126. Jahrgang · Januar I Februar 2016

Kompass

Haushalt der KBS

FINANZSITUATION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
KRANKENVERSICHERUNG BEI HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIGEN
NEUE RECHENGRÖSSEN IN DER SOZIALVERSICHERUNG AB 1. JANUAR

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 KBS steht vor neuen Herausforderungen
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verabschiedet Haushalt für das Jahr 2016

12 Rezension
Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher

13 Finanzsituation in der GKV spitzt sich weiter zu
Kassenindividuelle Zusatzbeiträge steigen

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

18 Ausschluss von der Krankenversicherungspflicht bei hauptberuflich Selbstständigen

26 Änderungen in der Sozialversicherung zum 1. Januar 2016

BERICHTE UND INFORMATIONEN

29 Lungenkrebs durch Quarzstaub in Verbindung mit einer Silikose jetzt entschädigungsfähig

30 9. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

33 52. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

33 53. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

37 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

38 Personalnachrichten

39 Impressum

Titelbild:
Das Werk Regina Schumachers trägt den Titel: Knappschaft-Bahn-See. Sie fertigte das Bild 2013 in Acryl auf Leinwand in einer Größe von 180 x 240 cm.

Hintergrund: © kebox- fotolia.com

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

HEINZ-GÜNTER HELD UND ULRICH PASCHEK

KBS steht vor neuen Herausforderungen

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verabschiedet Haushalt für das Jahr 2016

Nachdem die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) in ihren Sitzungen am 26. November 2015 den Haushaltsplan 2016 auf- beziehungsweise festgestellt hat, wurde er von der Bundesregierung – nach verschiedenen Abstimmungsgesprächen mit allen Beteiligten – im Rahmen der Kabinettssitzung am 20. Januar 2016 genehmigt. Im Jahr 2016 will die KBS 47,4 Mrd. Euro für soziale Sicherheit ausgeben; der Anstieg dieses Gesamt-Haushaltsvolumens gegenüber dem Vorjahr beträgt 1,1 Mrd. Euro beziehungsweise 2,4 v. H. Die KBS ist damit im Hinblick auf das Finanzvolumen nach der Deutschen Rentenversicherung Bund der zweitgrößte Sozialversicherungsträger in Deutschland.

Angesichts der neuen Herausforderungen, die auf die KBS im Jahr 2016 zukommen, wurde im Vorfeld der Haushaltsplanerstellung eine Vielzahl von Abstimmungsgesprächen insbesondere mit den Bundesressorts (BMAS, BMG, BMF) sowie den Aufsichtsbehörden (BVA, BRH) geführt. Hierbei standen vor allem die Fragen nach der Bewältigung der erwarteten Umsetzungsarbeiten bezüglich des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestärkungsgesetz II, PSG II), die Reaktion auf die wachsende Anzahl von Flüchtlingen in unserem Land sowie die Einrichtung einer Bundesfachstelle für Barrierefreiheit im Vordergrund der Beratungen.

Das Gesamtvolumen des Haushaltsplanes 2016 der KBS teilt sich im Wesentlichen auf folgende Bereiche auf:

Leistungshaushalte
Das Ausgabenvolumen des originären Haushaltes, also für die Leistungsbereiche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, allgemeine und knappschaftliche Rentenversicherung, beläuft sich auf 32,224 Mrd. Euro; somit wird der Vorjahresbetrag um 0,883 Mrd. Euro (= 2,8 v. H.) überschritten. Aufgrund der für 2016 erwarteten deutlichen Rentenanpassungen erfolgt der Anstieg im Wesentlichen in den beiden Zweigen der Rentenversicherung.

Wirtschaftspläne, Sondervermögen
Hinzu kommen die Ausgabenvolumina der Eigenbetriebe, also der Rehabilitationseinrichtungen, die in sogenannten Wirtschaftsplänen als Anlage zum Haushaltsplan gesondert nachgewiesen werden. Hier ergibt sich ein Gesamtbetrag von 65,369 Mio. Euro mit einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr aufgrund allgemeiner Preissteigerungen um 1,750 Mio. Euro beziehungsweise 2,8 v. H. Die drei Sondervermögen der KBS, die Arbeitgeberversicherung zum Ausgleich der Aufwendungen der Arbeitgeber für ihre Beschäftigten im Krankheits- beziehungsweise Mutterschaftsfall, die Seemannskasse und die Renten-Zu-

satzversicherung, weisen für das Jahr 2016 ein Haushaltsvolumen von insgesamt 884,657 Mio. Euro auf. Damit wird der Vorjahresbetrag um 57,796 Mio. Euro oder 7,0 v. H. überschritten. Dieser Anstieg beruht im Wesentlichen auf einem Ausgabenanstieg im Bereich der Arbeitgeberversicherung. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben des traditionellen knappschaftlichen Mehrleistungssystems der Krankenversicherung umfasst ein Finanzvolumen von 66,908 Mio. Euro; das stellt einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 4,4 v. H. dar.

Auftragsgeschäfte

Das Volumen der im Rahmen von Auftragsgeschäften übernommenen Aufgaben wird gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 3 SVHV[1] in der Finanzübersicht „durchlaufende Posten“ mit insgesamt 14,232 Mrd. Euro ausgewiesen. Von dem Gesamtbetrag entfallen auf den Bereich des Einzugs der Pauschalabgaben für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (sog. Minijobs) 7,790 Mrd. Euro; hier beläuft sich der Rückgang gegenüber dem Vorjahr auf 188,327 Mio. Euro (2,4 v. H.). Des Weiteren sind hier die diversen Auftragsgeschäfte der verschiedenen Kassenabteilungen der KBS (z. B. Leistungen im Auftrag der Unfallversicherung oder von Sozialhilfeträgern) mit einem Gesamtvolumen von 6,442 Mrd. Euro etatisiert.

Die Aufteilung des Gesamtvolumens des Haushalts 2016 auf die genannten Bereiche ist in der Abbildung 1 dargestellt. Die Entwicklung seit dem Jahr 2006 zeigt die Abbildung 2.

Abb. 1: Haushalt 2016 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See - in 1.000 Euro -

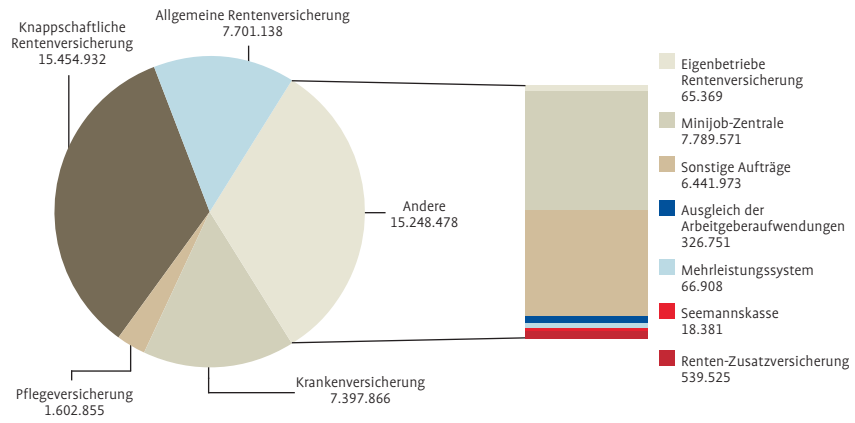
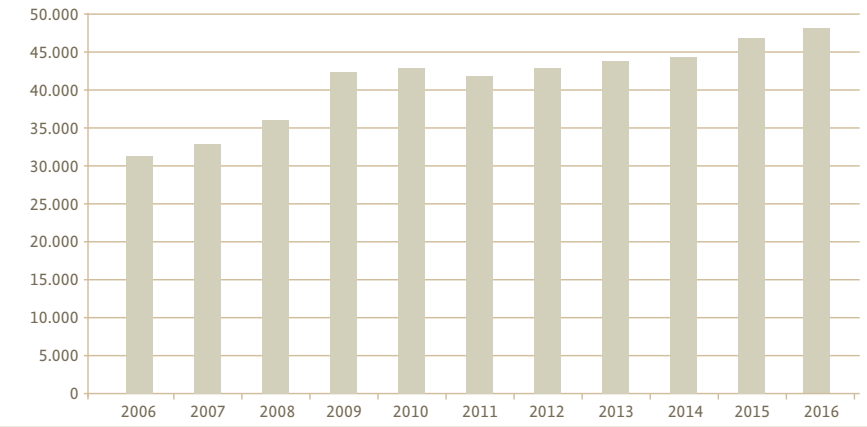


Abb. 2: Entwicklung des Haushaltsvolumens der Bundesknappschaft/Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2006 bis 2016 - in Mio. Euro -



Krankenversicherung

Bei der Haushaltsplanung des Vorjahres wurde aufgrund der Einführung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar 2015 eine signifikante Mitgliederwanderung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt. Nach den aktuellen Erkenntnissen ist diese jedoch nicht in dem erwarteten Umfang eingetreten. Offensichtlich wurde die Merklichkeit des neuen Zusatzbeitragssatzes überschätzt. Vielmehr dürften die Parameter „Leistungsangebot“ und „Servicequalität“ eine höhere Rolle spielen als der Preis, den ein Mitglied für seine Krankenkasse zu zahlen hat.

