

126. Jahrgang · März | April 2016

Kompass

**Volksleiden.
Rücken.
Schmerzen.**

**VOM BABYBOOM ZUM GREISENSTAAT – EIN TAGUNGSBERICHT
AKTUELLE ZAHLEN DER MINIJOB-ZENTRALE
ÄNDERUNGEN BEI DER SEEMANNSKASSE**



Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

Disease-Management: Ist ein strukturiertes Programm für Rückenerkrankungen notwendig?

3 Eine Analyse des Instituts für Versorgungsforschung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

5 eBI überzeugt

Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat

6 Tagungsbericht zum 48. Kontaktseminar des Deutschen Sozialrechtsverbands e.V.

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

11 Minijobs in Zahlen

Kardiologische Rehabilitation

14 Knappschafts-Klinik Bad Driburg setzt Defibrillatorweste ein
Seemannskasse

16 Neue Möglichkeiten zur Versicherungspflicht

BERICHTE UND INFORMATIONEN

18 Management-Vokabular – ein Beitrag zu einem Lexikon der Sozialversicherung

22 Die „Krankheiten der Seefahrer“ in archäologischen Quellen
Rezension

28 Ahtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – Kinder- und Jugendhilfe

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

29 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

29 Personalnachrichten

31 Impressum

Titelbild:

Erkrankungen der Wirbelsäule sind unter anderem häufig Ursache für Rückenschmerzen. Daran leiden vier von fünf Personen mindestens einmal in ihrem Leben. Kann mit einer strukturierten Behandlung die Versorgung der Versicherten verbessert und wirtschaftlicher werden?

Foto: © nerthuz - fotolia.com



BETTINA AM ORDE, DR. STEFAN HÖRTER, DR. STEFANIE NEIMANN UND DR. PETER HALBERSTADT

Disease-Management: Ist ein strukturiertes Programm für Rückenerkrankungen notwendig?

Eine Analyse des Instituts für Versorgungsforschung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

— Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Problem in Deutschland. Die Ergebnisse der Rückenschmerzstudie 2003/2006 lassen vermuten, dass die Lebenszeitprävalenz bei rund 80 Prozent liegt.¹ Das heißt, vier von fünf Personen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen. Rund 45 Prozent der Versicherten bei der Knappschaft wiesen 2014 mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen auf. Für die meisten beschränkt es sich dabei nicht auf eine einmalige Schmerzepisode. Die Mehrheit der Betroffenen leidet regelmäßig oder sogar dauerhaft unter Rückenschmerzen, was eine starke Beeinträchtigung in ihrem Leben bedeutet.

Belastung für die Versichertengemeinschaft

Aber auch für die Versichertengemeinschaft wird das Phänomen Rückenschmerz aufgrund der damit verbundenen Kosten immer mehr zu einer Belastung. Aus diesen Gründen prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) derzeit, ob sich Rückenschmerzen als Indikation für ein neues Disease-Management-Programm (DMP) eignen. Durch eine strukturierte

und leitliniengerechte Behandlung soll die Versorgung der Betroffenen qualitativ verbessert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Allerdings sind noch nicht alle Fragen zur Versorgungssituation und zur optimalen Behandlung abschließend beantwortet. Vor allem in Bezug auf die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen ist die Studienlage nicht eindeutig. Es gibt zum Beispiel Hinweise, dass die

Krankheit bei Patienten ohne jegliche Behandlung ähnlich verläuft wie bei Patienten mit spezifischen Maßnahmen. Um ein umfassenderes Bild zur Versorgungsrealität zu erhalten, hat das Institut für Versorgungsforschung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) die Routinedaten der in der Knappschaft krankenversicherten Menschen analysiert. Der Schwerpunkt lag dabei zum einen auf Analysen zur Wirksamkeit

von Operationen bei Rückenleiden, zum anderen erfolgte eine genaue Berechnung der Behandlungskosten, die durch Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen entstehen.

Zur Effektivität von Rücken-Operationen

Die Standardtherapie von Rückenschmerzen sieht sowohl nicht-medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel Krankengymnastik vor, als auch eine medikamentöse Therapie mit Schmerzmitteln, damit die Betroffenen ihren Alltag wieder aktiv gestalten können. Bei einigen Versicherten erfordern die Rückenschmerzen jedoch einen Krankenhausaufenthalt, zum Teil sogar mit operativem Eingriff. Es ist allerdings fraglich, ob eine Operation den Patienten tatsächlich die erhoffte Linderung verschafft. Aus diesem Grund wurden die Routinedaten der Knappschaft analysiert, ob bei Versicherten mit Rückenoperation tatsächlich die Verordnungen von Schmerzmitteln stärker zurückgehen als bei Patienten, die zwar auch einen Krankenhausaufenthalt aufweisen,

dabei aber nicht operiert worden sind. Die Schmerzmittelverordnungen werden somit als Maß für die Beschwerdefreiheit beziehungsweise -intensität verwendet.

Es werden dabei sowohl Versicherte betrachtet, die eine der eher unspezifischen Diagnosen „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M53)“ oder „Rückenschmerzen (M54)“ erhalten haben als auch solche mit spezifischen Bandscheibenschäden (M50 und M51) oder mit einer Verengung des Spinalkanals (M48.0). Von unspezifischen Rückenerkrankungen wird gesprochen, wenn die Schmerzen ohne erkennbaren Grund aufgetreten sind, was bei Rückenschmerzen relativ häufig der Fall ist.

Verschiedene Auswertungen kommen zu dem Ergebnis, dass bei den spezifischen Bandscheibenschäden und der Spinalkanalstenose eine Operation helfen kann, bei den Betroffenen die Schmerzen zu lindern. Die Verordnung von Schmerzmitteln geht nach der Operation deutlich zurück im Vergleich zu Versicherten, die zwar im Krankenhaus waren, aber bei denen keine

Operation durchgeführt wurde. Bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen (Diagnose M53 und M54) lässt sich dagegen keine Verbesserung erkennen. Die Ergebnisse bestätigen somit die Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, die bei unspezifischen Rückenschmerzen von operativen Eingriffen abrät.

Krankheitskosten

Wenn es um die Schätzung von Krankheitskosten geht, wird häufig unterschieden zwischen direkten und indirekten Kosten. Zu den direkten Kosten gehören in erster Linie die Ausgaben, die unmittelbar mit der Behandlung der Erkrankung verbunden sind, wie zum Beispiel Arzneimittelkosten oder die Kosten der ärztlichen Behandlung. Indirekte Kosten dagegen beziehen sich auf den damit verbundenen volkswirtschaftlichen Verlust in Form von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität.

Bei den Versicherten der Knappschaft entfielen 2014 mit 10,2 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage die meisten auf die Diagnose „Rückenschmerzen (M54)“. Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2008 geschätzt, dass in Deutschland rund 247.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre auf die Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen (M45 bis M54) entfallen. Der volkswirtschaftliche Verlust ist somit gravierend.

Auch die direkten Behandlungskosten hat das Statistische Bundesamt für das Jahr 2008 berechnet. Es wird geschätzt, dass allein die Diagnose „Rückenschmerzen (M54)“ direkte Kosten von rund 3,6 Mrd. Euro verursacht hat, die Diagnosegruppe der Wirbelsäu-

Abb. 1: Durchschnittliche Behandlungskosten einzelner Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen

Diagnosegruppe	Bezeichnung	Ø-Kosten pro Tag und pro Versicherten in Euro	Gesamtkosten in Mio. Euro
M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	2,71	5,3
M48	Sonstige Spondylopathien	1,72	39,1
M49	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	4,48	1,9
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,60	33,2
M54	Rückenschmerzen	0,48	93,2

Quelle: Knappschaft

FUSSNOTEN

¹ Vergleiche Raspe, H. (2012), Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut (Hrsg.), Themenheft 53, Seite 13.

² Mehr Informationen dazu unter www.deinruecken.de.

len- und Rückenerkrankungen sogar rund 9 Mrd. Euro. Das Problem mit dieser Berechnung besteht jedoch darin, dass bei Multimorbidität (das heißt, es liegen bei einem Patienten mehrere Erkrankungen vor) Annahmen getroffen werden müssen, wie sich die Kosten auf die einzelnen Diagnosen verteilen. Für die Kostenrechnung auf Basis der Daten der Knappschaft des Jahres 2013 wurde stattdessen das statistische Berechnungsverfahren des Risikostrukturausgleichs verwendet. Hierbei sind diese Annahmen nicht notwendig. Die zusätzlichen Kosten, die durch die einzelnen Erkrankungen hervorgerufen werden, können direkt berechnet werden.

Berechnungsergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Spondylopathien (M46, M48 und M49), die sonstigen Bandscheibenschäden (M51) und die unspezifischen Rückenschmerzen (M54) statistisch relevante Zusatzkosten verursachen. Die Diagnose M54 ist im Durchschnitt mit 0,48 Euro Kosten pro Tag und pro Versicherten verbunden (siehe Abb. 1). Im Vergleich zu den anderen Rückenerkrankungen ist dieser Wert relativ niedrig. Die durchschnittlichen Kosten der Spondylopathien liegen zum Beispiel bei 4,48 Euro (M49) oder 2,71 Euro (M46). Die sonstigen Bandscheibenschäden verursachen 0,60 Euro pro Tag und pro Versicherten.

Allerdings leiden viel mehr Versicherte unter unspezifischen Rückenschmerzen. Multipliziert man die Kosten pro Tag und pro Versicherten mit der Anzahl Versichertentage der jeweils Betroffenen, zeigt sich, dass „Rückenschmerzen“ in einem Jahr bei der Knappschaft Kosten in Höhe von 93,2 Mio. Euro verursacht haben. Die „Sonstigen Spondylopathien (M48)“ waren mit rund 39,1 Mio. und die „Sonstigen Bandscheibenschäden

(M51)“ mit rund 33,2 Mio. Euro Kosten verbunden. Insgesamt summieren sich die Ausgaben für Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen auf 172,6 Mio. Euro pro Jahr. Zum Vergleich: Bluthochdruck hat Kosten von rund 58,4 Mio. Euro verursacht.

Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Rückenerkrankungen nicht nur eine gravierende Belastung für die Betroffenen sind, sondern auch für die Versicherungsgemeinschaft. Es bestätigt sich somit die Notwendigkeit für ein strukturiertes DMP, damit eine leitliniengerechte und wirtschaftliche Behandlung zum Standard wird. Weitergehende Informationen und die ausführlichen Analyse-Ergebnisse finden Sie im Internet auf den Seiten der KBS unter <https://www.knappschaft.de/versorgungsforschung>.

Jedoch sollte auch Prävention nicht vernachlässigt werden, um bereits in jüngeren Jahren Rückenleiden vorzubeugen. Aus diesem Grund hat die Knappschaft zusammen mit Unfallversicherungen und Unfallkassen sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau die Initiative „Denk an mich. Dein Rücken“ ins Leben gerufen. Die Kampagne wendet sich an Arbeitgeber und Versicherte und vermittelt das nötige Wissen, um das richtige Maß an Belastung für den Rücken zu finden, sowohl im Beruf oder in der Schule als auch in der Freizeit.²

BETTINA AM ORDE

KBS/Geschäftsführung

DR. STEFAN HÖRTER,

DR. STEFANIE NEIMANN UND

DR. PETER HALBERSTADT

KBS/Dezernat VIII.1

Institut für Versorgungsforschung

eBI überzeugt

Die Krankenkassen Knappschaft und Barmer Gek gehen in der Erprobung innovativer Versorgungsmodelle zukünftig gemeinsame Wege. Die von der Knappschaft entwickelte elektronische Behandlungsinformation (eBI) wird demnächst auch Versicherten der Barmer Gek mehr Sicherheit im Versorgungsgeschehen bieten. eBI liefert wichtige Informationen zur Behandlungshistorie von Patienten wie Arzneimittel, Erkrankungen, Angaben zu Krankenhausaufenthalten sowie behandelnden niedergelassenen Ärzten. Bei einem Krankenhausaufenthalt können die am Projekt beteiligten Krankenhäuser diese Daten mit Einverständnis des Patienten einsehen und so zum Beispiel mögliche Nebenwirkungen verschiedener Medikamente erkennen.

„Die Zusammenarbeit der Knappschaft mit der Barmer Gek ist ein wichtiges Signal für Patientinnen und Patienten und für Behandler. Bisher waren unterschiedliche technische Lösungen unterschiedlicher Kassen ein Schreckgespenst für Ärzte und Krankenhäuser. Die Kooperation mit der Barmer Gek zeigt nun, dass erfolgreiche Projekte Verbreitung finden können. Damit kann die Innovation der Knappschaft noch besser in der Fläche verwurzelt werden“, so die Geschäftsführerin der Knappschaft Bettina am Orde.

Der Kooperationsvertrag ist auf vier Jahre angelegt. Ziel der Partner ist es, die eBI als Industriestandard im Umfeld der gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Dazu sollen weitere Krankenkassen als Partner gewonnen und eine Förderung durch den Innovationsfonds erreicht werden. Spätestens nach vier Jahren soll das Projekt Teil der Regelversorgung werden.

Bei der Knappschaft sind bereits zweihunderttausend Versicherte von eBI überzeugt und haben ihre Einwilligung für die Dateneinsicht gegeben.

KBS ■



SOPHIA NGUYEN

Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat

Tagungsbericht zum 48. Kontaktseminar des Deutschen Sozialrechtsverbands e.V.

Die Diskussion über die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung als „Rückblick mit Ausblick“ trifft den Nerv der Zeit, wie der Präsident des Bundessozialgerichts (BSG) und Vorsitzender des Verbandsausschusses des Sozialrechtsverbands Peter Masuch auch anhand der rund 150 Teilnehmeranmeldungen aus Anwaltschaft, Richterschaft, Wissenschaft, Leistungsträgern und Verbänden auf dem 48. Kontaktseminar des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V. Ende Februar feststellte. Für die Konzeption und Organisation der Tagung dankte Masuch der Richterin am BSG und Mitglied des Vorstands Sabine Knickrehm. Vizepräsident des BSG und Vorsitzender des Vorstands des Sozialrechtsverbands Prof. Dr. Rainer Schlegel leitete die Tagung mit Hinweis auf den gerade veröffentlichten Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Januar 2016 – mit der Verfassungsbeschwerde wollten die Beschwerdeführer auf Missstände in deutschen Pflegeheimen aufmerksam machen – sowie auf die Brisanz des Tagungsthemas ein.

Entwicklung der Pflegeversicherung

Sozialpolitische Ausgangslage

Unter Moderation von Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am BSG a. D. und ehemaliger Vorstandsvorsitzender des Sozialrechtsverbands e.V., blickte Richter am BSG Dr. Bernd Schütze in seinem Vortrag „Über 20 Jahre soziale und private Pflegeversicherung – ihre rechtliche Konstruktion und ihre rechtlichen Konstruktionsfehler“ zurück auf die sozialpolitische Ausgangslage zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung. Für die substantielle Ausweitung der Sozialversicherung habe es im Hinblick auf die ökonomischen und politischen Gegebenheiten kurz nach der Wiedervereinigung kaum eine ungünstigere Ausgangslage geben können. Die politische Stimmung sei von der

Diskussion über den Fortbestand und den Umbau des Sozialstaats geprägt gewesen.

Weniger im Fokus der Öffentlichkeit, aber nicht weniger relevant, sei die Entscheidung über den leistungrechtlichen Zuschnitt der Pflegeversicherung gewesen, welcher vor dem Hintergrund der intendierten strikten Kostenkontrolle eine möglichst konkrete Umschreibung des versicherten Risikos erforderte. Am Ende des Ringens um die Absicherung des Pflegerisikos habe die Ergänzung des Sozialversicherungssystems um die Pflegeversicherung als eine fünfte Säule gestanden – gekennzeichnet durch vier Merkmale: ihre Konstruktion als eigenständiger Versicherungszweig, den gedeckelten Beitragssatz,

das Prinzip der Teilleistung sowie ihre Ausgestaltung als Volksversicherung.

