April		
600 Euro x 4 Monate	=	2.400 Euro
./. Steuerfreibetrag		<u>2.400 Euro</u>
SV-Arbeitsentgelt	=	0 Euro
Mai bis Dezember		
600 Euro x 8 Monate	=	4.800 Euro
÷ 8 Monate	=	600 Euro

Somit überstieg das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro und es lag ab Mai eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor.

Neu:

Ermittlung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts:

Gesamtverdienst	
Januar bis Dezember	
600 Euro x 12 Monate	= 7.200 Euro
./. Steuerfreibetrag	<u>2.400 Euro</u>
SV-Arbeitsentgelt	= 4.800 Euro
÷ 12 Monate	= 400 Euro

Da das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt, liegt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung vor.

Melde- und Beitragsrecht

Eine melde- und beitragspflichtige Beschäftigung im Sinne der Sozialversicherung liegt nur vor, wenn Arbeitsentgelt erzielt wird. Dies ist weiterhin davon abhängig, ob der Steuerfreibetrag pro rata oder en bloc berücksichtigt wird. Bei der monatlichen Ausschöpfung des Steuerfreibetrages wird auch in jedem Monat Arbeitsentgelt erzielt, sodass durchgehend eine sozialversicherungsrechtlich relevante Beschäftigung vorliegt. Anders verhält es sich hingegen, wenn der Arbeitgeber den Freibetrag am Stück ausschöpft. In diesen Fällen beginnt die melde- und beitragspflichtige Beschäftigung erst, wenn der Steuerfreibetrag verbraucht ist.

Beispiel 2:

Bei dem Übungsleiter aus Beispiel 1 wird der Steuerfreibetrag von 2.400 Euro

- a) pro rata mit 200 Euro berücksichtigt.
- b) zunächst en bloc ausgeschöpft.

Zu a):

Die Beschäftigung besteht durchgehend ab 1. Januar. Das beitragspflichtige Arbeitsentgelt beträgt monatlich 400 Euro (600 Euro./200 Euro).

Zu b):

Die Beschäftigung beginnt erst am 1. Mai, weil die Monate Januar bis April voll (jeweils 600 Euro = 2.400 Euro) mit Steuerfreibeträgen belegt sind. Abgaben an die Minijob-Zentrale sind ab Mai von 600 Euro zu zahlen.

Melderecht

Die klassischen Meldungen für Beschäftigungen sind die einmalige Anmeldung mit Abgabegrund „10“ bei Beschäftigungsbeginn, die Jahresmeldung mit Abgabegrund „50“ für abgelaufene Kalenderjahre und die Abmeldung mit Abgabegrund „30“ bei Beendigung der Beschäftigung. Anders verhält sich das bei einem auf Dauer angelegten Arbeitsverhältnis, das der Arbeitgeber steuerlich en bloc abgerechnet hat. In diesen Fällen besteht die sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung nicht durchgehend, sondern ist jeweils im Laufe des Kalenderjahres an- und mit Ablauf des Kalenderjahres wieder abzumelden.

Beispiel 3:

Ausgehend von der en bloc-Variante in Beispiel 1 hat der Arbeitgeber folgende Meldungen zu erstellen:

- Erstmalige Anmeldung mit Abgabegrund „10“ zum 1. Mai (nach Ausschöpfung des kalenderjährlichen Steuerfreibetrages)
- Erneute Anmeldung zum 1. Mai des Folgejahres mit Abgabegrund „13“ (nach Ausschöpfung des kalenderjährlichen Steuerfreibetrages)
- usw.
- Jahresmeldung mit Abgabegrund „50“ vom 1. Mai bis 31. Dezember (Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt)
- Abmeldung zum 31. Januar des Folgejahres mit Abgabegrund „34“ (Fortbestehen der Beschäftigung ohne Arbeitsentgelt für einen Monat)

Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschläge (SFN-Zuschläge)

Versicherungsrecht

SFN-Zuschläge sind steuer- und – bei einem Grundlohn bis 25 Euro pro Stunde – auch sozialversicherungsfrei. Die Steuerfreiheit gilt nicht, wenn die Zuschläge ohne tatsächliche Arbeitsleistung gewährt werden⁵, wie es bei Beschäftigungsverboten nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) oder im Falle der Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit vorkommt.

Alt:

Die als Arbeitsentgelt zu berücksichtigenden Zuschläge für die Dauer des Beschäftigungsverbots nach dem MuSchG (außerhalb der Schutzfristen) oder der Entgeltfortzahlung waren im Rahmen des gelegentlichen nicht vorhersehbaren Überschreitens der Entgeltgrenze bis zu drei Monaten innerhalb eines Zeitjahres unschädlich für die geringfügig entlohnte Beschäftigung. Darüber hinaus ergab sich eine mehr als geringfügige und somit sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Neu:

Die als Arbeitsentgelt zu berücksichtigenden Zuschläge nach dem MuSchG oder der Entgeltfortzahlung wirken sich nicht mehr auf den Status der geringfügig entlohnten Beschäftigung aus. Dies gilt unabhängig von der Dauer der Zahlung ohne Arbeitsleistung sowie davon, ob ein arbeitsrechtlicher Anspruch darauf besteht.

Es handelt sich um arbeitsrechtliche Schutzregelungen, die eine von Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbarte geringfügig entlohnte Beschäftigung nicht beseitigen sollen.

Diese Ausnahmeregelung findet keine Anwendung für ebenfalls als Arbeitsentgelt zu berücksichtigende SFN-Zuschläge während bezahlter Urlaubs- oder Feiertage, weil die Zahlung aus diesen Anlässen planbar und vorhersehbar ist.

Beitragsrecht

Es wird klargestellt, dass auch von dem Arbeitsentgelt oberhalb von regelmäßig 450 Euro monatlich beziehungsweise 5.400 Euro jährlich die im Rahmen der geringfügig entlohnten Beschäftigung anfallenden Abgaben (Pauschalbeiträge, Umlagen, Steuern) an die Minijob-Zentrale zu zahlen sind.

Urlaubsentgelt/Tirol-Entscheidung

Versicherungsrecht

Neu:

Ergänzende Klarstellung zum Umgang mit Resturlaubstagen, die beim Übergang von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in eine geringfügig entlohnte Beschäftigung bestehen und mit dem erhöhten Entgeltanspruch aus der vorherigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu vergüten sind.

Dies ergibt sich aus der sogenannten Tirol-Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)⁶.

Der erhöhte Urlaubsentgeltanspruch ist somit auch bei der Prognose zur Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts zu berücksichtigen. Ergibt sich danach ein zu erwartendes Jahresentgelt von mehr als 5.400 Euro, liegt weiterhin eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor.

Der Arbeitgeber kann jedoch ab 1. Januar des Folgejahres eine neue versicherungsrechtliche Beurteilung vornehmen und prüfen, ob eine geringfügig entlohnte Beschäftigung vorliegt.

Es handelt sich um laufendes Arbeitsentgelt für den Urlaubstag und ist nicht zu verwechseln mit Urlaubsgeld, welches eine Einmalzahlung darstellt.