Der Versichertenbestand der Knappschaft weist nach wie vor ein hohes Durchschnittsalter auf. Dies ist der in der Historie bestehenden Abhängigkeit vom Wirtschaftszweig Bergbau und seiner Entwicklung in den vergangenen Jahrzehnten geschuldet; so liegt das Durchschnittsalter der Knappschaft – trotz ihrer Öffnung für alle Mitglieder zum 1. April 2007 – mit 56 Jahren um zwölf Jahre über dem Durchschnitt aller Krankenkassen. Dementsprechend ist die Relation der jährlich Versterbenden zur Gesamtzahl der Versicherten immer noch sehr hoch.

Insofern wurde bei der Kalkulation der Anzahl der zu betreuenden Mitglieder

FUSSNOTE

[1] Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung

eine Verringerung der versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragssteller um 2,1 v. H. unterstellt. Auf der anderen Seite wird auf der Basis der aktuellen Entwicklungen eine Zunahme der Zahl der Pflichtmitglieder um 5,1 v. H. erwartet. In der Summe führt dies zu einem jahresdurchschnittlichen Versichertenbestand von 1,709 Mio., was eine Verringerung gegenüber dem Jahr 2015 von 0,5 v. H. entspricht. Unklar war zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung, ob und in welchem Umfang sich die hohe Anzahl von Flüchtlingen beziehungsweise Asylbewerbern auf den Mitgliederbestand der Knappschaft auswirkt. Der GKV-Schätzerkreis geht insgesamt von einem flüchtlingsbedingten Anstieg von Versicherten GKV-weit von 177 000 Personen aus. Insofern ist anzunehmen, dass auch die Knappschaft einen entsprechenden Zuwachs im Jahr 2016 zu erwarten hat. Da zum Zeitpunkt der Haushaltserstellung davon ausgegangen werden musste, dass einzelne Kommunen die Betreuung der Asylbewerber auf gesetzliche Krankenkassen übertragen, wurden vorsorglich in der Position „durchlaufende Posten“ entsprechende Einnahmen und Ausgaben berücksichtigt. Hierdurch wird eine haushaltsrechtliche Grundlage geschaffen, die Aufgaben der Kommunen zur Gesundheitsversorgung der Asylbewerber zu übernehmen, ohne die originären Finanzmittel der KBS in Anspruch nehmen zu müssen. Damit gibt die KBS ein deutliches Signal, sich der gesamtgesellschaftlichen Herausforderung zur Bewältigung der Flüchtlingsströme zu stellen.

Finanzsituation 2016

Nachdem der Schätzerkreis seine Kalkulation zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt hat, hat das Bundesgesundheitsministerium am 30. Oktober 2015 im Bundesanzeiger einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent für das Jahr 2016 bekannt gemacht.

Bei der Haushaltsplanung für das Jahr 2016 konnte die Knappschaft auf die wesentlichen Eckdaten des Gesundheitsfonds und des Schätzerkreises zurückgreifen, da die Bundesressorts für den Haushaltsplan 2016 ihr Einverständnis erklärt hatten, von der gesetzlichen Sollvorgabe zur Vorlage des von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplanes (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB IV) abzuweichen. Insofern war der Haushaltsplan erst Ende November 2015 der Bundesregierung zur Genehmigung vorzulegen.

Auf der Einnahmenseite wurden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowohl für Leistungsausgaben als auch für sonstige Ausgaben in Höhe von 6,884 Mrd. Euro etatisiert. Zur Deckung des Ausgabenüberschusses wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz der Knappschaft von 1,3 v. H. berücksichtigt. Daraus resultieren weitere Einnahmen von 437,0 Mio. Euro.

Der GKV-Schätzerkreis rechnet mit einer Kostensteigerungsrate für das Jahr 2016 über alle Leistungsausgaben von 4,7 v. H. je Versicherten. Hier wurden die erwarteten Mehrausgaben aus den verschiedenen neuen Leistungsgesetzen wie zum Beispiel das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Präventionsgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz, das Krankenhausstrukturgesetz berücksichtigt. Aufgrund spezifischer Kostenmanagementmaßnahmen, die die Knappschaft bereits im Jahre 2015 eingeleitet hat, wurde im Haushalt eine Kostensteigerung von lediglich 4,3 v. H. unterstellt.

Die Struktur der Einnahmen und der Ausgaben des Jahres 2016 mit einem Gesamtvolumen von 7,398 Mrd. Euro ist in der Abbildung 3 dargestellt.

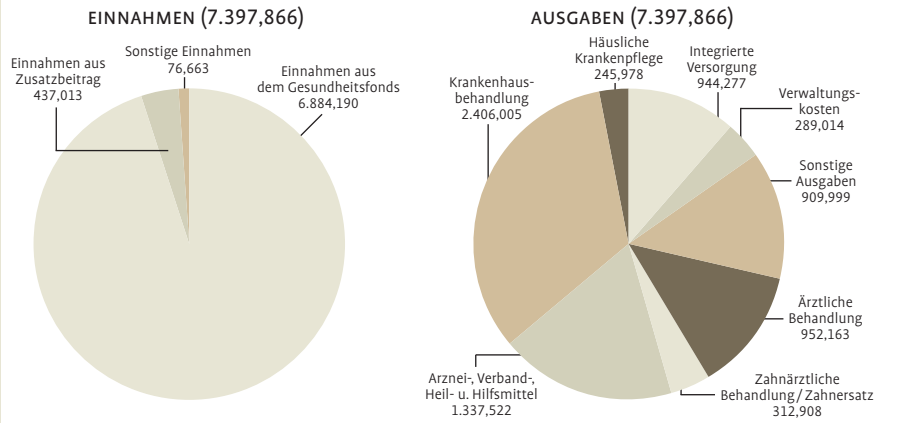
Der Anteil der Verwaltungs- und Verfahrenskosten an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung ist mit 3,9 v. H. – im Vergleich zu den übrigen gesetzlichen Krankenkassen – weiterhin unterdurchschnittlich.
Um die Rechtsfolgen des § 318 SGB V hinsichtlich der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds zu erreichen, hat die KBS die Verwaltungsausgaben in der Differenzierung des Kontenrahmens für die Träger der Krankenversicherung ausgewiesen. Das Bundesversicherungsamt hat diesen Ausweis mit Bescheid vom 16. November 2015 positiv bewertet. Damit erhält die Knappschaft Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben nach denselben Kriterien wie alle anderen Krankenversicherungsträger.

Das sogenannte Mehrleistungssystem, in dem die Einnahmen und Ausgaben von freiwillig versicherten Mitgliedern ausgewiesen sind, entwickelt sich bezogen auf die Teilnehmerzahl systembedingt weiterhin rückläufig. In diesem System können Mitglieder einen Versicherungsschutz für Zweitbettzimmer-Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung bei einem Krankenhausaufenthalt erwerben. Aufgrund des Rückgangs der Zahl der Berechtigten, die an diesem System teilhaben können (der Anspruch zur Teilnahme an der Versicherung muss am 31. März 2007 bestanden haben), sinkt das Haushaltsvolumen im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr auf voraussichtlich 66,908 Mio. Euro (= - 4,4 v. H.).

Pflegeversicherung

Das Haushaltsvolumen der Pflegeversicherung für das Jahr 2016 beläuft sich auf insgesamt 1,603 Mrd. Euro und sinkt damit im Vergleich zur Planung des Vorjahres um 1,2 v. H. (= 19,596 Mio. Euro). Im Jahresdurchschnitt 2016 wird unterstellt, dass die knappschaftliche Pflegeversicherung 154.900 Pflegebedürftige (+ 6.800 gegenüber der Veranschlagung im Vorjahr) mit Leistungen versorgt.

Abb. 3: Haushalt 2016 der Krankenversicherung - in Mio. Euro -



Die Einnahmen wurden auf der Basis der erwarteten Mitgliederentwicklung und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes von 2,35 v. H. beziehungsweise 2,60 v. H. für kinderlose Mitglieder kalkuliert; es ergeben sich Beitragseinnahmen in Höhe von 412,753 Mio. Euro. Aus der immer noch alterslastigen Versichertenstruktur resultiert eine Eigenfinanzierungsquote von lediglich 25,8 v. H. (Haushaltsplan 2015: 24,9 v. H.). Der Differenzbetrag zur Deckung der Ausgaben muss aus dem vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds mit einem Volumen von 1,188 Mrd. Euro finanziert werden.