Der errungene Pflegekompromiss habe seinen Preis: die unzureichende Dynamisierung der budgetierten Leistungssätze sowie die Starrheit des Verrichtungskatalogs in § 14 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Auf ihren konstruktiven Fehlern beruhe, dass die formale Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung an verschiedenen Stellen zur Entlastung der Krankenversicherung missbraucht werde, was im Hinblick auf die gedeckelten Leistungen mit einer Abwälzung der Kosten auf die Pflegebedürftigen verbunden sei – dabei sei die Pflegeversicherung zur Ergänzung der Leistungen der Krankenversicherung und nicht zur deren Reduzierung eingeführt worden.

Erfolgsmodell

Als ein sozialpolitisches Erfolgsmodell mit Geburtsfehlern bezeichnete Prof. Dr. Gerhard Naegele, Direktor des Instituts für Gerontologie der Technischen Universität Dortmund, in seiner „sozialpolitischen Bewertung“ die deutsche Pflegeversicherung, die für viele Länder eine Vorbildfunktion habe. Kritisch zu beurteilen sei die gedeckelte Beitragsgestaltung und fehlende Dynamisierungsautomatik im Hinblick auf den Wertverlust der Leistungen, der Anstieg der Sozialhilfeempfängerzahlen in Heimen und der nach Einführung der Pflegeversicherung faktisch erfolgte Rückzug der Kommunen aus der Daseinsvorsorgeaufgabe. Im Hinblick auf das Ziel des weitestmöglichen Verbleibs im häuslichen Umfeld zeigten sich immer deutlichere Grenzen der Ambulantisierung der Pflege; gerade hier sei Innovations- und Reformbedarf offensichtlich.

Zu beklagen sei der noch immer lückenhafte Sozialversicherungsschutz und die ungelöste Vereinbarungsproblematik von pflegenden Angehörigen sowie ein Pflegepersonalnotstand. Die zunehmende Ökonomisierung der professionellen Pflegepraxis auf dem Pflegemarkt als boomender Beschäftigungssektor sei kritisch zu betrachten. Notwendig sei eine Revitalisierung der Rolle der Kommunen in der örtlichen Pflegepolitik. Nach der Reform sei vor der Reform: Die neuen Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) (z. B. neues Personalbemessungssystem) müssten in der Praxis ankommen; Regelungsbedarf bestehe daneben noch im Hinblick auf eine

regelmäßige/automatische Leistungsdynamisierung, eine wirksame Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, mehr Unterstützung für zivilbürgerliches Engagement, Telecare und E-Health in Pflegehaushalten, die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, eine nachhaltige Bekämpfung des Personalmangels, eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive und letztlich eine wirkungsvolle Stärkung der Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung.

Zweites Pflegestärkungsgesetz

Unter Moderation von RichterIn am BSG Nicola Behrend erläuterte Dr. Martin Schölkopf, Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), in seinem Vortrag zum Thema „Reform der Pflegeversicherung, 2. Pflegestärkungsgesetz und Ausblick auf die 3. Reformstufe“ – nach kurzer Darstellung der bisherigen Schritte der Pflegereform – die Regelungen des PSG II, mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zur Abkehr vom fachlich ungeeigneten und scheinengenauen Faktor „Zeit“ und vom engen Verrichtungsbezug eingeführt werde. Nach Darstellung des neuen Begutachtungsassessments (NBA), der neuen Bewertungssystematik und der Verbesserungen zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe bei der Begutachtung stellte Schölkopf die Überleitungsregelungen dar, die einen reibungslosen Übergang von den bisherigen Pflegestufen zur neuen Systematik gewährleisten.

Teure Reform

Als dauerhaft teure, zu großzügige Reform bewertete Prof. Dr. Heinz

Rothgang, Inhaber einer Professur für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen, die aktuelle Pflegereform in seinem Vortrag „Studien zur Einführung des neuen Begutachtungsmanagements und ihre Folgen“. Ursache dafür sei die Parallelität der in Gang gesetzten Prozesse: einerseits die Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie andererseits die Leistungsverbesserung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Durch die in den letzten Jahren eingeführten Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz habe der Gesetzgeber die ursprünglichen Probleme für Menschen mit Demenzerkrankungen eigentlich schon zu großen Teilen gelöst.

Auf Grundlage einer zum NBA durchgeführten Aufwandsstudie zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EVIS; durchgeführt vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und Ostfalia Hochschule) befand Rothgang, dass das NBA funktioniere: Die Höhe der Versorgungsaufwände korrespondiere mit den neuen fünf Pflegegraden. Die Einführung eines einrichtungseigenen Eigenanteils bei stationärer Pflege sei eine echte Innovation und führe zu mehr Planbarkeit aufseiten der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie zu mehr Markttransparenz. Einige „Mythen“ im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff seien auszuräumen, unter anderem, dass das NBA die „Minutenpflege“ im Sinne von „Akkordpflege“ abschaffe: es schaffe „Minutenwerte“ nur im Bereich

des Leistungsrechts ab, während „Akkordpflege“ an anderer Stelle, namentlich im Leistungserbringungsrecht bei der Vergütung, bekämpft werden müsse.

Sodann schilderte Prof. Dr. Naegele die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Hinblick auf den Anstieg zu erwartender Ausgaben und zu erwartender Veränderung der Pflegegradstruktur in den Pflegeheimen.

Bewertung der Reform aus Sicht der Praxis

Gerechtere Einstufung

Eine positive Bilanz zog Dr. Peter Pick, Erster Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., in seinem Blick auf die Reform aus der Praxis, moderiert von Richterin am BSG Dr. Ursula Waßer. Nach Darstellung des mit dem PSG II eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der am Maßstab des Grades der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen und Abhängigkeit von personeller Hilfe in allen relevanten Bereichen der elementaren Lebensführung beurteilt werde, erläuterte Pick, dass die Ergebnisse der Beurteilung einzelner Module über eine Bewertungsmatrix transferiert würden; aus der Summe der gewichteten Punktwerte ergebe sich der Pflegegrad. Das NBA werde insgesamt zu einer gerechteren Einstufung von Pflegebedürftigen führen, insbesondere zu einer verbesserten Einstufung von Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Während Module und Bewertungskriterien leichter nachvollziehbar seien, sei allerdings die Bewertungssystematik erläuterungsbedürftig, gleichwohl als wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium notwendig.

Ein nahtloser Übergang der Pflegebedürftigen in das neue System werde durch ein Überleitungssystem gewährleistet: Für die Leistungsempfänger sei ein umfassender Schutz des Besitzstandes vorgesehen, niemand werde schlechter gestellt und es würden weder neue Anträge noch neue Begutachtungen erforderlich werden. Zum Stand der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erläuterte Prick, dass die im Entwurf vorliegenden neuen Begutachtungsrichtlinien bis Mai 2016 genehmigt würden, parallel die Entwicklung und Erprobung der neuen Begutachtungssoftware erfolge und Mitte 2016 mit der Schulung von Gutachtern begonnen werde; in den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) würden Maßnahmen zur Bewältigung des erhöhten Begutachtungsaufkommens eingeleitet werden.

Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bedürfe es allerdings noch der Ausrichtung des Leistungsangebots der Pflegekassen auf die Stärkung der Ressourcen pflegebedürftiger Menschen, der Ausrichtung an einer erweiterten ganzheitlichen Sichtweise von Pflege, Betreuung und Entlastung bei der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen und bei den Angeboten der Pflegekassen, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte sowie einer Anpassung der Vergütungsregelungen.

Zu hohe Kosten

Mit einem weiteren Blick aus der Praxis wies Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung GmbH, auf das fortbestehende grundlegende Strukturproblem der Unterfinanzierung und der zu hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen hin, trotz Verbesserungen durch das PSG I und II. Zu Bedenken gab er einen zu erwartenden hohen organisatorischen Umstellungsauf-

wand in fast allen Prozessen. Bewohner in Pflegeheimen würden nach der Übergangszeit benachteiligt werden. Die Pflege stecke in der „Armutsfalle“, viele Bewohner könnten sich die noch immer hohen Eigenanteile von rund 2.200 Euro nicht leisten. Deswegen bedürfe es einer wirklichen Stärkung der Altenpflege durch eine echte Umsetzung des Teilkaskoprinzips und Abbau der Sektorengrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung, einen Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Quartier als kommunale Pflichtaufgabe und eine Sicherstellung des Fachkräftebedarfs in der Pflege.

Unbestimmte Rechtsbegriffe

Eine Lösung vieler Dauerbaustellen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erwartet Rechtsanwalt Dr. Markus Plantholz aus Hamburg; zugleich biete die Neuregelung jedoch große Angriffsflächen im Hinblick auf die verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe bei der Zuordnung zu den Pflegegraden, namentlich zwischen der „überwiegenden Selbstständigkeit“ und „überwiegenden Unselbstständigkeit“. Zu erwarten sei zudem, dass der Markt auf einen insbesondere durch doppelte Stufensprünge (z.B. Pflegestufe I wird häufig zu Pflegegrad III) verursachten Anstieg der Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege mit einer zunehmenden Ambulantisierung reagieren werde. Im Hinblick auf das Leistungserbringungsrecht wies Plantholz auf Probleme bei der Personalplanung hin, denn es seien keine gesetzlichen Überleitungsregelungen bisheriger pflegestufenabhängiger Personalrichtwerte beziehungsweise der Personalschlüssel aus Leistungsvereinbarungen in die Systematik der Pflegegrade vorgesehen; ohne Festlegung der Personalmengen nach Pflegegraden gebe es keine Kalkulationsgrundlage für neue Entgelte.

Qualitätssicherung

Qualitätsausschuss

Unter Moderation von Dr. Britta Wiegand, Richterin am Sozialgericht und derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am BSG, widmete sich der zweite Veranstaltungstag zunächst der Qualitätssicherung in der Pflege. In seinem Vortrag „Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung“ stellte Prof. Dr. Peter Axer von der Universität Heidelberg tiefgreifende und einschneidende Änderungen bei den Entscheidungsstrukturen in der Qualitätssicherung durch das PSG II fest: Die bisherigen Beschlüsse durch die Vertragsparteien würden zukünftig von einem Qualitätsausschuss getroffen, dessen Entscheidungen einvernehmlich zu treffen seien; komme es nicht zur Einigung, würde der Qualitätsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert werden und als erweiterter Qualitätsausschuss im Streitfall die Aufgaben der Schiedsstelle übernehmen. Im Hinblick auf die vorgesehene Nominierung des „unparteiischen Vorsitzenden“ durch das BMG – anders als bei der Benennung des Vorsitzenden der Schiedsstelle durch die Vertragsparteien – gab Axer für den Fall der Benennung eines Angehörigen des Ministeriums mögliche Interessenkonflikte zwischen einer Tätigkeit im Ministerium und im Vorsitz zu bedenken. Ein zunehmender Einfluss der unmittelbaren Staatsverwaltung auf die personelle Zusammensetzung von Selbstverwaltungsgremien lasse sich damit auch in der Pflege beobachten. Hinsichtlich der unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle, die dem Qualitätsausschuss zur fachwissenschaftlichen Beratung und Aufbereitung der Arbeitsergebnisse zur Seite zu stellen ist, sei die gesetzlich vorgesehene Befristung auf fünf Jahre für die Gewinnung qualifizierten Personals ungünstig.

Anschließend widmete sich Axer der Frage, ob der Qualitätsausschuss noch ein Vertragsorgan wie der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei: Der Gesetzgeber habe zwar mit dem Qualitätsausschuss ein Entscheidungsgremium mit vertraglicher Einbindung geschaffen. Trotz der vertraglichen Einbettung habe der Qualitätsausschuss jedoch eine Verselbständigung und Eigenständigkeit erfahren und erscheine als rechtsfähiges Gremium in der Pflege. Er repräsentiere nicht mehr nur die Normgeber, sondern sei selbst Normgeber. Daher würde ein als juristische Person des öffentlichen Rechts konzipierter Qualitätsausschuss Pflege vergleichbar dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) für klare Strukturen und im Sinne der Interessen der Versicherten für eine transparente und effektive Qualitätssicherung sorgen.

Der Pflege-TÜV

Der „Sicherung der Qualitätsstandards durch den Pflege-TÜV“ widmete sich anschließend Prof. Dr. Büscher, Professor für Pflegewissenschaften an der Hochschule Osnabrück und Leiter des deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Der Pflege-TÜV sei begrifflich zwar misslungen, da keine Unbedenklichkeitsprüfung stattfinde; die Notwendigkeit und Legitimität von externen Prüfungen sei allerdings unbestritten. Ziel müsse es sein, Mindestanforderungen in der Pflege sicherzustellen. Mit der Einführung externer Prüfungen durch den MDK sei die wichtige Möglichkeit geschaffen worden, Hinweise über die Qualität der Pflege im stationären und ambulanten Bereich zu erlangen. Bestehende Qualitätsprüfungen mit sehr guten Noten würden im Widerspruch zu Presseberichten stehen und eher eine Scheinsicherheit geben. Hier sei eine methodische Anpassung notwendig vor dem Hintergrund von Problemen bei der Stichprobenbildung, der

Bewertungssystematik, hinsichtlich fehlender Reliabilität und Validität und der unzureichenden Berücksichtigung der Ergebnisqualität. Es fehle an einem Konsens darüber, welche Kriterien geeignet seien, um die Pflegequalität abzubilden. Der Fokus der externen Qualitätsprüfung sei auf die Impulse für die interne Qualitätsentwicklung zu richten.

Normen besser abstimmen

Mit dem Vortrag zum Thema „Sicherung der Qualitätsstandards durch Heimaufsicht“ warf sodann Heinrich Griep, Justiziar des Caritasverbandes für die Diözese Mainz e.V., einen Blick auf die Thematik. Dazu veranschaulichte er, dass das Heimrecht durch verschiedene nicht miteinander verzahnte Rechtsbereiche mit unterschiedlichen, sich teilweise widersprechenden Vorgaben und Regelungsinstrumenten unter anderem im Sozialhilferecht, im Verbraucherrecht, im Leistungserbringerrecht und Landesrecht geprägt werde. Zur Vermeidung des Nebeneinanders der derzeit bestehenden verschiedenen Regelungssysteme sollten Normen daher besser aufeinander abgestimmt werden. Die Prüfung der Qualität der Einrichtungen durch zwei konkurrierende Prüfungsinstitutionen (MDK und Heimaufsicht) wirke sich im Ergebnis nicht positiv auf die Qualität aus.