Erheblich schwankende Arbeitszeiten

Versicherungsrecht

Neu:

Es wird klargestellt, dass die Regelung, wonach erhebliche Schwankungen des monatlichen Arbeitsentgelts unzulässig sind, auch für Arbeitszeiten gelten, die bei verstetigtem monatlichen Arbeitsentgelt im Rahmen einer sonstigen flexiblen Arbeitszeitregelung erheblich schwanken.

Zeitgrenzen

Versicherungsrecht

Alt:

Ab 1. Januar 2019 Rückkehr zur Zeitgrenze von zwei Monaten beziehungsweise 50 Arbeitstagen, die bis zum 31. Dezember 2014 galt und übergangsweise vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018 auf drei Monate und 70 Arbeitstage angehoben wurde.

Neu:

Dauerhafte Verlängerung der Zeitgrenzen für eine kurzfristige Beschäftigung ab 1. Januar 2019 auf drei Monate beziehungsweise 70 Arbeitstage.⁷

Analog zu dieser Änderung gilt die Zeitgrenze von drei Monaten auch für ein vorübergehendes nicht vorhersehbares Überschreiten der Entgeltgrenze bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen ebenfalls dauerhaft.

Zusammenrechnung mehrerer kurzfristiger Beschäftigungen beim Dreimonatszeitraum

Versicherungsrecht

Bei einer Zusammenrechnung von mehreren Beschäftigungszeiten (jeweils mit mindestens fünf Arbeitstagen pro Woche) treten an die Stelle von drei Monaten 90 Kalendertage.

Alt:

Die Kalendertage wurden nicht zusammengerechnet, wenn es sich ausschließlich um volle Kalendermonate handelte.

Neu:

Unter den drei Monaten, die eine kurzfristige Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres ausgeübt werden darf, sind sowohl Kalender- als auch Zeitmonate zu verstehen.

Bei der Zusammenrechnung sind volle Kalendermonate mit 30 Kalendertagen und Teilmonate mit den tatsächlichen Kalendertagen zu berücksichtigen. Zusammenhängende Zeiträume mit ausschließlich vollen Zeitmonaten sind jeweils mit 30 Kalendertagen pro Zeitmonat zu berücksichtigen.

Umfasst ein Zeitraum keinen Kalendermonat, aber einen Zeitmonat, ist dieser ebenfalls mit 30 Kalendertagen zu berücksichtigen.

Die Regelung zur Zusammenrechnung wird damit großzügiger ausgelegt, so dass sich mehr Möglichkeiten innerhalb der zulässigen 90 Kalendertage ergeben. Die verschiedenen Fallkonstellationen in Abb. 2 verdeutlichen dies.

Abb. 2: Zusammenrechnung mehrerer kurzfristiger Beschäftigungen

Befristete Beschäftigung vom 1.10. bis 31.10. mit folgenden Vorbeschäftigungen:

Fall	Vorbeschäftigung	Kalendermonat	Zeitmonat	Teilmonat	KT neu	KT alt
1	1.6. bis 31.7.	3 (6/7/10)	-	-	90	3 KM
2	1.6. bis 30.7.	2 (6/10 = 60 KT)	-	30 KT (7)	90	91
3	15.6. bis 14.8.	1 (10 = 30 KT)	2 (15.6. bis 14.8. = 60 KT)	-	90	92
4	15.6. bis 13.8.	2 (7/10 = 60 KT)	-	16 KT (6) + 13 KT (8)	89	91
5	15.5. bis 14.7.	1 (10 = 30 KT)	2 (15.5. bis 14.7. = 60 KT)	-	90	92
6	15.5. bis 13.7.	2 (6/10 = 60 KT)	-	17 KT (5) + 13 KT (7)	90	91
7	15.2. bis 14.4.	1 (10 = 30 KT)	2 (15.2. bis 14.4. = 60 KT)	-	90	90/91
8	15.2. bis 13.4.	2 (3/10 = 60 KT)	-	14/15 KT (2) + 13 KT (4)	87/88	89/90
9	12.7. bis 12.8.	1 (10 = 30 KT)	1 (12.7. bis 11.8. = 30 KT)	1 KT (8)	61	63
10	12.7. bis 10.8.	1 (10 = 30 KT)	-	20 KT (7) + 10 KT (8)	60	61
11	11.3. bis 9.4.	-	-	21 KT (3) + 9 KT (4)	30	30
	13.6. bis 12.7.	-	1	-	30	30
	1.10. bis 31.10.	1	-	-	30	31

KM = Kalendermonate KT = Kalendertage

Meldungen für kurzfristige Beschäftigungen

Versicherungsrecht

Auch für kurzfristig Beschäftigte (PGR 110)² sind grundsätzlich die gleichen Meldungen zu erstatten wie für versicherungspflichtig Beschäftigte.

Alt:

Wurde eine kurzfristige Beschäftigung auf der Basis einer Rahmenvereinbarung für länger als einen Monat unterbrochen, war nach Ablauf dieses Monats eine Abmeldung mit Abgabegrund „34“ und bei Wiederaufnahme der Beschäftigung eine Anmeldung mit Abgabegrund „13“ zu erstatten.

Neu:

Nach der Rechtsauslegung sind grundsätzlich nur die Abgabegründe „10“ und „30“ oder „40“ zu verwenden. Die Abgabegründe „13“ und „34“ gelten hier grundsätzlich nicht.

Meldungen für kurzfristige Beschäftigungen

Versicherungsrecht

Bei Rahmenvereinbarungen bestehen keine Bedenken, wenn – auch bei Zeiträumen von mehr als einem Monat zwischen den Beschäftigungen – eine Anmeldung zu Beginn der Rahmenvereinbarung mit „10“ und eine Abmeldung zu deren Ende mit „30“ erfolgt.

Eine Beschäftigung besteht für die Dauer eines Monats fort.⁸ Dies gilt allerdings nur, solange das arbeitsrechtliche Arbeitsverhältnis auch fortbesteht. Dies ist bei kurzfristigen Beschäftigungen, auch bei Rahmenvereinbarungen, aber in der Regel nicht der Fall. Vielmehr wird bei dieser Beschäftigungsart ein Arbeitsverhältnis immer nur für die Dauer beziehungsweise die Tage der Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt begründet.

Arbeitnehmer aus dem Ausland/KV-Pauschalbeitragspflicht

Versicherungsrecht

Für geringfügige Beschäftigungen von Arbeitnehmern, die sich innerhalb der EU-/EWR-Mitgliedstaaten sowie der Schweiz bewegen, gelten die Vorschriften der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Diese Vorschriften regeln, welche Rechtsvorschriften in grenzüberschreitenden Fällen anzuwenden sind. Sie sehen als obersten Grundsatz vor, dass ein Arbeitnehmer in dem System nur eines Staates versichert ist. Danach unterliegen Arbeitnehmer grundsätzlich den Rechtsvorschriften des Mitgliedsstaates, in dem sie die Beschäftigung ausüben;⁹ dies gilt auch dann, wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt.

Beitragsrecht

Der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung fällt nur an, wenn der geringfügig entlohnte Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung (pflicht-, freiwillig oder familien-) versichert ist. Die geringfügig entlohnte Beschäftigung selbst begründet keinen Krankenversicherungsschutz. Insofern ist vom Arbeitgeber zu klären, ob der Arbeitnehmer anderweitig gesetzlich krankenversichert ist.