Bei der Planung der Ausgaben wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2016 107.600 ambulant und 40.100 stationär Pflegebedürftige betreut werden. Hinzu treten noch voraussichtlich 7.200 Empfänger von Leistungen der sogenannten Pflegestufe 0 (Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alterskompetenz, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und haushaltswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen). Hieraus werden Leistungsausgaben im ambulanten und stationären Bereich in Höhe von 834,045 Mio. Euro beziehungsweise 699,478 Mio. Euro erwartet. Das sind durchschnittlich rund 7.300 Euro je ambulant beziehungsweise circa 17.400 Euro je stationär Pflegebedürftigen.

Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben ist in Abbildung 4 dargestellt.

Als Verwaltungskostenerstattung an die Krankenversicherung sind insgesamt 43,115 Mio. Euro veranschlagt. Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten sind nach Maßgabe des § 46 Abs. 3 SGB XI pauschal von den Pflegekassen in Höhe von 3,5 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkassen zu erstatten, wobei der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 SGB XI und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Abs. 3b SGB XI (Zahlung bei Überschreitung der Begutachtungsfristen) zu vermindern ist. Die Aufwendungen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 2,7 v. H. der Gesamtausgaben der Pflegekasse dar.

Für den Aufwand des Sozialmedizinischen Dienstes bei der Begutachtung, Qualitätssicherung und -kontrolle der Pflegefälle werden Mittel in Höhe von 25,079 Mio. Euro bereitgestellt.

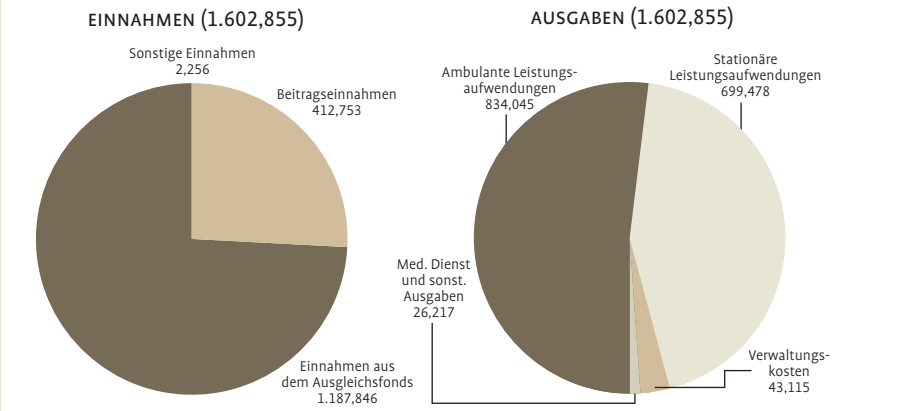
Knappschaftliche Rentenversicherung

Der Haushalt der knappschaftlichen Rentenversicherung ist mit 15,456 Mrd. Euro weiterhin der größte Einzeletat. Im Vergleich zum Vorjahr werden die Einnahmen und Ausgaben voraussichtlich um 1,4 v. H. (= 207,885 Mio. Euro) ansteigen.

Entsprechend den bis dahin kommunizierten Eckwerten ging die KBS bei ihrer Planung für das Jahr 2016 von einem Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung von 18,7 v. H und daraus resultierend für die knappschaftliche Rentenversicherung von 24,8 v. H. aus. Mit der „Bekanntmachung der Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für das Jahr 2016“ des BMAS vom 23. November 2015 wurden letztlich diese Werte bestätigt.

Für das Jahr 2016 wird eine Rentenanpassung erwartet, die nach den Annahmen der Deutschen Rentenversicherung Bund, wie sie zum Zeitpunkt

Abb. 4: Haushalt 2016 der Pflegeversicherung - in Mio. Euro -



der Haushaltsplanerstellung vorlagen, rein rechnerisch 4,35 v. H. (West) bzw. 5,03 v. H. (Ost) betragen wird. Die – im Vergleich zu den Vorjahren – relativ starke Erhöhung ergibt sich zum einen aus der aktuellen Entgeltentwicklung der Arbeitnehmer und der konjunkturellen Situation mit einem hohen Beschäftigungsstand. Auf der anderen Seite ergibt sich durch eine „statistische Verzerrung“ (Revision der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung), die sich auf die Rentenanpassung zum 1. Juli 2015 dämpfend ausgewirkt hat, im Jahr 2016 ein gegenteiliger Effekt mit der Folge einer überdurchschnittlich hohen Rentenanpassung zum 1. Juli 2016. Eine Konkretisierung dieser Werte kann erst im Frühjahr 2016 erfolgen.

Aufgrund der gegebenen Altersstruktur des bisherigen (bergbaunahen) Betreuungspotentials wurde von einer Verringerung der Rentnerzahl ausgegangen. Durch einen Zuwachs der Rentner aus der Sonderzuständigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung (Ein-Monats-Regelung) ergibt sich nur eine Teilkompensation, so dass der Rentenbestand 2016 insgesamt leicht rückläufig ist; es werden jedoch noch immer rund eine Million Rentner durch ein eigenes Rentenzahlverfahren betreut.

Der zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlte Bundeszuschuss verringert sich gegenüber dem Vorjahr; es wurde ein Betrag von 5,280 Mrd. Euro etatisiert. Insgesamt entwickelt sich der Bundeszuschuss zur knappschaftlichen Rentenversicherung seit dem Jahr 2002 ständig rückläufig.

Noch vor den Bundesmitteln stellen die Einnahmen aus dem Wanderversicherungsausgleich die größte Einnahmenposition dar. Für anteilige Erstattungen der von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu Lasten der allgemeinen Rentenversicherung mitausgezahlten Leistungsanteile für Renten- und Zusatzleistungen (einschl. KVdR-Anteile) sowie Erstattungen für Leistungen zur Teilhabe werden insgesamt 6,947 Mrd. Euro (2014: 6,804 Mrd. Euro) erwartet. Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus der Zunahme der Rentenzahlfälle aus der sogenannten Ein-Monats-Regelung.

Insgesamt wird mit Rentenausgaben in Höhe von 14,103 Mrd. Euro gerechnet; dies entspricht einem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 0,312 Mrd. Euro (+ 2,3 v. H.).

Die Kalkulation der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner basiert auf einem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 v. H. Hieraus errechnet sich ein von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu tragender „KVdR-Aufwand“ von 1.016,113 Mio. Euro, was einem leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 21,580 Mio. Euro entspricht.

Im Rahmen der „Deckelungsregelung“ des § 220 Abs. 1 und 2 SGB VI hat eine Abstimmung mit allen übrigen Rentenversicherungsträgern hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe stattgefunden. Das in diesem Rahmen ermittelte Nettobudget für die knappschaftliche Rentenversicherung in Höhe von 140 Mio. Euro wurde bei der Etatisierung unterschritten. Veranschlagt wurde hier ein bedarfsgerechter Betrag von 130,556 Mio. Euro.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 0,7 v. H. an den Gesamtausgaben dar. Die gesetzliche Zielsetzung, die Verwaltungskosten bis zum Jahr 2010 um 10 v. H. der Ist-Ausgaben des Jahres 2004 zu senken, wurde im Einvernehmen aller Träger der Deutschen Rentenversicherung auch für die Folgejahre fortgeschrieben. Der hieraus resultierende Ausgabendeckel wird von der KBS eingehalten.

Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der knappschaftlichen Rentenversicherung ist in der Abbildung 5 dokumentiert.

Allgemeine Rentenversicherung

Seit dem 1. Januar 2005 ist die heutige KBS für beide Versicherungszweige der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig, das heißt für die knappschaftliche und die allgemeine Rentenversicherung. Als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist sie branchenbezogen zuständig für Versicherte, für die bisher die Zuständigkeit der Bahnversicherungsanstalt beziehungsweise der Seekasse gegeben war (§ 129 SGB VI). Bei Neueinstellungen des Trägers nach dem 30. September 2005 wird die Versicherung dieser Mitarbeiter ebenfalls in der allgemeinen Rentenversicherung der KBS durchgeführt. Neben der branchenbezogenen Zuständigkeit werden der KBS in der allgemeinen Rentenversicherung ab dem 1. Januar 2005 zusätzlich Versicherte zur Erfüllung der Quotenregelung des § 127 SGB VI zugewiesen.