Pflegedokumentation

Auf die Unverzichtbarkeit der Pflegedokumentation als Element der professionellen Pflege wies Rechtsanwalt Dr. Albrecht Philipp in seinem Referat zum Thema „Sicherung der Qualitätsstandards durch Pflegedokumentation“ hin. Gleichzeitig kritisierte er die derzeitige Überfrachtung der Pflegedokumentation: während die ursprüngliche Funktion der Pflegedokumentation, die Zusammenfassung aller Informationen für alle Beteiligte an einem Ort, den Zwecken des planmäßigen

Vorgehens der professionellen Pflege diene, bedienten sich der Pflegedokumentation nunmehr Abrechnungssysteme, Haftungsrecht, Pflegenoten und Kontrollsysteme wie Qualitätsprüfungen des MDK und Heimaufsicht. Die Anforderungen untergesetzlicher Vorschriften und die haftungsrechtliche Rechtsprechung hätten hier zu Fehlentwicklungen geführt: Das Pflegepersonal erlebe die Dokumentation nicht mehr als sinnvolles Instrument für eine bessere Pflege, sondern als von außen auferlegte Pflicht; die vielen rechtlichen Detailregelungen hätten zu großer Unsicherheit darüber geführt, was dokumentiert werden solle. Daher sei eine Befreiung der Pflegedokumentation von den Dimensionen als Prüfinstrument, als Abrechnungsgrundlage und als vorweggenommene haftungsrechtliche Absicherung ebenso wie andere Qualitätskriterien notwendig, die die Ergebnis- anstelle der Strukturqualität abbildeten. Die Pflegedokumentation sei und bleibe in ihrem Kern ein unverzichtbares Element einer professionell-reflektierten Pflege und müsse ihr Leistungspotential wiedergewinnen.

Organisation der Pflege Kooperation der Leistungsträger

Den letzten Themenblock zur Organisation der Pflege unter Moderation von Dr. Jens Blüggel, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, leitete Prof. Dr. Welti von der Universität Kassel zum Thema „Organisation der pflegerischen Versorgung – Kommunale niedrigschwellige Angebote und Schnittstellen“ ein. Ausgehend von der Maßgabe des § 8 SGB XI, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, erläuterte Welti – nach Darstellung der Organisation der pflegerischen Versorgung und der Verantwortung für die pflegerische Versorgung – die zahlreichen Schnittstellen vor dem Hintergrund der Zuordnung von pflegebedürftigen Personen zu weiteren Leistungssystemen,

vor allem im Bereich der Krankenbehandlung, der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe in der Gemeinschaft. Welti warb in diesem Zusammenhang für eine Kooperation der Leistungsträger, damit aufgrund der Verantwortlichkeit zu vieler nicht letztlich keiner verantwortlich bleibe. Gute Sozialpolitik müsse Schnittstellen durch Kommunikation überbrücken, nicht behördliche Zuständigkeiten ausloten.

Herausforderungen kommunalen Handelns

Zum Abschluss gab Uwe Lübking vom Deutschen Städte- und Gemeindebund, in einem „Bericht über Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ einen Überblick über die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die gemeinsam von Vertretern des Bundes, der Länder und der Kommunalen Spitzenverbände erarbeitet wurden. Die stärkere Einbindung der Kommunen in die Strukturen der Pflege sowie die Weiterentwicklung von Sozialräumen zur Sicherstellung des Verbleibs pflegebedürftiger Menschen in ihrem gewohnten Umfeld sei Arbeitsauftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gewesen.

Lübking stellte die sogenannten „Modellkommunen Pflege“ zur Erprobung eines ganzheitlichen Beratungssatzes vor, die Beratungsaufgaben der Pflegekasse übernehmen und mit ihren kommunalen Aufgaben verknüpfen sollen und erläuterte die beschlossenen Maßnahmen zur Sicherstellung eines altersgerechten Wohnens (Weiterentwicklung von KfW-Programmen, Förderung alternativer Wohnformen) und das empfohlene kommunale Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Zudem wies er auf die mögliche Einrichtung regionaler Pflegeausschüsse durch die Länder sowie sektoren- und bereichsübergreifender Gremien auf Landesebene hin, die Vorschläge zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung

sowie zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung aussprechen.

Im anschließenden „Kommentar aus der Praxis der Kommunen“ benannte Lübking die aus Sicht des Städte- und Gemeindebundes vordringlichen Herausforderungen kommunalen Handelns innerhalb der bestehenden Pflegestrukturen, die sich insbesondere vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Abnahme der Bereitschaft zu familiärer Pflege zeigten, sowie vor dem Hintergrund von mehr Singularisierung, Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile und von mehr Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Handlungsansatz, diesen Herausforderungen zu begegnen, sei die aktive Nutzung der Potenziale und Ressourcen älterer Menschen und das Begreifen des Älterwerdens als Chance, nicht nur als Last. Es bedürfe einer Stärkung des sozialen Zusammenhalts durch Gemeinwesenarbeit, einer Entwicklung generationengerechter Wohnangebote vor Ort, integrierter Entwicklung von sozialer Versorgung und Infrastruktur und einer stärkeren Gesundheitsprävention beziehungsweise Gesundheitsförderung.

Ausblick

Zum Abschluss kündigte Richterin am BSG Sabine Knickrehm das 49. Kontaktseminar am 21./22. Februar 2017 in Kassel an, das sich dem Sozialen Entschädigungsrecht im geplanten vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) widmen soll.

SOPHIA NGUYEN

derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bundessozialgericht 4. und 11. Senat
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

THORSTEN VENNEBUSCH

Minijobs in Zahlen

■ Zum Ende des Jahres 2015 lag die Zahl der Minijobber in Deutschland bei insgesamt 6,981 Mio. Im ersten Jahr nach Einführung des Mindestlohnes reduzierte sich die Zahl der gewerblichen Minijobber um 166.000 beziehungsweise 2,4 Prozent auf nunmehr 6,685 Mio. Die Zahl der bei der Minijob-Zentrale gemeldeten Minijobs in Privathaushalten stieg dagegen weiter auf mittlerweile rund 296.000 an. Im Jahresvergleich wuchs dieser Wert um rund 11.700 beziehungsweise 4,1 Prozent.

■ Von insgesamt 6,981 Mio. Minijobbern sind rund 1,554 Mio. Altersrentner zuzüglich Rentner mit einer Erwerbsminderungsrente, rund 1,091 Mio. Schüler/Studenten und rund 2,578 Mio. Minijobber im Nebenjob. Nur maximal 1,758 Mio. aller Minijobber stehen damit dem Ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung.

	Gewerbliche Minijobber	Minijobber in Privathaushalten	Summe
Anzahl insgesamt	6,685 Mio.	0,296 Mio.	6,981 Mio.
davon			
■ 65 Jahre und älter	0,899 Mio.	0,039 Mio.	0,938 Mio.
■ 60 Jahre bis 65 Jahre	0,579 Mio.	0,037 Mio.	0,616 Mio.
■ unter 60 Jahre mit einer Rente wegen Erwerbsminderung		(Daten liegen nicht vor)	
■ unter 20 Jahre	0,426 Mio.	0,002 Mio.	0,428 Mio.
■ 20 Jahre bis 25 Jahre	0,656 Mio.	0,007 Mio.	0,663 Mio.
Minijobber mit Hauptbeschäftigung			2,578 Mio.
Verbleibende Summe von Minijobbern, die dem Ersten Arbeitsmarkt potentiell zur Verfügung steht			1,758 Mio.

Quellen: Minijob-Zentrale, Bundesagentur für Arbeit (BA) Stand: Dezember 2015

■ Von Dezember 2004 bis Dezember 2015 ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 5,011 Mio. und die Zahl der Minijobber um 0,040 Mio. gestiegen. Rückläufig dagegen ist die Zahl der Minijobber im gewerblichen Bereich (-0,153 Mio.).

	Jahresvergleich		Differenz	
	Dez. 2004	Dez. 2015	absolut	prozentual
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	26,382 Mio.	31,393 Mio.	+ 5,011 Mio.	+ 19,0 %
Minijobber insgesamt	6,941 Mio.	6,981 Mio.	+ 0,040 Mio.	+ 0,6 %
davon				
■ im gewerblichen Bereich	6,838 Mio.	6,685 Mio.	- 0,153 Mio.	- 2,2 %
■ in Privathaushalten	0,103 Mio.	0,296 Mio.	+ 0,193 Mio.	+ 187,4 %

Quellen: Minijob-Zentrale, BA

■ Ein großer Teil der Minijobs eignet sich nicht ohne weiteres für eine Umwandlung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. 77 Prozent der 1,8 Mio. Minijob-Arbeitgeber beschäftigten maximal drei Minijobber. Eigenarten der Beschäftigung lassen eine Umwandlung in der Regel nicht zu, zum Beispiel bei Zeitungsboten oder im Gastgewerbe.

Die gewerblichen Arbeitgeber zahlen bei einem Minijob deutlich höhere Beiträge zur Sozialversicherung als bei einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (2016):

	Minijob	SV-pflichtige Beschäftigung
Krankenversicherung	13 %	7,3 %
Rentenversicherung	15 %	9,35 %
Arbeitslosenversicherung	–	1,5 %
Pflegeversicherung	–	1,175 %
Summe	28 %	19,325 %

(jeweils zuzüglich identischer Beiträge zur Unfallversicherung und Umlagen)

Quelle: Minijob-Zentrale

Die Beitragseinnahmen aus gewerblichen Minijobs sind in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen und belaufen sich summiert auf mittlerweile mehr als 7,5 Mrd. Euro.

	Beitragseinnahmen aus gewerblichen Minijobs im Jahr (in Mrd. Euro)	
	2014	2015
Krankenversicherung	3,01	3,03
Rentenversicherung	3,81	3,85
Arbeitgeberversicherung	0,15	0,19
BA-Insolvenzgeldumlage	0,04	0,04
Einheitliche Pauschsteuer	0,44	0,45
Gesamtbetrag	7,45	7,56

Quelle: Minijob-Zentrale

Mit Anhebung der Entgeltgrenze von 400 auf 450 Euro sind auch die monatlichen Durchschnittsentgelte aller Beschäftigungen gestiegen. Im gewerblichen Bereich stieg der Monatslohn seit 2012 um rund 23 Euro an.

	Durchschnittsentgelte* in Euro		
	2012	2013	2014
Minijobs			
■ im gewerblichen Bereich	265,01	282,03	288,04
■ in Privathaushalten	180,62	182,55	182,38

* Durchschnittsentgelte für 2015 liegen erst Ende 2016 vor Quelle: Minijob-Zentrale

Drei von vier Minijobs (74 Prozent) werden erst seit längstens drei Jahren ausgeübt. Im gewerblichen Bereich wurden rund 40 Prozent aller Minijobs erst im Laufe des letzten Jahres begonnen. In Privathaushalten liegt der Vergleichswert bei 38 Prozent.

Von allen Minijobs mit einem Beschäftigungsbeginn nach dem 1. Januar 2013 waren im Dezember 2015 im gewerblichen Bereich 19,6 Prozent der Minijobber und 16,8 Prozent der Minijobber in Privathaushalten rentenversicherungspflichtig beschäftigt. Zum Vergleich: Im Dezember 2012 nutzten vor Einführung der Neuregelungen gerade einmal 5,7 Prozent aller Minijobber die Möglichkeit, den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung durch die Zahlung eigener Beitragsanteile freiwillig aufzustocken.

Reduziert man die Anzahl der Minijobber auf den Personenkreis, für den eine Aufstockung der Rentenversicherungsbeiträge überhaupt in Frage kommt, so ist mittlerweile jeder dritte Minijobber rentenversicherungspflichtig.

Für die Minijobber mit einem Beschäftigungsbeginn nach dem 1. Januar 2013 gilt:

Anzahl der Minijobber	5.274.214
./ Minijobber mit Hauptbeschäftigung (33,09 % aller Minijobber)	1.832.789
./ Minijobber älter als 65 Jahre	550.985
./ Minijobber unter 65 Jahre mit Erwerbsminderungsrente	(Daten liegen nicht vor)
Verbleibende Anzahl von Minijobbern für die RV-pflicht in Frage kommen könnte	2.890.440
Anzahl der RV-pflichtigen Minijobber	1.035.864 (= 35,84 %)

Quelle: Minijob-Zentrale

Frauen in Minijobs: Die Zahl der weiblichen Minijobber im gewerblichen Bereich ist seit 2004 um mehr als 7 Prozent zurückgegangen. Die Zahl der angemeldeten Minijobberinnen in Privathaushalten hat dagegen um mehr als 180 Prozent zugenommen (großer Teil aus der Schwarzarbeit).

	Jahresvergleich		Differenz	
	Dez. 2004	Dez. 2015	absolut	prozentual
Minijobberinnen				
■ im gewerblichen Bereich	4,351 Mio.	4,042 Mio.	- 0,309 Mio.	-7,1 %
■ in Privathaushalten	0,096 Mio.	0,269 Mio.	+ 0,173 Mio.	+180,2 %

Quelle: Minijob-Zentrale

Die Minijob-Zentrale informiert Minijobber aktiv über ihre Arbeitsrechte.

Minijobber haben grundsätzlich dieselben Arbeitsrechte wie Vollzeitbeschäftigte.

Maßnahmen der Minijob-Zentrale zur Aufklärung über Arbeitsrechte:

- Hinweise zu den bestehenden Arbeitsrechten in den Begrüßungsschreiben an die Arbeitnehmer und Arbeitgeber
- Bereitstellung von Mustern für den Abschluss von Arbeitsverträgen mit Minijobbern
- Broschüren zu Arbeitsrechten der Minijobber in verschiedenen Sprachen
- Informationen im Internet (Social-Media-Themenwochen etc.)

Die im Oktober 2014 an den Start gegangene Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale verzeichnete bis Ende Dezember 2015 rund 660.000 Besucher auf den Internetseiten www.haushaltsjob-boerse.de und knapp 18.000 registrierte Nutzer.

Noch Fragen?

Viele weitere Informationen finden Sie im Internet unter
www.minijob-zentrale.de
www.haushaltsjob-boerse.de

Social Media

Twitter: www.twitter.com/Minijobzentrale
 Blog: minijobzentrale.wordpress.com
 YouTube: youtube.com/user/MinijobZentrale

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

DR. GABRIELE AUGSTEN

Kardiologische Rehabilitation

Knappschafts-Klinik Bad Driburg setzt Defibrillatorweste ein

— Heute ist die Einpflanzung eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) die Therapie der Wahl zur Vorbeugung des plötzlichen Herztodes, wenn die Ursachen für lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen wie Kammerflimmern nicht behoben werden können. Dies betrifft Patienten mit hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion der linken Herzkammer. Besonders betroffen sind Patienten nach einem akuten Herzinfarkt.

Risiko plötzlicher Herztod

Evidenzbasierte Studien haben ergeben, dass gerade in den ersten Wochen nach einem akuten Herzinfarkt das Risiko für einen plötzlichen Herztod am größten ist. Anhand dieser Studienergebnisse konnte noch nicht nachgewiesen werden, dass die Implantierung eines ICD vorsorglich nach einem Herzinfarkt mit eingeschränkter Pumpleistung sich als sinnvoll zeigt. Dieses Vorgehen wird aktuell auch in den Leitlinien noch nicht empfohlen.

Vielmehr wird bis zur endgültigen Entscheidung für einen ICD mindestens sechs Wochen gewartet, auch unter der Vorstellung, dass sich die Pumpleistung noch erholen kann. Dies ist häufig der Fall, wenn frühzeitig interventionell oder chirurgisch eine Verbesserung der Durchblutung des minderversorgten Gewebes durchgeführt wurde (Revaskularisation). Diese ersten Wochen nach einem Herzinfarkt sind genau der Zeitraum, in dem sich der Patient in der kardiologischen Rehabilitation befindet.

Entscheidend für das Risiko einen plötzlichen Herztod zu erleiden, ist hier die Pumpfunktion der linken Herzkammer. Da bei einer Kontraktion des Herzmuskels nicht das gesamte Blutvolumen aus der Kammer ausgestoßen wird, sondern ein gewisser Teil zurückbleibt, kann der Anteil des

ausgestoßenen Volumens Rückschlüsse auf den Zustand des Herz- und Kreislaufsystems bieten. Dies wird mit der sogenannten Ejektionsfraktion (EF) gemessen. Sie bezeichnet den Anteil des vom Herzen bei einer Kontraktion ausgeworfenen Blutes im Verhältnis zum Gesamtblutvolumen in der Herzkammer. Ist die EF kleiner als 35 Prozent, ist das Risiko deutlich erhöht.