Neu:

Es wird ergänzend klargestellt, unter welchen Voraussetzungen für ausländische Arbeitnehmer ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz in Deutschland anzunehmen und demzufolge auch der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung zu zahlen ist. Hierbei sind drei Fallgruppen zu unterscheiden:

Geringfügige Beschäftigung

... ausschließlich in Deutschland:

- Es gilt deutsches Sozialversicherungsrecht ungeachtet der Staatsangehörigkeit und des Wohnsitzes des Arbeitnehmers oder des Firmensitzes des Arbeitgebers.
- Ist der Arbeitnehmer nicht in Deutschland freiwillig- oder familienversichert, kommt die sogenannte Auffang-Versicherungspflicht in Betracht.¹⁰
- Ausgenommen von der Auffang-Versicherungspflicht sind nur Personen, die zuletzt privat krankenversichert waren. Dies kann bei Arbeitnehmern aus einem EU-/EWR-Mitgliedstaat sowie der Schweiz auch eine in ihrem Heimatland bestehende oder bestandene private Krankenversicherung (PKV) sein.
- Kann der Nachweis über eine PKV nicht erbracht werden, ist vom Arbeitgeber der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung von 13 Prozent zu zahlen.

Beitragsrecht

... in Deutschland und eine weitere Beschäftigung in einem EU-/EWR-Mitgliedstaat sowie der Schweiz:

- Es können die Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des ausländischen Mitgliedstaates gelten.
- Dies ist durch Vorlage der sogenannten A1-Bescheinigung nachzuweisen.
- In diesem Fall finden die Regelungen für geringfügige Beschäftigungen in Deutschland keine Anwendung.
- Sämtliche dem Arbeitgeber obliegenden Melde- und Beitragspflichten richten sich dann nach dem Recht des zuständigen Mitgliedstaates.

... in Deutschland von Arbeitnehmern aus dem sonstigen Ausland (kein EU-/EWR-Mitgliedstaat und auch keine Schweiz):

Bei Arbeitnehmern aus dem sonstigen Ausland gilt bei Ausübung eines 450-Euro-Minijobs generell deutsches Sozialversicherungsrecht. In diesem Fall ist es unerheblich, ob eine Beschäftigung im Heimatland besteht, weil die Vorschriften der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 nicht gelten. Ist der Arbeitnehmer nicht anderweitig in Deutschland gesetzlich krankenversichert, ist die Auffang-Versicherungspflicht zu unterstellen und auch der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn er nachweist, dass er zuletzt in Deutschland privat krankenversichert war.

Dokumentation Entgeltunterlagen

Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, für jeden Arbeitnehmer Entgeltunterlagen zu führen.¹¹ Hierzu gehören auch Angaben und Nachweise, die seine versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung rechtfertigen beziehungsweise mit denen er die Zahlung oder Nichtzahlung von Beiträgen belegen kann. Die Auflistung in den GeringfRL wurde ergänzt.

Neu:

Die schriftliche Erklärung des Verzichts auf die Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung bei Altersvollrentnern¹², auf der der Tag des Eingangs beim Arbeitgeber dokumentiert ist, ist zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.¹³

Neu:

Der Nachweis über eine bestehende private Krankenversicherung im In- oder Ausland zur Bestätigung der Nichtzahlung von Pauschalbeiträgen zur Krankenversicherung bei einer geringfügig entlohnten Beschäftigung.

THOMAS METHLER
KBS/Minijob-Zentrale
Grundsatz Versicherungs-,
Beitrags- und Melderecht
Hollestr. 7 a-c
45127 Essen

FUSSNOTEN

- ¹ Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 5. Dezember 2017 - B 12 R 10/15 R.
- ² Personengruppenschlüssel (PGR) für die Meldung zur Sozialversicherung.
- ³ Urteil des Landessozialgerichts (LSG) NRW vom 28. Juni 2016 (L 18 KN 95/15).
- ⁴ Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung (sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt).
- ⁵ § 3b Einkommensteuergesetz (EStG).
- ⁶ Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 10. Februar 2015 - 9 AZR 53/14 (F).
- ⁷ Qualifizierungschancengesetz vom 18. Dezember 2018, Bundesgesetzblatt (BGBl) I Seite 2651.
- ⁸ § 7 Absatz 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV).
- ⁹ Artikel 11 Absatz 3 Buchst. a VO (EG) 883/2004.
- ¹⁰ § 5 Absatz 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- ¹¹ §§ 28 f Absatz 1 Satz 1 SGB IV, 8 Beitragsverfahrensverordnung (BVV).
- ¹² § 5 Absatz 4 Satz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) oder § 230 Absatz 9 Satz 2 SGB VI.
- ¹³ Flexirentengesetz vom 8. Dezember 2016, BGBl I Seite 2838.

Der Sozialgerichtsprozess – Grundzüge des sozialgerichtlichen Verfahrens

■ Zum Schutz der sozialen Rechte des Bürgers besteht die Möglichkeit, sich an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zu wenden, um die Rechtmäßigkeit der Entscheidungen der Sozialverwaltungen sowie der Sozialversicherungsträger überprüfen zu lassen. Der erste Teil (in der Ausgabe November/Dezember 2018) dieses Beitrages stellte die Zuständigkeiten der verschiedenen Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit und deren Aufbau dar. Der zweite Teil (in der Ausgabe Januar/Februar 2019) gab einen Überblick über die unterschiedlichen Klagearten sowie die hierbei zu beachtenden Prozessvoraussetzungen. Der nachfolgende, dritte und letzte Teil des Beitrags widmet sich dem Ablauf des sozialgerichtlichen Verfahrens. Außerdem gibt er einen Überblick, welche Möglichkeiten der Versicherte hat, gegen Entscheidungen der Sozialgerichte vorzugehen.

8. Ablauf des Verfahrens

8.1 Der Amtsermittlungsgrundsatz

§ 103 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gibt für das sozialgerichtliche Verfahren den Amtsermittlungsgrundsatz¹ vor. Dieser Grundsatz prägt das Verfahren in den öffentlich-rechtlichen Gerichtszweigen. Dabei erforscht das Gericht den Sachverhalt unter Heranziehung der Beteiligten von Amts wegen.

Im sozialgerichtlichen Verfahren gilt er wegen des öffentlichen Interesses an der Aufklärung des Sachverhalts und der Richtigkeit der Entscheidung. Die Regelung des § 103 SGG entspricht den Vorgaben der anderen Verfahrensordnungen.² Der Amtsermittlungsgrundsatz gilt zudem auch in den jeweiligen Verwaltungsverfahren.³ Das Gericht muss von sich aus ermitteln, ob Tatsachen vorliegen, die für die Zulässigkeit der Klage und die Begründetheit des geltend gemachten Anspruchs erforderlich sind; es ist an das Vorbringen und die Beweisanträge

– also die Tatsachenbehauptungen und Rechtsansichten – der Beteiligten nicht gebunden. Welche Ermittlungen angestellt werden, liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts.⁴

8.2 Die mündliche Verhandlung

8.2.1 Vorbereitung

Die Vorbereitung der mündlichen Verhandlung obliegt dem Berufsrichter – als Vorsitzendem Richter – und erfolgt überwiegend im schriftlichen Verfahren. Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, dass

- Formfehler beseitigt,
- unklare Anträge erläutert,
- sachdienliche Anträge gestellt,
- ungenügende Angaben tatsächlicher Art ergänzt sowie
- alle für die Feststellung und Beurteilung des Sachverhalts wesentlichen Erklärungen abgegeben werden.⁵

Hiermit soll erreicht werden, dass der Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung erledigt werden kann.