Gemäß § 219 Abs. 1 SGB VI bilden alle Träger der allgemeinen Rentenversicherung einen Finanzverbund. Sie tragen die Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung mit Ausnahme der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe, für Verwaltungs- und Verfahrenskosten sowie Investitionen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen. Bei den Einnahmen werden die Bundeszuschüsse, die Beitragszahlung des Bundes für Kindererziehungszeiten und die Erstattungen des Bundes – mit Ausnahme der Erstattung für Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI und die Erstattung nach § 290a SGB VI – sowie die gemeinsame Nachhaltigkeitsrücklage einschließlich der Erträge hieraus den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung ebenfalls nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen

Abb. 5: Haushalt 2016 der knappschaftlichen Rentenversicherung
- in Mio. Euro -

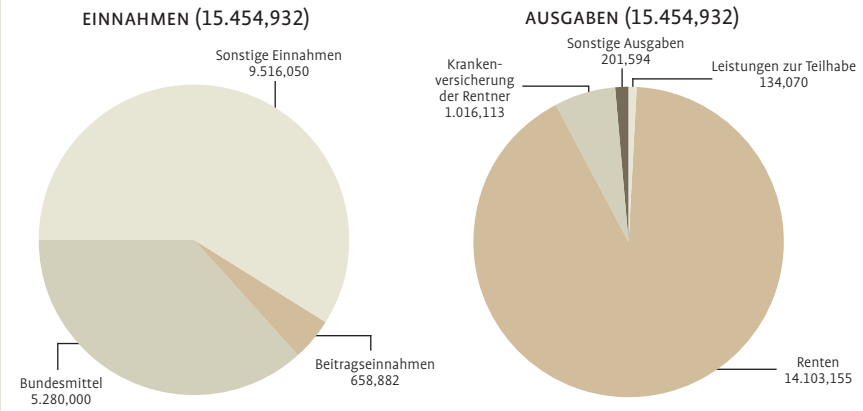
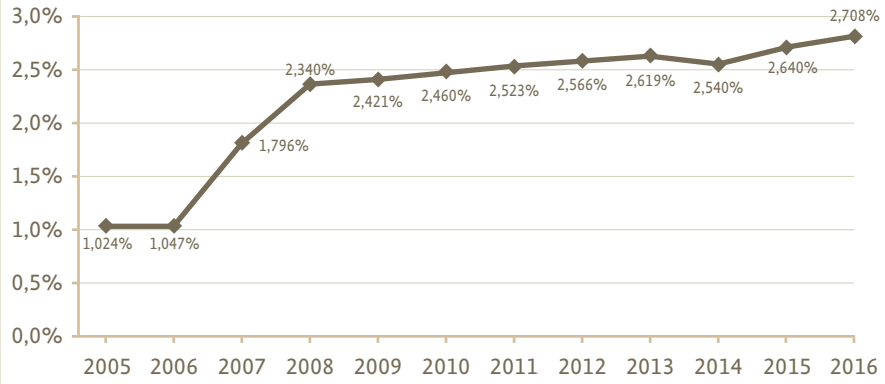


Abb. 6: Entwicklung des Beitragssatzanteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung 2005 - 2016



zugeordnet. Die Aufteilung erfolgt buchhalterisch (§ 227 SGB VI).

Die Weiterleitung von Beiträgen durch die Einzugsstellen an den Gesundheitsfonds, an die zuständigen Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit sowie die Aufteilung der Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung auf die einzelnen Träger regelt § 28k SGB IV. Danach leitet die Einzugsstelle den zuständigen Trägern die für diese gezahlten Beiträge arbeitstäglich weiter. Die Einzugsstellen teilen die Beiträge der allgemeinen Rentenversicherung nach einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgegebenen Schlüssel auf die Bundes- und Regionalebene auf. Der Verteilungsschlüssel 2016 berücksichtigt die Wanderung von Versicherten zwischen Bundes- und Regionalträgern am Jahresende 2013. Danach beträgt der Anteil für die Bundesträger (Deutsche Rentenversicherung Bund sowie KBS) 51,155 v. H.; auf die Regionalträger entfallen 48,845 v. H. der Beiträge. Von dem Anteil für die Bundesträger erhält die Deutsche Rentenversicherung Bund 94,707 v. H. und die KBS 5,293 v. H. Für den Anteil der KBS stellt dies im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 4,0 v. H. dar. Insgesamt erhält die KBS als Träger der allgemeinen Rentenversicherung 2,708 v. H. aller Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung. Die Entwicklung des Anteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung ist in der Abbildung 6 dargestellt.

Auf der Basis einer gemeinsamen Finanzschätzung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden für die allgemeine Rentenversicherung der KBS Beitragseinnahmen in Höhe von 5,748 Mrd. Euro geschätzt. Dies stellt im Vergleich zum Jahr 2015 eine Mehrung um 0,324 Mrd. Euro oder 6,0 v. H. dar. Zudem stehen auf der Einnahmenseite rd. 1,120 Mrd. Euro an allgemeinem Bundeszuschuss sowie 0,625 Mrd. Euro an zusätzlichem Bundeszuschuss zu Buche.

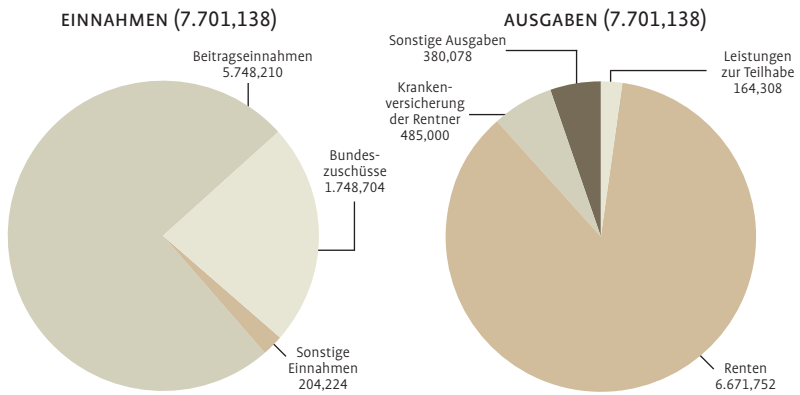
Auf der Ausgabenseite werden 6,672 Mrd. Euro an Rentenausgaben sowie Netto-Ausgaben von 157,014 Mio. Euro für den Bereich Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht etatisiert. Das Finanzvolumen der allgemeinen Rentenversicherung beträgt insgesamt 7,701 Mrd. Euro; die Einnahmen- und Ausgabenstruktur ist in der Abbildung 7 dargestellt.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 1,4 v. H. der Gesamtausgaben dar. In Bezug auf die Ausgabendeckelung für diesen Bereich gilt das für die knappschaftliche Rentenversicherung Ausgeführte entsprechend.

Minijob-Zentrale

Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde zum 1. April 2003 der damaligen Bundesknappschaft unter anderem durch Änderung des SGB IV die Zuständigkeit für den Einzug der Pauschalabgaben bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen übertragen. Die KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist damit aktuell Einzugsstelle der Pauschalbeiträge für rund 7,2 Mio. geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bei etwa 2,2 Mio. Arbeitgebern. Seit dem 1. Januar 2006 wird dies auch für den Einzug des Beitrages zur gesetzlichen Unfallver-

Abb. 7: Haushalt 2016 der allgemeinen Rentenversicherung
- in Mio. Euro -



sicherung für die in Privathaushalten geringfügig Beschäftigten, die nach § 28 Abs. 7 SGB IV zu melden sind (sog. Haushaltsscheckverfahren), auf der Basis einer Verwaltungsvereinbarung mit dem Bundesverband der Unfallkassen praktiziert. Zudem wird aufgrund der Regelungen im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz – UVMG) die Umlage zum Insolvenzgeld nach § 358 i. V. mit § 361 SGB III ab dem 1. Januar 2009 durch die Krankenkassen und die Zentrale Stelle für Melde- und Beitragswesen (Minijob-Zentrale) eingezogen.

Das Volumen der einzuziehenden pauschalen Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird für das Jahr 2016 auf insgesamt 7,790 Mrd. Euro geschätzt. Diese Beiträge sind in der dafür vorgesehenen gesonderten Anlage zum Haushaltsplan, in den sogenannten durchlaufenden Posten, nachgewiesen, da diese Gelder lediglich an den Gesundheitsfonds sowie die Träger der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, an die Bundesagentur für Arbeit (BA) sowie an den Bund und die Kirchen weiterzuleiten sind und nicht in eigener Zuständigkeit bewirtschaftet werden. Der vorgenannte Gesamtbetrag setzt sich wie in Abb. 8 dargestellt zusammen.

Anzumerken bleibt, dass die Beitragseinnahmen der Minijob-Zentrale zu Gunsten der allgemeinen Rentenversicherung einen Anteil am GRV-Gesamtbeitragsvolumen von 1,8 v. H. haben; anders ausgedrückt bedeutet dies, dass der Anteil dieser Einnahmen am Gesamtbeitragssatz der Rentenversicherung von 18,7 v. H. rund 0,3 Prozentpunkte ausmacht. Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt beträgt der entsprechende Wert für den Anteil am Gesamtbeitragsvolumen 1,6 v. H beziehungsweise bezogen auf den Anteil am Beitragssatz etwa 0,2 Prozentpunkte.

Die Verwaltungskosten der Minijob-Zentrale werden im Rahmen der Kostenstellenrechnung erfasst und damit verursachungsgemäß zugeordnet. Diese Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen Einnahmen aus der Beitragseinzugsstellenvergütung der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie der BA und Erstattungen des Bundeszentralamtes für Steuern sowie sonstige Verwaltungseinnahmen gegenüberstehen.