Das Risiko für das Auftreten eines plötzlichen Herztodes ist während der Zeit der Rehabilitation (innerhalb der ersten 40 Tage nach Herzinfarkt) schwer kalkulierbar und hängt auch noch von anderen Faktoren ab wie Komplexität der Koronarstenosen beziehungsweise der Koronarmorpho-



Am Fahrrad-Ergometer: Sport- und Physiotherapeut Jörg Zumwinkel, Leiter des Therapiezentrens der Knappschafts-Klinik Bad Driburg, mit einem Patienten, der eine LifeVest trägt.

logie, dem Risikoprofil des Herz- und Gefäßsystems usw.

Defibrillatorweste

Um diese Zeit bis zur endgültigen Entscheidung für oder gegen einen ICD zu überbrücken, gibt es seit einigen Jahren einen tragbaren Kardioverter-Defibrillator, die sogenannte „LifeVest“ oder WCD (wearable Cardioverter/Defibrillator). Es handelt sich um eine Weste, die vom Patienten getragen wird und kontinuierlich den Herzrhythmus überwacht.

Erkennt das Gerät eine Herzrhythmusstörung aus der Herzkammer (Kammertachykardie) oder ein Kammerflimmern, wird der Patient zunächst optisch, akustisch und vibrationsgestützt durch das Gerät gewarnt. Dann hat er noch Zeit, einen Schock aktiv durch Drücken einer Taste zu verhindern, zum Beispiel bei Fehlalarm oder einer tolerablen Rhythmusstörung. Wird der Patient bewusstlos beziehungsweise ist nicht mehr handlungsfähig, wird automatisch ein Schock ausgelöst. Vorher wird, ebenfalls automatisch, ein elektrisch leitfähiges Gel auf die Elektroden in der Weste abgegeben.

Die Schocks sind sehr effektiv und entsprechen den Schocks bei implantiertem ICD.



Knappschafts-Klinik Bad Driburg (Bild: KBS)

Gute Toleranz bei Patienten

Die Patienten nehmen die Westen sehr gut an und tragen diese im Durchschnitt 22,5 Stunden täglich. Die Weste sollte selbstverständlich kontinuierlich (den ganzen Tag) getragen werden. Tragepausen sollten kurz sein, zum Beispiel nur beim Duschen/Waschen und Batteriewechsel. Dann muss nach Möglichkeit eine zweite Person anwesend sein.

Erfahrungsgemäß kann bei etwa der Hälfte der Patienten, denen eine LifeVest verordnet wurde, nach Ende der

Die Knappschafts-Klinik in Bad Driburg (Nordrhein-Westfalen) ist eine überregional anerkannte Rehabilitations- und AHB-Klinik für Herz- und Gefäßerkrankungen (Kardiologie, Angiologie). Die Klinik kann 177 Patienten aufnehmen. Sie ist Belegungspartner der Rentenversicherungsträger und der Krankenversicherungen. In die Rehabilitationsklinik integriert ist ein ambulantes Therapiezentrum. Hier können ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und Therapien wie auch Behandlungen auf Rezept wohnortnah durchgeführt werden. Präventionsprogramme und Gesundheitspauschalen gehören ebenfalls zum Angebot.

Weitere Informationen unter www.knappschafts-klinik-driburg.de.

Tragezeit (maximal ein Vierteljahr) auf die endgültige Implantation eines ICD verzichtet werden, meistens weil sich inzwischen die Pumpleistung des Herzens durch Optimierung der Therapie verbessert hat.

Eine Leitlinie zur WHD-Indikation steht noch aus, die Indikationsstellung zur Anwendung einer LifeVest basiert auf Expertenkonsens. Neben dem akuten Herzinfarkt mit hochgradig eingeschränkter Pumpleistung des Herzens und Überbrückung bis zur endgültigen Entscheidung für einen ICD sind weitere Indikationen: Patienten mit zeitweise erhöhtem Risiko für einen plötzlichen Herztod, zum Beispiel mit einer Herzmuskelentzündung (Myokarditis), oder Patienten auf der Warteliste zur Herztransplantation.

Fazit

Die Knappschafts-Klinik Bad Driburg hat bisher sehr gute Erfahrungen mit der LifeVest gemacht. Zum Teil wurden die Patienten bereits aus dem Akutkrankenhaus mit einer LifeVest versorgt. Häufig wird auch die Indikation erst in der Rehabilitationsklinik gestellt, wenn der Patient bei der anfangs immer durchgeführten Echokardiographie eine hochgradig eingeschränkte Pumpleistung des Herzens hat. Der Patient wird in diesem Fall zügig mit

einer Weste versorgt und mit ihrem Umgang geschult.

So ist für diese Patienten der Schutz vor dem plötzlichen Herztod in der frühen Phase nach dem Herzinfarkt gewährleistet. Sie können ohne Probleme und ohne erhöhtes Risiko an allen Therapien und Schulungen teilnehmen. Wenn die Patienten gut eingewiesen und aufgeklärt sind, tolerieren sie die LifeVest gut und fühlen sich sicher.

So kann in der kardiologischen Rehabilitation für diese schwer kranken Patienten der optimale Rehabilitationserfolg ohne Risiko angestrebt und meist erreicht werden.

Die Patienten tragen die LifeVest auch über die Rehabilitation hinaus weiter, bis zu Hause im Konsens mit weiterbehandelndem Kardiologen und dem Herzzentrum die endgültige Entscheidung für oder gegen einen ICD getroffen wird.

DR. GABRIELE AUGSTEN
KBS/Knappschafts-Klinik
Georg-Nave-Str. 28
33014 Bad Driburg

NORBERT PORATH

Seemannskasse

Neue Möglichkeiten zur Versicherungspflicht

Die Seemannskasse wurde 1974 von der See-Berufsgenossenschaft (See-BG) eingerichtet. Im Zuge der Organisationsreform in der gesetzlichen Unfallversicherung wurde sie dann vom 1. Januar 2009 an in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See integriert. Sie ist ein wichtiger Teil des sozialen Schutzes der Seeleute und ergänzt das deutsche Sozialversicherungssystem. Seeleute können bereits vor Erreichen der Altersgrenzen in der gesetzlichen Rentenversicherung aus der Seefahrt ausscheiden. Sie erhalten unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag Überbrückungsgeld sowie weitere ergänzende Leistungen. Damit trägt die Seemannskasse den speziellen Anforderungen und Bedingungen der Schifffahrt Rechnung, die sonst in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht berücksichtigt würden.

Die organisatorische Einbindung der Seemannskasse in die gesetzliche Rentenversicherung (§§ 137a Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) ff.) führte konsequenterweise auch zu einer Abkopplung von den bisherigen Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung. Mit den nachfolgenden Ausführungen wird dargestellt, wie sich diese rechtliche Umstellung im Einzelnen auf die unterschiedlichen Personengruppen in der Seefahrt auswirken.

Aktuelle Entwicklung

Nach den bisherigen Regelungen des § 137b SGB VI sind die Seeleute in der Seemannskasse versicherungspflichtig, die auf Seefahrzeugen gegen Entgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt, nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft unfallversichert und im Rahmen des § 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 129 Absatz 1 Nr. 5 SGB VI bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See rentenversichert sind, sofern diese Beschäftigung nicht geringfügig im Sinne von § 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ausgeübt wird.

Die neuen Regelungen sehen das Erfordernis einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversiche-

rung nicht mehr vor. Danach sind die Seeleute nach § 13 Absatz 1 SGB IV versicherungspflichtig, die an Bord von Kauffahrteischiffen oder Fischereifahrzeugen gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See rentenversichert sind, sofern diese Beschäftigung nicht geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV ausgeübt wird.

Die entsprechenden Regelungen des § 137b SGB VI sind mit dem 5. Änderungsgesetz zum SGB IV am 21. April 2015 in Kraft getreten. Die Satzung der Seemannskasse wurde bereits geändert (vgl. Kompass Ausgabe Januar/Februar 2016 Seite 30 ff.). Eine Ergänzung wird in absehbarer Zeit mit dem 6. Änderungsgesetz zum SGB IV folgen.

Seeleute an Bord von deutschen Seeschiffen in der Kauffahrt oder Fischerei

Diese Seeleute sind auf Seeschiffen beschäftigt, die berechtigt sind, die deutsche Bundesflagge zu führen. Die Seeschiffe sind in jedem Fall der Unfallverhütung und Schiffssicherheitsüberwachung durch die Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr) unterstellt.

Auf die explizite Anforderung der Unfallversicherungspflicht konnte daher

verzichtet werden. Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis in der Seemannskasse ergeben sich für die Seeleute nicht.

Seeleute, die auf einem ausgeflaggten Schiff beschäftigt sind

Nach der bisherigen Rechtslage wurden nach § 2 Absatz 3 Nr. 1 SGB IV auf Antrag des Reeders deutsche Seeleute, die auf einem Seeschiff beschäftigt sind, das nicht berechtigt ist, die Bundesflagge zu führen (ausgeflaggte Schiffe), in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung versichert und in die Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) mit einbezogen. Soweit der Reeder lediglich diesen Antrag (nach § 2 Absatz 3 Nr. 1 SGB IV) stellte, entstand keine Versicherungspflicht zur Seemannskasse, da für diese Personen keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung bestand. Um diesen Personenkreis in der gesetzlichen Unfallversicherung zu versichern, musste der Reeder auch einen Antrag nach § 2 Absatz 3 Nr. 2 SGB IV stellen, das heißt er unterstellte das Seeschiff der Unfallverhütung und Schiffssicherheitsüberwachung durch die BG Verkehr.

Als Folge der Rechtsänderung wäre für alle Seeleute im Sinne des § 2 Absatz 3 Nr. 1 SGB IV die Versicherungspflicht in der Seemannskasse eingetreten, auch

wenn der Reeder sein Seeschiff nicht der gesetzlichen Unfallversicherung unterstellt hatte. In diese Bestandsfälle sollte im Interesse der Reedereien durch die neue Rechtslage nicht eingegriffen werden.

Aus diesem Grund wurde in den § 137b SGB VI der Absatz 2a eingefügt, mit dessen Regelung einerseits Bestandsfälle unberührt bleiben, andererseits der Reeder die Möglichkeit erhält, auf Wunsch auch diese Personen für die Zukunft der Versicherungspflicht zur Seemannskasse zu unterstellen:

„§ 137b Absatz 2a SGB VI

Für deutsche Seeleute, für die vor dem 21. April 2015 nach § 2 Absatz 3 Nummer 1 des Vierten Buches Versicherungspflicht bestand und die nicht bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft unfallversichert sind, gilt Absatz 2 Nummer 1 nicht, es sei denn der Arbeitgeber stellt für diese Personen einen Antrag auf Versicherungspflicht in der Seemannskasse.“

Soweit der Reeder für die Seeleute einen erstmaligen Antrag nach § 2 Absatz 3 Nr. 1 SGB IV stellt, tritt immer auch die Versicherungspflicht zur Seemannskasse ein.

Seeleute auf Seeschiffen mit öffentlich-rechtlichem Arbeitgeber

Nach der bisherigen Rechtslage bestand für Seeleute, die auf Seeschiffen mit öffentlichen Arbeitgebern (z.B. Forschungsschiffe) beschäftigt waren, keine Versicherungspflicht zur Seemannskasse, da hier die erforderliche Unfallversicherung bei der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) (ehemals See-BG) nicht vorlag. Zuständig ist in diesem Bereich stets die Unfallversi-

cherung des Bundes beziehungsweise der Länder und Gemeinden. Andererseits bestand für die öffentlichen Arbeitgeber die Möglichkeit, ihre Schiffe der See-BG/BG Verkehr zu unterstellen (Bundesschiffe siehe § 125 Absatz 3 SGB VII, Länder und Gemeinden siehe § 128 SGB VII, seit 2005 nur noch bei Bundesschiffen).

Hatte der öffentliche Arbeitgeber diese Möglichkeit ergriffen, trat für die betreffenden Seeleute die Versicherungspflicht in der Seemannskasse ein. Im Zuge der Entkopplung der Seemannskasse von den Vorschriften des SGB VII war zunächst geplant, hinsichtlich der Versicherungspflicht (siehe § 137b SGB VI) ausschließlich auf das Vorliegen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung an Bord eines Seeschiffes abzustellen. Damit wären automatisch auch alle Seeleute bei öffentlichen Arbeitgebern von der Versicherungspflicht in der Seemannskasse erfasst worden. Da in bestehende Versicherungsverhältnisse nicht eingegriffen werden sollte, wurde der Personenkreis auf Seeleute in der Kauffahrt und der Fischerei begrenzt. Andererseits hätte dies wiederum dazu geführt, dass dort, wo der öffentliche Arbeitgeber seine Schiffe der See-BG/BG Verkehr unterstellt hatte, für die betreffenden Seeleute die Versicherungspflicht zur Seemannskasse entfallen würde.

Aus diesem Grunde wurde in den § 137b SGB VI der Absatz 2b eingefügt:

„§137 Abs. 2b SGB VI

Auf Antrag des öffentlichen Arbeitgebers werden alle von ihm beschäftigten Seeleute nach § 13 Absatz 1 des Vierten Buches, die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See rentenversichert sind, in der

Seemannskasse versichert. Die Satzung der Seemannskasse kann bestimmen, dass eine Versicherungspflicht, die bei öffentlichen Arbeitgebern am 21. April 2015 bestand, bestehen bleibt sowie dass diese sich auch auf Seeleute erstreckt, deren Beschäftigung bei diesen Arbeitgebern nach dem 21. April 2015 beginnt.“

Dank dieser Regelung bleibt ein bereits bestehendes Versicherungsverhältnis in der Seemannskasse unberührt. Zudem erstreckt sich die Versicherungspflicht auch auf von diesem Arbeitgeber neu eingestellte Seeleute. Um die Seeleute bei öffentlichen Reedern nicht völlig von der Seemannskasse abzuschneiden, wurde zusätzlich eine Antragsversicherung eingeführt, die es dem Arbeitgeber ermöglicht – ohne den Beitritt zur BG Verkehr – seine Seeleute in der Seemannskasse zu versichern.

Zusammenfassung

Der Weg in die Seemannskasse steht jetzt auch allen Seeleuten offen, die auf sogenannten ausgeflaggten Schiffen oder auf Behördenschiffen einer seemännischen Beschäftigung nachgehen. Hierfür muss grundsätzlich ein Antrag des Reeders oder der Behörde vorliegen. Eine Verpflichtung besteht für den Reeder oder die Behörde allerdings nicht.

NORBERT PORATH

KBS/Abt II/Rentenversicherung
Dezernat II.2.7 Seemannskasse
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg



DR. GERO-FALK BORRMANN

Management-Vokabular – ein Beitrag zu einem Lexikon der Sozialversicherung

Die Verwendung von Anglizismen scheint geeignet, der traditionsreichen über 100-jährigen Sozialversicherung ein modernes Erscheinungsbild zu geben. Häufig wird ein Management-Vokabular eingesetzt, das für private Unternehmen entwickelt wurde und Prozesse und Strukturen der Privatwirtschaft beschreibt. Wer in der internen Kommunikation oder im Versichertenkontakt der Sozialversicherung ein mit Anglizismen gespicktes Management-Vokabular verwendet, signalisiert, dass Strukturen innerhalb der Sozialversicherung an einem privatunternehmerischen Leitbild orientiert werden sollten. Die Analyse der Inhalte häufig verwendeter Begriffe aus dem Management-Vokabular zeigt, dass durch deren Verwendung Sprachsignale gesendet werden, die Kernelemente des Systems der solidarischen Sozialversicherung, wie Solidarität, Selbstverwaltung in mittelbarer Staatsverwaltung und solidarische Beitragsfinanzierung in den Hintergrund drängen.

