124. Jahrgang · November I Dezember 2014

Kompass

Schrittweise vorwärts: Die Pflegereform

MÜNDEN DIE NATIONALEN SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT IN EINE EUROPÄISCHE SOZIALUNION?

NEUE HAUSHALTSJOB-BÖRSE DER MINIJOB-ZENTRALE

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Die Reform vor der Reform: Das Erste Pflegestärkungsgesetz

11 Europa und die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit
Der Weg in eine europäische Sozialunion?

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

21 Klageverfahren gegen die Unterlassung der Anpassung des Klassifikationsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

26 Die neue Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale
Mit Minijobbern das Familienleben und Erwerbstätigkeit in Einklang bringen

28 „Guter-Rat-Weg“ eröffnet
Knappschaft engagiert sich im Rahmen der Vorsorge

29 Minijobs in Privathaushalten: Im Fokus der Medienarbeit

BERICHTE UND INFORMATIONEN

33 Wechsel in der Selbstverwaltung bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

Rezensionen
Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher

34 SGB VI Teil II Handbuch der Rentenversicherung

35 Personalnachrichten

35 Impressum

Titelbild:
Das Erste Pflegestärkungsgesetz:
noch nicht der große Wurf, aber ein
Schritt in die richtige Richtung.
© flucas - fotolia.com

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

© flucas - fotolia.com

DR. CHRISTINA SCHULTE

Die Reform vor der Reform: Das Erste Pflegestärkungsgesetz

Lange warten Experten, Pflegebedürftige und insbesondere von einer Demenzerkrankung Betroffene auf eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung. Die notwendigen Konzepte liegen vor, doch die am 1. Januar 2015 in Kraft tretende Reform, das Pflegestärkungsgesetz I, wird den großen Wurf noch nicht bringen.

Die aktuelle Situation der Pflegeversicherung

1995 trat nach zum Teil heftig geführten Debatten und Diskussionen die soziale Pflegeversicherung in Kraft. Damals erhielten etwa eine Million Menschen erstmals Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Zwanzig Jahre später tritt nun am 1. Januar 2015 das Fünfte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft und bringt mit dem Pflegestärkungsgesetz I eine Leistungsausweitung für Pflegebedürftige sowie einen Pflegevorsorgefonds. Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen von Union und SPD und gegen das Votum der Opposition hat der Bundestag am 17. Oktober 2014 das erste Pflegereformgesetz gebilligt.

Ausgangslage

Heute beziehen mehr als 2,4 Millionen Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung[1]. 1,66 Millionen pflegebedürftige Menschen (rund 70 Prozent) werden in ihrer häuslichen Umgebung versorgt, 724.000 Pflegebedürftige (rund 30 Prozent) sind in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht. Etwa 1,18 Millionen Betroffene werden ausschließlich durch private Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde etc.) gepflegt.
Auf der Anbieterseite sind in den letzten 15 Jahren starke Impulse von der Pflegeversicherung ausgegangen. Die Angebotskapazitäten, insbesondere im häuslichen/ambulanten Bereich, sind erheblich ausgebaut worden, was insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der Pflege-Infrastruktur geführt hat.

Dennoch ist die Lage der Pflegeversicherung nicht gut. Legt man den Anstieg des allgemeinen Verbraucherpreisindex zugrunde, so ist es in den vergangenen Jahren zu einer realen Entwertung der Versicherungsleistung gekommen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich seit Einführung der Pflegeversicherung die Dienstleistungen der Pflegeheime um 19,4 Prozent und die Dienstleistungen ambulanter Pflegedienste sogar um 26,2 Prozent verteuert. Durch die unterbliebene beziehungsweise nur unzureichende Dynamisierung der Leistungsbeträge in der Vergangenheit hat sich der Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung in den letzten Jahren verstärkt.

Aktuelle gesetzliche Regelungen

Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit hat die Pflegeversicherung die Zielsetzung, pflegebedürftigen Menschen Hilfen zu leisten, um so ihren Alltag menschenwürdig meistern zu können. Die Hilfen werden im Einzelfall je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gewährt durch Zahlung eines Pflegegeldes, wenn die Pflege zum Beispiel durch Angehörige oder Freunde erfolgt, oder durch Pflegesachleistungen bei professioneller ambulanter Pflege. Ist ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich, werden von der Pflegeversicherung Leistungen für stationäre Pflege übernommen[2]. Auch Zuschüsse für Pflegehilfsmittel und für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können gewährt werden.

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Pflege bedürfen.

Unterschieden werden drei Pflegestufen:

- Pflegestufe 1 – erhebliche Pflegebedürftigkeit
- Pflegestufe 2 – Schwerpflegebedürftigkeit
- Pflegestufe 3 – Schwerstpflegebedürftigkeit

Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigt, kann ein sogenannter Härtefall vorliegen. Die Pflegekasse hat dann die Möglichkeit, in diesem Fall im Rahmen der Pflegesachleistung und der vollstationären Pflege höhere Leistungen zu gewähren. (Dies kann beispielsweise im Endstadium einer Krebserkrankung oder bei Patienten im Wachkoma der Fall sein.) Daneben gibt es noch die sogenann-

te Pflegestufe 0 für Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe 1 erfüllen.
Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beziehungsweise der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft (SMD) stellt im Auftrag der Pflegekasse fest, in welche Pflegestufe der Pflegebedürftige gehört. Der MDK/SMD nutzt dazu die Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen. Diese Richtlinien geben dem MDK/SMD Anhalts(zeit)werte für die einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Daraus ergibt sich:

Pflegestufe 1 –
erhebliche Pflegebedürftigkeit:
Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen. Auf die Grundpflege müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.

Pflegestufe 2 –
Schwerpflegebedürftigkeit:
Der zeitliche Aufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe 3 –
Schwerstpflegebedürftigkeit:
Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss bei mindestens fünf Stunden täglich liegen. Der Anteil an der Grundpflege muss dabei mindestens vier Stunden täglich betragen.

Das heutige System geht damit von einem sogenannten „verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ aus. Er ist fokussiert vorrangig auf die Bedürfnisse altersgebrechlicher Menschen. Bereits seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit aus diesem Grund kritisiert und außerdem weil er zu stark an Minutenwerten orientiert und zu einseitig somatisch ausgerichtet ist.

Abb. 1: Leistungsempfänger 2013 nach Altersgruppen

Jahre	Leistungsempfänger	in Prozent %
bis 15	80.777	3,1
15 – 20	31.331	1,2
20 – 25	29.693	1,1
25 – 30	28.363	1,1
30 – 35	25.518	1,0
35 – 40	24.717	1,0
40 – 45	33.035	1,3
45 – 50	50.652	2,0
50 – 55	66.955	2,6
55 – 60	76.808	3,0
60 – 65	100.044	3,9
65 – 70	115.989	4,5
70 – 75	224.071	8,7
75 – 80	363.632	14,1
80 – 85	455.410	17,6
85 – 90	498.032	19,2
Über 90	379,043	14,7

Quelle: GKV-SV, eigene Darstellung

Herausforderungen für die Pflegeversicherung
Die Pflegeversicherung muss sich längst auf große Herausforderungen einstellen: Aufgrund des demografischen Wandels wird es einen hohen Anstieg der pflegebedürftigen Menschen geben. Außerdem wird die Zahl der an einer Demenz erkrankten Personen steigen. Pflegebedürftigkeit ist eben kein Restrisiko, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das mit zunehmendem Alter steigt (Abb.1).

- Auswirkungen der demografischen Entwicklung (Abb.2)

Der demographische Wandel gehört zu den tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen. Er wird im Wesentlichen durch drei Faktoren bestimmt. Erstens ist die Geburtenhäufigkeit so niedrig, dass sich die Elternjahrgänge nicht mehr vollständig durch die Geburt von Kindern ersetzen. Mit dieser Situation sind eine Reihe weiterer Veränderungen verknüpft. Es haben sich die Formen partnerschaftlichen Zusammenlebens verändert. Verheiratet sein und Kinder haben gehört nicht mehr selbstverständlich zu jedem Lebensentwurf. Werden Familien gegründet, dann geschieht dieses zu einem späteren Zeitpunkt des Lebensverlaufs. Die Zahl der geschiedenen Ehen ist hoch und immer mehr Kinder wachsen in sogenannten „Patchworkfamilien“ auf. Zweitens werden die Menschen immer älter, wobei die gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit erfreulicherweise anwachsen. Die Langlebigkeit ist enorm angestiegen und in dem Maße, wie geburtenstarke Jahrgänge das Rentenalter erreichen, nimmt auch die Zahl älterer Menschen zu. So positiv, gewünscht und gefördert diese Entwicklung auch ist, sie erhöht zwangsläufig die Zahl der Personen und ihre Verweildauer in den sozialen Sicherungssystemen. Drittens ist der heute bestehende Altersaufbau zu einem Beschleuniger des Alterns geworden, da geburtenstarke Jahrgänge in ein immer höheres Alter vorrücken und geringer besetzte Jahrgänge nachfolgen.

Das Altern der Bevölkerung gehört zu den großen sozialpolitischen Herausforderungen. Die Pflegeversicherung ist davon in besonderem Maße betroffen, weil mit zunehmendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit wächst. Vor allem ab dem 70. Lebensjahr erhöht sich das Pflegerisiko stark.

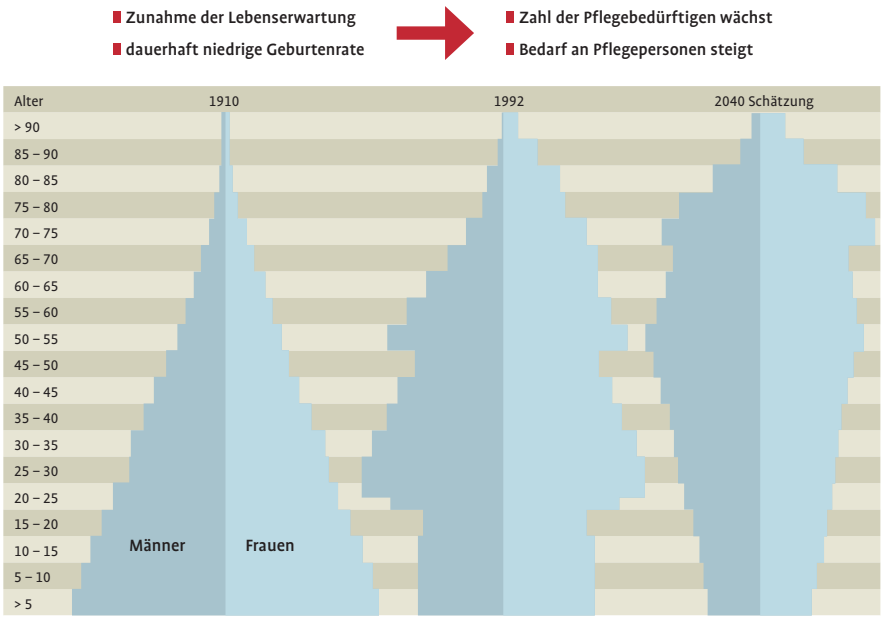
Noch vor 150 Jahren lag die allgemeine Lebenserwartung in Deutschland bei kaum mehr als 40 Jahren. Heute liegt sie bei Frauen bei fast 81 Jahren, bei Männern bei 74 Jahren. In 2050 wird die durchschnittliche Lebenserwartung bei 87 bis 91 Jahren liegen. Langlebigkeit ist immer häufiger zu beobachten. Die Zahl der über 90jährigen hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt[3].

Viele der älteren Generation sind dabei zwar viel aktiver und leistungsfähiger als vergangene Generationen, so dass sie mehr gesunde Jahre erleben, aber auch ihnen können zum Ende des Lebens schwierige Phasen bevorstehen, die unter Umständen von Pflegebedürftigkeit bestimmt sein werden.

Andere alt gewordene Menschen leiden an Krankheiten, die früher zu einem schnellen Tod geführt hätten. Heute haben moderne Medizin und Vorsorge diese eindämmen können, ohne sie jedoch vollständig zu heilen. Auch die Personen sind oft auf Pflege angewiesen.

82 Prozent aller Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter, jeder Dritte ist über 85 Jahre alt. Die Zahl der über 65jährigen wird sich bis 2050 verdoppeln, die Zahl der über 85jährigen wird sich sogar vervierfachen. Im Jahre 2050 wird deshalb in Deutschland mit 4 bis 4,3 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen sein. Besonders hervorzuheben ist, dass diese Pflegebedürftigen besonders alt sein werden, dass sie vor allem in ihrer letzten Lebensphase Pflege benötigen und dass viele von ihnen (zusätzlich) an einer dementiellen Erkrankung leiden werden.

Abb. 2: Demographische Entwicklung



Quelle: Statistisches Bundesamt

Konsequenzen für die Pflegeversicherung

Die demografische Entwicklung wird sich also nachhaltig auf die Pflegeversicherung auswirken, dabei wird der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen über 4 Millionen im Jahr 2040 die gravierendste Herausforderung darstellen.

Mehr Pflegebedürftige benötigen mehr Pflegekräfte. Innerhalb der nächsten zehn Jahre wird sich ein Bedarf von bis zu 400.000 zusätzlichen Vollzeitstellen für Pflegekräfte auftun. Im Jahr 2025 werden rund 152.000 Pflegefachkräfte fehlen[4].

Demografie und Demenz

Noch bedrückender werden die Probleme für die Pflegeversicherung, berücksichtigt man die besondere Situation der an einer Demenz erkrankten Menschen.

Das Wort „Demenz“ leitet sich ursprünglich von dem Lateinischen „de mens“ ab, was so viel bedeutet wie „ohne Geist“.

Eine Demenz ist eine krankheitsbedingte Hirnleistungsstörung, bei der das Gedächtnis und die Denkfähigkeit abnehmen. Demenzen beginnen fast immer im höheren Lebensalter und gehören damit zu den folgenschwersten Alterskrankheiten. Bei einer Demenz sind mehrere geistige und verstandesmäßige Bereiche betroffen, wie die Orientierung oder die Lern- und Urteilsfähigkeit, was die dementen Menschen in ihren alltäglichen Aktivitäten erheblich beeinträchtigt. Sowohl ihr Sozialverhalten als auch ihre Motivation und ihre Persönlichkeit verändern sich. Eine Demenz ist also mehr als eine "einfache" Gedächtnisstörung. Sie zieht das ganze Sein des Menschen in Mitleidenschaft, seine Wahrnehmung und sein Verhalten.

Die Ursachen für eine Demenz sind sehr vielfältig. Am häufigsten tritt sie bei der sogenannten Alzheimer-Erkrankung und bei Gefäßerkrankungen des Gehirns (sogenannte vaskuläre Demenz) auf. Je nachdem, wie ausgeprägt die Demenz ist, unterscheidet man allgemein leichte, mittelgradig schwere und schwere Formen. Die meisten Demenzformen sind nicht heilbar, lassen sich aber im Frühstadium zunächst noch positiv beeinflussen. Es gibt auch sehr seltene Fälle von Demenzen, die sich zurückbilden. Eine Ganzheitstherapie aus Medikamenten, die den Verlauf der Demenz verzögern, sowie aus Gedächtnistraining, Verhaltens- und Soziotherapie erhält die Lebensqualität

sowohl der Menschen mit Demenz als auch derer, die sie betreuen.

Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu. Das Lebensalter ist für diese Erkrankung das größte Risiko.

Die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Ausgestaltung gewährt an Demenz erkrankten Menschen jedoch noch immer nicht die Hilfen, die sie zur menschenwürdigen Gestaltung ihres Alltags benötigen. Das liegt daran, dass der heutige Pflegebedürftigkeitsbegriff verrichtungsbezogen ist und den Betreuungs-, Anleitungs- beziehungsweise Begleitungsbedarf, den Demenzkranke benötigen, nicht umfasst. Die Fragen, wie selbständig ein Mensch seinen Alltag planen und bewältigen kann, ob jemand soziale Betreuung hat oder welche Bedarfe notwendig sind, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, bleiben unberücksichtigt. Der gegenwärtige Begriff der Pflegebedürftigkeit steht deshalb seit langem in der Kritik, weil er eben gerade diese Aspekte des Pflegebedarfs wie allgemeine Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, Kommunikation und soziale Teilhabe nicht ausreichend einbezieht. Er ermöglicht nicht den ganzheitlichen Blick auf den Menschen.

Erste Verbesserungen durch vergangene Reformen

Anders als die gesetzliche Krankenversicherung war die Pflegeversicherung in der Vergangenheit nicht ständigen Reformen ausgesetzt. Zwei wesentliche Reformen sind bisher erfolgt:
Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) und das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz). Beide Gesetze enthalten Regelungen, um die Situation von an Demenz erkrankten Menschen besser zu berücksichtigen. Eine Novellierung des Pflegedürftigkeitsbegriffs erfolgte jedoch nicht.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Im Jahr 2008 trat eine erste gestaltende Reform der Pflegeversicherung – das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) – in Kraft.
Um die Pflegeversicherung zukunftsfähig zu machen und um sie noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten, wurden durch das PfWG einige strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vorgenommen, die den Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärken. Hierzu gehörten unter anderem die stufenweise Anhebung der Leistungsbeträge bis zum Jahr 2012, insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege, kurze Fristen zur Begutachtung und für die Bescheiderteilung und der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege. Eine Reihe von Maßnahmen sollte außerdem dazu beitragen, die Qualität in der Pflege zu verbessern und für mehr Transparenz zu sorgen. Überdies wurde eine umfassende individuelle Pflegeberatung installiert, die den Betroffenen und ihren Angehörigen eine Begleitung im Sinne eines umfassenden Case-Managements anbietet.

Ein wichtiger Schritt war die Regelung von Betreuungsleistungen. Seit dem 1. Juli 2008 haben Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unabhängig von der Pflegestufe einen monatlichen Leistungsanspruch von 100 Euro Grundbetrag beziehungsweise 200 Euro erhöhtem Betrag zusätzlich zu den pflegestufenabhängigen Leistungen der Pflegeversicherung. Zu den Betreuungsleistungen gehören zum Beispiel

- die Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen, um Angehörigen und Pflegepersonen eine "sichere" Auszeit zu ermöglichen,
- die Unterstützung bei sinnvoller Beschäftigung, wie zum Beispiel gemeinsames Lesen, Gesellschaftsspiele, gemeinsames Betrachten von Fotos, gemeinsames Kochen oder Backen etc.,
- die Mobilisation in Begleitung, wie zum Beispiel Spazieren gehen, Gehübungen mit Rollator oder anderen Gehhilfen, Bewegungsübungen (jedoch nicht als Ersatz für Physiotherapie!),
- die Begleitung bei Unternehmungen zu Fuß, wie zum Beispiel Arztbesuch, Behördenbesuch, Einkäufen und Apothekengang.

Durch diese Maßnahmen sollte die Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen gestärkt und die pflegenden Angehörigen entlastet werden. Damit wurde aber vor allem ein Schritt getan, um den an Demenz erkrankten Personenkreis in die Pflegeversicherung einzubeziehen.

Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Das am 29. Juni 2012 beschlossene Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) ist eine weitere Reaktion des Gesetzgebers auf den Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung. Die zentralen Regelungen dieses Gesetzes waren:

- Flexiblere Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen durch die Einführung von Leistungskomplexen und Zeitkontingenten,
- Förderung von Wohngruppen,
- Verbesserung der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Das PNG sah der Gesetzgeber als Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. So erhielten an Demenz erkrankte Personen in der Pflegestufe 0[5] neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen erstmals ein Pflegegeld oder Pflegesachleistungen; in den Pflegestufen 1 und 2 wurden die Leistungsbeträge für diesen Personenkreis aufgestockt. Diese Leistungen wurden bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befristet.

Erwartungen

Beide Reformen sind mehrheitlich trotz guter Ansätze als „kleine Würfe“ eingeordnet worden. Mit der Einbeziehung der Demenzerkrankten in das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Pflegeversicherung wurden wichtige Weichen gestellt, um eine von Beginn an bekannte Versorgungslücke zu schließen. Die Einführung eines neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde jedoch weiter hinausgezögert.

Groß sind deshalb die Erwartungen an die Pflegereform des Jahres 2015, zumal bereits der Koalitionsvertrag eine schnellstmögliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusagte.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II soll nunmehr eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung in zwei Stufen erfolgen.

Das Erste Pflegestärkungsgesetz

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I will die Bundesregierung die Situation Pflegebedürftiger verbessern. Es sieht insbesondere Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige, die Erhöhung der Zahl der Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen und die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds vor. Zur Finanzierung wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozent erhöht[6].
Die wichtigsten Neuregelungen werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt.

Leistungsverbesserungen

Die Geld- und Sachleistungen werden um 4 Prozent erhöht[7]. Die Leistungen, die mit dem PNG Ende 2012 eingeführt worden sind, werden um 2,67 Prozent angepasst.
Die ab dem 1. Januar 2015 bestehenden Leistungsansprüche zeigt die Abb. 3.

Erhöht werden auch die Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, für Tages- und Nachtpflege, für Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldverbesserungen. Ebenso werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen angehoben[8].

Durch diese Leistungsanhebungen soll der Preisentwicklung der letzten drei Jahre Rechnung getragen werden. Dies ist zu begrüßen, weil die Pflegebedürftigen hierdurch entlastet werden.

Darüber hinaus sind folgende Leistungsverbesserungen vorgesehen:

- Die Leistungen der Kurzzeit - und Verhinderungspflege können in Zukunft besser miteinander kombiniert und so flexibler gehandhabt werden. Statt vier Wochen sind bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr möglich, die Pflegekasse übernimmt dafür künftig bis zu 3.224 Euro (bisher bis zu 3.100 Euro). Verhinderungspflege soll unter entsprechender Anrechnung auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden können (statt bisher bis zu vier Wochen). Bisher standen für Verhinderungspflege pro Jahr bis zu 1.550 Euro, demnächst stehen bis zu 2.418 Euro jährlich zur Verfügung.

- Die Leistungen für Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) werden ausgebaut.
Wer ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld bekommt, kann künftig daneben Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung voll in Anspruch nehmen. Auch Demenzkranke profitieren erstmals von dieser Leistung.

- Die Pflegeberatung wird gestärkt.
Neue Angebote in der Pflegeversicherung und eine flexible Inanspruchnahme der Leistungen bringen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen viele Vorteile, machen das Leistungsmanagement aber auch komplexer. Qualifizierte Pflegeberater(innen) sollen stärker als bisher den Pflegebedürftigen im Sinne eines Fallmanagements beratend zur Seite stehen und helfen, die angebotenen Unterstützungen passgenau in Anspruch nehmen zu können.

- Neue Wohnformen werden stärker unterstützt.
Der Wohngruppenzuschlag, den Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung erhalten, wenn sie eine Pflegekraft in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens drei Pflegebedürftigen beschäftigen, wird auf 205 Euro pro Monat erhöht. Außerdem gibt es eine Anschubfinanzierung (bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal 10.000 Euro insgesamt je Wohngruppe)

Abb. 3: Leistungsansprüche ab 1. Januar 2015

	Pflegesachleistung		Pflegegeld		Vollstationäre Pflege	
	Beträge monatlich in Euro					
Pflegestufe	**ab 1.1.2015**	**vorher**	**ab 1.1.2015**	**vorher**	**ab 1.1.2015**	**vorher**
Pflegestufe 0/PEA[i]	231	225	123	120		
Pflegestufe I	468	450	244	235	1064	1023
Pflegestufe I/PEA	689	665	316	305		
Pflegestufe II	1144	1100	458	440	1330	1279
Pflegestufe II/PEA	1298	1250	545	525		
Pflegestufe III	1612	1550	728	700	1612	1550
Pflegestufe III/PEA	1612	1550	728	700		
Härtefälle	1995	1918			1995	1918

[i] PEA = Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen
[i] Bei den vollstationären Leistungen erhalten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz keine erhöhten Leistungen; ihre Bedarfe werden im Rahmen der Personalansätze berücksichtigt

für die Gründung einer ambulant betreuten Pflege-Wohngruppe, die künftig einfacher in Anspruch genommen werden kann. Diese Leistungen stehen ab Januar auch Personen in der so genannten Pflegestufe 0 (insbesondere Demenzkranke) zur Verfügung. Auch der Zuschuss für Umbaumaßnahmen wird deutlich aufgestockt, Wohngruppen können demnächst bis zu 16.000 Euro erhalten. Diese Maßnahmen sollen alternative Wohnformen für ältere Menschen erschließen.

- In stationären Einrichtungen wird die Betreuung ausgeweitet.
  Durch finanzielle Leistungen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte von bisher rund 25.000 auf bis zu 45.000 Betreuungskräfte erhöht werden kann.

- Die zusätzlichen Betreuungs- und die neuen Entlastungsleistungen werden ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt.
  Durch die Neuerungen wird die flexible Leistungsinanspruchnahme für alle Pflegebedürftigen möglich.

Ein besonderes Gewicht wird auf Verbesserungen für Demenzerkrankte gelegt. Bislang hatten Menschen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, deren Pflegebedarf aber unterhalb der Pflegestufe I liegt (Pflegestufe 0), nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Dieser wird jetzt maßgeblich erweitert: Künftig können die Betroffenen Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und den Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen erhalten. Zudem wird es auch ihnen ermöglicht, die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen in Anspruch zu nehmen. Damit erhalten sie jetzt Zugang zu allen Leistungen im ambulanten Bereich. Hierdurch soll die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet werden.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Ebenfalls im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es ein neues Leistungsangebot geben, nämlich "niedrigschwellige Entlastungsangebote". Diese neuen Leistungen dienen der Deckung des Bedarfs an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen. Sie tragen dazu bei, Angehörige oder andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Die Leistungen beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter in Betracht.

Einführung eines Pflegevorsorgefonds

Das Geld aus dem Pflegevorsorgefonds soll die Auswirkungen der demografischen Entwicklung abfedern, die ab dem Jahr 2035 erwartet werden. Dann nämlich kommt die Generation der „Baby-Boomer“[9] in das für Pflegebedürftigkeit relevante Alter.

Der Pflegevorsorgefonds wird von der Bundesbank verwaltet und als Sondervermögen geführt. Beginnend mit dem Jahr 2015 sollen bis 2035 jährlich etwa 1,2 Milliarden Euro in den Fonds einbezahlt werden. Ab dem Jahr 2035 wird das dann angesparte Kapital über einen Zeitraum von 20 Jahren an den Ausgleichfonds der Pflegeversicherung abgeführt werden, um Beitragsanhebungen abzumildern.

Finanzierung

Die Neuregelungen des Pflegestärkungsgesetzes I werden durch Beitragsanhebungen finanziert. Insgesamt werden die Beiträge um 0,3 Prozent angehoben. Davon entfallen 0,2 Prozent auf die Finanzierung der Leistungsanhebungen und –verbesserungen und 0,1 Prozent fließen in den Pflegevorsorgefonds.

Schon jetzt steht fest, dass die Beiträge in einem weiteren Schritt um 0,2 Prozent angehoben werden, wenn das Pflegestärkungsgesetz II in Kraft treten wird.

Bewertung

Das Pflegestärkungsgesetz I ist nur ein erster Schritt, ein Pflegestärkungsgesetz II wird folgen. Das Pflegestärkungsgesetz I ist quasi die Vorstufe zu der eigentlichen Reform, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen echten Systemwechsel bringen muss. Die eingeleiteten Veränderungen für die Pflegeversicherung gehen weiter als bei den vorangegangenen Reformen.

Die Leistungsanhebungen, die flexiblere Leistungsinanspruchnahme für alle Pflegebedürftigen und die ausgeweiteten Ansprüche für Demenzerkrankte sind für die Betroffenen dringend notwendig und deshalb zu begrüßen. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen ist unverzichtbar, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung keinen weiteren Realwertverlust erleiden sollen. Das war seit Einführung der Pflegeversicherung bis heute bereits in einem Ausmaß von mehr als 20 Prozent der Fall, weil es bis 2007 zunächst gar keine und danach auch nur eher überschaubare Anpassungen der Leistungen gegeben hat. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass im Jahr 2017 überprüft wird, ob eine weitere Anpassung der Leistungsbeträge erfolgt. Hier wäre eine verbindliche Regelung wünschenswert, damit die Pflegebedürftigen nachhaltig vor einer schleichenden Inflation geschützt werden und die Wertstabilität der Pflegeleistungen dauerhaft gesichert ist.

Kritik an dem Gesetzesvorhaben wurde besonders deutlich vom Sozialverband VdK Deutschland geäußert. Bemängelt wurde, dass die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch immer nicht erfolge und dass der geplante Pflegevorsorgefonds keinen sinnvollen Beitrag für eine zukunftssichernde Finanzierung der Pflege darstelle. Es würde Geld gespart, das heute dringend für die Pflege gebraucht würde[10].

In der ersten Lesung des Gesetzes im Bundestag nannte Bundesgesundheitsminister Gröhe das Gesetz jedoch „einen notwendigen Schritt nach vorne". Alle am Pflegegeschehen Beteiligten sind sich darüber einig, dass ein weiterer, weitaus größerer Schritt folgen muss. Die Arbeiten am Pflegestärkungsgesetz II sollen deshalb gleich nach dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes I beginnen.

Für eine endgültige Bewertung des Pflegestärkungsgesetzes I wird es deshalb darauf ankommen, wie gründlich und wie schnell das Pflegestärkungsgesetz II kommen wird. Nur wenn es tatsächlich gelingt, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein dem entsprechendes neues Begutachtungsverfahren einzuführen, kann das Pflegestärkungsgesetz I als sinnvolle Vorbereitung positiv bewertet werden.

Pflegestärkungsgesetz II

Das Pflegestärkungsgesetz II soll also endlich die große Reform mit Einführung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit bringen.

Dass der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff dringend neu gefasst werden muss, ist seit langem bekannt. Wissenschaft, Verbände und Pflegekassen fordern seit Jahren eine umfassende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um kognitiv-psychisch eingeschränkten Personen in gleicher Weise wie den somatisch eingeschränkten Personen den Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen. Ein umfassendes Verständnis von Hilfe und Unterstützung wird aber einen Systemwechsel darstellen, der sorgfältig vorbereitet werden muss.

Bereits im November 2006 hatte das Bundesministerium für Gesundheit einen (ersten) Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt. Im Mai 2009 legte dieses Expertenteam einen Umsetzungsbericht vor, in dem ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff präsentiert wurde, der die bisherige Fehleinstufung kognitiv-psychisch eingeschränkter Personen in das Leistungssystem der Pflegeversicherung beseitigt. Mit seinen Vorschlägen hatte er bereits damals wichtige Vorarbeiten für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geleistet. Nicht mehr der zeitliche Aufwand für einzelne, vorwiegend auf körperliche Beeinträchtigungen bezogene Maßnahmen ist Maßstab für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, sondern der Grad der Selbständigkeit des Menschen steht im Mittelpunkt. Allerdings ließ der Bericht noch zahlreiche Fachfragen im Detail offen.

In der vergangenen Legislaturperiode[11] hat die damalige schwarz-gelbe Koalition einen weiteren Expertenbeirat eingesetzt, der – auf den Vorschlägen des ersten Expertenteams aufbauend – konstruktive und detaillierte Umsetzungsvorschläge, beispielsweise zur Ausgestaltung des Leistungs- und Vertragsrechts oder zum Bestandsschutz, vorgelegt hat.

Im Juni 2013 wurde der endgültige Bericht vorgelegt, der Vorgaben für die kommende Reform macht. Grundlage für die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens war eine umfangreiche Bestandsaufnahme. Eine breit angelegte Literatur- und Instrumentenanalyse, in die insbesondere die internationale pflegewissenschaftliche Diskussion und vorhandene Einschätzungsinstrumente aus Ländern mit einem methodischen Erfahrungsvorsprung einbezogen wurden, führten im Ergebnis zu einem umfassenden Grundverständnis von Pflegebedürftigkeit, bei dem die fehlende Selbstständigkeit im Umgang mit Krankheitsfolgen im Mittelpunkt steht.

Neue Ausrichtung der Pflegeversicherung

Mit der klaren Ankündigung eines zweiten Pflegestärkungsgesetzes noch in dieser Legislaturperiode will die große Koalition den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren einführen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere Demenzkranke) andererseits soll endlich wegfallen. Es wird dann entscheidend sein, welchen Unterstützungsbedarf der Einzelne hat beziehungsweise wie selbständig er seinen individuellen Alltag meistern kann.

Statt Pflegestufen soll es künftig Pflegegrade geben. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird der Grad seiner Selbstständigkeit sein. Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5).

Um den Grad der Selbstständigkeit einer Person zu messen, werden Aktivitäten in sechs pflegerelevanten Bereichen untersucht. Das Verfahren berücksichtigt erstmals auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Bei dem neuen Begutachtungsverfahren wird nicht mehr wie bisher die Zeit gemessen, die zur Pflege der jeweili-

gen Person benötigt wird, sondern es werden Punkte vergeben, die abbilden, wie weit die Selbstständigkeit einer Person eingeschränkt ist. Anhand der Ergebnisse der Prüfung werden die Pflegebedürftigen dann in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet.

Das neue Begutachtungsinstrument prüft den Hilfebedarf anhand von mehr als 70 Einzelkriterien in Bezug auf Mobilität, Demenz, der Fähigkeit, sich selbst zu versorgen und mit altersüblichen Krankheiten umzugehen. Auch das Alltagsleben und soziale Kontakte sowie außerhäusliche Aktivitäten werden hinterfragt. Zu guter Letzt wird geklärt, inwiefern der Haushalt selbständig geführt werden kann. Denn oft entscheidet gerade dieser Bereich darüber, ob der Mensch noch in der Lage ist, alleine zuhause zu leben.

Weichenstellung für das neue System

Vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss sicherstellt werden, dass das neue Begutachtungssystem praktikabel ist und dass die erwünschten Verbesserungen auch tatsächlich eintreten und den Betroffenen zugutekommen. Aus diesen Gründen wird aktuell erprobt, welche Konsequenzen ein neues Begutachtungsverfahren haben wird.

Diese Erprobung wird im Rahmen von zwei Modellprojekten geschehen.

In einem Modellprojekt – der „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments" – wird untersucht, ob sich das neue Begutachtungsverfahren in der Praxis bewährt. Dadurch sollen durch den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2013 vorgeschlagene Modifizierungen (zum Beispiel bei Kinderbegutachtungen, bei besonderen Bedarfskonstellationen – Härtefällen, und bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs) überprüft und mögliche Probleme bei der neuen Begutachtung frühzeitig aufgedeckt werden.

In einem weiteren Modellprojekt zur „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen" wird untersucht, welche Leistungen mit welchem Zeitaufwand für die einzelnen Pflegebedürftigen erbracht werden. Außerdem wird untersucht, wie die Pflegebedürftigen nach dem neuen System eingestuft würden. Daraus ergibt sich ein Bild, wie sich heutiger Pflegeaufwand und zukünftiger Pflegegrad in der stationären Pflege zueinander verhalten.
Aus beiden Erprobungen sind wichtige Hinweise für die Gesetzgebungsarbeit zu erwarten.

Mit der Umsetzung der Modellprojekte wurde bereits begonnen: zunächst werden die Gutachter des MDK auf die neuen Regeln geschult. Anschließend werden insgesamt 4.000 Pflegebedürftige in ganz Deutschland, Erwachsene und Kinder, zu Hause und in Pflegeheimen begutachtet – und zwar nach den geltenden und den künftigen Regeln. Parallel wird durch Pflegekräfte begleitet und erfasst, welche konkreten Leistungen in Pflegeheimen mit welchem Zeitaufwand erbracht werden. Die Ergebnisse der beiden Studien werden Anfang 2015 vorliegen und können dann im Gesetzgebungsprozess zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt werden.

Ausblick

Die Reformschritte, die mit dem Pflegestärkungsgesetz I getan werden, gehen in die richtige Richtung, reichen aber für eine nachhaltige Reform nicht aus. Sie können nur die „große Pflegereform" vorbereiten, die mit dem Pflegestärkungsgesetz II erwartet wird. Daran muss sich der Gesetzgeber messen lassen. Das Vorhaben, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu novellieren, muss in einem überschaubaren Zeitraum umgesetzt werden. Ein weiteres Verschieben oder Hinauszögern darf es nicht geben. Die Ungleichbehandlung von Hilfebedürftigen mit körperlichen Funktionseinbußen einerseits und solchen mit kognitiven Störungen andererseits hat das Bundessozialgericht von vornherein als problematisch bezeichnet und nur deshalb von einem Verdikt der Verfassungsmäßigkeit abgesehen, weil dem Gesetzgeber eine Erfahrungszeit zuzubilligen war[12]. Die notwendigen Erfahrungen sind seit langem bekannt, sie machen den Handlungsbedarf deutlich und dringlich. Wann, wenn nicht jetzt, ist es Zeit für den großen Wurf.

Dr. Christina Schulte
KBS/Dezernat VIII.4
Pflegeversicherung,
Häusliche Krankenpflege, Hospize
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

FUßNOTEN

1 Booklet Pflegeversicherung, GKV-SV
2 Aktuelle Leistungen vergleiche Abbildung 3
3 Statistisches Bundesamt
4 Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte, Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2012
5 Mit der Pflegestufe 0 sind Menschen gemeint, die einen Hilfebedarf haben, der aber unterhalb der Pflegestufe I liegt.
6 Neuer Beitragssatz 2,35 Prozent (für Kinderlose 2,6 Prozent)
7 Mit Ausnahme der durch das PNG eingeführten Leistungen
8 Tabellarische Aufstellungen zu den einzelnen Leistungen unter www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabelle_Pflegeleistungen_ab_1._Januar_2015_Stand_BT.pdf
9 Die geburtenstarken Jahrgänge ab 1959
10 Vergleiche Pressemitteilung des VdK Deutschland vom 14. September 2014; so auch die SPD-Abgeordnete Mattheis in einem Kommentar in der Frankfurter Rundschau vom 12. August 2014
11 Im Dezember 2011
12 BSG SozR 3-3300, §14 Nr.8, Seite 55

HANS-JÜRGEN FAUST

Europa und die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit

Der Weg in eine europäische Sozialunion?