Insbesondere kann er den Kläger auffordern, ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsberichte oder entsprechende Gutachten beizubringen. Er kann Zeugen oder Sachverständige vernehmen, Begutachtungen durch (ärztliche) Sachverständige durchführen lassen sowie Auskünfte jeder Art einholen. Der Kläger ist zudem verpflichtet mitzuwirken, etwa seine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden.⁶ Er muss auch zur Untersuchung beim Sachverständigen erscheinen und auf Verlangen seine Einkommensverhältnisse offenlegen.

Wirkt der Kläger – auch nach Hinweis des Gerichts auf die Folgen – nicht mit, geht der fehlende Nachweis von anspruchsbegründenden Tatsachen zu Lasten des Klägers.

Der Vorsitzende Richter kann dem Kläger daher eine Frist zur Angabe der Tatsachen⁷ setzen, durch deren Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung er sich im Verfahren beschwert fühlt. Gleiches gilt für die Angabe von Tatsachen, die Bezeichnung von Beweismitteln oder die Vorlage von Urkunden und anderen beweglichen Sachen sowie elektronischen Dokumenten.

Werden die geforderten Erklärungen oder Beweismittel erst nach Ablauf der gesetzten Frist vorgebracht, kann das Gericht⁸ diese verspätet vorgebrachten Erklärungen oder Beweismittel zurückweisen und ohne weitere Ermittlungen entscheiden.⁹ Voraussetzung hierfür ist jedoch zum einen, dass ihre Zulassung nach der freien Überzeugung des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und zum anderen, dass der Beteiligte die Verspätung nicht genügend entschuldigt. Zuvor müssen die Beteiligten aber über die Folgen der Fristversäumung belehrt worden sein.¹⁰

Diese fakultative Präklusionsregelung¹¹ des § 106a SGG verschärft also die Mitwirkungspflichten der Parteien. Zudem gibt sie dem Gericht die Möglichkeit, verspätetes Vorbringen nach vorangegangener ausdrücklicher Aufforderung zurückzuweisen, wenn die Berücksichtigung dieses Vorbringens nach freier Überzeugung des Gerichts den Rechtsstreit erheblich verzögern würde.

Die Ermittlungsergebnisse werden den Beteiligten mitgeteilt. Diese haben sodann das Recht, hierzu Stellung zu nehmen. Außerdem steht den Beteiligten das Recht zu, Einsicht in die Gerichtsakten und die beigezogenen Akten anderer Behörden zu nehmen.¹²

8.2.2 Ablauf

Der Vorsitzende Richter bestimmt Ort und Zeit der mündlichen Verhandlung

und teilt dies den Beteiligten in der Regel zwei Wochen vorher mit.¹³ Die Beteiligten sind darauf hinzuweisen, dass im Falle ihres Ausbleibens nach Lage der Akten entschieden werden kann. Am Verhandlungstag eröffnet und leitet der Vorsitzende die mündliche Verhandlung. Sie beginnt nach Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts, indem der Vorsitzende zu Beginn der Verhandlung das Sach- und Streitverhältnis erörtert und den wesentlichen Inhalt der Akten unter Einbeziehung des schriftlichen Vorbringens der Beteiligten und der bisherigen Ermittlungsergebnisse vorträgt; gegebenenfalls werden Zeugen oder Sachverständige vernommen. Wenn der Rechtsstreit durch Urteil zu entscheiden ist, hat der Vorsitzende auf die Formulierung des korrekten Klageantrags hinzuwirken.¹⁴

Das Gericht entscheidet über die vom Kläger erhobenen Ansprüche, ohne jedoch an die Fassung der Anträge gebunden zu sein.¹⁵ Zudem bestimmt § 124 SGG, dass das Gericht über die Klage grundsätzlich aufgrund einer mündlichen Verhandlung entscheidet. Diese Vorschrift bringt den Grundsatz der Mündlichkeit zum Ausdruck, der im sozialgerichtlichen Verfahren in allen Rechtszügen gilt. Das rechtliche Gehör kann in der mündlichen Verhandlung, die das Kernstück des gerichtlichen Verfahrens ist, besonders wirksam gewährt werden; die mündliche Verhandlung dient auch der Amtsermittlung.¹⁶

9. Abschluss des Verfahrens

Wenn das Verfahren nicht auf andere Weise, zum Beispiel durch Klagerücknahme¹⁷, durch Vergleich oder durch angenommenes Anerkenntnis¹⁸ endet, muss das Gericht entscheiden. Zu der Erledigung des Verfahrens ist noch anzumerken, dass der Kläger die

Klage ohne Zustimmung des Beklagten jederzeit vor der Verkündung des Urteils zurücknehmen kann. Damit erreicht er die Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache. Der in einem Gerichtstermin protokollierte Vergleich erledigt den Rechtsstreit insgesamt.¹⁹ Der außergerichtliche Vergleich, durch schriftliche Annahme eines schriftlichen Vergleichsangebots, hat jedoch keine Erledigungswirkung; hier ist zusätzlich eine Erledigungserklärung des Klägers notwendig. Wird der geltend gemachte Anspruch vom Beklagten letztlich ganz oder auch nur teilweise anerkannt, führt dieses Anerkenntnis – soweit es reicht – zur Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache. Zu beachten ist jedoch, dass in diesem Fall kein Anerkenntnisurteil ergeht.

Die Entscheidung des Gerichts ergeht in der Regel durch Urteil, wenn das Verfahren durch Klageerhebung eingeleitet worden ist. Dies gilt nur dann nicht, wenn das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach § 105 SGG entscheiden kann, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

In den §§ 125 ff. SGG ist geregelt, dass das Urteil erst nach geheimer Beratung der an der mündlichen Verhandlung beteiligten Richter und unmittelbar im Anschluss an die Verhandlung verkündet wird. Das Urteil wird den Beteiligten später in vollständiger schriftlicher Fassung zugestellt.

10. Vorläufiger Rechtsschutz

Sowohl die Einlegung eines Widerspruchs als auch die Anfechtungsklage gegen den Widerspruchsbescheid haben aufschiebende Wirkung.²⁰ Dies bedeutet, dass die Verwaltungsbehörde, also insbesondere der Sozialleis-

tungsträger, keine Veranlassungen treffen darf, die zur Vollziehung des Bescheides führen.

Die aufschiebende Wirkung entfällt allerdings in den in § 86a Absatz 2 SGG abschließend genannten Fällen. Dazu gehören insbesondere Bescheide über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben einschließlich der darauf entfallenden Nebenkosten.²¹ Des Weiteren fallen hierunter Entscheidungen in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts und Entscheidungen der Bundesagentur für Arbeit bei Verwaltungsakten, die eine laufende Leistung entziehen oder herabsetzen.²² Dies gilt auch für Anfechtungsklagen in Angelegenheiten der Sozialversicherung bei Verwaltungsakten, die eine laufende Leistung herabsetzen oder entziehen.²³ Außerdem kann die Stelle, die den Verwaltungsakt erlassen oder über den Widerspruch zu entscheiden hat, die sofortige Vollziehung mit schriftlicher Begründung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung anordnen.²⁴ Dies gilt in den Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten liegt.