Abb. 8: Pauschalabgaben für Minijobs

	Mio. Euro
Beitragseinnahmen Rentenversicherung	3.909,727
Beitragseinnahmen Krankenversicherung	3.114,361
Umlagen nach dem AAG	262,575
Beitragseinnahmen Unfallversicherung	13,357
Einnahmen Insolvenzgeldumlage	37,994
Steuereinnahmen incl. Kirchensteuer	451,557
zusammen:	**7.789,571**

Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2016 stehen für stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in den neun Reha-Kliniken der knappschaftlichen beziehungsweise der allgemeinen Rentenversicherung der KBS insgesamt 1.312 Betten und 75 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Aufwendungen umfassen 2016 voraussichtlich insgesamt 65,369 Mio. Euro.

Investitionen

Im Haushaltsplan 2016 sind Investitionen in einer Größenordnung von 46,104 Mio. Euro vorgesehen. Diese Mittel sind für bauliche und technische Optimierung in den Rehabilitationskliniken sowie in der Verwaltung, hier insbesondere im DV-Bereich, eingeplant.

Sozialmedizinischer Dienst

Die Sozialmedizinischen Dienststellen (SMD) nehmen die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wahr (§ 283 SGB V). Ferner ist der SMD zuständig für die Erstellung von Gutachten bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, bei der Gewährung oder Entziehung von Renten sowie bei den Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung; hier obliegt dem SMD insbesondere die Begutachtung und Einstufung von Versicherten, die entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben. Eine weitere wichtige Aufgabenstellung nimmt der SMD im

Rahmen der Controlling-/Kostenmanagement-Aktivitäten insbesondere im Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung ein.

Für die 25 Sozialmedizinischen Dienststellen der KBS ist im Jahr 2016 ein Ausgabenvolumen von insgesamt 70,387 Mio. Euro vorgesehen. Im Vergleich zum Jahr 2015 bedeutet dies einen Anstieg von 8,2 v. H., der im Wesentlichen auf die höheren Anforderungen des SMD durch die Pflegestärkungsgesetze und den Anstieg der Pflegebedürftigen zurückzuführen ist.

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Auf der Grundlage des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I, S. 3686), das seit 1. Januar 2006 in Kraft ist, erbringt die KBS Versicherungsleistungen für rund 2,220 Mio. am Verfahren beteiligte Arbeitgeber. Damit dürfte die Arbeitgeberversicherung der KBS die größte ihrer Art in Deutschland sein. Bei der Haushaltsplanung 2016 wurde von folgenden Umlagesätzen ausgegangen: Im Bereich des Umlageverfahrens bei Krankheit beträgt der Umlagesatz 1,0 v. H., im Bereich des Umlageverfahrens bei Mutterschaft 0,30 v. H. Aufgrund eines deutlichen Anstiegs der Zahl der Erstattungsfälle und -tage sowie der Beschäftigungsverbote (bei Schwangerschaft) musste der Umlagesatz bereits zum 1. September 2015 erhöht werden. Mit diesen Umlagesätzen liegt die KBS aber immer noch deutlich unter dem bundesdurchschnittlichen Umlageniveau.

Der Erstattungssatz für Krankheitsfälle beträgt 80 v. H., der entsprechende Erstattungssatz bei Mutterschaft beläuft sich auf 100 v. H. des fortgezahlten Entgelts. Insgesamt wird mit einem Finanzvolumen von rund 326,751 Mio. Euro im Jahr 2016 gerechnet. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr (+ 32,7 v. H.) resultiert im Wesentlichen aus der zuvor angesprochenen Entwicklung der Beschäftigungsverbote und dem Versichertenzuwachs bei den Beschäftigten in der Krankenversicherung Knappschaft

Renten-Zusatzversicherung

Mit Artikel 83 § 16 RVOrgG vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3242) wurde das Satzungsrecht der Bahnversicherungsanstalt zum 1. Oktober 2005 auf die KBS übergeleitet. Die entsprechenden Einnahmen, Leistungsaufwendungen und Verwaltungsausgaben der Renten-Zusatzversicherung werden in einem Sondervermögen getrennt von dem sonstigen Vermögen der KBS verwaltet. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben ist in einer Anlage zum Haushaltsplan der KBS zu führen, die nicht des Genehmigungsverfahrens nach § 71 SGB IV, sondern der Genehmigung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung bedarf.

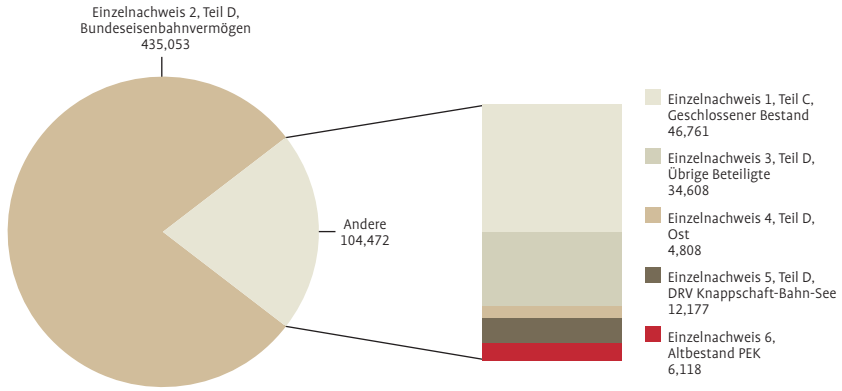
Bedingt durch die unterschiedliche Finanzierung wurde der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung in sechs Einzelnachweise untergliedert. Insgesamt sind in der Renten-Zusatzversicherung Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 539,525 Mio. Euro veranschlagt. Dies bedeutet einen Rückgang von 25,216 Mio. Euro oder 4,5 v. H. Die Finanzvolumina der sechs Einzelnachweise werden durch Abbildung 9 verdeutlicht.

Die Einnahmen und Ausgaben des sogenannten geschlossenen Bestandes, in dem die Versicherungsfälle vor dem 1. August 1979 nachgewiesen sind, werden im Einzelnachweis 1 dokumentiert. Nach den Übergangsbestimmungen C der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS trägt das Bundeseisenbahnvermögen alle dem Teil C entstehenden Ausgaben. Für das Jahr 2016 erwartet die KBS Einnahmen und Ausgaben von 46,761 Mio. Euro. Bei diesen Ansätzen wurde ein Rückgang der Empfänger von Zusatzrenten von geplanten 10.020 im Jahr 2015 auf 8.476 berücksichtigt. Relativ am deutlichsten wird der Rückgang bei den Versichertenrenten ausfallen. Bei den Hinterbliebenenrenten dürfte die Abnahme der Zahlfälle gemäßigter sein.

Im Einzelnachweis 2 (Bundeseisenbahnvermögen) sind alle Leistungsfälle ab dem 1. August 1979 von Versicherten etatisiert, die Arbeitnehmer der ehemaligen Deutschen Bundesbahn waren oder durch die Bahnreform auf das Bundeseisenbahnvermögen beziehungsweise auf die Deutsche Bahn AG übergegangen sind. Nach § 183 Abs. 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS werden die nicht durch Einnahmen gedeckten Ausgaben durch einen Zuschuss zu Lasten des Bundeshaushaltes (Bundeszuschuss) aufgebracht. Insgesamt rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von 435,053 Mio. Euro, es wurden 92.473 Rentenempfänger berücksichtigt.

Im Einzelnachweis 3 (Übrige Beteiligte) werden alle Versicherungsfälle ab dem 1. August 1979 von Arbeitnehmern der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, der Wasserwirtschafts- und Schifffahrtsverwaltungen der Länder Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein berücksichtigt. Darüber hinaus sind die pflichtversicherten Arbeitnehmer der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, des Eisenbahn-Waisenhortes und der

Abb. 9: Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung 2016 - in Mio. Euro -



ehemaligen Bahnversicherungsanstalt, die ab dem 1. April 1999 neu eingestellt wurden und nicht aus dem Bereich des Bundeseisenbahnvermögens kamen, hier versichert. Für den Deckungsabschnitt vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2016 wurde ein Umlagesatz von 11,97 v. H. festgelegt. Für das Jahr 2016 erwartet die KBS Einnahmen von 34,552 Mio. Euro und Ausgaben von 34,608 Mio. Euro. Hieraus resultiert ein eingeplanter Fehlbetrag von 0,056 Mio. Euro, der aus dem vorhandenen Vermögen gedeckt werden kann. Die Zahl der Bezieher von Versichertenrenten dürfte im Verlaufe des Jahres 2016 nahezu konstant bleiben.

Der Einzelnachweis 4 (Ost) beinhaltet alle Versicherungsfälle ab dem 1. Januar 1997, die pflichtversicherte Arbeitnehmer der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, des Bundeseisenbahnvermögens, der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, des Eisenbahn-Waisenhortes und der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt im Tarifgebiet Ost sind. Die Finanzierung dieses Bestandes erfolgt in einem sogenannten Kombinationsmodell. Der Umlagesatz für die Arbeitgeber beträgt 2,0 v. H. Die Beiträge für den kapitalgedeckten Bereich (Beitragssatz 4,0 v. H.) werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Vor dem Hintergrund dieses besonderen Finanzierungsverfahrens rechnet die KBS mit einem Überschuss von 3,378 Mio. Euro. Die voraussichtlichen Einnahmen betragen 4,808 Mio. Euro. Demgegenüber stehen erwartete Ausgaben von 1,430 Mio. Euro für 937 Rentenzahlfälle.