Im Mai 2014 wurden ein neues Europaparlament gewählt, im Juli ein neuer Präsident der EU-Kommission bestimmt und im November neue EU-Kommissare mit veränderten Aufgabenbereichen bestätigt. Welche Bedeutung haben für Europa nationale Systeme der sozialen Sicherheit? Verfolgt Europa auf dem Weg in eine Wirtschafts- und Handelsunion, eine Währungs- und Fiskalunion, eine Banken- und Bankenaufsichtsunion am Ende auch das Ziel einer Sozialunion? Noch ist eine europäische Sozialunion ein politisches Reizwort. Viele reden darüber, nationalstaatlich wollen es wenige. Und die Institutionen Europas? Der Kommissionspräsident? Die Kommission? Das Parlament? Der Rat? Steht bei ihnen das Thema auf der Agenda?

Geschichte und Grundlagen eines „sozialen" Europas

Der Begriff einer Sozialunion lässt sich aus deutscher Sicht zunächst anhand des Vertrags über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik (Staatsvertrag) vom 18. Mai 1990 beschreiben.

In Artikel 1 Absatz 4 des Vertrags heißt es: „Die Sozialunion bildet mit der Währungs- und Wirtschaftsunion eine Einheit. Sie wird insbesondere bestimmt durch eine der Sozialen Marktwirtschaft entsprechende Arbeitsrechtsordnung und ein auf den Prinzipien der Leistungsgerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs beruhendes umfassendes System der sozialen Sicherung." Was folgte war eine Umstrukturierung der sozialen Gegebenheiten der DDR nach dem Vorbild der Bundesrepublik. Das bestehende weitgehend einheitliche Sozialversicherungssystem einschließlich der Sonder- und Zusatzversorgungssysteme der DDR wurde in die verschiedenen Sozialversicherungssysteme der Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung eingegliedert und erstreckt sich fortan so auch auf die neuen Bundesländer.

Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

Den Begriff einer Sozialunion gab es in der Entwicklungsgeschichte der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG), der Europäischen Gemeinschaft (EG) und der Europäischen Union (EU) so zunächst nicht.

Und doch finden sich schon früh Hinweise auf ein europäisches Sozialrecht und europäisches Arbeitsrecht. Bereits mit den VO (EWG) Nr. 3 vom 25. September 1958 und Nr. 4 vom 3. Dezember 1958 wurden Ansprüche in den Zweigen der sozialen Sicherheit der Kranken- und Mutterschafts-, Invaliditäts- und Altersversicherung, der Unfall- und Arbeitslosenversicherung sowie der Familienleistungen zwischen den damaligen Mitgliedstaaten koordiniert.

1961 wurde der nach Artikel 123 EWG-Vertrag vorgesehene Europäische Sozialfonds (ESF), über den heute noch Mittel an die Mitgliedstaaten vergeben werden, eingerichtet. Mit den Artikeln 117 bis 123 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWGV) wurde Europa in der Sozialpolitik zwar eine Zuständigkeit eingeräumt, die alleinige Rechtssetzungskompetenz verblieb aber bei den Mitgliedstaaten (Artikel 118 EWGV). Der Europäische Gerichtshof (EuGH) beschrieb in der Rechtssache 28/66 Niederlande gegen Kommission im Urteil vom 8. Februar 1968 soziale Ziele als handlungsleitend für die EWG-Kommission.

Auf den Beschluss der Staats- und Regierungschefs im Dezember 1969 in Den Haag, die Sozialpolitik gemeinsam abzustimmen, folgte 1972 in Paris die Verabredung eines sozialpolitischen Aktionsprogramms unter Beteiligung der Sozialpartner (später als „Sozialer Dialog" in Artikel 118b EWGV eingefügt). Neben die Wirtschafts- und Währungsunion sollte eine Sozialunion treten. Das von der Kommission erarbeitete sozialpolitische Aktionsprogramm wurde im Dezember 1974 beschlossen.

Europäische Union

Für den Vertrag (von Maastricht) über die Europäische Union (EUV) vom 7. Februar 1992 war eine Ausweitung der sozialpolitischen Zuständigkeit der EG vorgesehen. Dagegen legte Großbritannien sein Veto ein. Erst mit den Verträgen (von Amsterdam) zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union vom 2. Oktober 1997 und (von Nizza) zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union und der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften vom 26. Februar 2001 gehören zu den Aufgaben der Gemeinschaft politische Maßnahmen, die ein hohes Maß an sozialem Schutz befördern (Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe k EUV).

Den bisherigen Abschluss dieser Entwicklung bildet der Vertrag (von Lissabon) zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des

Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (Amtsblatt-EU 2007/C 306/01 und konsolidierte Textfassungen Amtsblatt-EU 2012/C 326/47). Der Vertrag von Lissabon reformiert den Vertrag über die Europäische Union (EUV) und den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, der jetzt als Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) bezeichnet ist.

Artikel 3 Absatz 3 EUV bezieht das Hinwirken auf eine soziale Marktwirtschaft, die Bekämpfung sozialer Ausgrenzung und die Förderung des sozialen Schutzes mit ein. Für die in Artikel 3 EUV genannten Ziele begründet Artikel 9 AEUV die Pflicht, diese zu fördern. Zu den Tätigkeiten der EU gehören (unter anderem) die Sozialpolitik hinsichtlich der im Vertrag genannten Aspekte (Artikel 4 AEUV) und der Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit (Artikel 6 AEUV).

Für den sozialen Schutz der Arbeitnehmer hat die EU nach Artikel 48 AEUV die Kompetenz, Regeln für eine Koordinierung der sozialen Schutzsysteme zu schaffen. Was der soziale Schutz der Arbeitnehmer ist, wird nicht definiert.

In Artikel 3 VO (EG) 883/2004 findet sich ein Hinweis dazu mit einer Definition der sozialen Sicherheit, wonach diese die durch Steuern oder Beiträge finanzierten, vom Staat, öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder privaten Einrichtungen getragenen, dem Einzelnen bei der Verwirklichung der sozialen Risiken Krankheit und Mutterschaft, Invalidität, Alter, Verwitwung oder Verwaisung, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Tod, Arbeitslosigkeit oder zur Abgeltung von Pflichten zum Familienunterhalt gewährten Leistungen sind, auf die ein individueller Rechtsanspruch unabhängig vom Vermögen oder der Bedürftigkeit des Berechtigten besteht.

Europäischer Gerichtshof

Diese Koordinierung folgt im Wesentlichen dem Regelungsauftrag des Artikel 48 und vor allem der Garantie der Freizügigkeit der Arbeitnehmer und EU-Bürger als eine der Grundprinzipien der Europäischen Union. Aus dem Koordinierungsrecht (und den Grundprinzipien des europäischen Primärrechts – Freizügigkeit, Diskriminierungsverbot, Niederlassungsfreiheit) heraus hat der EuGH zwischenzeitlich eine Vielzahl von konkreten einzelnen sozialen Rechten entwickelt. Die Entscheidungen folgen der bereits in der Rechtssache C 24/75 – Petroni vom 21. Oktober 1975 im Wesentlichen erkennbaren Beseitigung sämtlicher sozialrechtlicher Nachteile zwischenstaatlicher Sozialrechtskoordination für sämtliche Mitgliedstaaten. In der Entscheidung vom 15. Januar 1986 C 41/84 – Pinna führt das Gericht aus, dass das so zu schaffende System keine Unterschiede einführen dürfe, die zu denen hinzutreten, die sich aus der mangelnden Harmonisierung der nationalen Vorschriften ergäben.

Subsidiarität

Seit dem Vertrag von Amsterdam und jetzt in der Fassung des Vertrags von Lissabon teilen sich die EU und die Mitgliedstaaten die sozialpolitische Rechtssetzung unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips (Artikel 5 Absatz 1 und 3 EUV), was den nationalen Regelungen weiterhin einen differenzierten Vorrang einräumt.

Mit Artikel 151, 153 AEUV werden nicht nur Ziele und Maßgaben einer europäischen Sozialpolitik und die Kooperation von EU und Mitgliedstaaten beschrieben, vielmehr sind damit auch tatsächliche Rechtssetzungskompetenzen verbunden.

Nach Artikel 153 Absatz 1 AEUV unterstützt und ergänzt die EU zur Verwirklichung der Ziele die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf den Gebieten (unter anderem) soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer, Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung und Modernisierung der Systeme des sozialen Schutzes. Dafür können das Europäische Parlament und der Rat unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten Maßnahmen annehmen, die dazu bestimmt sind, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten durch Initiativen zu fördern, die die Verbesserung des Wissensstands, die Entwicklung des Austauschs von Informationen und bewährten Verfahren, die Förderung innovativer Ansätze und die Bewertung von Erfahrungen zum Ziel haben.

Nach Artikel 168 AEUV unter der Überschrift Gesundheitswesen wird bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die aufgrund dieses Artikels erlassenen Bestimmungen berühren nicht die anerkannte Befugnis der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen, und dürfen das finanzielle Gleichgewicht dieser Systeme nicht erheblich beeinträchtigen.

Europäische Handlungsansätze in „sozialen" Fragen

Die geltenden EU-Verträge geben mithin der EU in Gestalt ihrer Organe, der Kommission, dem Parlament und dem Rat, einen weiten allerdings vom Subsidiaritätsprinzip geprägten Gestaltungsspielraum in Fragen der sozialen Sicherheit. Von der Bundesregierung wird dazu immer wieder darauf verwiesen, dass sie keinen Raum für eine Sozialunion sehe und einen Weg der EU in eine Sozialunion ablehne.

In der für alle Mitgliedstaaten bindenden EU-Vertragssystematik und der der EU-Kommission zur Verfügung stehenden Methodik aus den Verträgen wird eine Differenzierung zwischen den Begriffen Koordinierung, wie in Artikel 48 AEUV, VO (EG) 883/2004, Harmonisierung, wie in den Aufgabenzuweisungen unter Beachtung der Subsidiarität, und letztlich auch einer Vergemeinschaftung, wie im Europäischen Sozialfonds, vorzunehmen sein. Eine solche differenzierende Betrachtung in den begrifflichen Unterschieden erscheint erforderlich, um sich mit einem überwiegend politisch geführten Streit um eine Sozialunion unaufgeregt europäisch aus sozialpolitischer und auch sozialrechtlicher Sicht national nähern zu können.

Offene Methode der Koordinierung

Hinsichtlich einer strategischen Möglichkeit der EU, nicht nur nationale Sozialpolitiken, sondern auch nationales Sozialrecht (mit)gestalten zu können, ist nochmals ein kurzer Rückblick auf die Rechtsgestaltungsgrundlagen der EU und damit auf die Methode der offenen Koordinierung (OMK, open method of coordination) nötig.

Nach Artikel 156 AEUV fördert die Kommission die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und erleichtert die Abstimmung ihres Vorgehens in allen unter dieses Kapitel fallenden Bereichen der Sozialpolitik. Zu diesem Zweck wird die Kommission in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten durch Untersuchungen, Stellungnahmen und die Durchführung von Konsultationen in Bezug auf innerstaatlich oder in den internationalen Organisationen zu behandelnde Fragen tätig, und zwar insbesondere im Wege von Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten.

Nach Artikel 168 Absatz 2 AEUV fördert die Union die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen (Gesundheitswesen) und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. Sie fördert insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern. Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Das Europäische Parlament wird in vollem Umfang unterrichtet.

Ziel einer derart vertraglich beschriebenen Methodik, wie sie sich in Initiativen, Konsultationen, Leitlinien und Indikatoren ausdrückt, ist es auf den ersten Blick nicht, zu einer inhaltlichen Angleichung nationaler Sozialpolitiken oder gar harmonisierten Systemen der sozialen Sicherheit zu führen. Eine Vielfalt der gewachsenen Sozialleistungssysteme soll unangetastet bleiben, eine Harmonisierung wird zumindest begrifflich explizit ausgeschlossen. Gleichwohl ergeben sich in Durchführung der OMK-Instrumente (insbesondere Indikatoren) letztlich formulierte Ziele, die jedes soziale Sicherungssystem zu erfüllen haben wird. Am Ende geht es für alle Mitgliedstaaten um Reformen ihrer Sozialsysteme, die sich an übereinstimmenden Zielen orientieren sollen und sich der Mittel bedienen, die sich in einzelnen Mitgliedstaaten als Good- oder Best-Practice herausgestellt haben.

Zwischenfazit

An dieser Stelle lohnt mit Blick auf das europäische Primärrecht, auf die rechtlichen europäischen Handlungsoptionen und auf die politischen Begrifflichkeiten ein erstes Zwischenfazit zu den Möglichkeiten, den Weg in eine Sozialunion im europäischen Kontext darzustellen.

Die Koordinierung des Sozialrechts ist zwingend. Zum einen, weil es vertraglich verbindliche Vorgabe der EU ist, und zum anderen, weil ohne Koordinierung die politischen und gesellschaftlichen Eckpfeiler, insbesondere die Freizügigkeit und die Niederlassungsfreiheit, der EU infrage gestellt würden.

Die Harmonisierung der Sozialsysteme bleibt in Differenzierungen denkbar. Zum einen, weil eine Harmonisierung vom begrifflichen her ausgeschlossen wird, ohne jedoch die Begrifflichkeit zu definieren, und weil die Ausgestaltung zunächst in Form des Subsidiaritätsprinzips nationale Aufgabe bleibt. Zum anderen, weil sich in der Frage nach dem Sinn und Zweck der vertraglichen Vereinbarungen aus den Formulierungen ein Gestaltungsspielraum, soweit die soziale Frage nicht national hinrei-

chend geregelt werden kann, definieren lassen mag und in der Methodik der OMK ein rechtliches Instrument zur Hand ist, dass zumindest Harmonisierungstendenzen in die einzelnen Sozialsysteme hinein tragen könnte.

Der Vergemeinschaftung von Sozialbudgets fehlt es an einer expliziten Rechtsgrundlage. Zum einen gibt es den vertraglich festgeschriebenen Europäischen Sozialfonds (ESF), in den Gelder der EU, mithin Steuermittel der Mitgliedstaaten fließen, die zweckgebunden eine soziale Verwendung finden und insoweit eine gewisse Form der Vergemeinschaftung sozialer Budgets darstellen. Zum anderen lässt sich über den ESF hinaus im Gemeinschaftsrecht keine weitere Aufgabenzuweisung der EU für die Verwaltung eines Soziallbudgets finden. Die Finanzierung und Stabilisierung der Sozialsysteme obliegt den nationalen Gesetzgebern, indem Maßnahmen der EU das finanzielle Gleichgewicht dieser Systeme nicht erheblich beeinträchtigen dürfen. Zu beachten ist aber auch hier die Eingriffsdifferenzierung durch den Begriff der Erheblichkeit, der Raum für sowohl politische als auch rechtliche Interpretationen schafft.

Rechtsakte Europas mit Bezug auf die „sozialen" Systeme

Wenn denn die Koordinierung des Sozialrechts aber zwingend ist, kann berechtigt die Frage zu untersuchen sein, ob mit einer solchen Koordinierung nicht auch zeitgleich stets in einer besonderen Form eine Harmonisierung in den koordinierten Systemen einhergeht oder es gar zu einer Vergemeinschaftung der mit der Koordinierung verbundenen Kosten innerhalb der nationalen Budgets kommt. Dafür lohnt ein Blick auf einige ausgewählte Rechtsakte der EU, mit denen verschiedene nationale soziale Sicherungssysteme angesprochen werden.

Koordinierung von Leistungsansprüchen

Zuerst drängt sich da das bereits erwähnte Koordinierungsrecht der VO (EG) 883/2004 auf. Zunächst steht die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags im Vordergrund, in dem Regelungen geschaffen werden, die es ermöglichen, in einzelnen Mitgliedstaaten erworbene individuelle soziale Rechte bei einem selbst gewählten Aufenthalt, einem Verzug oder einer Niederlassung in einen anderen Mitgliedstaat nicht nur mitzunehmen, sondern, soweit die Rechte von der Erfüllung von Anspruchsvoraussetzungen abhängen, diese mit den im anderen Staat erworbenen Rechten für die Verwirklichung der individuellen Ansprüche ohne Beschränkungen zu nutzen. Nur so werden die im Sozialrecht eines Mitgliedstaates begründeten Erwartungen auf Sicherung bei Eintritt sozialer Risiken angesichts der vom EU-Recht gewährleisteten freizügigen Mobilität garantiert.

Diese Koordinierung bildet mithin in Anlehnung an das Internationale Privatrecht ein Internationales (europäisches) Sozialrecht. Im Sinne eines Äquivalenzprinzips werden die sachlichen Inhalte des nationalen Sozialrechts auf den sich im anderen Mitgliedstaat liegenden vergleichbaren Sachverhalt oder die entsprechende Rechtsnorm anwendbar gemacht, gerade weil in den rechtlichen Unterschieden nationalstaatlicher Rechtsordnungen mit sozialen Inhalten dadurch Unvollkommenheiten der Vergleichbarkeit koordinierbar werden. Insoweit könnte bereits an dieser Stelle von einer besonderen Form der Harmonisierung gesprochen werden. Folgerichtig regelt Artikel 5 VO (EG) 883/2004 eine Tatbestandsgleichstellung und erstreckt den persönlichen Geltungsbereich (Artikel 2) auf Staatsangehörige eines Mitgliedstaates, Staatenlose und Flüchtlinge und auch Drittstaatenangehörige nach der VO (EG) 859/2003.

Von der VO (EG) 883/2004 werden weit über die ersten Ansätze von 1958 hinaus viele Sozialsysteme und Einzelrisiken erfasst: Krankheit und Mutterschutz (Artikel 17 bis 35), Arbeitsunfall und Berufskrankheiten (Artikel 36 bis 41), Tod, Invalidität (Artikel 42 bis 49), Alter und Tod (Artikel 50 bis 60), Arbeitslosigkeit (Artikel 61 bis 65) und Familienleistungen (Artikel 67 bis 69). Nach den Vorschlägen der Kommission soll mit einer Revision der Verordnung die Koordinierung auf den Bereich der Pflegeversicherung (longterm care) erweitert werden.

Für all diese Bereiche lassen sich Beispiele finden, in denen die getroffenen Regelungen nicht nur Koordinierungseffekte erzielen, sondern darüber hinaus mittelbar leistungsrechtliche und vor allem gestaltungsrechtliche Wirkungen für das nationale Sozialrecht selbst und mithin systemische Relevanz entfalten.

Rentenversicherung

Das Koordinierungsrecht sichert nicht nur Leistungsansprüche durch die Zusammenrechnung von Zeiten (insbesondere in der Rentenversicherung) oder deren Leistungsexport in den Aufenthaltsstaat. Es begründet vielmehr auch Rechte, die sich erstens gemeinsam an alle nationalen sozialen Sicherungssysteme, soweit sie in den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung einbezogen sind, richten und die zweitens regelmäßig auch nicht zwischenstaatlich ausgleichbare Kostenwirkungen entfalten können.

Hier ist (unter anderem) das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in Artikel 14 VO (EG) 883/2004 zu nennen, das eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses für Wanderarbeitnehmer auch dann ermöglicht, wenn das nationale Recht die Weiterversiche-

rung an den Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat bindet. Die Beitragserstattung wird zudem ausgeschlossen, solange eine Versicherungspflicht in einem anderen Mitgliedstaat besteht. Eine Auflösung von Anwartschaften wird auf diese Weise für alle Sozialsysteme innerhalb der EU gleichermaßen verhindert und Sozialhilfebudgets werden unter Umständen geschont. Entsendetatbestände nach Artikel 12 VO (EG) 883/2004 stellen einerseits nationales Beitragsrecht des einen Mitgliedstaats sicher, hebeln das des anderen Mitgliedstaats andererseits gleichzeitig aus.