Management-Vokabeln

Anglizismen werden häufig nicht als Fachausdrücke erkannt. Wird ein Anglizismus in der Verwaltungsarbeit verwendet, ist er aber ein Fachausdruck mit einem konkreten Inhalt. Für Begriffe, die gesetzlich definiert sind, ist dies geläufig; zur inhaltlichen Bestimmung reicht zumeist der Hinweis auf das Gesetz. So bezeichnet zum Beispiel der Begriff Gesamtsozialversicherungsbeitrag gemäß § 28d Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) die Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung

für die Versicherten; der Begriff Gesundheitsfonds bezeichnet gemäß § 271 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das vom Bundesverwaltungsamt verwaltete Sondervermögen, das die bei ihm eingehenden Beiträge sammelt, verwaltet und verteilt. Für das Management-Vokabular, wie Manager, Customer, Compliance, Consulting fehlt eine vergleichbare feste Struktur des Begriffsinventars. Die Kenntnisse sind aber erforderlich; mit den Wörtern, die der Sprecher aktiv verwendet, vermittelt er den entsprechenden Begriffsinhalt. Sind diese

Begriffe sogenannte Schlüsselbegriffe kommt ihnen eine weitere Dimension zu. Schlüsselbegriffe¹ sind geeignet, Veränderungen im Bewusstsein der Akteure des Sozialversicherungssystems zu etablieren; sie können gleichsam als Vehikel für eine Systemänderung in der Sozialversicherung eingesetzt sein.

Im Folgenden sollen einige dieser Begriffe gleichsam lexikalisch im Sinne eines Sachwörterbuches aufbereitet werden.

FUSSNOTE

¹ Zur „Bedeutung von Schlüsselbegriffen der politischen Kommunikation“ vergleiche Mörke/Seresse, Schlüsselbegriffe der politischen Kommunikation in West- und Mitteleuropa während der Frühen Neuzeit, / Tagungsberichte, www.historikertag.uni-kiel.de. Ferner Kingsgreen, rechtliche Gehalte sozialpolitischer Schlüsselbegriffe: Vom daseinsvorsorgenden zum aktivierenden Staat, in: Aktivierung und Prävention, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Band 52 Seite 7ff. Ausführlich zu Anglizismen in der Sozialversicherung Borrmann in DRV 2016, Heft 1.



Management/Manager · In der Verwaltung hat der Anglizismus „Management“ und die Bezeichnung seines Akteurs „Manager“ zentrale Bedeutung gewonnen. Eine klare Definition, wie zum Beispiel für den Geschäftsführer gemäß § 36 SGB IV fehlt. Aus dem Wortsinn¹ lässt sich wenig herleiten. Zur Ausdeutung des Begriffs wird bei einer Internetrecherche mangels einer Terminologie einer Betriebswirtschaft der öffentlichen Verwaltung zumeist ein betriebswirtschaftlicher Begriffsinhalt für private Unternehmen aufgezeigt². Dann sind die Aufgaben des Managers und wesentliche seiner Tätigkeitsschwerpunkte aus dem Tätigkeitsprofil in einem Wirtschaftsunternehmen abzuleiten.

Im Managementprozess definieren und beeinflussen hauptamtliche Manager in Unternehmen und Organisationen Geschäftsprozesse. Er ist als leitender Angestellter mit Managergehalt vom Unternehmer beziehungsweise Eigentümer des Unternehmens zu unterscheiden³. Im Bereich der Sozialversicherung war dagegen bisher durchgehend der Vorstand als Teil der Selbstverwaltung die oberste Exekutivebene. Das operative Geschäft wurde beziehungsweise wird in der Sozialversicherung grundsätzlich von Geschäftsführern übernommen, die dem Beamtenrecht⁴ beziehungsweise dem öffentlichen Dienstrecht unterliegen.

Der Managerfunktion wurde in der Arbeitsverwaltung (vgl. § 381 f. Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)) und bei den Krankenkassen (§ 35a SGB IV) zwischenzeitlich zugunsten der bisherigen Geschäftsführer verändert⁵. Statt des Vorstands als Teil der Selbstverwaltung mit ehrenamtlichen Mitgliedern sind nunmehr hauptamtliche Mitarbeiter tätig. Die Verwendung der Begriffe Management und Managementprozess bedeutet in dieser Entwicklung das Zurückdrängen der Selbstverwaltung aus dem operativen Geschäft der Sozialversicherung⁶. Wird der Begriff Manager bei Sozialversicherungsträgern mit Selbstverwaltung mit Exekutivaufgaben verwendet, unterstützt dies deren Zurückdrängen.

FUSSNOTEN

- ¹ Von englisch to manage „handhaben, bewerkstelligen, leiten“; Stammwörter sind die lateinischen Begriffe manus „Hand“ und agere „treiben, führen, tun“
- ² <https://de.wikipedia.org/wiki/Manager> sowie [https://de.wikipedia.org/wiki/Manager_\(Wirtschaft\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Manager_(Wirtschaft)).
- ³ Neuere Theorien betonen die umsatzorientierte Jahresentlohnung und konturieren einen Zielkonflikt zu langfristigen Unternehmensinteressen.
- ⁴ Mit den spiegelbildlich zur Dienst- und Treuepflicht des Beamten stehenden Fürsorgepflicht des Dienstherrn, wie der Pflicht zur amtsangemessenen Alimentation, die nicht umsatzorientiert ist.
- ⁵ „Der Gesetzgeber wollte für hauptamtliche Kassenvorstände eine ‚Managerfunktion im Kassenswettbewerb‘ einführen und jenseits starrer beamtenbesoldungsrechtlicher Vorgaben ermöglichen“ Rombach, in Hauck/Noftz, SGB IV, K § 35a Rz. 7a.
- ⁶ Dies betont insbesondere das Institut für den öffentlichen Sektor e.V., Organisationsreformen von Sozialversicherungsträgern, in der Zeitschrift Public Governance, Schwerpunktthema Organisationsreformen von Sozialversicherungsträgern, gefördert von KPMG, Winter 2010/11, <http://publicgovernance.de>

Kunde/Customer · Der Begriff Kunde fand mit den sogenannten Hartz-Reformen¹ verstärkt Eingang in die Sprache der Sozialversicherung. „Die Reform muss sich an folgenden Grundsätzen orientieren: ... modernes kundenorientiertes Unternehmensmanagement ...“. Dieser neue Sprachgebrauch zielt darauf ab, eine stärkere Versichertenorientierung des Trägers zu signalisieren. Es wird aber ein Begriff eingesetzt, der viel weitreichendere strukturelle Unterschiede im Verhältnis des Sozialversicherungsträgers zu den Versicherten zum Ausdruck bringt.

konträren Interessen gegenüber, die nur dann eine Interessenparallelität aufweisen dürften, solange es das Wertschöpfungsziel des Veräußerers zulässt.

Der Versicherte in der Sozialversicherung ist mit (zwangs)mitgliedschaftlicher Bindung, und zwar kraft Gesetzes oder Satzung korporativ verfasst. Die Sozialversicherung ist Ausprägung des Sozialstaatsgebots, das durch Körperschaften des öffentlichen Rechts verwirklicht wird. Diese Körperschaften sind mitgliedschaftlich verfasste Verwaltungsträger².

lisiert wird, sondern eine falsche Bezeichnung gewählt wurde. Der Rechtsatz „Falsa demonstratio non nocet“, wonach „eine falsche Bezeichnung nicht schadet“, dürfte hier angesichts der Bedeutung von Schlüsselbegriffen nicht gelten. Das mitgliedschaftliche Element des Versicherten innerhalb der Körperschaft wird durch die Verwendung des Begriffs Kunde ausgeklammert.

Dies gilt auch für die Krankenkassen. Es erfolgte zwar durch Einführung des Krankenkassenwahlrechts eine stärkere Annäherung an Strukturen privater Unternehmen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass sich das Kassenwahlrecht als Steuerungskonzept im Wesentlichen in der Binnenstruktur dieses Sozialversicherungszweiges auswirkt. Demgemäß weist der Bundesrat darauf hin, dass

Der Status Kunde ist durch eine schuldrechtliche, vorvertragliche Beziehung zum Verkäufer bis zum Einkauf, der Status Stammkunde ist durch weiteren, freiwilligen Einkauf gekennzeichnet. Kunde und Verkäufer stehen sich mit

Aus dem Vergleich der unterschiedlichen Statusverhältnisse des Kunden einerseits und des Versicherten andererseits wird deutlich, dass hier keine Umfirmierung unter Beibehaltung der vorhandenen Rechtsstruktur signa-

FUSSNOTEN

- ¹ Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Bericht der Kommission für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz-Kommission) Stand Oktober 2002; www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/moderne-dienstleistungen-am-arbeitsmarkt.html
- ² vergleiche Steinbach in: Hauck/Noftz, SGB IV K 29 Rz. 9.

Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Verhältnis untereinander und zu ihren Mitgliedern vom Solidarprinzip geprägt sind und

nicht mit freien Unternehmen vergleichbar seien³. Es kommt hinzu, dass die solidarische Beitragsbelastung beibehalten, die Risikosektion für die Kas-

sen verboten und der jeweilige Träger nicht unter dem Gesichtspunkt der Autonomie⁴ geschützt ist.

FUSSNOTEN

³ Die „Wettbewerbsselemente“ im KV-Bereich seien allein zu dem Ziel eingeführt worden, die Krankenkassen im Interesse des ordnungsgemäßen Funktionierens des Systems zu veranlassen, ihren gesetzlichen Auftrag im Verhältnis zu den Leistungserbringern nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit auszuüben; Bundesrat in: Stellungnahme zu dem Vorhaben, die Krankenkassen dem Kartellrecht zu unterwerfen und damit Regelungen des privaten Sektors zu übernehmen, Bundesratsdrucksache 176/12.

⁴ ausführlich Baltzer, das „Grund“ Recht der gesetzlichen Krankenkassen auf finanzielle Autonomie, Marburg, 2015.

Customer Value/Customer und Lifetime Value · Anglisierend wird der Kunde auch als Customer bezeichnet. Es ist ein umfangreiches Begriffsumfeld mit Anglizismen entwickelt, das die schuldrechtliche Beziehung des Kunden zum Unternehmen auffächert.

Customer Value im Sinne eines Kundennutzens und Kundenwerts ist Teil der Unternehmensplanung, um anhand unternehmensinterner Prozesse zu ermitteln, ob damit ein Gewinn erzielt werden kann. Da Kunden in der Regel nicht gezwungen werden können, die Leistungen des eigenen Unternehmens zu erwerben, müssen sie über einen überragenden Kundennutzen überzeugt werden, dieses zu tun. Maßstab bleibt der Gedanke der Wertschöpfung des

Unternehmens beziehungsweise die Rentabilität des Kunden¹. Dies ist das Ergebnis einer Teilkostenrechnung. Kunden erhalten Leistungen und Betreuung, die ihrem Deckungsbeitrag entsprechen. Die profitabelsten Kunden, häufig auch als Key Customer bezeichnet, erhalten eine aufwändigere Betreuung als sogenannte VIP oder Premium Kunden. Bei unrentablen Kunden wird der Aufwand zurückgefahren.

Die Träger der Sozialversicherung sind dagegen keine Unternehmen, die auf eigene Wertschöpfung angelegt sind, sondern sie sind in ein Versicherungssystem eingebunden, in dem die versicherten Risiken, wie Krankheit, Mutterschaft, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Arbeitslosigkeit, Erwerbs-

minderung, Alter und Tod gemeinsam solidarisch von allen Versicherten getragen werden. Gerade Geringverdienende mit niedrigen Beiträgen bedürfen häufig angesichts geringerer Qualifikation intensiverer Beratung und Betreuung. Mit der Verwendung des Begriffs Customer Value und Key Customer würde signalisiert, dass eine derartige Entwicklung zu sogenannten Premium Kunden und Lower Kunden angestrebt und der Aspekt des Solidaritätsprinzips in den Hintergrund gedrängt wird. Demgemäß ist das von Kretschmer angeführte Beispiel, wonach „als ‚Serviceleistungen‘ deklarierte Kündigungsschreiben an besonders kostenträchtige ‚Versicherte in Einzelfällen‘ gesandt werden“, dem Gedanken der solidarischen Sozialversicherung diametral entgegengesetzt².

FUSSNOTEN

¹ ausführlich zum wissenschaftlichen Standort der Betriebswirtschaftslehre das führende Standardwerk, Wöhe/Döring, Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 25. Auflage, Seite 5 ff.

² Zu den Auswirkungen vergleiche Kretschmer, SGB 2015, 361: Werbepremien für Mitarbeiter für neue „Kunden“, Begrüßungsgelder, Sachleistungen für Kassenwechsel bis hin zu „Zur Frage der Aufsicht über Effizienz- und Wettbewerbsgesichtspunkte“. Vergleiche Stellungnahme der Bundesregierung BT Drucksache 17/14712, Seite 82.

Compliance · Ziel des Compliance ist die Haftungsvermeidung durch Normverstöße. „Versicherungsunternehmen müssen über ein wirksames internes Kontrollsystem verfügen, das mindestens Verwaltungs- und Rechnungslegungsverfahren, einen internen Kontrollrahmen, eine angemessene unternehmensinterne Berichterstattung auf allen Unternehmensebenen sowie eine Funktion zur Überwachung der Einhaltung der Anforderungen (Compliance-Funktion) umfasst“, so

§ 29 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Die sich hierfür von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) herausgegebenen Richtlinien zur Haftungsvermeidung im Unternehmen sind auch sinngemäß auf Träger der Sozialversicherung anzuwenden¹.

Das Institut der Wirtschaftsprüfer definiert in einem Standard zur Prüfung von Compliance-Management-Systemen (PS 980)² detaillierte Grundele-

mente. Der Standard soll Compliance-Verantwortlichen in Unternehmen eine Richtschnur und Grundlage zur Einhaltung von Gesetzen, Regelungen und Selbstverpflichtungen im Rahmen eines Compliance-Management-Systems bieten. Beratungsunternehmen, insbesondere die großen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, bieten auf dieser Grundlage ein umfassendes branchen- und compliance-spezifisches Know-how auch für den öffentlichen Sektor an³.

FUSSNOTEN

¹ „Mindestanforderungen an das Risikomanagement für Versicherungsunternehmen“ (MaRisk VA) Rundschreiben 3/2009 für Versicherungsunternehmen und Pensionsfonds. BMF Schreiben vom 8.2.2013, für die Sozialversicherung in Bund und Länder weitergeleitet durch das BVA mit Rundschreiben vom 11.4.2013, www.bundesversicherungsamt.de (Stichwort Finanzen und Vermögen).

² IDW PS 980 Grundsätze ordnungsmäßiger Prüfung von Compliance-Management-Systemen; Pg Supplement 2/2011, Seiten 78 ff., FN-IDW 4/2011, Seiten 203 ff.) vom 11.3.2011 (Stand).