Ist die aufschiebende Wirkung einer Entscheidung gegeben, kann das Gericht der Hauptsache die sofortige Vollziehung auf Antrag, auch schon vor Klageerhebung²⁵ ganz oder teilweise anordnen.²⁶ Fehlt hingegen die aufschiebende Wirkung, so kann das Gericht, diese ganz oder teilweise – unter Berücksichtigung der Erfolgsaussichten der Klage – anordnen.

Liegt kein Fall des § 86b Absatz 1 SGG vor, wie etwa bei der Leistungs-, Verpflichtungs- oder Feststellungsklage, so kann das Gericht der Hauptsache

eine vorläufige Regelung im Wege einer einstweiligen Anordnung auf Antrag treffen.²⁷ Dies setzt jedoch voraus, dass die Gefahr immanant ist, durch die Veränderung des bestehenden Zustands könnte die Verwirklichung eines klägerseitigen Rechts vereitelt oder wesentlich erschwert werden. Dies gilt auch, wenn eine vorläufige rechtserweiternde Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile erforderlich erscheint. Wie oben dargestellt, sind auch hier die Erfolgsaussichten der Klage zu berücksichtigen, wobei die einstweilige Anordnung die endgültige Entscheidung grundsätzlich nicht vorwegnehmen darf.

11. Kosten

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist aufgrund der Regelung des § 183 SGG grundsätzlich kostenfrei für Versicherte, Leistungsempfänger einschließlich Empfänger von Hinterbliebenenleistungen, behinderte Menschen oder deren Sonderrechtsnachfolger²⁸, soweit sie in ihrer jeweiligen Eigenschaft als Kläger oder Beklagte beteiligt sind. Das Gleiche gilt für Personen, die im Falle des Obsiegens zu diesem Personenkreis gehören würden. Nimmt ein sonstiger Rechtsnachfolger das Verfahren auf, bleibt das Verfahren jedoch nur in diesem Rechtszug kostenfrei.

§ 183 SGG liegt die Vorstellung des Gesetzgebers²⁹ zugrunde, dass insbesondere Versicherte, Rentner, Kriegsoffer, Schwerbehinderte, Hinterbliebene, Kinder- und Erziehungsgeldberechtigte sowie Pflegebedürftige und Pflegepersonen auch künftig nicht mit Gerichtskosten belastet werden sollen. Die Kostenbegünstigung soll auch nach dem Tod eines Klägers oder Beklagten bei Aufnahme durch den Sonderrechtsnachfolger erhalten bleiben, weil

das Schutzbedürfnis des in § 56 SGB I beschriebenen Personenkreises mit dem des ursprünglichen Beteiligten vergleichbar ist.³⁰

Dieser oben dargestellte Grundsatz wird durch die Verschuldenskostenregelung des § 192 SGG durchbrochen. Danach kann das Gericht einem Beteiligten Kosten auferlegen, wenn durch dessen Verschulden die Vertagung einer mündlichen Verhandlung oder die Anberaumung eines neuen Termins nötig geworden ist. Dies ist auch möglich, wenn der Beteiligte den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Gericht dargelegt worden ist, dass die Fortführung des Rechtsstreits missbräuchlich ist. Ein Verschulden seines Prozessbevollmächtigten muss sich der Beteiligte zurechnen lassen.

Gehören sowohl der Kläger als auch der Beklagte nicht zu den in § 183 SGG genannten privilegierten Personen, haben diese für jede Streitsache eine Pauschalgebühr zu entrichten, sobald die Streitsache rechtsanhängig geworden ist.³¹ Die Höhe der Gebühr, die für jeden Rechtszug zu zahlen ist, wird für das Verfahren vor den Sozialgerichten auf 150 Euro und vor den Landessozialgerichten auf 225 Euro festgesetzt. Die Gebühr für Verfahren vor dem Bundessozialgericht beträgt 300 Euro.

Bei Erstattungsstreitigkeiten zwischen Sozialleistungsträgern oder Streitigkeiten zwischen Sozialleistungsträgern und Arbeitgebern gehören in der Regel weder der Kläger noch der Beklagte zu dem in § 183 SGG genannten Personenkreis. Hierfür werden Gerichtskosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes unter Berücksichtigung des Streitwertes erhoben.³² Das Gericht entscheidet von Amts wegen am Schluss des Verfahrens, in welchem Umfang die Beteiligten die Gerichtskosten zu tragen haben.³³

Das Gericht entscheidet im Urteil von Amts wegen und im Übrigen, wenn das Verfahren anders erledigt wird, auf Antrag, ob und im welchem Umfang eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten zwischen den Beteiligten stattfindet.³⁴ Erstattungsfähig sind nur die notwendigen Aufwendungen. Dazu gehören insbesondere die Kosten für einen Rechtsanwalt oder Rechtsbeistand. Juristische Personen des öffentlichen Rechts und Behörden haben keinen Erstattungsanspruch gegen den Prozessgegner. Die Entscheidung über die Kostenerstattung wird nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls getroffen, ohne dass eine Bindung an Anträge der Beteiligten besteht. Dabei ist insbesondere zu beachten, in welchem Umfang die Klage Erfolg gehabt hat.

12. Rechtsmittel

Rechtsmittel im sozialgerichtlichen Verfahren sind die Berufung, die Revision und die Beschwerde.³⁵ Den Rechtsmitteln sind zwei Eigenschaften wesentlich: Zum einen weisen sie einen Devolutiveffekt auf, der zur Folge hat, dass die Sache zur Entscheidung in eine höhere Instanz – zu dem iudex ad quem³⁶ – mit dem Ziel gehoben wird, eine gerichtliche Entscheidung durch diese weitere Instanz nachprüfen zu lassen. Zum anderen haben die Rechtsmittel einen Suspensiveffekt, der bewirkt, dass die Entscheidung nicht wirksam wird, bevor über das Rechtsmittel abschließend entschieden ist. Bei wirksamer Einlegung hemmen sie damit den Eintritt der formellen und damit auch der materiellen Rechtskraft.³⁷

12.1 Die Berufung

Gegen das Urteil³⁸ eines Sozialgerichts (SG) hat ein unterlegener Beteiligter grundsätzlich die Möglichkeit Berufung beim Landessozialgericht (LSG) einzulegen.³⁹

Die Berufung bedarf grundsätzlich der Zulassung in dem Urteil des erst-

instanzlichen Gerichts. § 144 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGG setzt den Beschwer dewert für die Zulassungsberufung für Klagen, die Geld-, Sach- oder Dienstleistungen oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betreffen, auf 750 Euro fest. Der Beschwer dewert für Erstattungsstreitigkeiten zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden beträgt 10.000 Euro.