Krankenversicherung
Bei Krankheit und Mutterschaft sind dies insbesondere die Wirkungen der Leistungsaushilfe und der Export von Geldleistungen für Arbeitnehmer und Selbstständige, für Rentenantragsteller und Rentner und deren Familienangehörige. Artikel 35 VO (EG) 883/2004 regelt die Erstattung von Aufwendungen des aushelfenden Trägers durch den Träger des zuständigen Mitgliedstaates, der durch die Leistungsaushilfe von der eigenen Leistungspflicht gegenüber dem Berechtigten entlastet wird. Werden die unterschiedlichen Leistungskosten im Gesundheitswesen und die abweichende Leistungsfähigkeit der einzelnen Sozialsysteme ins Kalkül gezogen, sind die Auswirkungen für die länderspezifischen Sozialbudgets oder die Haushalte einzelner Sozialversicherungen hierbei nicht zu übersehen. Unbezahlte Außenstände stellen für jedes wirtschaftlich wirkende Sozialsystem, wie insbesondere für die deutsche GKV, ein ernst zu nehmendes Problem dar.

Unfallversicherung
Im Bereich der Unfallversicherung kommt es im Wesentlichen zu einer reinen Koordinierung der Bestimmungen. In der Regel richtet sich nämlich die Frage des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheiten nach dem Recht des Mitgliedstaates, in dem im Sinne des Herkunftslandes zuletzt zuvor eine Tätigkeit ausgeübt worden ist. Kritisch ist dies zu sehen, wenn die Berufskrankheit auf der Gefahrenexposition in mehreren Mitgliedstaaten beruht. Es ergibt sich so auch in Anbetracht des Leistungsexportprinzips eine einseitige Lastenverteilung zu Ungunsten des Mitgliedstaates, in dem zuletzt zuvor eine Tätigkeit ausgeübt wurde. Dies gilt dann im Übrigen auch bei Leistungen für Wegeunfälle, die andere Systeme, im Gegensatz zur deutschen Unfallversicherung, nicht kennen.

Arbeitslosenversicherung
Neben der Zusammenrechnung von Zeiten für Leistungsansprüche aus der Arbeitslosenversicherung als koordinierendes Recht werden für die soziale Sicherheit bei Arbeitslosigkeit auch zahlreiche administrative Regeln von der VO (EG) 883/2004 und der VO (EG) 987/2009 vorgegeben, nach denen sich die Zuständigkeiten der Arbeitsverwaltung für Wanderarbeitnehmer, Grenzgänger oder Nicht-Grenzgänger entscheiden. Insbesondere die Verpflichtung, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung zu stehen, berührt oftmals nationale innerstaatliche Besonderheiten, die inhaltlich die Begründung gesonderten systemischen Verwaltungsaufwands nötig werden lassen.

Nach Artikel 65 VO (EG) 883/2204 ist ein Statutenwechsel von der Zuständigkeit des Wohnstaates in die des Beschäftigungsstaates möglich, wenn sich der Arbeitslose diesem für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellt. Im umgekehrten Fall eines Statutenwechsels, ist der Beschäftigungsstaat zuständig. Beansprucht der Arbeitslose aber die Leistungen des Wohnstaates, ersetzt der zuständige Staat dem Wohnstaat die anfallenden Aufwendungen. Auch sind national rechtsgestaltende Wirkungen des Koordinierungsrechts zu interpretieren. Der politische Vorschlag im Zusammenhang mit der extrem hohen Jugendarbeitslosigkeit in einigen Mitgliedstaaten, Arbeitslosengeld und Arbeitsförderung aus einem besonderen vergemeinschafteten Fonds („Fiskalkapazitäten“) zu zahlen, ginge über den koordinierenden Einfluss auf die Systeme hinaus.

Familienleistungen
Die Familienleistungen werden ebenfalls von der VO (EG) 883/2004 koordiniert. Die anzuwendenden Regeln sind sehr vielfältig und vielschichtig. Nimmt man ein weites Verständnis von Familienleistungen an, Kindergeld, Kinderzuschuss, Kinderfreibetrag, familienabhängige Zulagen zu Sozialleistungen, Unterhaltsvorschuss, Geburtshilfen, Elterngeld, Kinderbetreuungsbetrag, um nur einige aus deutscher Sicht zu nennen, liegt es auf der Hand, dass bei der Gestaltung nationalen Rechts in Beachtung europäischen Rechts die jeweiligen familienpolitischen Tendenzen einfließen. Erinnert sei an die politische Diskussion der Armutsmigration (aus EU-Mitgliedstaaten), die auch den Aspekt der Systemüberforderung aufgegriffen hat.

Weitere Rechtsakte der EU gestalten nationales Recht und verbinden damit eine Harmonisierung von Leistungsansprüchen, denn entsprechende Reglungen müssen alle Mitgliedstaaten in ihr Sozialrecht aufnehmen. Es bleibt zwar in der Regel den einzelnen Mitgliedstaaten überlassen, welche Formulierungen sie dafür wählen, doch letztendlich sind vergleichbare Ansprüche zu garantieren.

Der EuGH, dessen Entscheidungen sich unmittelbar auf geltendes nationales Recht auswirken, hat bereits früh, vor allem mit den Urteilen vom

28. April 1998 C-120/95 –Decker und C-158/96 –Kohll in Teilen die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (ärztliche Behandlungen) zugelassen und deren Kostenerstattungspflicht begründet. Diese Entscheidungen (unter anderem) hatten Auswirkungen auf deutsche materiell-rechtliche Ansprüche nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), in das eben das Kostenerstattungsrecht für Auslandsbehandlungen (§ 13, ab 14. November 2003) eingefügt wurde. Systembedingt ergeben sich daraus Kostenfolgen für die Krankenkassenbudgets. Mit der Entscheidung vom 5. März 1998 C-160/96 – Molenaar wurde im Übrigen vom EuGH der grenzüberschreitende Anspruch auf Pflegegeld eröffnet, der sich nunmehr normiert (ab 28. Juni 2011) in § 34 Absatz 1a Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) findet.

Inzwischen haben alle Mitgliedstaaten aufgrund der Richtlinie 2011/24/EU (Umsetzung bis zum 25. Oktober 2013) die Verpflichtung, Regelungen zur grenzüberschreitenden Gesundheit (Cross border health care) vergleichbar den vom EuGH entschiedenen Leistungsansprüchen in die nationalen Gesundheitssysteme einzufügen. Von der EU wird evaluiert, ob die nationalen Regelungen der Intention der Richtlinie gerecht werden. Die Koordinierung der sozialen Systeme wird so zu einer Harmonisierung von sozialen Leistungsversprechen.

Zudem schreibt die Richtlinie die Einrichtung nationaler Kontaktstellen vor. Über die nationale Gesundheitsversorgung, die Leistungsansprüche, das Leistungsangebot und die damit verbundenen Kosten sollen europaweit Informationsmöglichkeiten angeboten werden. Geschaffen im Sinn von gestaltendem Sozialrecht wird damit eine institutionelle Einrichtung, die bisher so in keinem nationalen Gesundheitssystem vorgesehen war. Finanziell belastet werden die nationalen Gesundheitsbudgets, unabhängig davon, ob sie auf Steuern, Abgaben oder Beiträgen beruhen.

Für den rechtlich gestaltenden Einfluss, den europäische Rechtsakte auf die nationalen Sozialsysteme haben, sei exemplarisch eine Auswahl für das Gesundheitssystem angeführt, wie die VO (EG) 1394/2007, die Regelungen zu Arzneimitteln für neuartige Therapien trifft. Auswirkungen ergeben sich für den Arzneimittelmarkt und damit für einen der drei großen Ausgabenblöcke am Gesamtbudget der deutschen Krankenkassen. Gleiches gilt für die VO (EG) 141/2000 zu den Arzneimitteln für seltene Krankheiten, die VO (EG) 1901/2006 zu Kinderarzneimitteln oder die VO (EG) 1235/2010 zur Pharmakovigilanz und dazu der ergänzende Vorschlag der Kommission (2013) 472 für eine Gebührenregelung.

Auch laufen Abstimmungsverfahren zu den Vorschlägen der Kommission (2012) 11 für eine Grundverordnung zum Datenschutz, mit der nationale Rechtsvorschriften zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, budgetwirksame Daten zum Versorgungsgeschehen zu erheben und auszuwerten, eingeschränkt oder erweitert werden könnten. Einen großen Einfluss auf das nationale Gesundheitssystem dürfte auch der Vorschlag der Kommission (2012) 542 für eine Verordnung zu Medizinprodukten bekommen.

Insbesondere mit den zu erwartenden Regelungen für die Medizinprodukte, aber auch mit denen der anderen Themenbereiche, sind systemische Grundfragen der materiell-rechtlichen nationalen Gesundheitsversorgung und zudem der politischen Systementscheidungen betroffen, für die Stichworte wie Patientensicherheit und Transparenz, Ausgabenplanung und Kostensteigerungen oder Wettbewerb und Rabattverträge, um nur einige zu nennen, gelten.

Zwischenfazit

Nach den „harten“ rechtlichen Grundlagen in der Frage nach einer Sozialunion und vor den Überlegungen zu den „weichen“ politischen Einflussnahmen auf Koordinierung von Sozialrecht oder Harmonisierung von Sozialsystemen oder Vergemeinschaftung von Sozialbudgets bietet sich ein weiteres Zwischenfazit an.

Die Rechtsakte der EU verbinden sich in der Interpretation ihrer koordinierenden Wirkung in der Regel auch mit Eingriffen in die nationalen Gestaltungsfreiheiten der systemischen Sozialpolitiken. Eine Harmonisierung von Leistungsversprechen und von Leistungsgewährungen ist mehr als nur in Ansätzen erkennbar. Die umzusetzenden europäischen Regelungen führen zu Auswirkungen auf die Kostenentwicklung nationalstaatlicher Sozialbudgets. Eine Vergemeinschaftung von Sozialbudgets im Sinn einer Sozialunion, abgesehen von gering oder nur mittelbar wirksamen Ausnahmen, bleibt durch die Rechtsakte der EU dagegen aus.

Einflussnahmen der EU auf die „sozialen“ Gestaltungsmöglichkeiten

Die Gestaltung von Sozialrecht und seiner Sozialsysteme ist nicht nur das Ergebnis von Rechtsakten, sondern vielmehr der Ausfluss einer sozialpolitischen Willensbildung und Mehrheitsfindung. Die Rechtsgestaltung, die ihren Weg auf die politische Agenda findet, die mittels politischer Meinungsäußerungen dort platziert wird, hat Chancen, sich durchzusetzen. Solcher legitimer politischer Mittel bedienen sich auch die EU und deren

Organe. Im politischen Spannungsfeld zwischen Kommission, Parlament und Rat gilt dies zumal dann, wenn ein jeweiliges Berufen auf instrumentalisierte Formen der Meinungsäußerung möglich ist. Insbesondere die EU-Kommission kann sich solcher Instrumente, die ihr die europäischen Verträge an die Hand geben, bedienen.

Europäisches Semester

Da ist zunächst das Verfahren zum europäischen Semester zu nennen. Im jährlichen Zyklus legt die EU-Kommission Jahreswachstumsberichte für die Mitgliedstaaten vor, auf deren Basis wachstums- und arbeitsmarktpolitische Prioritäten bestimmt, die Wachstumseffekte gebündelt und die Wirtschaftspolitiken koordiniert werden. Die Mitgliedstaaten legen nationale Pläne zur Haushaltskonsolidierung vor. Es folgt eine Analyse der Wirtschafts- und Strukturprogramme, nach der die Kommission Empfehlungen für die nächsten 12 bis 18 Monate ausspricht und Leitlinien für die nationalen Haushalte aufstellt.

Obwohl die länderspezifischen Empfehlungen der Kommission dem Rat zur Beschlussfassung vorgelegt werden, sind sie für die Haushalte der Mitgliedstaaten und damit auch für deren Sozialbudgets politische Präjudize. Wollen nationale Sozialpolitiken mit systemischen Auswirkungen die politischen Effekte der Empfehlungen, soweit sie die sozialen Sicherungssysteme betreffen, außer Acht lassen, dürften sie unter einen erheblichen Begründungsdruck geraten.

Bereits in den Empfehlungen von 2013 befasst sich die EU-Kommission (unter anderem) mit den vom Koordinierungsrecht erfassten Sozialbereichen und regte konkrete, in die materiellrechtliche Befugnis der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Sozialsysteme hineinreichende Maßnahmen an.

Mitgliedstaaten mit hoher Arbeitslosigkeit wird empfohlen, als Maßnahmen zur aktiven Arbeitsmarktpolitik Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen zu verstärken. Frankreich wurde aufgefordert, zusätzliche Schritte zur Verringerung der Sozialversicherungsbeiträge zu ergreifen, eine Reform der Leistungen für Arbeitslose einzuleiten und die Beschäftigung älterer Menschen und Arbeitsloser zu verbessern. Großbritannien solle die Kinderarmut dadurch verringern, indem ein „Universal Credit“ Konzept und andere Sozialreformen zu einem gerechten Steuer- und Sozialleistungssystem mit starken Anreizen und mehr Unterstützungsleistungen führt. Italien möge Maßnahmen zur Ankurbelung der Arbeitsmarktbeteiligung insbesondere von Frauen und jungen Menschen ergreifen.

Für Deutschland hat die Kommission mit COM(2014) 406 am 2. Juni 2014 Empfehlungen des Rates zum nationalen Reformprogramm veröffentlicht. Darin wird zunächst angemerkt, dass Deutschland bei der Steigerung der Kosteneffizienz der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitswesen und Pflege nur begrenzt Fortschritte erzielt habe. Die angekündigten Initiativen würden möglicherweise nicht ausreichen, das Ziel einer Erhöhung der Kosteneffizienz zu erreichen. Die beschlossene Rentenreform, mit einer Verbesserung für bestimmte Gruppen (Rente mit 63) und die Ergänzungsleistungen für Mütter und Väter (Mütterrente), belaste die Tragfähigkeit des öffentlichen Rentensystems zusätzlich. Die Finanzierung über eine Beitragserhöhung wirke sich zudem negativ auf die verfügbaren Einkommen der aktiven Erwerbsbevölkerung aus.

Die beschriebenen Empfehlungen stützen sich auf Vorschläge der EU-Kommission, Entschließungen des EU Parlaments, Schlussfolgerungen des EU-Rates und Stellungnahmen verschiedener Ausschüsse entsprechend der Rechtsgrundlagen in Artikel 121 AEUV, VO (EG) 1466/97 und VO(EU) 1176/2011. Empfohlen wird Deutschland für den Zeitraum 2014 bis 2015, die Tragfähigkeit des öffentlichen Rentensystems dadurch sicherzustellen, dass die Finanzierung neuer versicherungsfremder Leistungen (Mütterrente) durch Steuereinnahmen erfolgt, dass mehr Anreize für einen späteren Renteneintritt gesetzt werden und dass die Beteiligung an Alterssicherungen der zweiten und dritten Säule erhöht wird. Weiter wird empfohlen, dass die Vermittelbarkeit von Arbeitnehmern dadurch verbessert wird, dass das Bildungsniveau benachteiligter Gruppen erhöht wird und dass auf dem Arbeitsmarkt ehrgeizigere Aktivierungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Diese Empfehlungen vermögen alle im Sinne sozialpolitischer Leitlinien und im Sinne des Begreifens vom Entstehen einer europäischen Sozialunion gesehen werden können. Die vorgeschlagenen konkreten Maßnahmen sind sicher zunächst länderspezifisch zu betrachten und vor allem nur in ihrem Empfehlungscharakter zu verstehen. Wären sie von den Mitgliedstaaten verpflichtend umzusetzen, stünden an ihrem Ende zwar immer noch unterschiedliche Sozialsysteme, die aber in ihrem Kern der Leistungsversprechen doch in vielen Themenkomplexen als harmonisiert zu beschreiben wären.

Mitteilungen der EU-Kommissionen

Doch mit den Empfehlungen des europäischen Semesters erschöpfen sich Europas Möglichkeiten, auf Sozi-

alsysteme Einfluss ausüben zu wollen, nicht. Die EU-Kommission hat am 4. April 2014 eine Mitteilung COM(2014) 215 zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen veröffentlicht.

In dieser Mitteilung weist die Kommission darauf hin, dass die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten vielfältig seien und unterschiedliche gesellschaftliche Entscheidungen spiegeln würden. Diese Gesundheitssysteme seien (unter Bezug auf die Cross border health care-Richtlinie 2011/24/EG) aber zunehmend miteinander verwoben. Es wird zudem auf gemeinsame Ziele im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung (OMK) für Sozialschutz und soziale Eingliederung (2006), auf Reflexionen über moderne, bedarfsorientierte und tragfähige Gesundheitssysteme (2013) und den Jahreswachstumsbericht 2014 verwiesen. Die Kommission stellt in ihrer Mitteilung dann eine Ausrichtung der Maßnahmen in drei Bereichen in den Vordergrund.

Für die Stärkung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen sollten vor allem Indikatoren der Perinatalsterblichkeit, der vermeidbaren Sterblichkeit, der übertragbaren Krankheiten und der Krebsvorsorge in den Fokus gerückt werden. Eine Unterstützung der Verbesserung ergebe sich durch eine Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen, durch Qualität der Gesundheitsleistungen einschließlich der Patientensicherheit und durch Integration von Gesundheitsleistungen.

Für die Zugänglichkeit von Gesundheitssystemen komme es vor allem auf folgende Indikatoren an: den Anteil der Bevölkerung mit Krankenversicherungsschutz, die Erfassungstiefe des Leistungskatalogs, die Erschwinglichkeit (Zuzahlung, Kostenteilung) und die Verfügbarkeitszeiten (Entfernung, Wartezeiten). Als Maßnahmen böten sich eine nachhaltige Planung des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen auf EU-Ebene, ein kosteneffizienterer Einsatz von Arzneimitteln und eine optimale Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EG an.

Für die Verbesserung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen stünden Indikatoren für eine verantwortungsvolle Verwaltung, den Informationsfluss im System, die angemessene Berechnung der Kosten von Gesundheitsdiensten und die Arbeitskräfte mit geeigneten Qualifikationen und Kompetenzen im Vordergrund. Dazu komme es für eine Verbesserung auf eine Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen (Health technology assesment, HTA), auf ein Gesundheitsinformationssystem und Online-Gesundheitsdienste (E-Health) an.

Nun haben Mitteilungen der Kommission keinen rechtsverbindlichen Charakter. Gleichwohl sind sie ein gewichtiges Instrument, politische Trend- und Leitlinien vorzugeben, solche zur öffentlichen Diskussion zu stellen und auf die Agenden politischer Gremien und Entscheidungsfindungsprozesse zu bringen.

Dafür enthält die Mitteilung der Kommission dann doch sehr konkrete Vorschläge bereit, die auch systemische Wirkungen auf die nationalen Regelungen entfalten können. Dazu lässt die Kommission ein, dass es sich hierbei in erster Linie um eine Aufgabe der Mitgliedstaaten handele, doch werde eine Reihe von Initiativen aufgezeigt, mit denen die EU die politischen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten unterstützen könne. Es obliege der EU, diese Initiativen zu entwickeln und auf ihnen aufzubauen, damit die Erwartungen der Bürger an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erfüllt werden könnten.