³ wie: Ernst und Young www.ey.com; KPMG https://home.kpmg.com/de; für Krankenkassen PWC http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma; Deloitte www.deloitte.com

Solche Vermeidungsstrategien sind durchaus für den öffentlichen Sektor hilfreich. Bei der Übernahme derartiger Standards sollten aber die strukturellen Unterschiede zwischen kaufmännischem Bereich und öffentlichem Bereich deutlich sein. Im kaufmännischen Bereich scheinen Regelverstöße unter dem Primat der Compliance in

betriebswirtschaftlicher Betrachtung in Kauf genommen zu werden, wenn es sich bei der Wertschöpfung „rechnet“. Mit dem Konstrukt Compliance soll ein Schaden von dem privatautonomen Unternehmen abgewendet werden, der durch Rechtsverstöße entsteht. Die betriebswirtschaftliche Messlatte gestattet es aber, Bußgelder gegebenfalls einzukalkulieren, wenn dies in der Wertschöpfung günstiger ist. Dies widerspricht dem Rechtsstaatsprinzip, dem öffentlich-rechtliche Körperschaften verfassungsgemäß verpflichtet sind. Ein betriebswirtschaftlich orientiertes Verständnis der Compliance ist geeignet, das Verständnis des Rechtsstaates aufzuweichen⁴.

FUSSNOTEN

⁴ Zur Bedeutung von Compliance für die Sozialversicherung auch unter Hinweis auf den Public Corporate Governance Kodex des Bundes vergleiche Bosse, „Die Bedeutung von Corporate Governance und Compliance in der Sozialversicherung“, in: WzS 2010, 133ff. Auch Borrmann, Hauck/Noftz, SGB IV K 7 Rz. 2f.

Consulting · Der englische Begriff Consulting (lateinisch von *consultare* beraten, befragen, beratschlagen, um Rat fragen) ist breit angelegt. Im Management-Vokabular ist der Begriff verengt auf eine Dienstleistung von externen, unabhängigen Personen oder Beratungsorganisationen, insbesondere in der Unternehmensberatung, im Management Consulting und in der IT-Beratung. Diese Branche sieht sich seit einigen Jahrzehnten wachsender Akzeptanz und steigender Inanspruchnahme gegenüber.

In diesen wachsenden Beratermarkt¹ drängen die Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, insbesondere die Big4², verstärkt als Mitbewerber in den öffentlichen Sektor. Gemäß § 2 Wirtschaftsprüferordnung (WPO) sind Wirtschaftsprüfer befugt, in wirtschaftlichen Angelegenheiten zu beraten und fremde Interessen zu wahren. Dies ist einmal eine Strategie zur Markterweiterung, aber auch Ersatz für wegfallenden Personalbedarf aufgrund verstärkter Digitalisierung

der Wirtschaftsprüfung und des Wegfalls von sogenannten Non Audit Aufgaben³. Als „Perspektive des Berufsstands der Wirtschaftsprüfer 2025“ sehen die Wirtschaftsprüfer als erfolgreiches Berufsbild den spezialisierten Berater, der das „Ankergeschäft Prüfung“ durch prüfungsferne Beratung ergänzt⁴. Demgemäß werben insbesondere die Big4 bei Kostenträgern wie Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherung sowie Rentenversicherung um betriebswirtschaftliche Beratungsaufträge im Management- und im Strategiebereich.

Für die Sozialversicherungsträger ist die externe Beratung hilfreich, wenn Beratung für nicht vorhandene Kompetenzen des Sozialversicherungsträgers zu Einzelfragen extern eingekauft werden; sie führt aber zu einer Abhängigkeit und zu mangelnder Kompetenz bei ständiger Inanspruchnahme; hier müsste vielmehr erforderliche Kompetenz intern aufgebaut werden. Ständiges externes Consulting würde es privaten Dienstleistungsunterneh-

men darüber hinaus gestatten, den öffentlichen Bereich als Marktsegment in ihre Geschäftspolitik einzubeziehen. Dies kann bedeuten, dass Sozialversicherungsträger und private Leistungserbringer, wie Krankenhaus-Konzerne, Pharmaindustrie, Reha Klinikkonzerne zu Marktsegmenten der großen global agierenden Wirtschaftsprüfungsgesellschaften werden. Auf der Grundlage der durch die Rechnungsprüfung gewonnenen Autorität entstehen durch prüfungsnahe und prüfungsferne umfassende Netzwerke der Mandanten mit wechselseitigen Einflüssen.

Die uneingeschränkte Verwendung des Consulting verbunden mit der Rechnungsprüfung signalisiert somit die Einbeziehung von Sozialversicherungsträgern in die Unternehmensstrategie großer privater Dienstleistungskonzerne⁵. Ferner macht sie den Aufbau eigener Kompetenzen der Verwaltung entbehrlich, so dass die Verwaltung letztlich geschwächt wird.

FUSSNOTEN

¹ Aufgrund der gestiegenen Nachfrage nach wirtschaftsprüfungsnaher Beratung ergaben die Berechnungen der Lünendonk-Analysten eine Steigerung des Marktvolumens in 2014 von 11,5 Milliarden Euro um 2,6 Prozent auf 11,8 Milliarden Euro. Lünendonk-Liste, www.luennendonk.de.

² wikipedia: „Als Big Four werden die vier Wirtschaftsprüfungsgesellschaften bezeichnet, die die überwiegende Mehrheit der börsennotierten Kapitalgesellschaften weltweit prüfen und beraten“.

³ Verordnung (EU) Nr. 537/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.4. 2014 über spezifische Anforderungen an die Abschlussprüfung bei Unternehmen von öffentlichem Interesse und zur Aufhebung des Beschlusses 2005/909/EG der Kommission, Artikel 5, Verbot der Erbringung von Nichtprüfungsleistungen

⁴ Backhaus/Kirsch/Kraft, Perspektiven des Berufsstandes der Wirtschaftsprüfer 2025 Projektbericht, in: Beiheft zu den IDW Fachnachrichten Nr. 2/2015 http://ercbusiness.erc.de/wp-content/uploads/2015/07/WP2025_Projektbericht.pdf; vergleiche auch FAZ vom 10.10.2014: „Wirtschaftsprüfer im Beratungsräusch“.

⁵ Die Veränderung von Regelungsstrukturen durch die Einbeziehung nichtstaatlicher Akteure in unterschiedlichen Politikfeldern, „Gouvernement with society“ dürfte hier aber nicht demokratische Partizipation, sondern gewinnorientierte Marktstrategie sein.

DR. GERO-FALK BORRMANN
Fritz-Erler-Str. 11
76133 Karlsruhe



Abb. 1: „Der Chirurg“ von David Teniers, 1670. Chrysler Museum of Art, Norfolk, Gift of Walter P. Chrysler, Jr.

DR. SIMONE KAHLOW

Die „Krankheiten der Seefahrer“ in archäologischen Quellen

Das Meer als Transportweg für Mensch, Tier und Handelswaren wurde nachweislich bereits in der Antike mit Schiffen befahren. Und schon immer barg es Gefahren für die Gesundheit, sei es durch kriegerische Auseinandersetzungen, Wetterkapriolen oder Krankheiten. Mit Hilfe von schriftlichen und archäologischen Überlieferungen gelingt es, zumindest für die Zeit ab dem 16. Jahrhundert gezielte Aussagen zur medizinischen Fürsorge an Bord von Kriegs- und Handelsschiffen zu treffen.

Seit wann Heilkundige auf Seeschiffen mitreisten, um sich im Bedarfsfall um die Besatzung zu kümmern, ist unbekannt. Schriftquellen offenbaren jedoch, dass Schiffsärzte zumindest in der römischen Flotte eingesetzt wurden. Es muss vermutet werden, dass allein Kriegsschiffe, die folglich im Namen der Herrschenden handelten, medizinische Unterstützung erfuhren. Wie konsequent diese Hilfe durchgeführt wurde und wie es den Seeleuten auf Handelsschiffen erging, bleibt zunächst im Dunkeln. Genaues entnehmen wir einem Gesetz, das erst über 1.000 Jahre später schriftlich festgehalten wurde, das Gesetz von Oléron. 1144 verkündet es erstmalig, dass Seeleute, die bei Kämpfen im Dienste des Schiffes verwundet wurden, auf Kosten der Reeder geheilt werden sollten. Ihnen stand spezielle Kost und Pflege zu, die auch an Land

erfolgen konnte. Im Falle ihres Todes sollten zudem die Erben eine Entschädigungszahlung erhalten.

Mit der Frühen Neuzeit häufen sich Berichte von und über sogenannte „Schiffsärzte“. Handelskompanien wie Herrschaftshäuser als unmittelbare Akteure der Europäischen Expansion, unterstützten die Gesundheit der Reisenden, denn der Tod der Seeleute hätte vor allem finanzielle Verluste nach sich gezogen.

Wer waren nun diese Schiffsärzte, die bis zu sechs Monate auf dem offenen Meer für etwa 200 Mann auf Handels- und bis zu 800 Mann auf Kriegsschiffen zu sorgen hatten? Bis ins 18. Jahrhundert handelte es sich in der Regel um Barbierchirurgen, zuweilen auch Bader und Scharfrichter. Sie entstammten folglich einem handwerk-

lichen Beruf und unterschieden sich in Ausbildung und Können deutlich von den studierten Physici. Während letztere vor allem innere Behandlungen vornahmen, etwa das Verschreiben und mitunter auch Anfertigen von Arzneien oder die Urinschau, waren handwerklich geschulte Medizinalvertreter versucht, alles anbieten zu wollen.

Neben den eben aufgeführten Tätigkeiten führten sie äußere Behandlungen, wie Schröpfen, Aderlass, Verbandwechsel und chirurgische Eingriffe durch (Abb. 1). Derart vielseitig bewandert dienten sie als günstiges, begehrtes Personal an Bord von Handelsschiffen, das von ein bis zwei Gesellen unterstützt wurde und sein medizinisches Equipment mitunter auf eigene Kosten besorgte. Auf Kriegsschiffen arbeiteten Barbierchirurgen zusammen mit Gesellen, Apothekern

und studierten Ärzten. Obendrein wurde ihnen eine gefüllte Arzneikiste bei Amtsantritt übergeben. Doch es ist offensichtlich, dass drei bis fünf Heilkundige an Bord nicht adäquat für mehrere hundert Mann sorgen konnten – zumindest nicht in Zeiten, in denen mitunter mehr als die Hälfte der Besatzung auf einmal an Malaria, Gelbfieber oder Skorbut erkrankte.

„Schiffsärzte“ im Fundus der Unterwasserarchäologie

Von besonderer Relevanz für die frühneuzeitliche Segelschiffahrt waren die Gewürzroute von Europa über das Kap der Guten Hoffnung nach Indien sowie die Wege nach Amerika und vom Westen Amerikas nach Asien. Doch Unwetter, kriegerische Auseinandersetzungen, mangelnde Navigationskenntnisse sowie die Manövrierunfähigkeit der Schiffe aufgrund einer durch Krankheit arbeitsunfähig gewordenen Besatzung führten zum Untergang vieler Schiffe.

Seit den 1950er Jahren gelingt es durch Innovationen in der Tauch- und Computertechnik zunehmend, Schiffswracks zu orten und wissenschaftlich zu untersuchen. Taucher bargen unter anderem auch medizinisches Equipment, das sich kaum von den Arzneien, Behältern und chirurgischen Instrumenten unterscheidet, wie sie zu jenem Zeitpunkt auch an Land von den Medizinalvertretern genutzt wurden. Abb. 1 ermöglicht den Blick in eine typische Barbierstube des 17. Jahrhunderts. Zu sehen sind zwei Barbierchirurgen. Während der erste einem Patienten zur Seite steht, der offensichtlich gerade einen Ader-

lass überstanden hat – die gefüllte Barbierschüssel steht noch greifbar in der Nähe – führt der zweite einen chirurgischen Eingriff durch. Nahe der Eingangstür wartet eine ältere Frau. Sie trägt einen Weidenbehälter, der üblicherweise genutzt wurde, um die leicht zerbrechlichen Urinale für die Uroskopie zu transportieren. Der gesamte Raum ist mit Objekten gefüllt, welche vor allem die Durchführung pharmazeutischer Medizin widerspiegeln: Mörser, Arzneigefäße, Vorratsbehälter, Pflanzen, Knochen sowie eine Barbierschüssel. Die gleiche Ausstattung findet sich an Bord eines Handelsschiffs des 17. Jahrhunderts. Die Batavia, ein Schiff der Niederländischen Ostindien-Kompanie (Abk. VOC) sank 1629 vor der australischen Küste. Bei ihrer Bergung über 400 Jahre später kamen ebenfalls Arzneibehälter, Mörser und Barbierschalen zutage (Abb. 2 und 3).

Enge, Gestank und Parasiten Barbierschalen wurden vielseitig genutzt, etwa zum Aderlass und Rasieren. Und das Scheren von Bart und Kopfhair war nötig, um kleine Parasiten daran zu hindern, sich in den Haaren einzunisten. Prinzipiell stellt mangelnde Hygiene ein großes Problem auf Seeschiffen der Frühen Neuzeit dar. Wenn über 200 Menschen vier bis sechs Monate auf einem Schiff unterwegs waren, war diese Zeit geprägt von Enge und Gestank: Jedem Seemann standen nur 40 Zentimeter Hängemattenbreite in den Zwischendecks zur Verfügung, Wasser und Essen wurden mit zunehmender Dauer der Fahrt schlecht, und der unterste Bereich des Schiffes, die Bilge, gefüllt

mit Unrat, Fäkalien und faulem Ballast, stank.

Unerträglicher Geruch ging zudem von mitgeführten Tieren und den Seeleuten selbst aus. Letzteren haftete häufig ein und dieselbe Kleidung am Leib, die ebenso selten gewaschen wurde wie der Körper, der sie trug. Tatsächlich ist dies nachvollziehbar. Denn das

Abb. 2: Barbierschüssel von der Batavia (1629), BAT00516A-001, Western Australian Museum.



Abb. 3: Arzneigefäße von der Batavia (1629), BAT02305-001, Western Australian Museum.



Salzwasser brannte auf der wunden, mitunter blutig gekratzten Haut und Trinkwasser war für diesen Verwendungszweck zu kostbar. Dem Gestank der Menschen und Tiere an Bord war ebenso schwer beizukommen wie jenem, der vom Schiffskörper ausging.

Fäkaliengeruch verbreitete sich mitunter über das ganze Schiff. Die Bilge etwa wurde bei schlechten Zeiten als



Abb. 4: Das „Klosett“ der „Bremer Hansekogge“ (14. Jahrhundert). Foto: Laska, Deutsches Schifffahrtsmuseum.

Abfallgrube und Abort genutzt. Dies ist insofern verständlich, da den einfachen Seeleuten auf vielen Handelsschiffen Aborte gar nicht oder nur auf dem Schiffsdeck zur Verfügung standen. Offiziere, gutsituierte Mitreisende sowie der Kapitän konnten in der Regel auf zwei überdachte Aborte auf der Heckseite zurückgreifen. Belege für solche Anlagen sind schon für das Mittelalter archäologisch überliefert. Auf der Bremer „Hansekogge“ etwa befand sich der Abort ebenfalls achtern. Es wird angenommen, dass der Sitzende halb aus seinem Klosettverschlag herauschaute, um auf diese Weise das Wasser weiterhin im Blick behalten zu können (Abb. 4).