Die Versicherungsfälle, die ab dem 1. Oktober 2005 pflichtversicherte Arbeitnehmer der KBS oder ihrer Beteiligungsgesellschaften sind, werden im Einzelnachweis 5 etatisiert. Die Finanzierung erfolgt in einem Kapitaldeckungsverfahren. Der Beitragssatz beträgt 4 v. H. Hiervon werden 2,59 Prozentpunkte von den Arbeitgebern getragen, der restliche Beitragssatzanteil von den Arbeitnehmern. Insgesamt erwartet die KBS Einnahmen von 12,177 Mio. Euro und Ausgaben von 0,343 Mio. Euro, also einen Überschuss von 11,834 Mio. Euro. Derzeit geht die KBS von lediglich 113 Rentenzahlfällen für das Jahr 2016 aus.

Im Einzelnachweis 6 (Altbestand Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen) sind alle Versicherungsfälle der Abteilungen D (Bund) und E (Freistaat Bayern) der Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen nachgewiesen. Diese Versicherungsverhältnisse wurden nach Art. 2 § 2 des Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze auf die ehemalige Bahnversicherungsanstalt übertragen. Hierfür rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 6,118 Mio. Euro. Erwartet wird ein Rückgang der Zahlfälle von 320 im Jahr 2015 auf 285 im Jahr 2016.

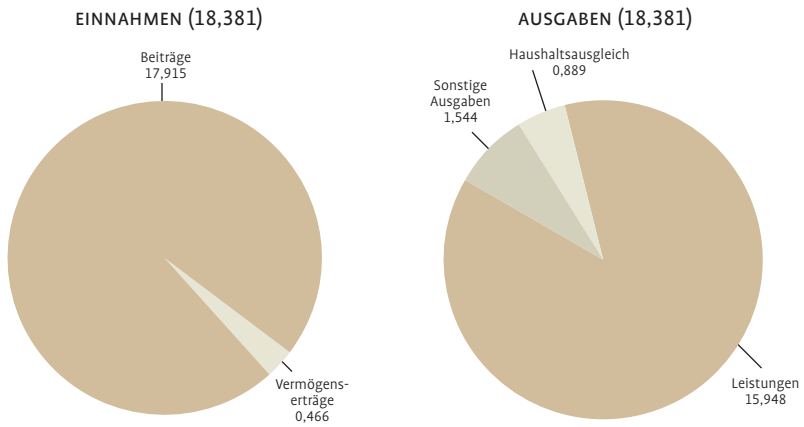
Seemannskasse

Nach den §§ 137a ff. SGB VI, die durch das UVMG in das SGB VI aufgenommen wurden, wurde die Seemannskasse (SMK) ab dem 1. Januar 2009 durch die KBS übernommen und fortgeführt. Zum gleichen Zeitpunkt ging das Vermögen der SMK mit allen Rechten und Pflichten an die KBS über. Die SMK wurde 1974 als zusätzliches soziales Sicherungssystem für Seeleute gegründet. Sie ergänzt mit dem Überbrückungsgeld, auch „Seemannsrente“ genannt, und den Zahlungen nach Erreichen der Regelaltersrente die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit den speziellen Anforderungen und Bedingungen der Schifffahrt Rechnung.

Das veranschlagte Ausgabevolumen für das Jahr 2016 beläuft sich auf 17,492 Mio. Euro, was einen Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 9,5 v. H. bedeutet. Der Umlagesatz wurde ab Beginn des Jahres 2016 auf 4,0 v. H. festgelegt; im Jahr 2015 betrug der Umlagesatz noch 1,5 v. H. Die Erhöhung erfolgte im Hinblick auf die Wirtschaftslage im Reedereigewerbe, die von den Fachleuten als kritisch eingeschätzt wird. Es wird damit gerechnet, dass die anhaltende Schifffahrtskrise zu einem deutlichen Rückgang der deutschen Handelsflotte führt und damit auch zu einer rückläufigen Zahl deutscher Seeleute. Aufgrund der sich daraus ergebenden negativen Konsequenzen für die Finanzentwicklung der SMK – sinkende Einnahmen bei steigender Leistungsinanspruchnahme – wurde aus Gründen der kaufmännischen Vorsicht der Umlagesatz auf 4,0 v. H. festgesetzt, so dass das vorhandene Vermögen konstant gehalten werden

kann. Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Seemannskasse ist der Abbildung 10 zu entnehmen.

Abb. 10: Bewirtschaftungsplan 2016 der Seemannskasse - in Mio. Euro -



Bundesfachstelle für Barrierefreiheit

Im Rahmen der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) soll bei der KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung unter der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Jahr 2016 eine Bundesfachstelle für Barrierefreiheit errichtet werden.

Die Bundesfachstelle für Barrierefreiheit ist zentrale Anlaufstelle zu Fragen der Barrierefreiheit für die Behörden des Bundes und Landesbehörden, die Bundesrecht ausführen und soll in diesem Rahmen ihre Aufgaben wahrnehmen. Darüber hinaus berät sie auch Wirtschaft, Verbände und Zivilgesellschaft auf Anfrage.

Die originären Verwaltungs- und Verfahrenskosten, die im Rahmen des Aufbaus und Betriebes der Bundesfachstelle für Barrierefreiheit entstehen, werden im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens durch entsprechende Einnahmen finanziert und sind somit erfolgsneutral.

Für das Haushaltsjahr 2016 wurden für den Aufbau und Betrieb der Bundesfachstelle für Barrierefreiheit (voraussichtlich ab 1. Juni 2016) Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 750.000 Euro etatisiert.

Heinz-Günter Held/Ulrich Paschek
KBS/Abteilung IV/Finanzen
Knappschaftstr. 1
44799 Bochum

Rezension

Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher

Kommentar, begründet von Dr. Kurt Rohr und Horst Sträßer, fortgeführt von Dirk Dahm, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, 105. Lieferung (10/2015), 2.636 Seiten in drei Ordnern, 240, - Euro, ISBN 978-3-537-53299-2.

Der bekannte und bewährte Kommentar zum Bundesversorgungsgesetz liegt in einer vollständig 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 die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, bearbeitet von Dr. Wolfgang Griebel und Dirk Dahm.

Die Änderungen des Bundesversorgungsgesetzes durch die 21. KOV-Anpassungsverordnung 2015 sind vollständig mit der 105. Lieferung im Werk umgesetzt worden. Die ausführliche Kommentierung wendet sich an Prozessbevollmächtigte, Kriegs- und Gewaltopferorganisationen, an die Gerichte und an die Versorgungsverwaltung, wegen der Hinweise auf Beziehungen zum sonstigen Sozial- und Leistungsrecht aber auch an Sozialversicherungsträger. 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.

DD

MATHIAS MAIER

Finanzsituation in der GKV spitzt sich weiter zu

Kassenindividuelle Zusatzbeiträge steigen

Die Krankenkassen in Deutschland stehen vor großen Herausforderungen. Die Finanzsituation spitzt sich weiter zu, da die Ausgaben unentwegt steigen und erhebliche Finanzierungslücken geschlossen werden müssen. Viele Krankenkassen reagieren darauf mit steigenden Zusatzbeiträgen. Dies kann zu erheblichen Mitgliederbewegungen führen, was den Wettbewerb innerhalb der Kassenlandschaft weiter verschärfen wird. Einzelne Krankenkassen werden in der Folge in finanzielle Schieflage geraten und der aktuelle Fusionsprozess wird auch in Zukunft weiter anhalten. Dieser Artikel skizziert die aktuell angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen auf Kassenarten- und Einzelkassenebene und zeigt momentane Entwicklungen im Zusammenhang mit der Finanzsituation innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf.

Aktuelle Finanzsituation

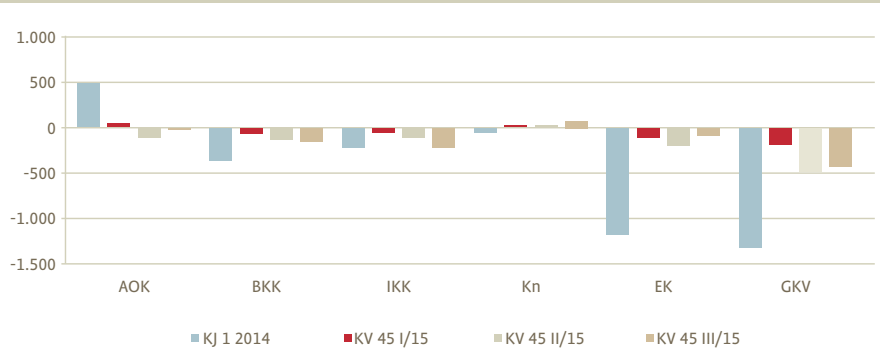
Zeiten der Überschüsse sind passé

Die aktuelle Finanzsituation in der GKV sieht alles andere als rosig aus. Die Überschüsse der Krankenkassen gehören der Vergangenheit an. Im Jahr 2014 wiesen die Krankenkassen ein hohes Defizit aus. Die Ausgaben (rund 203,0 Mrd. Euro) überstiegen die Einnahmen (etwa 201,7 Mrd. Euro) um rund 1,3 Mrd. Euro. Lediglich eine Kassenart, die der Ortskrankenkassen (AOK), erzielte einen Überschuss; dieser belief sich auf circa 500 Mio. Euro. Neben sämtlichen anderen Kassenarten wies auch die Knappschaft einen Fehlbetrag aus (rund 46 Mio. Euro).