Investieren in Gesundheit

In ihrer Mitteilung COM(2014) 215 verweist die Kommission unter anderem auf die Aussage im Jahreswachstumsbericht 2014, wonach das Gesundheitswesen zu den Bereichen zähle, in denen in den nächsten Jahren eine große Zahl von Beschäftigungsmöglichkeiten entstehen werde. Sie nimmt daran anknüpfend auf ihr Arbeitspapier „Investing in Health“ innerhalb des „Pakets zu Sozialinvestitionen“ COM(2013) 83 (Social Investment Package for Growth and Cohesion) Bezug.

Mit dem Paket sollen innerhalb der Strategie Europa 2020 für intelligentes und nachhaltiges Wachstum Maßnahmen zur Förderung von Investition im Sozialbereich in Angriff genommen werden. Mit einer Zusammenführung verschiedener Sozialpolitiken werden Chancen auf mehr wirtschaftliches Wachstum in der EU beschrieben. Unter Hinweis auf die demographischen Entwicklungen wird die Notwendigkeit zur Modernisierung der Sozialschutzsysteme durch Sicherstellung von Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit begründet. Die Bandbreite der Themen erstreckt sich nicht nur auf die Gesundheitssysteme, sondern über viele Bereiche des Sozialschutzes, wie Ausbildung, Wohnen, Genderfragen, Behinderungen, Kinderbetreuung, Bildung, Alter und Pflege.

Anmerkungen

Mit Blick auf die Ausgangsfrage nach dem Weg in eine Sozialunion ist das Investitionspaket hinsichtlich seiner systemisch harmonisierend wirkenden Initiativen, mit kritischen Anmer-

kungen, insbesondere und exemplarisch, für den Bereich Gesundheit zu versehen.

Jede Form von Investitionen in ein bestehendes, zu verbesserndes Gesundheitssystem stellt stets auch die Frage nach der Effektivität des erzielbaren Gegenwerts eines wachsenden EU-weiten Gesundheitsmarktes. Diese wirtschaftlichen Chancen, wie auch die Verringerung von Ungleichheiten oder die Steigerung von Zugangsmöglichkeiten zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung und ebenso die im Paket enthaltenen Ziele für verschiedene Personengruppen sind bereits ein Wert an sich. Aber auch hier gilt, dass die Ausgestaltung der Effizienzmaßnahmen im Sozialschutz, hier insbesondere in der Gesundheitsversorgung, den einzelnen Mitgliedstaaten obliegt und dem Subsidiaritätsprinzip geschuldet bleibt.

Mit einem Austausch von Erfahrungen im Sinne von Best- und Good-Practice ist viel an effizienten Investitionen zu erreichen. Dies gilt sowohl für strukturelle Veränderungen der Systeme, qualitätsbildende Maßnahmen in der Prävention, der Versorgung oder der Pflege ebenso wie für eine Reduzierung bürokratischer Hemmnisse und Hürden. „Smart Investments“ gelingen nur unter Einbeziehung und im Ausgleich der Interessen von Kunden, Patienten, Anbietern, Versorgern, Kostenträgern und Versicherungen. Investitionen in medizinische Innovationen sind zudem zugleich durch Investitionen in Kosten-Nutzen-Bewertungen, in qualitative Zulassungsverfahren und wissenschaftliche Prüfungen zu begleiten. Dies hilft unnötige Nachbesserungen, erneute Behandlungen oder Übermedikationen mit zusätzlichen Kostenrisiken zu vermeiden. Die Effizienz der Versorgung wird gestärkt und zugleich den Interessen der Patienten und deren Recht auf einen ethisch vertretbaren Behandlungsansatz entsprochen.

Nicht jede zusätzliche Ausgabe im sozialen Budget als Investition in den Gesundheitsmarkt wird garantieren können, dass damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität verbunden werden kann. Bei den aufgezeigten Wegen zu Investitionen in unterfinanzierte Gesundheitssysteme insbesondere in präventive gesundheitliche Maßnahmen durch „Social Bonds“ bleibt es fraglich, ob diese tatsächlich ein geeignetes Mittel sind, die Allokation zu verbessern.

Die Finanzierungsmodelle dürfen keine Umstände mit sich bringen, erreichte Standards auf der einen Seite zu gefährden, indem die öffentlichen Budgets in Hinblick auf neue Finanzierungsmöglichkeiten gekürzt werden. Anderseits sind für den Zugang zu den Leistungen keine neuen individuellen finanziellen Hürden zu errichten. Unbelegt dürfte auch sein, ob Investitionen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern, indem auf supranationale Unterstützungen bei der nationalen Budgetkontrolle oder auf Referenzbudgets hingewiesen wird. Solche Verfahren dienen eher einer nach unten nivellierenden Harmonisierungstendenz und greifen unzulässig in das Subsidiaritätsprinzip ein.

Kosten-Nutzen Bewertungen von medizinischen Innovationen stehen nicht nur im Fokus von Effizienzrelationen, sondern stellen insgesamt mit ihrem hohen Kostendruck eine Herausforderung für die Stabilität der Gesundheitssysteme dar. Anderseits sind Investitionen in den medizinisch-technischen Fortschritt die unbedingte Voraussetzung für wachsende und wirtschaftlich produktive Gesundheitsmärkte in der EU. Mit einer sich verändernden Alterspyramide der Gesellschaft gilt es Antworten zu finden auf steigende Lebensalterserwartungen, eine Zunahme chronischer Krankheiten, erweiterte Bildungsbedarfe, vermehrte Handicaps für Arbeit und Freizeit oder einen sich allmählich abzeichnenden Pflegenotstand.

Insbesondere mit der zu erwartenden Zunahme chronischer Erkrankungen und altersbedingter gesundheitlicher Belastungen erweist es sich als effektiv, Patientenrechte zu stärken. Jede Investition in Patient-Empowerment, die das Bewusstsein für präventive und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen stärkt und breite gesellschaftliche Schichten erreicht, ist auch eine Investition in das Wachstum der Märkte.

Patienten-Empowerment ist anderseits nicht denkbar, ohne dass begleitend technische und medizinische Innovationen in den Markt kommen. Gut überlegte Formen eines Versorgungsmanagements, Chronic-Care-Modelle, die helfen, Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen ein hohes Maß an Lebensqualität, eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und eine Eingliederung in die Arbeitswelt zu erhalten, sind neben einer früh beginnenden und durch Bildung vermittelten gesundheitlichen Prävention Investitionen, die eine Win-Win-Situation für alle Akteure auf dem Gesundheitsmarkt erzeugen können (shared operating principles).

Zwischenfazit

Das alles sind sehr konkrete Vorschläge, die nationale sozialpolitische Entscheidungen gleichermaßen in allen EU-Mitgliedstaaten mit systemanpassendem Charakter zu beeinflussen vermögen. Die Chancen des „Social Investment Package for Growth and Cohesion“ liegen also in erster Linie darin, den EU-Gesundheitsmarkt als wirtschaftlich starken und erfolgsversprechenden Faktor von Investitionsüberlegungen in gesellschaftliche Entwicklungen zu verstehen. Für die unter dem Subsidiaritätsvorbehalt stehenden nationalen Gesundheitssysteme ist es dann kein hilfreicher

Wegweiser in eine Sozialunion oder ein überzeugendes Plädoyer für eine Harmonisierung der Systeme unter der Prämisse einer vergemeinschafteten Haushalts- und Wirtschaftspolitik. Dafür fehlt es an der Rücksichtnahme auf unterschiedliche Entwicklungen in den Sozial- und Solidaritätskulturen der einzelnen Mitgliedstaaten.

Perspektiven für die Sozialsysteme in Europa

Am 12. Dezember 2012 titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung unter den Wirtschaftsnachrichten „Erst Transferunion, dann Sozialunion", am 14. Mai 2013 stellte die Wiener Zeitung einen Leitartikel unter den Titel „Die Sozial-Union" und am 11. Januar 2014 zitierte die Süddeutsche Zeitung eine politische Aussage: „Wir haben bewusst keine Sozialunion". Alle Artikel beschäftigten sich mit Themen der europäischen Sozialpolitik. Im Wesentlichen wurde aber zur Analyse einer Sozialunion keine Differenzierung zwischen Koordinierung und Harmonisierung vorgenommen. Behandelt wurden vielmehr die Fragen einer Vergemeinschaftung von Leistungsausgaben hinsichtlich hoher Arbeitslosigkeit (Fiskalkapazitäten) und Armutsmigration (Ausschluss von Ansprüchen auf Sozialleistungen).

Am 13. Juni 2014 hat László Andor, EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration, gefordert, die EU müsse den sozialen Folgen der Wirtschaftskrise schnell und entschlossen entgegenwirken. Nur so könne das europäische Sozialmodell und alles, wofür die europäische Wirtschaftsstrategie 2020 stehe, gesichert werden. Wenig später im August 2014 konkretisierte László Andor seine Aussage mit einem Vorschlag für eine europäische Arbeitslosenversicherung. Damit solle ein Sicherheitsnetz für die Sozialsysteme der einzelnen Mitgliedstaaten geschaffen werden.

Am 15. Juni 2014 veröffentlichte der von den Staats- und Regierungschefs (Europäischer Rat) designierte und vom EU-Parlament bestätigte neue EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker seine politischen Leitlinien für die nächste EU-Kommission unter dem Titel: „Ein neuer Start für Europa: Meine Agenda für Jobs, Wachstum, Fairness und demokratischen Wandel". Hinweise auf einen Ausbau des europäischen Sozialmodells, auf eine europäische Sozialunion finden sich darin nicht.

In der Zusammenfassung der aufgezeigten Befunde und der dargestellten Tendenzen ergeben sich für die europäische Koordinierung nationalen Sozialrechts sowohl ein klarer rechtlicher Auftrag als auch eine unbestreitbare politische Notwendigkeit. Für eine europäische Harmonisierung der Sozialsysteme fehlt es weitgehend an einer Rechtsgrundlage. Jedoch entstehen im Zusammenhang mit Zuständigkeiten der EU für eine Koordinierung und aus subsidiaritätsbedingten, als unausweichlich begründeten Sachzwängen heraus harmonisierend und systemisch wirkende Entwicklungen, die den Strukturen einer Sozialunion bereits sehr nahe sind. Für eine Vergemeinschaftung von Sozialbudgets lassen sich erste vage politische Anzeichen interpretieren, ohne dass tatsächlich schon ein Weg in eine Sozialunion im Sinn des deutschen Staatsertrages erkennbar ist.

Zum Schluss sollten mit einem (sehr) kurzen Blick die Verhandlungen zwischen der EU und den USA über ein Handelsabkommen (TTIP) nicht unerwähnt bleiben. Als solches gesehen fällt es schwer, daraus Notwendigkeiten zu Veränderungen in den nationalen sozialen Sicherungssystemen abzuleiten. Und doch drängt sich die Frage auf, ob nicht gerade die Sozialleistungssysteme in einem europaweit liberalisierten Gesundheitsmarkt durch mehr wirtschaftlichen Wettbewerb (Versicherungskonkurrenzen), mehr gesundheitsspezifische Angebote (Medizinprodukte), mehr beworbene Nachfrage (Arzneimittel), mehr vertragliche Flexibilität (Ausschreibungsverfahren), veränderte rechtliche Rahmenbedingungen (Medizinkonzerne), veränderte strukturelle, organisatorische, personelle Anforderungen (Verwaltungskosten), höhere durchsetzbare Kosten (Preise, Entgelte) oder geringere Versorgungsqualitäten (Patientensicherheit) oder budgetbelastende Haftungen (Investitionsschutz) unter Druck geraten könnten. Notwendigkeiten zu einer Umgestaltung der nationalen Systeme bis hin zu einer europäischen Sozialunion wären zu diskutieren.

Insgesamt bleibt in Betrachtung der Rechtsgrundlagen der EU, der Rechtsakte der EU und der politischen Instrumente der EU-Kommission festzuhalten, dass die sozialen Fragen und Politiken zur Zukunft der nationalen sozialen Sicherungssysteme nicht mehr nur national, sondern längst schon mehr und mehr europäisch entschieden werden.

Hans-Jürgen Faust
KBS/ Abteilung I/Krankenversicherung
BAL I Europarecht
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

© fotomek - fotolia.com

DAVID ROESLER

Klageverfahren gegen die Unterlassung der Anpassung des Klassifikationsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Der 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich, der dem umfassenden Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dient, ist 2009 gleichzeitig mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu geregelt worden. Ziel des „neuen" morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) war und ist es, die unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken in der gesetzlichen Krankenversicherung auszugleichen, damit ein fairer Wettbewerb unter den Krankenkassen um eine gute Versorgung der Versicherten entstehen kann.

Seit dem 1. Januar 2009 leiten die Krankenkassen die eingehenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung taggleich an den Gesundheitsfonds, welcher beim Bundesversicherungsamt (BVA) gebildet wurde, weiter. Bei dem Gesundheitsfonds handelt es sich um ein Sondervermögen der Krankenkassen, welches durch das BVA verwaltet wird.

Die Ungleichbehandlung der unvollständigen Versichertenepisoden

Auf Basis des vom BVA erstmals im Jahr 2008 erstellten Klassifikationsmodells erhalten die Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben.

Die Höhe der Zuweisungen entspricht nicht der Höhe der tatsächlichen Leistungsausgaben einer Krankenkasse für ihre Versicherten. Sie errechnen sich nach Maßgabe der standardisierten Leistungsausgaben innerhalb risikoadjustierter Versichertengruppen, welche anhand von Normwerten aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten unter Berücksichtigung diverser Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Risiko, Morbidität errechnet werden.

Auf Grundlage der tatsächlich entstandenen Kosten innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen werden die Ausgaben errechnet, die für ein ganzes Jahr in jeder Versichertengruppe, durchschnittlich pro Versicherten krankenkassenübergreifend, aufgewandt wurden. Aus diesen Aufwendungen wird dann ein „Tagespreis" errechnet, der Grundlage für den Risikostrukturausgleich zwischen den Versichertengruppen ist.

Unterjährig aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschiedene Versicherte werden lediglich entsprechend ihres Zeitanteils bis zum Ausscheiden berücksichtigt.

Für die Versicherten, welche in die private Krankenversicherung wechseln oder ins Ausland ziehen, wurden und werden die tatsächlichen Kosten auf das ganze Jahr hochgerechnet, die entstehenden Kosten werden annualisiert. Nur so können die durchschnittlichen Aufwendungen für ein ganzes Jahr pro Versicherten in der jeweiligen Versichertengruppe ermittelt werden. Zur Ermittlung der Tagespreise werden die so ermittelten Aufwendungen pro Jahr durch 365 Tage geteilt.

Bei den Versicherten, welche im Laufe eines Jahres verstorben sind, fand jedoch keine Hochrechnung der tatsächlichen Aufwendungen auf das gesamte Jahr statt. Stattdessen flossen die Kosten dieser Versicherten in die Berechnung der Aufwendungen für das gesamte Jahr nur mit den Kosten aus dem Teilzeitraum bis zum Tag des Versterbens ein.

Vereinfacht bedeutet dies, dass für die Berechnung der „Tagespreise" die Kosten durch 365 geteilt wurden, die nicht die Aufwendungen für das ganze Jahr widerspiegeln.

Dies führte dazu, dass die Kosten für verstorbene Versicherte nicht sachgerecht berücksichtigt wurden, obwohl gerade diese Kosten teilweise extrem hoch sind.

Krankenkassen mit vielen älteren und kranken Versicherten erhielten demnach zu wenig Geld. Andere Kassen bekamen für junge und gesunde Versicherte mehr Geld aus dem gemeinsamen Topf als sie für die Gesundheitsversorgung benötigen. Von dieser Regelung war die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) aufgrund ihrer Versichertenstruktur besonders stark betroffen.

Für die unterschiedliche Behandlung der verschiedenen unterjährig aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidenden Versicherten gab es keinen sachlichen Grund. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass durch diese Ungleichbehandlung Anreize zur Risikoselektion gesetzt wurden.

Je höher die Mortalität einer Versichertengruppe, desto niedriger waren die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Erwartungsgemäß nimmt die Mortalität mit steigendem Alter zu, so dass die Zuweisungen für die älteren Versichertengruppen deutlich zu niedrig waren. Dieser Effekt begann in einem Alter von 65 Jahren. Jeder Versicherte oberhalb dieser Altersgrenze kostete die Krankenkassen statistisch mehr, als durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen wurde (siehe Abb. 1).

Der Morbi-RSA ist gemäß § 268 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch das BVA, insbesondere mit dem Ziel Anreize zur Risikoselektion zu verringern, jährlich weiter zu entwickeln.

Unterstützt wird das BVA dabei durch den Wissenschaftlichen Beirat, welcher gemäß § 31 Absatz 2, 3 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV) beim BVA gebildet wurde.

Seit Jahren ist bekannt und auch wissenschaftlich belegt, dass bei der Konzeption des Morbi-RSA Fehler gemacht wurden. Bereits im Jahr 2009 hat der Wissenschaftliche Beirat empfohlen und im Jahr 2011 in einem Evaluationsbericht auf Basis der Echtdaten des Jahres 2009 nachgewiesen, dass es bei der Berechnung der Aufwendungen für unterjährig Verstorbene zu Unterdeckungen bei den Zuweisungen kommt.

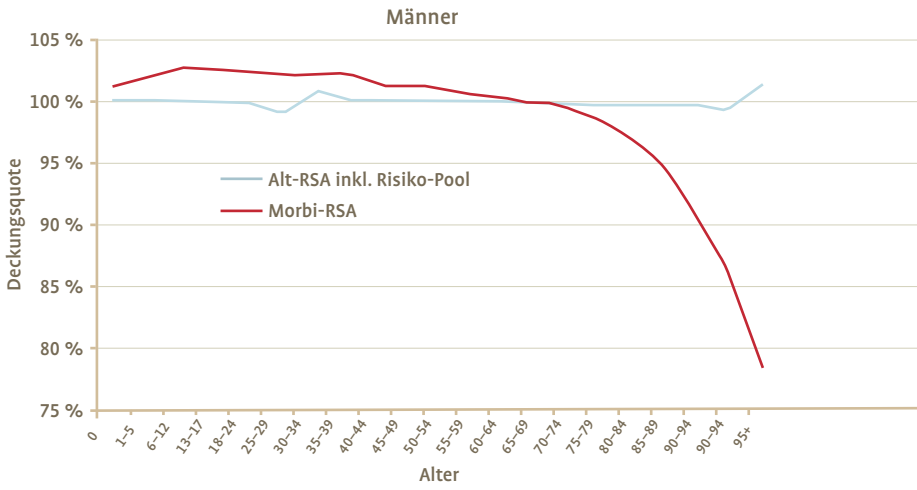
Der Wissenschaftliche Beirat hat bereits in seinem Beschluss vom 16. September 2009 den Fehler in der Konzeption aufgezeigt und als Lösung vorgeschlagen, wie bei allen unvollständig Versicherten, auch bei den Verstorbenen, die Ausgaben zu annualisieren.

Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA hat das BVA im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Anhörungsverfahrens mit Schreiben vom 27. Juli 2012 den Entwurf eines Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2013 vorgelegt.

Darin enthalten war unter anderem auch die Korrektur des mehrfach kritisierten Fehlers in Bezug auf die Ungleichbehandlung der unvollständigen Versicherungsepisoden, das heißt das BVA hatte das Vorliegen des Fehlers eingestanden.