Die Berufung ist nach § 144 Absatz 2 SGG zuzulassen, wenn

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
- das Urteil des SG von einer Entscheidung des LSG, des Bundessozialgerichts (BSG), des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und auch vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

§ 151 Absatz 1 SGG legt fest, dass die Berufung bei dem LSG innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen ist.⁴⁰ Die Berufungsschrift soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.⁴¹

Das LSG prüft, ebenso wie das erstinstanzliche SG, den Streitfall umfassend sowohl in tatsächlicher als auch in rechtlicher Hinsicht.⁴² Hierbei hat es auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls sind von Amts wegen weitere Ermittlungen zum Sachverhalt anzustellen und Beweise zu erheben. Auch im Berufungsverfahren kann das Gericht neue Erklärungen und Beweismittel, die im ersten Rechtszug entgegen der hierfür gesetzten Frist nicht vorgebracht worden sind, zurückweisen.⁴³

12.2 Die Revision

Im Unterschied zur allgemeinen Statthaftigkeit der Berufung ist die Revision zum BSG gegen ein Urteil des LSG nur dann möglich, wenn sie entweder vom LSG in seinem Urteil oder aber vom BSG durch besonderen Beschluss im Einzelfall nach § 160a Absatz 4 Satz 1 SGG zugelassen wird.

Nach § 160 Absatz 2 SGG ist die Revision nur zuzulassen, wenn

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- das Urteil von einer Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des BVerfG abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein Verfahrensmangel⁴⁴ geltend gemacht wird, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Dementsprechend trifft das BSG im Revisionsverfahren auch keine eigenen Sachverhaltsfeststellungen. Vielmehr klärt es die aufgeworfenen Rechtsfragen auf Grundlage der tatsächlichen Feststellungen, die in dem angefochtenen Urteil von den Vorinstanzen getroffen wurden und ist nach § 163 SGG hieran auch gebunden, außer wenn in Bezug auf diese Feststellungen zulässige und begründete Revisionsgründe vorgebracht worden sind. Wenn die Sachverhaltsaufklärung der Vorinstanz sachlich lückenhaft oder verfahrensrechtlich fehlerhaft gewesen ist, kann das BSG das angefochtene Urteil mit den ihm zugrunde liegenden Feststellungen aufheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Gericht zurückverweisen, welches das angefochtene Urteil erlassen hat.⁴⁵

Den Beteiligten steht auch gegen Urteile des Sozialgerichts – unter Übergehung der Berufungsinstanz – die Revision zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie vom SG im Urteil oder auf Antrag durch Beschluss zugelassen worden ist.⁴⁶

12.3 Die Beschwerde

Gegen die Entscheidungen der Sozialgerichte mit Ausnahme der Urteile und gegen Entscheidungen der Vorsitzenden dieser Gerichte ist die Beschwerde an das LSG statthaft.⁴⁷ Nicht mit der Beschwerde angefochten werden können

- Prozessleitende Verfügungen,
- Aufklärungsanordnungen,
- Vertagungsbeschlüsse,
- Fristbestimmungen,
- Beweisbeschlüsse,
- Beschlüsse über Ablehnung von Beweisanträgen, über Verbindung und Trennung von Verfahren und Ansprüchen und über die Ablehnung von Gerichtspersonen und Sachverständigen.

Die Beschwerde ist außerdem in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ausgeschlossen, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre.⁴⁸ Auch gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe ist die Beschwerde ausgeschlossen, wenn das Gericht ausschließlich die persönlichen oder wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Prozesskostenhilfe verneint, in der Hauptsache die Berufung der Zulassung bedürfte oder das Gericht in der Sache durch Beschluss entscheidet, gegen den die Beschwerde ausgeschlossen ist.⁴⁹ Verneint das Gericht aber die Erfolgsaussichten in der Hauptsache ist die Beschwerde weiterhin statthaft.

§ 173 Satz 1 SGG legt fest, dass die Beschwerde binnen eines Monats⁵⁰ nach Bekanntgabe der Entscheidung beim SG schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen ist. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem LSG schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. Die Belehrung über das Beschwerderecht ist auch mündlich möglich; dann ist sie jedoch aktenkundig zu machen.

DIETER GABBERT
KBS/Minijob-Zentrale
Grundsatz Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht
Hollestraße 7 b-c
45127 Essen

FUSSNOTEN

- ¹ Auch Inquisitionsmaxime, Untersuchungsmaxime oder Untersuchungsgrundsatz genannt.
- ² Vergleiche § 86 Absatz 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), § 76 Absatz 1 Finanzgerichtsordnung (FGO).
- ³ Vergleiche § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), § 24 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG), § 88 Abgabenordnung (AO).
- ⁴ Herold-Tews/Merkel, a.a.O. Rdnr 77.
- ⁵ § 106 SGG.
- ⁶ Es handelt sich hierbei um höchstpersönliche Erklärung, bei der keine Vertretung möglich ist.
- ⁷ § 106a Absatz 1 und Absatz 2 SGG.
- ⁸ Also nicht allein der Vorsitzende, der zur Beibringung aufgefordert hat.
- ⁹ § 106a Absatz 3 SGG.
- ¹⁰ Auch im Berufungsverfahren kann das Gericht aufgrund des § 157a SGG neue Erklärungen und Beweismittel zurückweisen, die im ersten Rechtszug entgegen der hierfür gesetzten Frist nicht vorgebracht worden sind.
- ¹¹ Eingefügt durch das „Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes“ vom 26. März 2008 (Bundesgesetzblatt 2008 I Seite 444).
- ¹² § 120 Absatz 1 SGG.
- ¹³ § 110 Absatz 1 SGG.
- ¹⁴ § 112 Absatz 2 SGG.
- ¹⁵ § 123 SGG.
- ¹⁶ Hintz in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG 12. Auflage 2017, Rdnr. 1 zu § 124 SGG.
- ¹⁷ § 102 SGG.
- ¹⁸ § 101 SGG.
- ¹⁹ § 101 Absatz 1 SGG.
- ²⁰ § 86a Absatz 1 SGG.
- ²¹ § 86a Absatz 2 Nr. 1 SGG.
- ²² § 86a Absatz 2 Nr. 2 SGG.
- ²³ § 86a Absatz 2 Nr. 3 SGG.
- ²⁴ § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG.
- ²⁵ Vergleiche § 86b Abs. 3 SGG.
- ²⁶ § 86b Absatz 1 SGG.
- ²⁷ § 86b Absatz 2 SGG.
- ²⁸ nach § 56 Erstes Buch Sozialgesetzbuch I (SGB I).
- ²⁹ Lange, Hartmut, „NZS-Jahresrevue 2017: Kosten- und Gebührenrecht“ in: NZS 2018, 517 m.w.N.
- ³⁰ Jungeblut in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG 12. Auflage 2017, Rdnr. 4a zu § 183 SGG.
- ³¹ § 184 SGG.
- ³² § 197a SGG.
- ³³ § 197a Absatz 1 SGG.
- ³⁴ § 193 SGG.
- ³⁵ Hierzu gehört auch die Nichtzulassungsbeschwerde, §§ 145, 160a SGG.
- ³⁶ „Richter, zu dem es geht“.
- ³⁷ Jungeblut a.a.O., Rdnr. 1 in Vorbemerkung zu § 183 SGG.
- ³⁸ Hierunter fallen in der Regel Endurteile, wobei es gleichgültig ist, ob es sich um Sach- oder Prozessurteile handelt. Den Urteilen stehen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 SGG die Gerichtsbescheide gleich.
- ³⁹ §§ 143 ff. SGG.
- ⁴⁰ Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. In diesem Fall legt das Sozialgericht die Berufungsschrift oder das Protokoll mit seinen Akten unverzüglich dem Landessozialgericht vor.
- ⁴¹ § 151 Absatz 3 SGG.
- ⁴² § 157 SGG.
- ⁴³ § 157a SGG.
- ⁴⁴ Der geltend gemachte Verfahrensmangel kann nicht auf eine Verletzung der §§ 109 und 128 Absatz 1 Satz 1 SGG gestützt werden, sondern nur auf eine Verletzung des § 103 SGG, wenn er sich auf einen Beweisantrag bezieht, dem das Landessozialgericht ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.
- ⁴⁵ § 170 Absatz 2 Satz 2 SGG.
- ⁴⁶ § 161 SGG.
- ⁴⁷ § 172 Absatz 1 SGG.
- ⁴⁸ § 172 Absatz 3 Nr. 1 SGG.
- ⁴⁹ § 172 Absatz 3 Nr. 2 SGG.
- ⁵⁰ § 181 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) bleibt ausdrücklich unberührt, so dass in den Fällen der §§ 178, 180 GVG bei denen sitzungspolizeilichen Maßnahmen des Vorsitzenden oder des Gerichts festgesetzt werden, eine Frist von einer Woche ab Bekanntmachung der Entscheidung gilt.