Belege für Nachttöpfe wurden bisher eher selten nachgewiesen. Sie bestehen vor allem aus teuren Materialien, wie Zinn, und standen demnach ebenfalls nicht der einfachen Mannschaft zur Verfügung. Wie unangenehm der Gebrauch von Nachttöpfen auf Schiffen war, wurde unter anderem von dem Pilger Felix Fabri auf seiner Jerusalemfahrt im Jahr 1483 beschrieben: „Jeder Pilger hat neben seinem Bett

ein Urinal – ein Gefäß aus Terrakotta, eine kleine Flasche – in die er uriniert und sich erbricht. Da aber die Unterkünfte bei der Fülle der Menschen sehr beengt und außerdem dunkel sind und da ein ständiges Kommen und Gehen herrscht, kommt es selten vor, dass diese Gefäße nicht schon vor Abend umgestoßen werden. Ja, mit schöner Regelmäßigkeit stößt irgendein Töpel, getrieben von einem dringenden Bedürfnis, im Vorübergehen fünf oder sechs dieser Gefäße um und hinterlässt einen unerträglichen Gestank. Aber wirklich ernsthaft werden die Schwierigkeiten bei schlechtem Wetter, wenn die Aborte [oben am Bug] ständig von Wellen überspült werden. Will man also mitten in einem Sturm auf den Abort, läuft man Gefahr, von Kopf bis Fuß durchnässt zu werden, weshalb sich viele vorher ihrer Kleidung entledigen und splitterfasernackt nach vorn gehen.“

Ein Mittel gegen den Geruch war das Schrubben der Decks. Doch auch diese Maßnahmen hatten zuweilen tödliche Konsequenzen. Etwa dann, wenn das Wasser in die Bilge tropfte und der dort untergebrachte Ballast aufgrund mangelnder Ventilation Fäulnisgase entwickelte. Mitunter wurden in der Bilge arbeitende Seeleute bewusstlos und erstickten infolge des hohen Kohlendioxidgehalts.

Enge und Dunkelheit eines Schiffs boten Parasiten einen hervorragenden Nährboden. So verwundert es kaum, dass diese auch archäologisch nachgewiesen wurden. Überreste von Kopflauseiern zwischen den Zacken von Kämmen sowie Flohpanzer und Rattenknochen stammen beispielsweise von der MARY ROSE, einem britischen Kriegsschiff, das im Jahr 1545 im Solent gesunken war.

Die Krankheiten der Seeleute

Mangelnde Hygiene, inadäquate Vitaminzufuhr, wechselndes Klima, schmutzige und dünne Kleidung, schwere körperliche Arbeit sowie Viren unterschiedlichster Art hatten unweigerlich zur Folge, dass Seeleute an Bord im Laufe ihrer Reise erkrankten. Hinzu kam ein hohes Verletzungsrisiko. So mag es nicht verwundern, dass etwa die Royal Navy für die Jahre 1793 bis 1813 festhält, 79 Prozent aller Todesfälle an Bord ihrer Schiffe wären auf Krankheiten und Unfälle und nicht auf feindliche Auseinandersetzungen zurückzuführen.

Die Medizinalvertreter an Bord sahen sich mit Umständen konfrontiert, denen sie nicht beikommen konnten. Der ungesunden Ernährung etwa konnten sie aufgrund mangelnder Haltbarkeit von Lebensmitteln langfristig nichts entgegensetzen. Nahrung und Trinkwasser zeigten mit der Zeit deutliche Spuren des Verfalls. Sie wurden schimmelig, von Maden bewohnt und mit dem Kot von Parasiten, wie Ratten, verunreinigt. Magen-Darm-Erkrankungen waren die Folge.

Für die Gesundheit weit gefährlicher waren die kleinen Ungeziefer. Flöhe, Läuse, Milben und Mücken waren verantwortlich für Pest- und Flecktyphus, Malaria und Gelbfieberepidemien – Krankheiten, die meist tödlich endeten. Die Barbierchirurgen an Bord kannten kaum effektive Mittel, diese unbekannt, tropischen Krankheiten zu behandeln. In der Regel arbeiteten sie noch immer im Sinne der Viersäftelehre, indem sie versuchten, schwarze und gelbe Galle, Blut und Schleim in einen ausgewogenen Einklang zu bringen.

Wirksame Therapien kannten die Medizinalvertreter der Frühen Neuzeit vor allem bei der Behandlung von Hautkrankheiten. Die Krätze etwa tauchte

überall dort auf, wo viele Menschen auf engstem Raum zusammenlebten. Sie wird durch Milben verursacht. Der Betroffene kratzt sich und reibt auf diesem Wege den Milbenkot in die Haut ein. Im ungünstigsten Fall kann Krätze zur Sepsis und damit sogar zum Tod führen. Barbierchirurgen öffneten Blasen, Furunkel und ähnlich gefüllte Hauterscheinungen mit einem Skalpell. Doch dies war immer der zweite Lösungsweg. Solange es noch möglich war, wurden gerötete Hautstellen mit Salben eingerieben, denen eine nicht unwesentliche Konzentration Quecksilber beigemischt war. Die toxische Wirkung war nicht unbekannt – tatsächlich löst Quecksilber bei einer Überdosierung oder regelmäßigem Einnahme den vorzeitigen Tod aus – dennoch wurde es noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Heilmittel eingesetzt. Quecksilber wurde auf all jenen Schiffswracks archäologisch nachgewiesen, von denen auch medizinisches Equipment überliefert ist. Von der AVONDSTER etwa, einem Schiff der VOC, das 1659 vor Sri Lanka sank, stammt – neben einer Vielzahl medizinischer Instrumente, wie einem Klistier, Barbierschalen, Salbengefäße, Schröpfköpfe – auch ein Behälter mit Quecksilberglobuli. Welche Krankheit damit tatsächlich behandelt wurde, ist nicht mehr nachvollziehbar: Quecksilber war in der frühneuzeitlichen Medizin omnipräsent.

Neben dessen Einsatz bei Ungezieferbefall und Hautkrankheiten erlangte es einen besonderen Ruf bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Syphilis und Tripper waren bei Seeleuten

jener Zeit weit verbreitet. In diesem Sinne schrieb der Schiffsarzt Joseph Strehler, der 1828 auf einem holländischen Kauffahrteischiff von Rotterdam nach Batavia reiste, Matrosen seien recht ungebildet und würden, kaum an Land, ihre Ersparnisse „recht im Rausche der Wollust und Freude durchbringen“. Gesättigt kehrten sie auf das Schiff zurück, mit mehr oder minder angenehmen Erinnerungen beziehungsweise körperlichen Andenken, wovon sie der Schiffsarzt wieder befreien sollte.

Gerade im 19. Jahrhundert waren entsprechende Krankheiten ein teures Vergnügen. Die Behandlung venerischer Krankheiten war zeitaufwändig und musste vom Patienten aus eigener Tasche bezahlt werden. Neben dem Einreiben und Einatmen von Quecksilber wird von Archäologen vor allem die anale Verabreichung von Quecksilber thematisiert, sobald das Metall in kleinen Dosierungen oder gar Klistiere, mit denen das Mittel verabreicht wurde, geborgen werden. Nicht immer zu unrecht. So fanden sich in einem Klistier, das von der Queen Anne's Revenge stammt, tatsächlich Quecksilberrückstände. Das einst französische Sklavenschiff sank 1718 vor North Carolina. Zum Zeitpunkt des Untergangs befand es sich im Besitz des berühmten Piraten Blackbeard, der das Schiff mitsamt Schiffsarzt gekapert hatte.

Dieser archäologische Beleg beweist folglich, dass Quecksilber tatsächlich anal verabreicht wurde. Doch welche Indikation lag dem zugrunde? Interessanterweise findet die anale



Abb. 5: James Lind, von Sir George Chalmers (ca. 1720 bis 1791)

Behandlung von Syphilis mittels Quecksilber kaum in den Schriftquellen Erwähnung. Stattdessen tauchen in diesem Zusammenhang vor allem Eingeweidewürmer und Verstopfungen wiederholt auf. Dass Verstopfungen unter Seeleuten ein allgegenwärtiges Problem darstellten, ist bekannt. Die Trinkwasserversorgung an Bord war völlig unzureichend und die Mannschaft ernährte sich vor allem von stark gesalzenen und blähenden Gerichten, wie Dörrfisch, Schiffszwieback und Erbsensuppe. Ein Reisender, der um 1700 nach Manila reiste, berichtet etwa, dass das Dörrfleisch ohne purgativen Einlauf keinen Ausgang gefunden hätte. Der Arzt Bernardino Ramazzini, der zum gleichen Zeitpunkt die Krankheiten der Handwerker untersuchte, riet hingegen von Laxativa jeglicher Art ab, da ein Schiff für die Wirkung keine passende Umgebung sei.

Literatur

- Bruijn, Iris Diane Rosemary (2009): *Ship's surgeons of the Dutch East India Company. Commerce and the progress of medicine in the eighteenth century.* Leiden.
- Gardiner, Julie (Hg.) (2005): *Before the mast. Life and death aboard the Mary Rose.* Portsmouth.
- Gesner, Peter (1991): *Pandora, An archaeological perspective.* Queensland.
- Kahlow, Simone (2013): Archäologische Erkenntnisse zu medizinischen Tätigkeiten auf Schiffen der Frühen Neuzeit. In: Cordula Nolte (Hg.): *Phänomene der »Behinderung« im Alltag. Bausteine zu einer Disability History der Vormoderne.* Affalterbach, Seiten 125 bis 148.
- Lind, James (1772): *A treatise on the scurvy. In three parts. Containing an Inquiry into the Nature, Causes, and Cure, of that Disease. Together with a critical and chronological view of what has been published on the subject.* By James Lind, M. D. Physician to his Majesty's Royal Hospital at Haslar near Portsmouth, and Fellow of the Royal College of Physicians in Edinburgh.

Eintönige Ernährung führte zu Mangelkrankheiten und folglich zur Seefahrerkrankheit per excellence, dem Skorbut. Skorbut entsteht nach zwei bis vier Monaten ohne Vitamin C. Dieses ist für die Bildung von Kollagen und damit für das Bindegewebe zuständig. Ein Mangel führt demnach zu Blutungen, einer unzureichenden Wundheilung sowie Zahn- und Haarausfall. Diese Erscheinungen werden begleitet von Schwäche, Aggressionen, Depressionen, Halluzinationen und Blindheit. Schließlich folgt eine zunehmende Herzschwäche und bei Nichtbehandlung schließlich der Tod des Betroffenen.

Historische Aufzeichnungen geben wiederholt darüber Auskunft, dass ein ganzes Schiff aufgrund dieser Krankheit völlig navigierunfähig wurde.

Heute ist bekannt, dass Vitamin C in frischem Obst und Gemüse enthalten ist. Und tatsächlich wird auch in den mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Quellen sporadisch berichtet, dass frische Vegetabilien stets an Bord von Handelsschiffen sein sollten beziehungsweise Seefahrerkrankheiten mit ihnen wirksam behandelt wurden. Erstaunlicherweise hatten diese Beobachtungen keine anhaltende Relevanz. Im 17. und 18. Jahrhundert forderte Skorbut daher eine Unzahl an Todesopfern. Mitte des 18. Jahrhunderts untersuchte schließlich James Lind, Schiffsarzt bei der Royal Navy, die Wirkung von Zitrusfrüchten durch Auslassverfahren systematisch und veröffentlichte seine Ergebnisse (Abb. 5)

Doch erneut wurde diese Erkenntnis nicht sofort genutzt, um entsprechende Todesfälle auf Seeschiffen zu verhindern. Erst wenige Jahrzehnte später setzte sich der regelmäßige Genuss von „Lemon Juice“ in der Royal Navy durch. Zum Teil war dieser Saft völlig wirkungslos, da verschiedene

Verfahren, mit denen der Saft haltbar gemacht werden sollte, zur Vernichtung der notwendigen Vitamine führte oder gar auf Limonen statt Zitronen zurückgegriffen wurde. Limonen waren günstiger, enthielten jedoch auch viel weniger Vitamin C. Etwa 20 Jahre nach Linds bahnbrechender Arbeit verlor James Cook auf seiner ersten Fahrt durch den Pazifischen Ozean einen Großteil seiner Besatzung durch Skorbut. Auf seiner zweiten Reise versorgte er seine Mannschaft mit frischem Obst, Gemüse, Malzbier und Sauerkraut – mit Erfolg.

Archäologisch gestaltet es sich sehr schwierig, eine bewusste Anti-Skorbut-Versorgung an Bord nachzuweisen. Die schriftlichen und archäologischen Belege der Hms Pandora sind vor diesem Hintergrund bisher einmalig. Das Schiff wurde 1790 von der britischen Admiralität ausgesandt, um die Meuterer der Bounty aufzunehmen. Es scheiterte am Great Barrier Riff vor der australischen Küste und sank. Bei der Bergung wurden über 150 Tontöpfe gleicher Machart entdeckt, die den Forschern zunächst Rätsel aufgaben. Durch die Einsicht in die entsprechenden historischen Dokumente wurde schließlich ersichtlich, dass die Pandora 340 Tontöpfe mit Kieferessenz

zum Brauen von Kiefernbeer an Bord genommen hatte – eine hervorragende Vitamin-C-Quelle.

Medizinische Ausstattung

Medizinisches Equipment, wie es unter anderem auch von der Hms Pandora (1791) überliefert ist, kann prinzipiell in eine pharmazeutische und eine chirurgische Ausstattung unterschieden werden. Quantitativ überwiegen auf allen archäologisch untersuchten Schiffswracks pharmazeutische Belege, insbesondere durch Funde von Arzneibehältern (Abb. 6). Dies entspricht durchaus der Realität. Noch heute werden chirurgische Eingriffe nur dann durchgeführt, wenn alle unblutigen Alternativen versagen.

Pharmazie

Wie die pharmazeutische Ausstattung an Bord von Segelschiffen der Frühen Neuzeit aussah, ist zeitgenössischen Pharmakopöen (amtliche Arzneibücher) und archäologischen Überlieferungen zu entnehmen. Von der Amsterdam etwa, einem Handelsschiff der VOC, das auf den Weg nach Batavia im Jahr 1749 bereits an der englischen Küste sank, hat sich mindestens eine Bordapotheke erhalten. Unter anderem wurden Ingredienzien für Arzneien



Abb. 6: Funde der Pandora, von links Aderpresse, Klistier, Mörser und Fläschchen mit Nelkenöl (Gesner 1991, Seite 36).

geborgen, wie sie in den Arzneimittel-listen des 18. Jahrhunderts aufgeführt werden. Dazu zählen etwa die Samen des Tamarindenbaums, die zur Vorbeugung beziehungsweise Behandlung von Skorbut sowie als Abführmittel eingenommen wurden.

Ein ebenfalls wichtiger Bestandteil der frühneuzeitlichen Arzneikiste waren spanische Fliegen, die bei der Bergung entdeckt wurden. Für eine medizinische Behandlung wurden sie zerdrückt, mit Fett vermischt und als Salbe auf die schmerzende Stelle gerieben. Durch das in der Fliege erhaltene Reizgift Cantharidin gab das Mittel eine wohl-tuende Wärme ab und fand als Pflaster bei Migräne und rheumatischen Beschwerden Anwendung.

In den Pharmakopöen wurden nicht allein pflanzliche und tierische, sondern auch mineralische Inhaltsstoffe aufgeführt. Einen Einblick in die Auswahl dieser Arzneiingredienzien ermöglichen die Funde der Kronan, einem schwedischen Kriegsschiff, das 1676 im Gefecht gegen die Dänen sank – etwa 800 Mann kamen bei der Explosion ums Leben. Zu den medizinischen Objekten gehörten mindestens zwei gefüllte Bordapotheken. Die Arzneibe-hälter beinhalteten Fette, Heilkräuter und Gewürze, aber auch mineralische Stoffe, wie Antimon, Quecksilber, Schwefel, Bernstein und Gold. Letzteres wurde bereits in der antiken Medizin in Pulver- oder Blättchenform angewendet. Im 17. Jahrhundert war die Wirkung bereits in der Kritik. Unter Aristokraten wurde Gold jedoch weiterhin als Heil-mittel gegen Syphilis und Tuberkulose eingenommen.