Der Präsident des BVA hat mit Schreiben vom 17. August 2012 in diesem Zusammenhang zudem verschiedene Fehlinterpretationen beziehungsweise bewusste Irreführungen, die in der Öffentlichkeit verlautbart wurden, richtiggestellt. Er betonte dabei, dass die geplante Richtigstellung des Methodenfehlers in Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens und in Sorge um die Rechtssicherheit des Verfahrens durchgeführt werden sollte.

Abb. 1: Deckungsquoten nach Alter



Quelle: Prof. Dr. Wasem unter anderem: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung, 2011, Seite 50.

Das BVA hat das Klassifikationsmodell für den Risikostrukturausgleich aufgrund einer Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 28. August 2012 jedoch nicht angepasst. Das BMG hat die Weisung damit begründet, dass alle im Morbi-RSA erkannten Fehler „im Paket“ gelöst werden sollen.

Dies führte dazu, dass das von Seiten der Wissenschaft und auch von Seiten des BVA als fehlerhaft erkannte Verfahren weiterhin bei den monatlichen Finanzzuweisungen an die Krankenkassen zugrunde gelegt wurde.

Nach Berechnungen auf Basis der Daten des Jahres 2010 ergab sich ein Fehlbetrag an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die KBS von über 70 Mio. Euro pro Ausgleichsjahr. Seit Einführung des Morbi-RSA im Jahre 2009 bis zum Jahr 2013 betrug der Fehlbetrag der KBS somit über 350 Millionen Euro.

Angesichts der finanziellen Bedeutung für die KBS war die Beibehaltung der fehlerhaften Regelung nicht mehr hinnehmbar. Aus diesem Grund haben die KBS, die Deutsche-BKK, die Bahn-BKK und die AOKen den Klageweg beschritten.

Die Klagen richteten sich gegen die bisherige Festsetzung der Zuweisungen und zielten auf Festsetzung höherer Zuweisungen.

Entscheidungen des Landessozialgerichts NRW

Ausgleichsjahr 2013

Nach Anhörung des Gesundheitsökonomen, Prof. Dr. Wasem[1], hat der 16. Senat des Landessozialgerichts (LSG) NRW am 4. Juli 2013 in dem Musterverfahren der Deutschen-BKK (Az.: L 16 KR 774/12 KL) entschieden, dass das BVA ab dem Ausgleichsjahr 2013 den Rechenfehler korrigieren muss, damit ältere und kranke Menschen gerechter berücksichtigt werden.

Wasem führte in der Verhandlung am 4. Juli 2013 aus, dass das vom BVA in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 praktizierte Regressionsverfahren eindeutig und nach jeder Betrachtungsweise dem Stand der internationalen Gesundheitswissenschaft widerspricht.

Zudem erklärte Wasem, dass die vom BMG angedachte „Paketlösung“, das heißt auch die weiteren im Evaluationsbericht benannten Probleme des Morbi-RSA, wie zum Beispiel die Zuweisungen für Auslandsversicherte oder das Krankengeld nur gemeinsam zu lösen, in keinem sachlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Ungleichbehandlung der unterjährig versterbenden Versicherten stehen würde.

Bereits in seinem Evaluationsbericht vom 22. Juni 2011, welcher auf Echtdaten des Ausgleichsjahres 2009 basiert und nach mehrmonatiger Prüfung durch das BMG am 26. September 2011 veröffentlicht wurde, hat der Wissenschaftliche Beirat belegt, dass in Risikogruppen mit einem hohen Anteil Verstorbener ein größerer Anteil der Ausgaben fehle, als durch die proportionale Anhebung kompensiert werde. Umgekehrt würden in Risikogruppen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil Verstorbener die wenigen fehlenden Ausgaben durch die proportionale Anhebung überkompensiert. Die Folge seien Überdeckungen in jungen Altersgruppen und bei Krankheiten mit geringer Mortalität und Unterdeckungen in höheren Altersgruppen und bei Krankheiten mit hoher Mortalität.

In seinem Urteil vom 4. Juli 2013 stellt das LSG NRW fest, dass die Festlegungen nach § 31 Abs.4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013, wegen des Verzichts auf die Annualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter gegen § 266 Absatz 1, § 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit § 31 RSAV verstoßen. Insbesondere verfehlen sie das zentrale Gesetzesziel, bei der Ausgestaltung des nach § 266 Absatz 1 Satz 2 SGB V durchzuführenden Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen Anreize zur Auswahl ihrer Versicherten nach Morbidität (Risikoselektion) zu verringern.

Weiter führt das LSG NRW aus, dass das BVA aufgrund des Evaluationsberichtes verpflichtet war, das Regressionsverfahren entsprechend dem internationalen Standard der Gesundheitsökonomie zu ändern. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Festlegungen am 30. September 2012 war der Evaluationsbericht bereits seit einem Jahr veröffentlicht, so dass alle Beteiligten genug Zeit gehabt haben, sich mit den Ergebnissen auseinanderzusetzen. Die als Begründung vorgebrachte Paketlösung wurde von Seiten des Gerichts als irrelevant bezeichnet, weil die einzelnen Fehler in keinem sachlichen oder inhaltlichen Zusammenhang stehen. Ein Gestaltungsspielraum des BVA wird vom LSG NRW nicht gesehen.

Bemerkenswert sind auch die deutlichen Worte des LSG NRW zur Weisung des BMG: „Die dem BVA erteilte Weisung des BMG, eine Annualisierung trotz nunmehr entgegenstehender fachlicher Einschätzung des BVA weiterhin zu unterlassen, vermag den aufgezeigten Fehler nicht zu heilen. Die Weisung einer übergeordneten Behörde kann eine gesetzlich begrenzte Befugnis der angewiesenen Behörde in

deren Wirkungskreis nicht erweitern. Eine tragfähige inhaltliche Rechtfertigung für die Weisung hat das BMG schließlich weder gegeben, noch ist sie nach dem oben Gesagten vorstellbar."

Ausgleichsjahr 2014

In dem Musterstreitverfahren der KBS (Az.: L 16 KR 747/13) hat der 16. Senat des LSG NRW mit inhaltsgleichen Urteil vom 13. Februar 2014 auch für das Ausgleichsjahr 2014 sein Urteil für das Ausgleichsjahr 2013 bestätigt und entschieden, dass das BVA den Fehler auch für das Ausgleichsjahr 2014 korrigieren muss.

Ausgleichsjahre 2009 bis 2012

Das LSG NRW hat die Klagen gegen die Festlegungen für die Ausgleichsjahre 2009 bis 2011 (Az.: L 16 KR 732/12 KL) und 2012 (Az.: L 16 KR 641/12 KL) jedoch abgewiesen. Zur Überzeugung des LSG NRW wurde erst mit dem Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 vom 22. Juni 2011 eine neue Beurteilungsbasis geschaffen.

Das LSG NRW stellt für die Rechtmäßigkeit der Festlegung des Klassifikationsmodells und des Regressions- und Berechnungsverfahrens auf den Zeitpunkt des Erlasses der Festlegungen, also den 30. September ab. Zudem verlangt das LSG NRW, dass der Entscheidung des BVA ein Anhörungsverfahren vorgeschaltet ist und somit die Festlegungen nur auf Erkenntnissen beruhen dürfen, zu denen sich die Anhörungspartner auch äußern konnten.

Gemäß § 31 Absatz 4 RSAV legt das BVA auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt.

Aus den Urteilsgründen des LSG NRW folgt, dass das BVA zu Recht von einer Änderung des Regressionsverfahrens abgesehen habe, bis zuverlässige Kenntnisse für die Auswirkungen dieser Entscheidungen und einer Änderung der Regressionsberechnung vorlagen. Erst der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats vom 22. Juni 2011 auf Basis der Echtdaten des Jahres 2009 habe den Erkenntnissen hinsichtlich der Auswirkungen der unterbliebenen Annualisierung eine neue Qualität verliehen.

Im Hinblick auf das Ausgleichsjahr 2012 war für das LSG NRW der Erkenntnisstand am 30. September 2011 maßgeblich. Aus diesem Grund sei das BVA nicht verpflichtet gewesen, das Berechnungsverfahren zu ändern. Zwar datiere der Bericht vom 22. Juni 2011 und war dem BVA auch schon vor der Veröffentlichung im September 2011 (26. September 2011) bekannt (sogar schon als Entwurf im Mai 2011). Gleichwohl musste und durfte das BVA diesen Bericht nicht schon zur Grundlage der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 machen. Das BVA habe die Festlegungen nämlich nicht nur auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise, sondern auch unter Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt des GKV-Spitzenverbandes) zu erarbeiten. Vor dessen Stellungnahme muss auch den Mitgliedskassen noch die Möglichkeit gegeben werden, ihre Meinung zu äußern. Das LSG NRW sieht zwar keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung, für den GKV-Spitzenverband seine Mitgliedskassen vor der Stellungnahme anzuhören und der GKV-Spitzenverband müsse seine Aufgaben auch eigenständig erfüllen und eine selbständige fachlich Bewertung des Festlegungsentwurfs abgeben. Es sei allerdings zu berücksichtigen, dass die Mitgliedskassen unmittelbar von den Festlegungen betroffen seien und es somit sachgerecht sei, sie in den Prozess der Willensbildung des GKV-Spitzenverbandes einzubinden.

Das LSG NRW sieht darin ein Verfahren der Wissensgenerierung durch Beteiligung. Dieses wäre gestört, wenn das BVA aufgrund allein ihm zugänglicher Informationen Änderungen der Festlegungen vornehmen würde oder müsste. Das BVA musste nach Ansicht des LSG NRW den Kassen eine Auseinandersetzung mit den Evaluationsbericht und den dort angestellten Berechnungen ermöglichen, bevor es eine Änderung des Regressionsverfahrens durchführen durfte.

Bekanntermaßen wurde der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirates vom 22. Juni 2011 erst am 26. September 2011 durch das BMG veröffentlicht. Erst ab diesem Zeitpunkt sei eine Auswertung durch die betroffenen Krankenkassen möglich gewesen. Für eine fundierte, breit angelegte Diskussion über den Evaluationsbericht sei bis zum Erlass der Festlegungen am 30. September 2011 keine Zeit mehr gewesen.

Nach Ansicht des LSG NRW wäre eine allgemeine Auswertung und Diskussion bis zum 30. September 2011 jedoch

auch nicht möglich gewesen, wenn man vom Fertigstellungstermin am 22. Juni 2011 ausgehen würde. Das BMG als Auftraggeber des Evaluationsberichts habe diesen vor Veröffentlichung zunächst inhaltlich prüfen wollen. Selbst wenn man annehmen würde, dass der Bericht schon deutlich vor dem 26. September 2011 veröffentlicht worden wäre, hätte angesichts des zeitlichen Vorlaufs für das Beteiligungsverfahren vor den spätestens bis zum 30. September 2011 vorzunehmenden Festlegungen die gebotene Diskussion nicht abgeschlossen werden können. Nach Ansicht des LSG NRW ist nicht zu beanstanden, dass das BVA auch für das Ausgleichsjahr 2012 noch an dem bisherigen Berechnungsverfahren festgehalten und eine Änderung des Regressionsverfahrens bis zum Abschluss der Bewertung des Evaluationsberichts zurückgestellt hat.

Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung hat der 16. Senat des LSG NRW in sämtlichen Verfahren die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zugelassen.

Die KBS und die Bahn-BKK sind gegen die klageabweisenden Urteile der Ausgleichsjahre 2009 bis 2012 in die Revision gegangen. Das BVA hat wiederum für die Bundesrepublik Deutschland Revision gegen die Urteile des Ausgleichsjahres 2013 eingelegt.

Nach dem Wechsel der Bundesregierung im Herbst des Jahres 2013 wurde die Weisung des BMG zurückgenommen. Dies führte unmittelbar dazu, dass das BVA die Revision für das Ausgleichsjahr 2013 zurückgenommen und gegen das Urteil des Jahres 2014 keine Revision eingelegt hat. Damit waren die Urteile für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 rechtskräftig. Das BSG hatte somit noch über die Ausgleichsjahre 2009 bis 2012 zu entscheiden.

Entscheidung des Bundessozialgerichts

Das BSG hat die Entscheidung des LSG NRW nach mündlicher Verhandlung am 20. Mai 2014 bestätigt und die Revision der KBS für das Ausgleichsjahr 2012 zurückgewiesen. Die schriftlichen Urteilsgründe sind derzeit noch nicht veröffentlicht, den mündlichen Ausführungen des 1. Senats als auch der Pressemitteilung kann man jedoch entnehmen, dass die Begründung des Urteils des LSG NRW grundsätzlich übernommen wurde.

Zwischen der Veröffentlichung des Evaluationsberichts des Wissenschaftlichen Beirats (26. September 2011) und den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2012 (30. September 2011) sei zu wenig Zeit gewesen um den Evaluationsbericht bereits für das Ausgleichsjahr 2012 zu berücksichtigen. Eine Berücksichtigung hätte nach Ansicht des BSG die zwingenden Vorgaben für die Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen verletzt. Der Einwand, dass der Bericht dem BMG (Auftraggeberin des Berichts) und auch dem BVA bereits im Mai (Entwurf) beziehungsweise Juni 2011 vorlagen, war nicht relevant; auch nicht, dass das BMG den Bericht bis zum 26. September 2011 zurückgehalten hat. Nach Ansicht des 1. Senats benötigte das BMG den Zeitraum bis zur Veröffentlichung zur Prüfung des Evaluationsberichts. Es sei nicht unwahrscheinlich gewesen, dass an dem Bericht hätten Änderungen vorgenommen werden müssen.

Zudem erklärte der Senat: „Der Auftraggeber des Gutachtens bestimmt den Zeitpunkt der Veröffentlichung."

Nach Zurückweisung der Revision für das Ausgleichsjahr 2012 wurde die Revision für die Ausgleichsjahre 2009 bis 2011 aus Kostengründen zurückgenommen.

Ergebnis

Das Urteil des Ausgleichsjahres 2013 wurde im Wege der Gesamtkorrektur im Rahmen des Jahresausgleichs für das Jahr 2013 umgesetzt. Die Umsetzung des Urteils des Ausgleichsjahres 2014 erfolgte im Rahmen der zweiten Strukturanpassung für dieses Ausgleichsjahr.

David Roesler
KBS/Abteilung IX
Recht
Wasserstraße 215
44799 Bochum

Fußnote

1 Prof. Dr. Wasem leitet seit 2009 den Wissenschaftlichen Beirat für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.

THORSTEN VENNEBUSCH

Die neue Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale

Mit Minijobbern das Familienleben und Erwerbstätigkeit in Einklang bringen

„Familienunterstützende Dienstleistungen können Familien in den unterschiedlichen Phasen familiärer Verantwortung besonders wirksam unterstützen. Unterstützung im Haushalt trägt dazu bei, zeitliche Spielräume füreinander oder für eine von vielen Eltern gewünschte Ausdehnung ihrer Erwerbstätigkeit zu gewinnen. So kann zugleich dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden.“ Mit diesen Aussagen beschreibt der Zweite Demografiegipfel der Bundesregierung im Mai 2013 die Ausgangslage zur Errichtung der neuen Haushaltsjob-Börse bei der Minijob-Zentrale.

Was ist die Haushaltsjob-Börse?

Die Haushaltsjob-Börse ist ein Service für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die Unterstützung suchen oder anbieten für die alltäglichen Arbeiten in der Wohnung, bei der Gartenarbeit oder bei der Betreuung von Kindern, Senioren oder Haustieren. Die Nutzung der Haushaltsjob-Börse ist kostenlos. Sowohl das Suchen von passenden Stellenanzeigen, aber auch das eigene Aufgeben einer Anzeige und eine eventuelle Kontaktaufnahme mit den Inserenten sind mit keinerlei Kosten verbunden.

Die Haushaltsjob-Börse bietet die Möglichkeit, einfach und unkompliziert eigene Stellenangebote oder Stellengesuche aufzugeben. Die Stellenbörse umfasst ausschließlich Minijobs in Privathaushalten. Das vereinbarte Arbeitsentgelt beträgt somit regelmäßig nicht mehr als 450 Euro im Monat. Die vom Staat besonders geförderten Minijobs in Privathaushalten sind Beschäftigungen, die genau diejenigen Tätigkeiten beinhalten, die gewöhnlich durch Familienangehörige erledigt werden. Als Arbeitgeber und Arbeitnehmer kommen deshalb nur Privatpersonen in Frage. Dienstleistungsagenturen können Ihre Dienste auf der Haushaltsjob-Börse nicht anbieten.

Sinn und Zweck

Mit der Haushaltsjob-Börse soll der zurzeit in Deutschland intransparente und zum Teil kostenintensive Stellenmarkt für familienhafte Dienstleistungen vereinheitlicht werden. Immer wieder wurde beispielsweise die Minijob-Zentrale in den vergangenen Jahren im Rahmen der Durchführung des Haushaltsscheck-Verfahrens damit konfrontiert, dass Arbeitnehmer und insbesondere auch Arbeitgeber im Privathaushalt Probleme damit haben, geeignete Jobs beziehungsweise Haushaltshilfen zu finden. Die deutschlandweit erworbene Kompetenz der Minijob-Zentrale auf dem Gebiet der Minijobs in Privathaushalten und die ihr von vielen Seiten attestierte hohe Seriosität als Einzugs- und Meldestelle sollen sich auch auf die Haushaltsjob-Börse auswirken und die Stellensuche vereinfachen.

Durch die enge Anbindung an die Minijob-Zentrale erfahren die Nutzer zudem aus einer Hand alles Wissenswerte über Minijobs in Privathaushalten. Auch nach einer erfolgreichen Suche nimmt die Haushaltsjob-Börse die Arbeitgeber und Arbeitnehmer an die Hand und liefert alle wichtigen Informationen bis hin zur Anmeldung der Beschäftigungen über das sogenannte Haushaltscheck-Verfahren.

Wie funktioniert die Börse?

Registrierung

Die Nutzung der Haushaltsjob-Börse ist für alle Seiten ganz einfach. Der Anwender kann auf der Internetseite www.haushaltsjob-boerse.de alle für alle für ihn in Frage kommenden Stellenanzeigen suchen. Diese Suche ist möglich, ohne selbst registriert zu sein. Ohne Registrierung können jedoch nicht alle Funktionalitäten der Haushaltsjob-Börse genutzt werden. So ist die Ansicht von Fotos der Anzeigen oder eine Kontaktaufnahme erst nach einer Registrierung möglich. Auch eine eigene Anzeige kann erst aufgegeben werden, wenn der Anwender registriert ist. Dies erhöht natürlich auch die Chancen für eine erfolgreiche Stellensuche.

Die Minijob-Zentrale ist deutschlandweit die zentrale Servicestelle für die Abwicklung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Sozialversicherung für sämtliche geringfügige Beschäftigungen, die sogenannten Minijobs.