Sozialkompass Europa

Soziale Sicherheit in Europa im Vergleich

Was ist der Sozialkompass?

Der Sozialkompass Europa ist eine umfangreiche, interaktive Datenbank. Sie liefert einen genauen Einblick in die Themengebiete „Arbeit und Soziales“ in allen 28 EU-Mitgliedsländern und zeigt, wie das soziale Europa weiter zusammenwächst. Herausgeber ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Es ist möglich, die Sozialsysteme aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu vergleichen. Aus der Datenbank können für jeden Staat Daten aus verschiedenen Bereichen abgerufen werden. Daten können auch für mehrere Staaten abgerufen und so miteinander verglichen werden.

Daneben gibt es auf der Internetseite sozialkompass.eu aktuelle Meldungen zu Trends und Entwicklungen rund um den Sozialkompass und die europäische Sozialpolitik. Ein umfangreiches Glossar sozialpolitischer Grundbegriffe gehört ebenso zum Informationsangebot wie eine Linksammlung mit wichtigen und interessanten Internetseiten aus jedem EU-Mitgliedstaat.

Wie ist die Datenbank aufgebaut?

In insgesamt 15 Kapiteln (Familie, Mutterschaft, Krankheit, Pflege, Behinderung, Entgeltfortzahlung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfall, Invalidität, Alter, Hinterbliebene, Kündigung, Mitbestimmung, Arbeitsstreitigkeiten, Soziale Notlagen) erhält man eine rasche Orientierung über die geltenden sozialen Regelungen und Normen. Alle Informationen der Datenbank lassen sich individuell abrufen – je nach den Themen und Ländern, die man vergleichen möchte. Diese Daten können ausgedruckt oder zur weiteren Bearbeitung heruntergeladen und gespeichert werden.

Glossar

Die Datenbank „Sozialkompass Europa“ stellt einen Vergleich der europäischen Sozialsysteme in 28 Ländern dar. Dabei orientiert sie sich an den Hauptthemen des Sozial- und Arbeitslebens. Zahlreiche Unterschiede und Eigenheiten der einzelnen Mitgliedstaaten, aber auch die Bemühungen um gemeinsame Regelungen kommen hierin zum Ausdruck. Der Vergleich der Länderdaten verwendet dabei eine Vielzahl sozialpolitischer Grundbegriffe, die in diesem Glossar erläutert werden. Es schlüsselt diese Kernbegriffe auf und erleichtert so die Lektüre und den Vergleich der Themen in der Datenbank. Bei einer Reihe von Begriffen bietet es zudem Links auf aktuelle Daten und Fakten der deutschen wie europäischen Sozialpolitik.

Warum gibt es den Sozialkompass?

Mit dem Sozialkompass Europa bietet das BMAS eine gro-

ße Vielfalt von Informationen an. Die Datenbank wird jedes Jahr komplett überarbeitet und aktualisiert. Aktuell sind im Sozialkompass Europa die Daten der EU-28 mit Stand Januar 2018 berücksichtigt.

Der Sozialkompass Europa dient der politischen Bildung. Er zeigt die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Systemen der sozialen Sicherung, ihrer Finanzierung und bei den Arbeitsbedingungen in den Mitgliedstaaten der EU auf. Damit trägt er zu mehr Transparenz und besserer Vergleichbarkeit bei. Jeder Interessierte kann durch die Gegenüberstellung der rechtlichen Regelungen in den einzelnen Ländern die unterschiedlichen Gesetze und Verwaltungsabläufe vergleichen.

Ergänzt werden die Informationen der Datenbank durch Begleitbroschüren sowie zusätzliche Publikationen des BMAS zu den Themen Europa und Soziales. Diese können als PDF-Dateien heruntergeladen, als gedruckte Publikationen oder DVD bestellt werden. Das gesamte Angebot ist kostenlos.

Der Sozialkompass bietet auch ein umfangreiches Hilfe-Angebot in Leichter Sprache sowie in Deutscher Gebärdensprache.

Damit der Sozialkompass auf mobilen Endgeräten optimal angezeigt wird, wurde die Webseite auf Responsive Design umgestellt. Das System erkennt, ob das Endgerät ein Smartphone, Tablet oder PC ist. Automatisch passt es die Elemente der Seite an die Bildschirmbreite an. Dies bedeutet auch, dass Menschen, die in ihrem Seh- oder Hörvermögen eingeschränkt sind, alle Inhalte leichter erreichen können.

Rög ■



Veränderungen in den Organen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 7. Februar 2019 folgende Entscheidungen getroffen:

Regionalausschuss Chemnitz Gruppe der Versicherten

Jürgen Mehnert wurde von seinem Amt als 1. Stellvertreter des Mitglieds Gerald Voigt – Gruppe der Versicherten – im Regionalausschuss Chemnitz

entbunden. Als Nachfolger wurde Norman Friske, geboren 1984, Sandersdorf-Brehna, gewählt. Zuvor wurde Norman Friske von seinem Amt als 2. Stellvertreter im Regionalausschuss Chemnitz entbunden.

Als Nachfolger von Norman Friske wurde Felix Schultz, geboren 1986, Leipzig, zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Gerald Voigt im Regionalausschuss Chemnitz gewählt.