Und auch für das Jahr 2015 ist von einem GKV-weiten Defizit auszugehen. Darauf lassen die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die ersten Quartale veröffentlichten Rechnungsergebnisse schließen. Lediglich die Knappschaft erzielte in den ersten drei Quartalen des Jahres 2015 positive Rechnungsergebnisse. Ansonsten verlief das Jahr sehr unterschiedlich. Die AOKen wiesen im ersten Quartal 2015 noch einen Überschuss aus, der sich im Folgequartal in ein Defizit umwandelte, um dann im dritten Quartal wieder einen Überschuss zu erzielen. Die drei übrigen Kassenarten[1] erzielten durchgängig negative Ergebnisse (vgl. Abb.1)[2].

Die vom BMG veröffentlichten Statistiken sind von ihrem Inhalt her auf einen Teilbereich der Daten, die für eine detaillierte Analyse beziehungsweise Beurteilung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen notwendig wären, begrenzt. Es werden lediglich die Aufwands- und Ertragskonten nach der vorgegebenen Kontenrahmen-Systematik, die für die Träger der GKV gilt, veröffentlicht. Eine Aussage beispielsweise zur Eigenkapital- oder Liquiditätssituation einer Krankenkasse ist aufgrund der vorliegenden Datenbasis nicht möglich. Zudem werden die Daten auf einer sehr hohen Aggregationsebene publiziert.
Die Veröffentlichung beinhaltet nur Ergebnisse auf Kassenartenebene. Eine Kassenart – mit Ausnahme der Knappschaft – besteht in der Regel aus mehreren Einzelkassen, so dass Aussagen zur finanziellen Situation einer einzelnen Krankenkasse nicht getroffen werden können. Die Kassenart mit den meisten Einzelkassen ist die der BKK, der rund 90 Krankenkassen angehören.

Abb. 1: Ergebnisse der Kassenarten 2014/15 - in Mio. Euro -[3]



Quelle: BMG

Analyse auf Kassenebene

Eine Aussage hinsichtlich der Finanzsituation einzelner Krankenkassen ist dank der Veröffentlichungspflicht der Rechnungsergebnisse ab dem Rechnungsjahr 2013 möglich. Im Rahmen des GKV-VStG[4] wurde die Vorschrift des § 305b SGB V dergestalt modifiziert, dass alle Krankenkassen (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse) bis zum 30. November des Folgejahres im Bundesanzeiger, auf ihrer Homepage und auf in ihrer

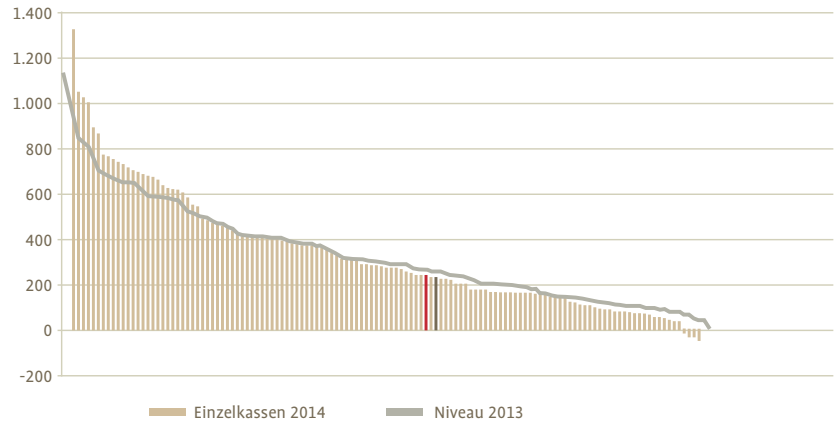
Satzung geregelten Art und Weise ihre nach einer vom BMG vorgegebenen Struktur gegliederten Rechnungsergebnisse veröffentlichen müssen (vgl. auch Kompass 1-2 2015). Dabei sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen und Ausgaben sowie zur Vermögenssituation und den Verwaltungsausgaben vorzunehmen. Dadurch ist es den Versicherten, so das für die Gesetzesänderung ursächliche Ansinnen seitens des Gesetzgebers, aber auch anderen Krankenkassen – beispielsweise zur Konkurrenzanalyse – möglich, einen Einblick in die Finanzsituation einer bestimmten Krankenkasse zu erhalten. Die Möglichkeit, kassenindividueller Finanzanalysen über die offiziellen BMG-Statistiken hinaus durchzuführen, wurde dadurch erstmals geschaffen.

Liquides Eigenkapital

Eine aussagekräftige Kennzahl zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse ist das sog. liquide Eigenkapital je Versicherten (vgl. Abb. 2). Das liquide Eigenkapital einer Krankenkasse setzt sich aus den Betriebsmitteln und der Rücklage zusammen und ist der Teil des Vermögens einer Krankenkasse, der zum Ausgleich temporärer Einnahmen- und Ausgabenschwankungen vorgesehen ist. Dadurch grenzt er sich vom Verwaltungsvermögen, das ebenfalls Teil des Vermögens ist, ab. Dieses dient, wie die Bezeichnung bereits zum Ausdruck bringt, der Verwaltung einer Krankenkasse und folgt in der Regel einem langfristigen Anlagehorizont. Hierzu zählen Grundstücke, Gebäude und Gegenstände der beweglichen Einrichtung (Fahrzeuge, Büroeinrichtungen etc.).

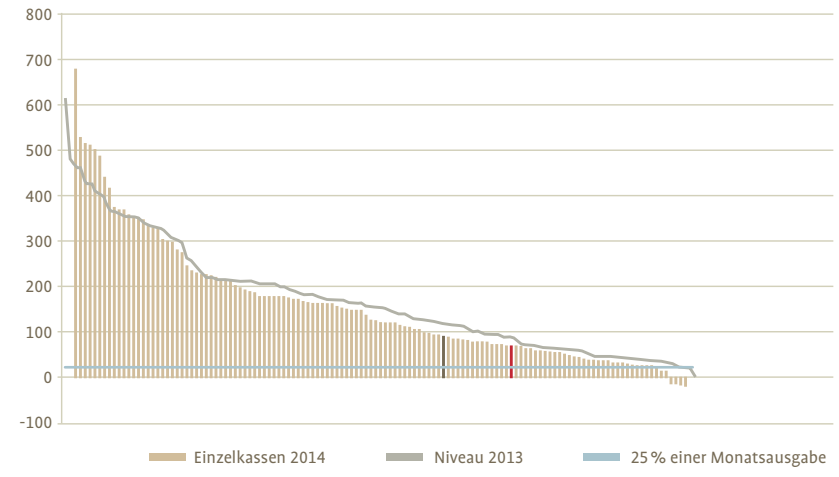
Der Abb. 2 ist zu entnehmen, dass das liquide Eigenkapital je Versicherten im Jahr 2014 – wie bereits im Vorjahr – sehr ungleich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt ist. Die Spannweite liegt zwischen 1.311,50 Euro (BKK Euregio)[6] und -43,38 Euro (BKK Schleswig-Holstein)[7]. Die Knappschaft (rot) liegt mit einem liquiden Eigenkapital je Versicherten in Höhe von 226,06 Euro knapp über dem GKV-weiten Durchschnitt (dunkelgrau) von 220,66 Euro. Bei Betrachtung der Niveaus der Jahre 2013 und 2014 ist insgesamt eine leichte Verschiebung nach unten erkennbar. Die steigenden Ausgaben im Jahr 2014 und die oben bereits aufgezeigte angespannte Finanzsituation wirken sich auf das liquide Eigenkapital der Krankenkassen aus. Die Reserven sind im Vergleich zum Vorjahr abgeschmolzen und aufgrund der aktuellen Finanzentwicklungen wird sich dieser Trend auch zukünftig fortsetzen.