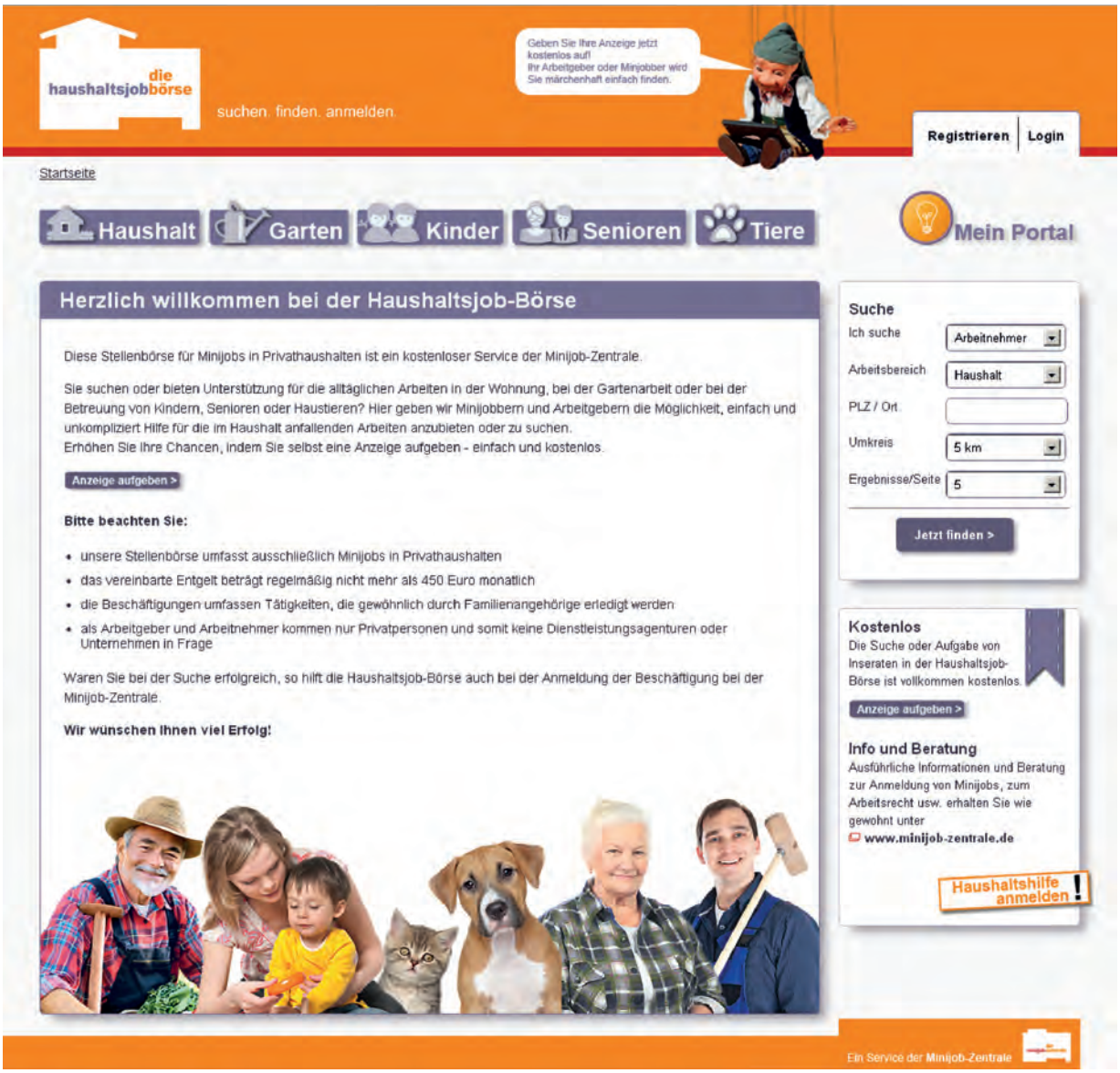
Neben dem Meldeverfahren zur Sozialversicherung und dem Einzug der Pauschalabgaben bei allen Minijobs im gewerblichen Bereich führt die Minijob-Zentrale auch das Haushaltsscheck-Verfahren für Minijobs in Privathaushalten durch.

Darüber hinaus bietet die Minijob-Zentrale Arbeitgebern und Arbeitnehmern ein umfassendes Service- und Informationsangebot aus einer Hand und berät zum Versicherungs-, Beitrags,- und Melderecht bei geringfügigen Beschäftigungen.

www.minjob-zentrale.de
www.haushaltsjob-boerse.de

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

Der Anwender kann sich bei der Haushaltsjob-Börse mit wenigen Schritten registrieren. Durch das Anlegen eines Benutzernamens und die selbstständ-



dige Vergabe eines Passworts wird der Zugriff auf ein eigenes Nutzerportal ermöglicht. Mit der Angabe von einigen wenigen persönlichen Daten ist das Registrierungsverfahren bereits abgeschlossen. Alle neu registrierten Anwender erhalten auf dem Postweg ein Begrüßungsschreiben mit hilfreichen Informationen der Minijob-Zentrale. Auf diese Weise wird in einem ersten Schritt geprüft, ob die Nutzerdaten korrekt sind. Eine Nutzung des Portals mit falschen persönlichen Angaben ist untersagt und wird hierdurch eruiert.

Im persönlichen Portal können die registrierten Nutzer der Haushaltsjob-Börse

- alle eigenen Anzeigen verwalten,
- neue Anzeigen aufgeben,
- die persönlichen Profildaten ändern,
- das Passwort ändern oder
- ein angelegtes Profil löschen.

Stellenanzeige aufgeben

Großer Wert wurde bei der Errichtung der Haushaltsjob-Börse auch auf das einfache Anlegen einer eigenen Stellenanzeige gelegt. Die Stellenbörse führt den Anwender step by step von der Auswahl der Kategorie bis hin zur fertigen Anzeige. In den Kategorien Haushalt, Garten, Kinder, Senioren und Tiere besteht die Möglichkeit als Arbeitgeber oder Arbeitnehmer eine eigene Anzeige aufzugeben. Diese Anzeige wird für die späteren Suchergebnisse durch einen Titel und die Postleitzahl beziehungsweise den Ort der Beschäftigung präzisiert. Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit, zum Stundenlohn und den möglichen Einsatzzeiten sind standardisiert zu erfassen und führen deshalb schnell zu einer professionellen Stellenanzeige. Außerdem kann die Anzeige mit eigenen Worten ausführlich beschrieben und ein zur Anzeige passendes Foto hochgeladen werden.

Die aufgegebenen Anzeigen bleiben standardmäßig für sechs Monate geschaltet und sichtbar. Wird vom Nutzer eine kürzere Laufzeit gewünscht, so kann er diese schon bei der Aufgabe der Anzeige angeben. Über das persönliche Profil ist es zu jedem Zeitpunkt auch möglich, eine Anzeige vorzeitig zu beenden oder zu verlängern.

Ist die Anzeige freigeschaltet, so hat jeder registrierte Nutzer die Möglich-

keit über die Anzeige Kontakt mit dem Anzeigenaufgeber aufzunehmen. Dieser Kontakt wird ausschließlich über die im Profil hinterlegte E-Mail-Adresse hergestellt. Ergänzend zur E-Mail-Adresse kann auch die eigene Telefonnummer im Kontaktformular hinterlegt werden. Von der Haushaltsjob-Börse werden mit Ausnahme des Nutzernamens keine weiteren Daten aus dem persönlichen Profil des Nutzers weitergegeben. Über das Kontaktformular wird eine E-Mail an den Inserenten generiert. An der Kontaktaufnahme und der weiteren Korrespondenz zwischen dem suchenden Nutzer und dem Anzeigenaufgeber ist die Haushaltsjob-Börse nicht weiter beteiligt.

Sicherheit und Datenschutz

Sollte eine Anzeige gegen die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Haushaltsjob-Börse verstoßen beziehungsweise sonstige Gründe für einen Verstoß vorliegen, so können die Anwender der Haushaltsjob-Börse diesen melden. Die Minijob-Zentrale prüft dann diese Meldung und sperrt gegebenenfalls alle Anzeigen des Nutzers. Darüber hinaus werden von der Minijob-Zentrale die aufgegebenen Anzeigen regelmäßig stichprobenartig gesichtet.

Über die Haushaltsjob-Börse kann direkt Kontakt zur Minijob-Zentrale aufgenommen werden. Hierzu wurde ein Kontaktformular eingerichtet. Über dieses Formular können Nutzer Fragen zum Stellenportal, aber auch zu rechtlichen Fragen rund um Minijobs in Privathaushalten stellen. Auch besteht die Möglichkeit den Newsletter der Minijob-Zentrale zu abonnieren oder die Social-Media-Kanäle einzusehen.

Besonders beachtet die Minijob-Zentrale auch die Regelungen zum Datenschutz. Ohne Einwilligung der Nutzer werden von ihr personenbezogene Daten weder erhoben, gespeichert noch verarbeitet. Die erhobenen Daten nutzt die Minijob-Zentrale nur entsprechend dem Zweck der Haushaltsjob-Börse. Um die Sicherheit der Daten zu gewährleisten, werden dem Stand der Technik entsprechende Mittel eingesetzt. Löscht ein Nutzer sein Profil, werden die personenbezogenen Daten ebenfalls gelöscht. Ein Nutzer kann jederzeit seine Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten widerrufen. Dazu sendet er einfach eine E-Mail an die Minijob-Zentrale.

Thorsten Vennebusch
KBS/Minijob-Zentrale
Büro der Abteilungsleitung
Hollestraße 7a-c
45127 Essen

Erste Etappe des „Guter-Rat-Weg“ eröffnet

Knappschaft engagiert sich im Rahmen der Vorsorge

Der RuhrtalRadweg - einer der beliebtesten Fluss-Radwege Deutschlands - wird noch attraktiver. Kürzlich eröffnete die Knappschaft und die RuhrTourismus GmbH die erste Etappe des „Guter-Rat-Weg“. An Gesundheitsstationen entlang des RuhrtalRadwegs gibt die Knappschaft künftig auf großen Infotafeln Tipps zum richtigen Trinken oder zum Umgang mit dem gefährlichen Bärenklau. An einigen Stationen können die Nutzer des Radwegs auch direkt an einem Fitnessgerät noch mehr für ihre Gesundheit tun.

Die Knappschaft baut mit dem Projekt ihr Engagement im Rahmen der Vorsorge weiter aus. „Wir unterstützen als Krankenkasse insbesondere gesundheitsfördernde Maßnahmen“, sagt Bettina am Orde, Geschäftsführerin der Knappschaft und ergänzt: „Mit unseren Tipps und Aktiv-Stationen auf dem ‚Guter-Rat-Weg’ erreichen wir viele Menschen vom Sportler bis zur jungen Familie. Das passt genau zu unserem Präventionsprogramm.“

Am königlichen Schleusenwärterhaus in Witten gegenüber der Ruine Hardenstein beginnt die neue Gesundheitsroute. Hier klärt die Knappschaft auf der ersten Infotafel über die Gefahren des Bärenklaus auf und gibt Tipps, was man tun kann, wenn man mit der Pflanze in Berührung gekommen ist. 4,7 Kilometer weiter am Kemnader See in Bochum folgt die zweite Station: Unter dem Motto „Zug um Zug ein bisschen fitter“ kann man sich mit Blick auf den See auf einen Rudertrainer setzen und beim „Trockenrudern“ seine Rücken - und Beinmuskulatur stärken.

Bis zum Frühjahr 2015 entstehen auf der Strecke zwischen Witten und Duisburg weitere Gesundheits- und Fitnessstationen. Unter anderem erhalten Radfahrer, Spaziergänger und Skater Tipps zum Hautschutz, zur Stärkung der Rückenmuskulatur und zur Entspannung. KBS

ANDREAS NAROZNY

Minijobs in Privathaushalten: Im Fokus der Medienarbeit

Die Minijob-Zentrale hat die sehr bekannte und nicht minder beliebte Augsburger Puppenkiste als Kooperationspartner für ihre Werbe- und PR-Kampagne gewonnen. Das ist für sich bereits ein gelungener Kommunikationsanlass. Doch die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Anmeldung von Minijobs in Privathaushalten fußt auf einer breiteren Basis – und läuft praktisch das gesamte Jahr.

Redaktionsbesuche bei Verlagen, der Tag der Putzfrau am 8. November oder das Ausfüllen des Haushaltsschecks zur Anmeldung eines Minijobbers in einen Erklärfilm bannen – so unterschiedlich wie die Minijobs in Privathaushalten selbst sind auch die Maßnahmen beziehungsweise Kommunikationsanlässe, die für das Jahr 2014 auf der Agenda stehen und standen. Wichtig bei einer solchen Kampagne: Erstens müssen Grundzüge und Inhalte zu Jahresbeginn feststehen, denn den einzelnen Maßnahmen gehen oft wochenlange Vorbereitungen und Abstimmungsprozesse voraus. Zweitens müssen Werbe- und PR-Maßnahmen aufeinander abgestimmt sein, zum Beispiel bei der Schaltung der Werbespots, der Print-Anzeigen sowie der Online-Banner.

Ein szenischer Rückblick auf das laufende Jahr zeigt, wie facettenreich sich die Medienarbeit der sogenannten Haushaltsscheck-Kampagne, mit der für die Anmeldung von Minijobbern in Privathaushalten geworben wird, gestaltet.

Januar

Während die Konzeptionsphase für die Gesamtkampagne noch läuft, wird es mit dem ersten Projekt schon ganz konkret. Die Kooperationsvereinbarung mit der Augsburger Puppenkiste wurde im November 2013 unterzeichnet. Für Februar 2014 sind die Aufnahmen von drei Werbespots geplant: Nachdem die Partnerschaft zwischen Minijob-Zentrale und Puppenkiste bereits Ende 2013 bundesweit für mediale Aufmerksamkeit gesorgt hat, sollen die Medien auch während der Dreharbeiten einen Blick hinter die Kulissen bekommen können (Abb.1). Presseverteiler werden erstellt, Hintergrundmaterial für die Medien gesammelt und die Redaktionen für den Februar eingeladen.

Februar

In der zweiten Monatswoche geht es los. Vier Tage lang wird ein Teil einer großen Lagerhalle in einem Augsburger Industriegebiet zu einer riesigen Puppenkiste umgebaut. Die Thematik „Minijobber in Privathaushalten“ wird humorvoll auf die Märchenwelt der Gebrüder Grimm übertragen. Und Dornröschen, Schneewittchen und Rotkäppchen zu Hauptdarstellerinnen (Abb.2). Vom Kameramann bis zum Puppenspieler sind insgesamt 33 Personen an der Produktion vor Ort beteiligt. Elf Sprecher leihen den Puppen ihre Stimmen. 20 Originalpuppen der Augsburger Puppenkiste stehen für die Dreharbeiten zur Verfügung. Sechs Mitarbeiter haben über zwei Monate an der Anfertigung der Requisiten gearbeitet. Immer mit dabei: Interessierte Redaktionen, die die Kooperation aufgreifen. Die Augsburger Allgemeine macht das Thema inklusive großem Bild zum Aufmacher auf der Titelseite. Aber auch die Bild, die Berliner Zeitung, die Welt und die Süddeutsche lassen in ihrer Berichterstattung „die Puppen tanzen“. Allein gut neun Millionen Fernsehzuschauer sehen die Fernsehberichte bei Sat1, RTL sowie im WDR und Bayersichen Rundfunk.

März

Am 20. ist Frühlingsanfang. Eine gute Gelegenheit, sich dem Thema Frühjahrsputz zu widmen. Eine Pressemitteilung der nicht ganz alltäglichen Art geht an die Medien: die Staubstatistik. 92 Tonnen Staub entstehen jährlich in deutschen Haushalten! Viel Arbeit für angemeldete Putzkräfte. Und eine gute Gelegenheit, die Journalisten noch einmal über die Vorteile für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei einer Anmeldung der Haushaltshilfe zu informieren. Ergänzt werden solche klassischen Pressemitteilungen durch direkte Gespräche mit Journalisten, in denen das gesamte Themenspektrum der Minijobs in Privathaushalten noch besser verdeutlicht werden kann. Deshalb stehen im März Redaktionsbesuche an – unter anderem beim Burda-Verlag und Gruner+Jahr. Viele klassische Publikumzeitschriften, etwa Frauen- oder Garten-Magazine, haben Ratgeber-Rubriken für die das Thema Minijobs in Privathaushalten eine Rolle spielen kann. Eine Abdruckgarantie gibt es nach solchen Terminen nicht, ebenso wie bei der Veröffentlichung von Pressemitteilungen. Aber Medien, die sich sonst nicht mit der Thematik befassen, zeigen oftmals doch Interesse. Ein Beispiel: Die Zeitschrift „Mein schöner Garten“ hat sich in ihrer Ratgeberrubrik eine halbe Seite lang mit der Anmeldung von Gartenhilfen beschäftigt und gleich ausführlich dargestellt wie man einen Minijobber anmeldet (Abb.3).

April

Fortsetzung der Redaktionsbesuche. Gerade die großen Publikumszeitschriften haben zum Teil einen thematischen Vorlauf von mehr als zwei Monaten. Hier gilt es, rechtzeitig die Themen anzustoßen und in die Jahresplanung der Redaktionen zu platzieren. Ende des Monats ist es endlich soweit: Nach den Dreharbeiten im Februar und der

Postproduktion werden die drei neuen Werbespots bei Sat1 und RTL gestartet. Die TV Spielfilm präsentiert die 30-Sekünder als Spots der Woche und schafft mit einer speziellen App den nahtlosen Übergang von der Fernsehzeitschrift zu den bewegten Bildern inklusive eines Making-Ofs und einer Verknüpfung zur Internetseite der Minijob-Zentrale.

Abb. 1: Blick hinter die Kulissen bei den Dreharbeiten zu den drei Werbespots mit der Augsburger Puppenkiste.

Abb. 2: Schneewittchen wirbt bei den sieben Zwergen für die Anmeldung als Minijobberin bei der Minijob-Zentrale.

Mai

Was dem Normalbürger ein Graus ist, ist der Haushaltsscheck-Kampagne ein willkommener Anlass zur Kommunikation: Die Abgabe der Steuererklärung bis zum 31. des Monats. Und wie in jedem Jahr geht es um die Tatsache, dass man die Ausgaben für einen Minijobber steuermindernd absetzen kann. Alter Hut? Jährlich wiederkehrender Langeweiler? Mitnichten, denn oft geht es auch um die Aufmachung des Themas. In diesem Fall ist es ein so genannter O-Ton-Service für Radiosender. In Zusammenarbeit mit einer Produktionsfirma wird ein Beitrag erstellt, der durch Zitate eines Experten aus der Minijob-Zentrale abgerundet wird. Bundesweit 38 lokale Radiosender haben diesen Service genutzt und damit insgesamt gut 1,5 Millionen Hörer erreicht. Darüber hinaus werden diese klassischen Ratgeber-Themen das ganze Jahr über den TV-, Radio-, Print- und Online-Redaktionen angeboten.

gartenrecht

Schwarzarbeit oder Nachbarschaftshilfe

Mein Nachbar hilft mir ab und zu bei der Gartenarbeit und verdient sich so ein paar Euro dazu. Gilt das als Schwarzarbeit?