Chirurgie

Verletzungen waren auf Schiffen nicht ungewöhnlich. Sie entstanden arbeitsbedingt, durch Unachtsamkeit, schlechte Wetterbedingungen sowie interpersonelle Gewalt. Wie erwähnt, wurden chirurgische Belege im Vergleich zu pharmazeutischen Überresten archäologisch bisher nur selten von Kriegs- und Handelsschiffen nachgewiesen. Überliefert sind die Griffe chirurgischer Instrumente sowie Trepane, etwa von der Mary Rose (1545) und der Lastdrager (VOC, 1653). Trepane dienten dazu, ein Loch in den menschlichen Schädel zu bohren, etwa um einen erhöhten Gehirnnendruck zu minimieren oder auch, um Knochenstücke zu entfernen.

Neben diesen wenigen Objekten können chirurgische Eingriffe zudem an den Seeleuten selbst nachgewiesen werden. Ihre sterblichen Überreste wurden sowohl von Schiffen als auch von Friedhöfen der Marinehospitäler und Invalidenanstalten geborgen. Die anthropologischen Untersuchungen jener, die etwa in den Marinehospitälern von Plymouth und Portsmouth an der Südspitze Englands verstarben, lassen erkennen, dass diese Männer bei ihrem Tod kaum älter als 30 Jahre gewesen waren. Ähnliche Resultate erzielten die Untersuchungen der sterblichen Überreste, die von der Mary Rose (1545), Vasa (1628) und Kronan (1676) überliefert sind.

Doch während die Todesgründe der in den Schiffswracks geborgenen Individuen in der Regel offensichtlich sind, ist dies für die in den Spitälern gestorbenen Seeleute selten möglich. Ihre Gebeine weisen vor allem darauf hin, dass sie ein entbehrungsreiches und kampfbereites Leben geführt hatten, ihr Tod jedoch eher durch

kurzverlaufende Infektionskrankheiten verursacht worden war. Verletzungen, die tödlich ausgingen, waren dementsprechend kaum nachweisbar, ebenso wie chirurgische Eingriffe. Diese äußerten sich insbesondere durch Amputationen der unteren Gliedmaßen, auffällig häufig unterhalb des Knies. Amputation der oberen Extremitäten konnten kaum beobachtet werden. Eine Oberarmamputation wurde bei einem Jugendlichen nachgewiesen; die Schnittfläche wies zwei Knochen-sprünge auf. Es wird daher vermutet, dass der Betroffene während des Eingriffs bei Bewusstsein war und sich ruckartig bewegt hatte.

Neben vollständigen Skeletten wurden auch einzelne Amputationsstümpfe geborgen. Sie verraten einiges über die Ausführung der Knochentrennung. Einkerbungen am Knochen etwa weisen darauf hin, dass die Haut einige Zentimeter unter der Schnittfläche durchtrennt wurde, um den später entstandenen Stumpf vollständig bedecken zu können.

Während auf den Friedhöfen der Marinehospitäler nur Seeleute zu finden sind, die in diesen Einrichtungen verstarben, wurden auf den Friedhöfen der Invalidenanstalten vor allem Angehörige der Kriegsmarine bestattet, die im Dienst bleibende Schäden erhalten hatten beziehungsweise alt geworden waren. Dies unterstreichen auch die archäologischen Untersuchungen, die bisher einzig in der Invalidenanstalt von Greenwich, London, durchgeführt wurden. Das durchschnittliche Sterbealter lag demnach zwischen 70 und 80 Jahren. Die Gebeine zeugen von Mangel- und Infektionskrankheiten sowie interpersoneller Gewalt. Knochenbrüche wurden relativ häufig beobachtet; dennoch waren chirurgische Eingriffe nur selten durchgeführt worden. Wie in

den Marinehospitälern konzentrierten sich diese Behandlungen vor allem auf Amputationen, besonders im Bereich der unteren Extremitäten. Ein bemerkenswerter Unterschied liegt jedoch in der Beobachtung, dass in den Invalidenanstalten vor allem „Über-Knie-Amputationen“ nachgewiesen wurden, während in den Marinehospitälern „Unter-Knie-Amputationen“ überwogen. Ganz offensichtlich wurden Amputationen über dem Kniegelenk eher überlebt!

Obwohl zeitgenössische Darstellungen ehemalige Seefahrer im Alter gern in einem mehr als lädierten Zustand wiedergeben – nur zu bekannt sind Augenklappe und Piratenstelze – konnte eine derartige Prothesenversorgung bei den untersuchten Individuen der Marinehospitälern und Invalidenanstalten durch die Objekte selbst nicht

nachgewiesen werden. Umbauprozesse an den Knochenstümpfen lassen mitunter die Nutzung eines Stelzfußes erahnen. Häufiger fanden Anthropologen hingegen stark ausgeprägte Muskelansatzmarken an den Oberarmen. Sie können als signifikantes Zeugnis für die Anwendung von Gehstützen/Krücken gedeutet werden.

Fazit

Das Leben auf Seeschiffen der Frühen Neuzeit war geprägt von Entbehrungen, Krankheiten und einem mitunter zu frühen Tod. Das medizinische Personal versuchte mit allen, der Zeit entsprechenden Mitteln, Krankheiten zu verhindern beziehungsweise zu heilen. Archäologisch kann dies durch Bordapotheken nachgewiesen werden, die eine amtlich aufgeführte Grundausstattung zu beinhalten hatten.

Wie aufgezeigt wurde, überwiegen pharmazeutische Behandlungen weit über den chirurgischen Eingriffen – zu Recht, da gegen Wundstarrkrampf und übermäßigen Blutverlust noch keine Gegenmittel beziehungsweise -maßnahmen bekannt waren. Nichtsdestotrotz war es für die auf Handels- und Kriegsschiffen Mitreisenden aus gesundheitlicher Perspektive ein Fortschritt, Heilkundige an Bord zu haben, die auch gesetzlich dazu angehalten wurden, Prävention zu betreiben, zu kurieren und den Mindeststandard einer medizinischen Ausrüstung mit sich zu führen.

DR. DES. SIMONE KAHLOW
Deutsches Schiffahrtsmuseum
Hans-Sharoun-Platz 1
27568 Bremerhaven

Rezension

Achtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – Kinder- und Jugendhilfe

■ Ausführlicher Ratgeber von Horst Marburger, 126 Seiten, 9,95 EUR, ISBN 978-3-8029-7313-0. 11. aktualisierte Auflage. Walhalla Fachverlag, Regensburg 2016.

Obwohl das SGB VIII die Zukunft in kinder- und jugendpolitischer Hinsicht grundsätzlich mitgestaltet, ist es in der breiten Öffentlichkeit wenig bekannt. Dabei erreichen die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nahezu alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Das zeigt sich besonders an ihren beiden größten Leistungsbereichen: Fast jedes Kind in Deutschland wird in

einer Kindertageseinrichtung oder von einer Tagesmutter beziehungsweise einem Tagesvater betreut und gefördert; rund eine Million junger Menschen wird bundesweit von erzieherischen Hilfen erreicht.

Der praktische Fachratgeber „SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe“ zeigt insoweit Leistungen und Ansprüche der Kinder- und Jugendhilfe im Einzelnen auf:

- Hilfen zur Erziehung
- Anspruch auf einen Betreuungsplatz
- Erteilung der Pflegeerlaubnis
- Beurkundungen

- Schutz des Kindeswohls
- Hilfen für ausländische Kinder und Jugendliche
- Vaterschaftsanerkennungen
- Pflichten des Amtsvormunds
- Träger der Jugendhilfe

Der praxisorientierte Fachratgeber ist ideal für Aus- und Fortbildung, für Jugendämter, Gerichte, Rechtsanwälte, für die Jugendgerichtshilfe und soziale Einrichtungen.

DD ■

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

Vorstand

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 25. Februar 2016 Marietta Rüth von ihrem Amt als Mitglied im Vorstand – auf Arbeitgeberseite – entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Regionalausschüsse

Gruppe der Versicherten

Regionalausschuss Chemnitz Ebenfalls in der vorgenannten Sitzung hat der Vorstand Petra Lietzau von ihrem Amt als 2. Stellvertreterin

des Mitglieds Gerald Voigt im Regionalausschuss Chemnitz entbunden. Hierfür wurde Norman Friske, geboren 1984, Dresden, als Nachfolger gewählt.

KBS ■

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Gruppe der Arbeitgeber Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 25. Februar 2016 Marietta Rüth

von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Dr. Christian Gravert im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche entbunden.

Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

KBS ■

Personalnachrichten

50-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtmann
Wolfgang Grübener 1.4.2016

Regierungsobersekretär
Eberhard Hornig 1.4.2016

Regierungsoberamtsrat
Helmut Kern 1.4.2016

40-jähriges Dienstjubiläum

Krankenpflegehelferin
Margret Mieth 1.3.2016

Koch
Johannes Brockmann 27.3.2016

Verwaltungsangestellte
Doris Tost 29.3.2016

Stationsschwester
Dorothea Klettke 1.4.2016

Verwaltungsangestellte
Monika Nowak 1.4.2016

Regierungshauptsekretär
Heimo Roth 1.4.2016

Verwaltungsangestellte
Barbara Roth 1.4.2016

Verwaltungsangestellter
Norbert Richter 17.4.2016

Stationspfleger
Alfred Schmiedel 17.4.2016

Bürogehilfin
Angelika Karulak 26.4.2016

25-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte
Sybille Enge 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Martina Felsch 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Sigrid Fuchs 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Sabine Gleba 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Sevim Kiris 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Birgit Pelikan 1.3.2016

Stv. Küchenleiter
Michael Serf 1.3.2016

Hausgehilfin
Dagmar Wagner 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Anna Wallwey 1.3.2016

Telefonistin
Teresa Witt 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Heidrun Wittenberg 1.3.2016

Verwaltungsangestellte
Bärbel Woche 1.3.2016

Verwaltungsangestellte Bettina Zimmermann	1.3.2016	Verwaltungsangestellte Gisela Breuer	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Birgit Koch	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Petra Riedel	2.3.2016	Krankenschwester Ute Büttner	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Jana Kommritz-Großer	1.4.2016
Bürogehilfin Anette Hauke	4.3.2016	Verwaltungsangestellte Heike Defß	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Gudrun Krause	1.4.2016
Bürogehilfin Sybille Salzer	4.3.2016	Verwaltungsangestellter Adelbert Domke	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Andreas Krüger	1.4.2016
Verwaltungsangestellter Ulrich Salzmann	9.3.2016	Verwaltungsangestellte Kerstin Drenkelfort	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Roswitha Kuenzel	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Barbara Wloch	10.3.2016	Verwaltungsangestellte Silvia Eichler	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Antje Kunze	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Ilona Hajek	11.3.2016	Verwaltungsangestellter Peter Ennenbach	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Udo Lasch	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Simone Zimmermann	13.3.2016	Verwaltungsangestellte Barbara Exner	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Birgit Leckelt	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Kristina Nollau	15.3.2016	Verwaltungsangestellter Sirko Fengler	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Monika Lehmann	1.4.2016
Archivgehilfin Karin Vogel	15.3.2016	Verwaltungsangestellter Harald Gäbler	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Elvira Lehmann	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Ursula Böhme	18.3.2016	Verwaltungsangestellte Elke Gentsch	1.4.2016	Krankenschwester Christa Lindhorst	1.4.2016
Regierungsamtmann Thomas Horst	18.3.2016	Verwaltungsangestellter Dieter Gräbig	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Manuele Loeffler	1.4.2016
Regierungsoberinspektorin Silke Kuhlmann	18.3.2016	Verwaltungsangestellte Simone Graf	1.4.2016	Medizinisch-technische Assistentin Bettina Loose	1.4.2016
Regierungsoberinspektorin Doris Liesegang	18.3.2016	Verwaltungsangestellte Uta Gruner	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Barbara Lorenz	1.4.2016
Regierungsamtfrau Claudia Riemenschneider	18.3.2016	Verwaltungsangestellter Steffen Haupt	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Birgit Lorenz	1.4.2016
Regierungsoberinspektorin Claudia Schmiedeken	18.3.2016	Verwaltungsangestellte Angela Heduschka	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Heide Mansk	1.4.2016
Regierungsamtfrau Tanja Skrzypczak	18.3.2016	Verwaltungsangestellte Ilona Heine	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Verona Mattig	1.4.2016
Regierungsamtmann Herbert Weiner	25.3.2016	Verwaltungsangestellte Ina Heinke	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Karin Merk	1.4.2016
Verwaltungsangestellter Bernd Dr. Pohlmeier	31.3.2016	Handwerker Uwe Helmert	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Christine Mertke	1.4.2016
Hausgehilfin Elvira Adolph	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Oliver Herberger	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Evelyn Möbis	1.4.2016
Registrierungsangestellte Roswitha Biller	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Ilona Hofmann	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Simone Motz	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Ulrike Birich	1.4.2016	Krankenschwester Sylvia Kadelka	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Brunhilde Müller	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Susanne Böhme	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Dagmar Kanis	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Günter Nischan	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Heike Bräuniger	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Iris Kasputtis	1.4.2016	Schreibkraft Silvia Nötzold	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Bresk, Ingrid	1.4.2016	Angestellte im Schreibdienst Ina Klein	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Kerstin Perge	1.4.2016

Verwaltungsangestellter Rainer Perge	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Schmidt, Annerose	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Petra Ziegenhardt	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Elke Peter	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Maria Schmidt	1.4.2016	Arzthelferin Marina Zips	1.4.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Pfütsch	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Thomas Schneider	1.4.2016	Patientenbegleitdienst Rita Klingebiel	2.4.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Pilz	1.4.2016	Angestellte Heike Schnier	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Sabine Gerding	4.4.2016
Verwaltungsangestellte Sabine Pleß	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Sabine Schönherr	1.4.2016	Arzthelferin Sibylle Hartmann	4.4.2016
Verwaltungsangestellte Cornelia Pohlert	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Manuela Schultheiß	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Jutta Hellmann	4.4.2016
Verwaltungsangestellte Gabriela Pönitz	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Claudia Seegers	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Kerstin Herberger	6.4.2016
Verwaltungsangestellte Katja Reimann	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Beatrix Unterstraßer	1.4.2016	Sozialversicherungsfachangestellte Ilka Ullrich	10.4.2016
Verwaltungsangestellte Marina Reimer	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Marion Voigt	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Alexandra Hintzmann	11.4.2016
Verwaltungsangestellte Katja Remke	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Ingo Weber	1.4.2016	Raumpflegerin Marianne Heuser	15.4.2016
Verwaltungsangestellte Margit Rind	1.4.2016	Krankenschwester Hildegard Weidemann	1.4.2016	Hausgehilfin Maria Quabeck	15.4.2016
Verwaltungsangestellte Rosmarie Rinke	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Axel Weißer	1.4.2016	Verwaltungsangestellter Norbert Ruhl	15.4.2016
Regierungsamtfrau Petra Roth	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Cornelia Werner	1.4.2016	Stationssekretärin Birgit Uehleemann	15.4.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Rudolph	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Brigitte Wiesenberg	1.4.2016	Sozialversicherungsfachangestellte Barbara Schüngel	23.4.2016
Verwaltungsangestellter Thorsten Schaller	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Ramona Wilsenack	1.4.2016	Regierungsamtfrau Birgit Freisewinkel	25.4.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Scheller	1.4.2016	Krankenschwester Isabella Witala	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Gabriele Bauer	26.04.2016
Verwaltungsangestellter Wolfram Schmidt	1.4.2016	Verwaltungsangestellte Petra Wollermann	1.4.2016		

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 304-80080/80090

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