KBS ■

71. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 70. Satzungsantrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

- Die Mindestbeträge der Gesamtversorgung gem. § 61 Abs. 3 Satz 4 der Anlage 7 zur Satzung der KBS werden wie folgt festgesetzt:

„ab 1. März 2018	jährl.	21.613,44 €	(1.801,12 €)	Versicherte (voll)
		21.059,88 €	(1.754,99 €)	Versicherte (gekürzt)
		13.115,28 €	(1.092,94 €)	Witwen
		2.549,40 €	(212,45 €)	Halbwaisen
		4.249,08 €	(354,09 €)	Vollwaisen
ab 1. April 2019	jährl.	22.269,96 €	(1.855,83 €)	Versicherte (voll)
		21.699,48 €	(1.808,29 €)	Versicherte (gekürzt)
		13.509,24 €	(1.125,77 €)	Witwen
		2.628,24 €	(219,02 €)	Halbwaisen
		4.380,36 €	(365,03 €)	Vollwaisen

ab 1. März 2020	jährl.	22.502,40 €	(1.875,20 €)	Versicherte (voll)
		21.925,68 €	(1.827,14 €)	Versicherte (gekürzt)
		13.648,68 €	(1.137,39 €)	Witwen
		2.656,08 €	(221,34 €)	Halbwaisen
		4.426,80 €	(368,90 €)	Vollwaisen“

Artikel 2

1. Artikel 1 tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Internet – auf der Internetseite www.kbs.de – in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2018.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Hiermit genehmige ich gemäß § 95 Absatz 1 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Verbindung mit § 133 Absatz 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung die in der Vertreterversammlung am 23.11.2018 beschlossene Satzungsänderung des 71. Satzungsantrags zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Bonn, 19.12.2018
Z 12/2113.2/5

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Im Auftrag
Waltraud Schütz

72. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 71. Satzungsantrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. In § 18 Absatz 4 Nr. 5 wird die Angabe „10.000,00“ durch die Angabe „100.000,00“ ersetzt.

Artikel 2

1. Artikel 1 tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Internet – auf der Internetseite www.kbs.de – in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2018.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung am 23. November 2018 beschlossene 72. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird gemäß § 195 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 19. Dezember 2018
112 – 7990.0 – 2544/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Popoff)

73. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 72. Satzungsantrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. In § 14 Nr. 32 wird „Einrichtungen und Ausstattungen“ durch „Lieferungen und Leistungen“ ersetzt.

2. In § 18 Absatz 4 Nr. 8 wird „Einrichtungen und Ausstattungen“ durch „Lieferungen und Leistungen“ ersetzt.

3. § 18 Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„(5) Die/Der Vorsitzende der Geschäftsführung zeichnet

a) in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung:

„KNAPPSCHAFT

Vorsitzende(r) der Geschäftsführung“

b) in den weiteren Angelegenheiten:

„Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Vorsitzende(r) der Geschäftsführung“

4. § 18 Absatz 6 wird wie folgt neu gefasst:

„(6) Die anderen Mitglieder der Geschäftsführung zeichnen

a) in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung:

„KNAPPSCHAFT

Mitglied der Geschäftsführung“

b) in den weiteren Angelegenheiten:

„Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Mitglied der Geschäftsführung“

5. Aus dem bisherigen Absatz 6 wird der Absatz 7

6. In § 18 Absatz 7 wird „vorsehen“ durch „vorsieht“ ersetzt.

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 bis 6 treten am 1. Januar 2019 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2018.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung am 23. November 2018 beschlossene 73. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird gemäß § 195 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) genehmigt.

Bonn, den 19. Dezember 2018
112 – 7990.0 – 2544/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Popoff)

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsoberinspektor	
<u>Bernhard Heck</u>	<u>1.3.2019</u>
Krh. Betriebstechniker	
<u>Udo Nikutta</u>	<u>4.3.2019</u>
Küchenhilfe	
<u>Hildegard Hellmann</u>	<u>14.3.2019</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Karl-Heinz Schäfer</u>	<u>24.3.2019</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Herbert Gesierich</u>	<u>30.3.2019</u>
Verwaltungsleiter	
<u>Hartmut John</u>	<u>31.3.2019</u>
Kinderkrankenschwester	
<u>Dorothee Hudewentz</u>	<u>1.4.2019</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Willi Pläster</u>	<u>1.4.2019</u>
Hebamme	
<u>Andrea Sura</u>	<u>1.4.2019</u>
Krankenschwester	
<u>Antonia Wörz</u>	<u>1.4.2019</u>
Arzthelferin	
<u>Monika Lippke</u>	<u>29.4.2019</u>

25-jähriges Dienstjubiläum

Chefartzsekretärin	
<u>Petra Backes</u>	<u>1.3.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Tanja Kimm</u>	<u>1.3.2019</u>
Telefonistin	
<u>Claudia Korb</u>	<u>1.3.2019</u>

Krankenpflegehelferin	
<u>Sylvia Michnicki</u>	<u>1.3.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Simone Rubel</u>	<u>1.3.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Stefanie Lambrecht</u>	<u>3.3.2019</u>
Architekt	
<u>Dirk Ehrlichmann</u>	<u>4.3.2019</u>
Regierungsamtsrat	
<u>Axel Schüller</u>	<u>16.3.2019</u>
Regierungsamtsmann	
<u>Mathias Wolf</u>	<u>16.3.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Cornelia Petrowsky</u>	<u>18.3.2019</u>
Regierungsoberinspektorin	
<u>Anette Riesner</u>	<u>18.3.2019</u>
Bürogehilfin	
<u>Karin Grunow</u>	<u>20.3.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Halina Reczmin</u>	<u>31.3.2019</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Ullrich Venus</u>	<u>31.3.2019</u>
Regierungsdirektorin	
<u>Dagmar Bäumer-Wiegert</u>	<u>1.4.2019</u>
Krankenschwester	
<u>Dorothea Fiene</u>	<u>1.4.2019</u>
Krankengymnastin	
<u>Melanie Haselbauer</u>	<u>1.4.2019</u>
Medizinisch-technische Assistentin	
<u>Ulrike Kugelmeier</u>	<u>1.4.2019</u>

Lagerist	
<u>Mario Montagner</u>	<u>1.4.2019</u>
Medizinisch-technische Assistentin	
<u>Annegret Schulz</u>	<u>1.4.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Erika Heming</u>	<u>3.4.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Michaela Lombardi</u>	<u>3.4.2019</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Sinnathamby Stolten</u>	<u>3.4.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Elke Ratzlaff</u>	<u>10.4.2019</u>
Raumpflegerin	
<u>Koviljka Sterzik</u>	<u>15.4.2019</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Rita Roheger</u>	<u>16.4.2019</u>
Raumpflegerin	
<u>Sylvia Kloßek</u>	<u>20.4.2019</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Sabine Netzlav</u>	<u>20.4.2019</u>
Krankenpflegehelferin	
<u>Petra Reinhold</u>	<u>20.4.2019</u>
Küchenhilfe	
<u>Hatice Sonkaya</u>	<u>25.4.2019</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Ralf Wiemerslage</u>	<u>30.4.2019</u>

Rög ■

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Bettina am Orde,
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80020/80030

Chefredaktion
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Marketing
Dr. Wolfgang Buschfort (verantwortlich)
Elona Röger
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-82220
Telefax 0234 304-82060
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

Gestaltung:
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Bereich Marketing, Werbung, Corporate
Design

Druck:
Graphische Betriebe der
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

Mit Namen oder Namenszeichen versehene
Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung
der Redaktion wieder. Für unverlangte Einsen-
dungen keine Gewähr.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten
Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.
Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe
oder Speicherung in elektronischen Medien
von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach
vorheriger Genehmigung und mit Quellenan-
gaben gestattet. – Jede im Bereich eines
gewerblichen Unternehmens zulässig
hergestellte oder benutzte Kopie dient
gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG
und verpflichtet zur Gebührenzahlung an
die VG Wort, Abteilung Wissenschaft,
Goethestr. 49, D-80336 München.

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E