Magdalena K., Dortmund

Auch wer Haus und Garten gut im Griff hat, gönnt sich gelegentlich Hilfe. Und das leider immer öfter „schwarz". Grundsätzlich gilt: Kommt der Helfer regelmäßig, egal ob einmal oder mehrfach pro Monat, und verdient er monatlich bis zu 450 Euro, muss das Beschäftigungsverhältnis angemeldet werden. Dienst- und Werkleistungen sind nur dann frei von einer Anmeldung, wenn sie aus Gefälligkeit oder als Nachbarschaftshilfe zustande kommen. Liegt eine Gewinnerzielungsabsicht zugrunde – das heißt, Ihre Hilfe arbeitet, um einen ordentlichen Lohn zu erhalten – sind sie anmeldepflichtig. Kommt der Nachbar aus Freundschaft gelegentlich vorbei, um den Rasen zu mähen, ist das kein Problem. Erfolgt die Arbeit regelmäßig und mit dem Ziel, Geld zu verdienen, muss man die Hilfe anmelden – auch wenn

Mit Rasenmähen kann man sich etwas Geld hinzuverdienen

es der liebe Nachbar ist. Dabei bietet eine ordentliche Anmeldung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlreiche Vorteile. Haushaltshilfen können monatlich bis zu 450 Euro verdienen. Gleichzeitig sind alle Minijobber nach der Anmeldung rentenversicherungspflichtig. Dadurch erwerben sie volle Rentenansprüche und zahlen 13,9 Prozent ihres Gehalts in die Rentenkasse ein. Darüber hinaus ist die Anmeldung eine Entscheidung für mehr Rechte, Sicherheit und Steuervorteile. Während Minijobber Anspruch auf Urlaub und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall haben, ist der Arbeitgeber über die Unfallversicherung vor Ansprüchen bei Unfällen der Hilfe geschützt. Andererseits droht jedem Arbeitgeber ein Bußgeld von bis zu 5.000 Euro, wenn die Haushaltshilfe nicht bei der Minijob-Zentrale angemeldet ist.

So melden Sie einen Minijob an

In nur drei Schritten sind Arbeitgeber und Minijobber abgesichert: Der Arbeitgeber muss lediglich das sogenannte Haushaltsscheck-Formular ausfüllen, es vom Arbeitnehmer unterschreiben lassen und an die Minijob-Zentrale schicken. Das Formular lässt sich telefonisch beim Service-Center der Minijob-Zentrale unter Tel. 03 55/2 90 27 07 99 anfordern, im Internet unter www.minijob-zentrale.de herunterladen oder gleich online bearbeiten.

UNSER SERVICE: HIER FINDEN SIE IHR RECHT!

Professor Robert Schweizer und seine Mitarbeiter helfen Ihnen bei rechtlichen Fragen schnell und kompetent weiter

MEIN SCHÖNER GARTEN bietet Ihnen zusammen mit der von uns beauftragten Kanzlei Prof. Schweizer einen umfassenden Service rund ums Thema Recht. Suchen Sie Gesetzestexte, Urteile, Musterverträge, Infos zum Gartenrecht oder möchten Sie die Anwälte beim Chat befragen? Dann besuchen Sie unseren Ratgeber im Internet. Hier finden Sie zahlreiche kostenlose Serviceangebote sowie Preisangaben für unsere ausführlichen Dienste übers Internet. Auch eine kostengünstige individuelle Beratung durch die Kanzlei zum Thema Recht oder Steuern ist möglich.

Internet: www.mein-schoener-garten.de/recht
E-Mail: msg@kanzlei-prof-schweizer.de
Fax: 089/92 80 85 85
Kennwort: „Mein schöner Garten"
Post: Kanzlei Prof. Schweizer, Kennwort: Mein schöner Garten, Arabellastr. 21, 81925 München.
Bitte für Rückfragen immer Ihre Telefonnummer angeben.
Video-Chat: Stellen Sie kostenlos Fragen zu den aktuellen Themen: www.mein-schoener-garten.de/recht – nächster Termin:
Mittwoch, 9. Juli, um 18 Uhr.
Buchtipp: Ausführliche Informationen zum Gartenrecht geben Ihnen Prof. Robert Schweizer und seine Tochter Andrea Schweizer in dem Buch **„Recht in Garten & Nachbarschaft"** (dritte, stark erweiterte Auflage). Kosmos Verlag in Zusammenarbeit mit MEIN SCHÖNER GARTEN; 256 Seiten; 12,95 Euro.

Abb. 3: Rubrik Ratgeber in „Mein schöner Garten", Ausgabe Juni 2014.

Abb. 5: Viel Aufsehen erregte die Guerilla-Aktion der Minijob-Zentrale in Berlin.

Juni

So wie die Abgabe der Steuererklärung lässt sich auch der Beginn der Sommerferien als Kommunikationsansatz nutzen. Denn oftmals stehen Eltern in der vermeintlich schönsten Zeit des Jahres vor der Frage, wie sie in den großen Ferien die Kinderbetreuung sicherstellen können. Der kommunikative Ansatz zum Minijob liegt da nicht weit. Auch in den Redaktionen: Unser Radio-Beitrag wurde insgesamt von 53 Stationen ausgestrahlt – mit einer Reichweite von 3,2 Millionen Hörern. In Zeiten in denen sich die Kommunikation aber immer weiter ins Internet verlagert, werden auch neue Formate eingesetzt. Das Haushaltsscheck-Verfahren ist in einer Pressemitteilung leicht kommuniziert. Aber der Mensch ist sehr von seiner visuellen Wahrnehmung geprägt. Die Idee für die Kampagne: ein Erklärfilm. Die Anmeldung von Minijobbern und die daraus resultieren Vorteile in bewegten Bildern. Ein Storyboard – praktisch das Drehbuch des Films – wird entwickelt. Zum Einsatz sollen keine echten Schauspieler kommen, sondern gezeichnete Figuren. Gleich eine ganze Familie. Nachdem die Inhalte festgelegt sind, macht sich die Produktionsfirma daran, erste Szenen zu entwickeln (Abb. 4).

Abb. 4: Die sympatischen Figuren aus dem Erklärfilm zur Anmeldung von Minijobbern in Privathaushalten.

Juli

Die Redaktionsansprache hat wieder Interesse geweckt. Diesmal beim Fernsehen. Die TV-Sendung „ARD Buffet“ macht die Minijobs im Privathaushalt zum Schwerpunktthema einer Sendung. Mit dabei: Dr. Erik Thomsen, Leiter der Minjob-Zentrale, der gut eine Stunde lang Auskunft gibt. In Vorbereitung gehen außerdem zwei Umfragen beziehungsweise Studien. „Wer sind die Minijobber?“ soll mit den gängigen Klischees über Minijobber aufräumen. Unter dem Stichwort „Wirtschaftslokomotive Minijob“ einmal die ökonomische Seite der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse erläutert werden. Überregional erscheinende Medien haben bereits Interesse bekundet, die Themen im Spätherbst zu veröffentlichen.

August

Der Erklärfilm geht in die finale Abstimmung. Sprecher werden ausgewählt, einzelne Szenen noch angepasst. Insgesamt addiert sich der Bewegtfilm auf etwas mehr als dreieinhalb Minuten. Ein wenig lang für das Rezeptionsverhalten von Internetnutzern – schließlich soll der Film auf der Internetseite und dem Youtube-Kanal der Minijob-Zentrale laufen. Letztlich werden zwei kürzere Filme produziert, die Mitte des Monats online gestellt werden.

Eine eher außergewöhnliche Aktion findet vor strahlendblauem Himmel in Berlin statt. Eine lebensechte Puppe hängt an einer Häuserfassade – begleitet von einem Banner mit der deutlichen Botschaft: „Lassen Sie Ihre Haushaltshilfe nicht hängen!“ Viele Berliner Medien – die meisten Tageszeitungen und einige lokale Radiostationen – greifen das Thema dieser ungewöhnlichen PR-Guerilla auf (Abb.5).

September

Für den 8. November, den Tag der Putzfrau, laufen die Vorbereitungen bereits auf Hochtouren. Ein Pressepaket mit Hintergrundinformationen wird für die Redaktionen erstellt. Als Zitatgeberin konnte Gesine Schulz gewonnen werden. Die Autorin, die in Essen wohnt, hat einige Krimis rund um die Putzfrau und Privatermittlerin Karo Rutkowsky geschrieben. Und Gesine Schulz ist die Initiatorin oder Erfinderin des Tages der Putzfrau, der seit 2004

offiziell begangen wird. Das Datum ist dabei nicht ganz zufällig gewählt, denn der 8. November ist Karo Rutkowskys Geburtstag.

Oktober

Das Datenmaterial der Umfrage „Wer sind die Minijobber?“ und der Studie „Wirtschaftslokomotive Minijob“ wird ausgewertet und für die Pressearbeit aufbereitet. Geplante Veröffentlichungen: Anfang November und Dezember oder Januar.

Ansonsten wirft die neue Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale (siehe gesonderter Artikel in dieser Kompass-Ausgabe) ihre Schatten voraus. Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles gibt den offiziellen Startschuss auf einer durch großes Medieninteresse begleiteten Pressekonferenz (Abb.6). Die Haushaltsjob-Börse ist ein kostenloser und einfach zu bedienender Service für Arbeitgeber und -nehmer, die Unterstützung suchen oder anbieten für die alltäglichen Arbeiten in der Wohnung, bei der Gartenarbeit sowie bei der Betreuung von Kindern, Senioren oder Haustieren.

Abb. 6: Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles auf der Pressekonferenz zum Start der neuen Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale.

November und Dezember

Der Blick nach vorn ist gleichzeitig ein Blick zurück. Die Kampagnenplanung für das Jahr 2015 hat längst begonnen. Die Kooperation mit der Augsburger Puppenkiste wird mit zwei neuen Spots fortgeführt. Voraussichtlich im Februar 2015 finden die Dreharbeiten in Augsburg statt. So schließt sich der Kreis eines Kampagnenjahres…

Und was passiert sonst?

Parallel findet während des gesamten Kampagnenzeitraums eine detaillierte Medienbeobachtung statt: Welche Redaktionen haben welches Thema aufgegriffen? Wie oft wurde eine Umfrage in der Tagespresse erwähnt? Wie viele Leser oder Hörer haben die Botschaften der Minijob-Zentrale erreicht? Am Ende einer jeden Kampagne steht die sogenannte Medienresonanzanalyse: Sie zeigt unter anderem auf, wie groß die Reichweite in den Medien insgesamt war – gibt aber auch klare Hinweise über die Tonalität der Artikel, Hörfunk- oder TV-Beiträge. Wird positiv über Minijobs in Privathaushalten berichtet oder gibt es kritische Töne? Die Ergebnisse der Vorjahreskampagne fließen in die Werbe- und PR-Maßnahmen des kommenden Jahres ein – um im Idealfall noch mehr Hörer, Leser und Fernsehzuschauer zu erreichen.

Und das Ergebnis dieser Arbeit?

Ein schöner Anlass für die Kommunikation war 2013, die 250.000ste angemeldete Minijobberin vorzustellen. Mittlerweile liegt die Zahl bei etwa 280.000. Sicher nicht der alleinige Verdienst der Haushaltscheck-Kampagne – aber dass sich die Medien in vielfältiger Form für alle Themen rund um die Minijobber in Privathaushalten interessieren, schadet sicher nicht.

Andreas Narozny
KBS/Referat 0.5
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

Preisverleihung

Für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit rund um die Kooperatioon mit der Augsburger Puppenkiste ist die KBS/Minijob-Zentrale im September 2014 mit der PR-Klapppe in Silber ausgezeichnet worden. Als erfolgreicher bewertet wurde nur die Medienarbeit der Edeka-Kampagne „Supergeil“. Sie erhielt die PR-Klappe in Gold. Ausgeschrieben wird der Preis vom Kommunikationsverband. Zu dem Wettbewerb einreichen können Agenturen, Unternehmen und Institutionen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Wechsel in der Selbstverwaltung bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob, Vorsitzender des Vorstandes.

Udo Kummerow, Vorsitzender der Vertreterversammlung.

Der Vorsitz in den Selbstverwaltungsorganen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) wechselt jährlich am 1. Oktober. Die Vorsitzenden des Vorstandes und der Vertreterversammlung müssen dabei verschiedenen Gruppen angehören.

Das Amt des Vorstandsvorsitzenden wurde turnusgemäß dem Arbeitgebervertreter Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob übertragen, der die Versichertenvertreterin Edeltraud Glänzer ablöste.

Den Vorsitz der Vertreterversammlung übernahm der Versichertenvertreter Udo Kummerow. Er löste den Arbeitgebervertreter Frank Vanhofen ab.

KBS

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

Vertreterversammlung

Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat in seiner Sitzung am 18. September 2014 gemäß § 60 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) die Feststellung getroffen, dass Frau Claudia Hamelbeck, geboren 1958, Bonn, Nachfolgerin des ausgeschiedenen Mitglieds Günther von Niebelschütz in der Gruppe der Arbeitgeber der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See geworden ist.

Widerspruchsstelle

Widerspruchsausschuss Frankfurt III

Ebenfalls in der oben genannten Sitzung hat der Vorstand Herrn Dietrich Martin von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Frankfurt III entbunden. Ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

Widerspruchsausschuss München IV

In seiner Sitzung am 30. Oktober 2014 hat der Vorstand Herrn Javier-Luis Maria Flores von seinem Amt als Mitglied im oben angegebenen Widerspruchsausschuss entbunden. In gleicher Sitzung wurde Herr Adolf Kapfer mit Wirkung zum 28. November von seinem Amt als 1. Stellvertreter im Widerspruchsausschuss München IV entbunden.

KBS

Rezensionen

Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher

Kommentar, begründet von Dr. Kurt Rohr und Horst Sträßer, fortgeführt von Dirk Dahm, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, 102. Lieferung (07/2014), 2626 Seiten in 3 Ordnern, 240 Euro, ISBN 978-3-537-53299-2.

Der bekannte und bewährte Kommentar zum Bundesversorgungsgesetz liegt in einer komplett überarbeiteten Neuauflage vor und enthält die gesamten Gesetze und Rechtsverordnungen des Sozialen Entschädigungsrechts und die für dieses Rechtsgebiet maßgebenden Sozialgesetzbücher

- Allgemeiner Teil (SGB I),
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) nebst Erläuterungen,
- Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X),
- Sozialhilfe (SGB XII) nebst Erläuterungen.

Neu aufgenommen wurden nach dem Inkrafttreten der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) zum 1. Januar 2009 die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, bearbeitet von Dr. Wolfgang Griebel und Dirk Dahm.

Die jetzt vorliegende 102. Lieferung enthält neben der Aufnahme aktueller Rechtsprechung zum Sozialen Entschädigungsrecht unter anderem die Einarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung zur Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 38 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vom 1. September 2013 und die weitere Kommentierung des SGB IX.

Die ausführlichen Erläuterungen wenden sich an Prozessbevollmächtigte, Kriegsopfer- und Gewaltopferorganisationen, an Gerichte und an die Versorgungsverwaltung, wegen der Hinweise auf Beziehungen zum sonstigen Sozial- und Leistungsrecht aber auch an Sozialversicherungsträger (SGB III, V, VI, VII und XI). Durch die Aufnahme der Versorgungsmedizinischen Grundsätze wird auch der Gutachter im Sozialrecht, insbesondere im Sozialen Entschädigungsrecht, angesprochen.

Entsprechend dem Anliegen einer umfangreichen Information werden neues Recht und neue Rechtsprechung durch Ergänzungslieferungen zeitnah und praxisgerecht wiedergegeben. Damit ist das Werk das perfekte Handwerkszeug für jeden Praktiker.

H. M.

SGB VI Teil II Handbuch der Rentenversicherung

Von Zweng, Scheerer, Buschmann und Dörr, 44. Lieferung, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, Preis des Gesamtwerks: 219 Euro.

Mit der 44. Ergänzungslieferung zum Teil II der 3. Auflage (= 117. Lieferung des Gesamtwerks), Umfang 264 Seiten, Stand: April 2014, wird ausschließlich eine Kommentierung gegeben. Die Aktualisierung der Gesetzestexte und die Erläuterungen aufgrund der jüngsten Gesetzgebung, insbesondere zur Neuregelung der Bewertung der Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder, der abschlagsfreien Rente ab 63 und der Verbesserung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sollen so bald wie möglich folgen.

Die vorliegende Lieferung enthält die Aktualisierung von Erläuterungen von Vorschriften des Versicherungsrechts im Ersten Kapitel, § 7 (freiwillige Versicherung) und § 8 (Nachversicherung, Versorgungsausgleich und Rentensplitting) und des Beitragsrechts im Vierten Kapitel, Zweiter Abschnitt Beiträge und Verfahren (zum Beispiel § 172).

Das Hauptgewicht liegt aber in der Kommentierung diverser Bestimmungen im Fünften Kapitel, die Sachverhalte betreffen, die nach dem Inkrafttreten des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) nicht mehr oder nur noch vorübergehend eintreten können. Dabei handelt es sich besonders häufig um Sachverhalte, die sich im Beitrittsgebiet zugetragen haben, die zum Teil noch nicht bearbeitet waren. Erstmalig kommentiert wurden die §§ 117a, 245a, 254a, 254c, 256a, 256b, 256c, 257, 259b, 264a, 265, 265a, 275a und 286.

Stör

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellter Heinrich-Josef Bergrath	9.11.2014
Diätassistentin Magdalene Lehrke	28.11.2014
Programmierer Herbert Reuber	29.11.2014
Verwaltungsangestellter Hans-Jürgen Dietrich	1.12.2014
Regierungsoberamtsrat Norbert Loos	1.12.2014
Verwaltungsangestellte Doris Wilker	1.12.2014
Verwaltungsangestellte Roswitha Guß–Kretschmer	7.12.2014
Krankenpflegehelferin Arlene Calicdan	28.12.2014

25-jähriges Dienstjubiläum

Medizinisch-technische Assistentin Claudia Flügge	1.11.2014
Diätassistentin Holtwick Carmen	1.11.2014
Verwaltungsangestellte Petra Knoch	1.11.2014
Sozialhelferin Rosmarie Messinger	1.11.2014
Gebäudereiniger Peter Meyer	1.11.2014
Hausgehilfin Marianne Niklaus	1.11.2014
Krankenschwester Manuela Schulze	1.11.2014
Ltd. Arzt Dr. med. Andreas Wehenkel	1.11.2014
Verwaltungsangestellter Volker Jacob	11.11.2014
Verwaltungsangestellte Eva Siebeneich	12.11.2014
Verwaltungsangestellte Petra Becker	16.11.2014
Verwaltungsangestellte Claudia Hame	22.11.2014
Verwaltungsangestellte Heike Korn	29.11.2014
Verwaltungsangestellter Rainer Parschat	30.11.2014
Arzthelferin Karin Haase	1.12.2014
Verwaltungsangestellte Stefanie Just	1.12.2014
Verwaltungsangestellte Bettina Krämer	2.12.2014
Regierungsamtsinspektorin Petra Lemmer	2.12.2014
Assistenzarzt Ralf Berger	4.12.2014
Sozialversicherungsfachangestellte Manuela Kellermann	7.12.2014
Regierungsamtmann Hans-Markus Lübbehusen	16.12.2014
Verwaltungsangestellter Karl-Heinz Hohenadl	20.12.2014
Regierungsamtmann Hartwig Müller	20.12.2014
Programmierer Uwe Sülzle	25.12.2014
Krankenschwester Ewa Kleczka	27.12.2014

Rög

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Dr. rer. nat. Georg Greve,
Erster Direktor der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80020/80030

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

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

Druck:
Graphische Betriebe der
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

Mit Namen oder Namenszeichen versehene Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangte Einsendungen 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 Quellenangaben 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