Abb. 2: Liquides Eigenkapital je Versicherten - in Euro -



Quelle: Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse gemäß § 305b SGB V; eigene Berechnung[5]

Abb. 3: Liquides Eigenkapital als Anteil einer Monatsausgabe - in % -



Quelle: Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse gemäß § 305b SGB V; eigene Berechnung

Die eben dargestellten Ergebnisse werden noch greifbarer, wenn man das liquide Eigenkapital im Verhältnis zu einer Monatsausgabe einer Krankenkasse betrachtet. Unter Einbeziehung der zeitlichen Komponente kommt zum Ausdruck, wie lange eine Kran-

kenkasse mit ihren liquiden Mitteln haushalten kann. Auch hier fällt auf, dass die Reichweiten sehr unterschiedlich verteilt sind (vgl. Abb. 3). Diese Kennzahl ist zusätzlich insofern von Interesse, als dass nach gesetzlicher Vorschrift (§ 261 SGB V) mindestens eine Rücklage in Höhe von einem Viertel einer durchschnittlichen Monatsausgabe (hellblau) vorgehalten werden muss. Diese dient der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Einige der hier aufgeführten Krankenkassen kommen der gesetzlichen Vorgabe nicht nach und weisen geringere Mittel auf. Die Knappschaft (rot) zählt nicht zu diesen Krankenkassen und liegt mit einem Anteil von rund 68,3 % einer Monatsausgabe im unteren Drittel der Verteilung; die vorgehaltenen liquiden Mittel reichen etwa 20 Tage aus. Der Durchschnitt aller Krankenkassen (dunkelgrau) liegt bei 90,7 % einer Monatsausgabe (rund 27 Tage). Dies ist ein Rückgang von etwa zwölf Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2013. Auch diese Entwicklung überrascht aufgrund der geschilderten Umstände nicht. Den höchsten Wert erzielt auch hier die BKK Euregio (rund 677,4 %), die mit ihren liquiden Mitteln fast 7 Monatsausgaben bestreiten kann; den geringsten Wert (-18,2 %) erzielt die BKK Schleswig-Holstein. Das Gesamtniveau des Jahres 2013 lag bei dieser Kennzahl GKV-weit über dem des Jahres 2014.

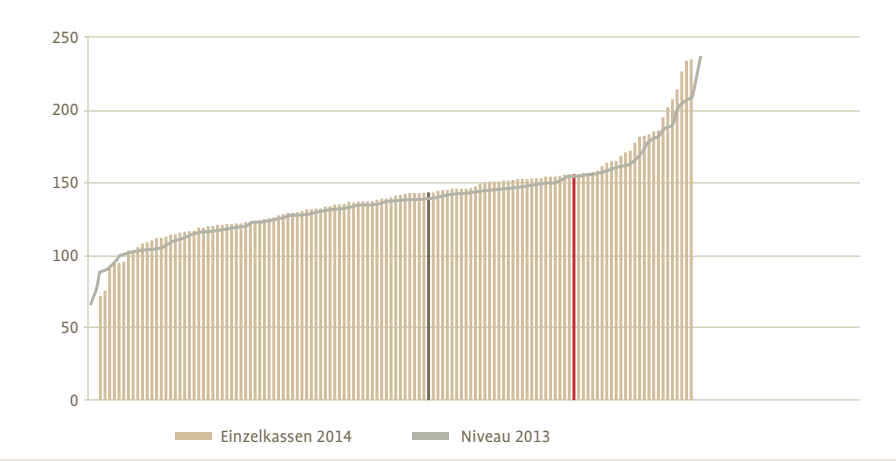
Verwaltungskosten

Eine Kennzahl, die ebenfalls von allgemeinem Interesse ist, speziell auch aus Versichertensicht, sind die Verwaltungskosten je Versicherten. Sie bringt zum Ausdruck, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet und ob Ressourcen möglicherweise verschwendet werden. Wie der Abb. 4 zu entnehmen ist, stiegen die Verwaltungskosten je Versicherten in der Breite im Vergleich zum Vorjahr an. Lag der Durchschnitt im Jahr 2013 noch bei 141,86 Euro, so beträgt er im Jahr 2014 bereits 142,16 Euro (dunkelgrau). Bei etwa 70 Mio. Versicherten GKV-weit entspricht dies einem Verwaltungskostenzuwachs von rund 21 Mio. Euro. Die Knappschaft (rot) findet sich bei dieser Analyse mit einem Wert von 155,15 Euro je Versicherten in einem Bereich wieder, der über dem GKV-Durchschnitt liegt. Die verwaltungsökonomischste Krankenkasse mit Verwaltungskosten je Versicherten in Höhe von 71,74 Euro ist die Debeka BKK; die höchsten Verwaltungskosten je Versicherten fallen bei der BKK MEM (233,63 Euro) an. Die Spanne zwischen der Krankenkasse mit den geringsten und der Krankenkasse mit den höchsten Verwaltungskosten je Versicherten beträgt beachtliche 162 Euro.

Bei dieser Kennzahl werden die Morbidität der Versicherten und damit die Inanspruchnahme der Verwaltung einer Krankenkasse im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nicht berücksichtigt. Um genau diesen Sachverhalt abzubilden, werden die Verwaltungskosten als Anteil der Leistungsausgaben dargestellt. Der Quotient aus Verwaltungskosten und Leistungsausgaben ist der Abb. 5 zu entnehmen. Dabei wird deutlich, dass sich der Anteil der Verwaltungskosten an den Leistungsausgaben im Vergleich zum Vorjahr reduziert hat. Die angespannte Finanzsituation wirkt sich auch auf diese Kennzahl aus. Die Verwaltungskosten sind eine Stellschraube, auf die Krankenkassen – im Gegensatz zu den Leistungsausgaben, deren Umfang zu etwa 95 % vom Gesetz vorgegeben ist – Einfluss nehmen können. Deshalb werden bei vielen Krankenkassen Einsparmaßnahmen im Bereich der Verwaltungskosten durchgeführt.

Der GKV-Durchschnitt (dunkelgrau) sank von 5,43 % auf 5,17 %. Gleichwohl fallen bei einigen Krankenkassen immer noch Verwaltungskosten in Höhe von etwa zehn Prozent an. Den höchsten Anteil (10,24 %) erreicht die Metzinger BKK; den geringsten Anteil in Höhe von 3,54 % die Bahn-BKK. Die Knappschaft (rot) belegt bei diesem Ranking mit einem Anteil von 4,11 % den fünften Platz. Ihr verwaltungsökonomisches Handeln wird hierdurch zum Ausdruck gebracht.

Abb. 4: Verwaltungskosten je Versicherten - in Euro -



Quelle: Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse gemäß § 305b SGB V; eigene Berechnung

Finanzsituation 2016

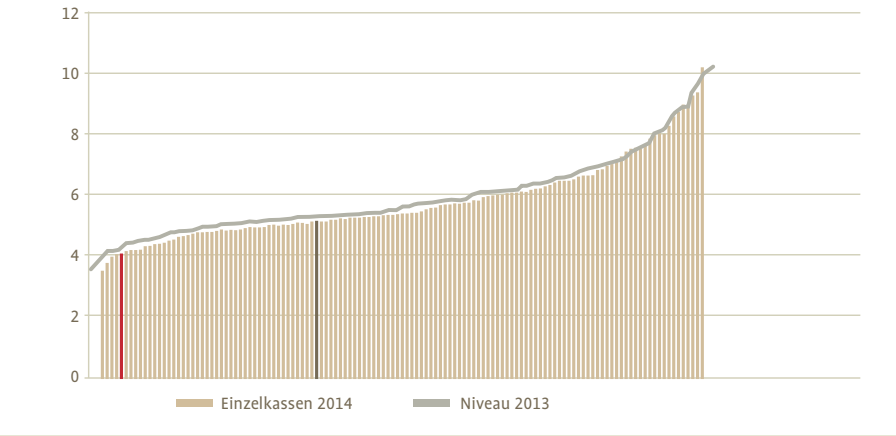
Erhebliche Finanzierungslücke

Die Finanzsituation in der GKV wird sich auch im Jahr 2016 weiter verschärfen und die Versicherten werden mit teilweise deutlichen Mehrbelastungen rechnen müssen. Der sogenannte Schätzerkreis[8] erwartet für das Gesamtjahr 2016 Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 206,2 Mrd. Euro. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zur Begleichung ihrer Ausgaben betragen ebenfalls rund 206,2 Mrd. Euro. Dem stehen Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von voraussichtlich 220,6 Mrd. Euro gegenüber. Somit ergibt sich eine Deckungslücke von circa 14,4 Mrd. Euro bzw. eine Deckungsquote von etwa 93,5 % (vgl. Abb. 6).

Die Finanzierungslücke, die zwangsläufig bei jeder Krankenkasse entsteht, muss durch zusätzliche Einnahmen geschlossen werden. Hierfür ergeben sich grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Zum einen können sich Krankenkassen, falls in ausreichendem Umfang vorhanden, ihrer Rücklagen bedienen. Zum anderen können Krankenkassen von ihren Mitgliedern kassenindividuelle Zusatzbeiträge erheben. Diese Möglichkeit wurde seitens des Gesetzgebers durch das GKV-FQWG[9] mit erstmaliger Umsetzung im Jahr 2015 geschaffen. Die Finanzierung der GKV wurde teilweise – in Verbindung mit der (Rück-)Gewinnung der Beitragsautonomie der Krankenkassen – neu aufgestellt.

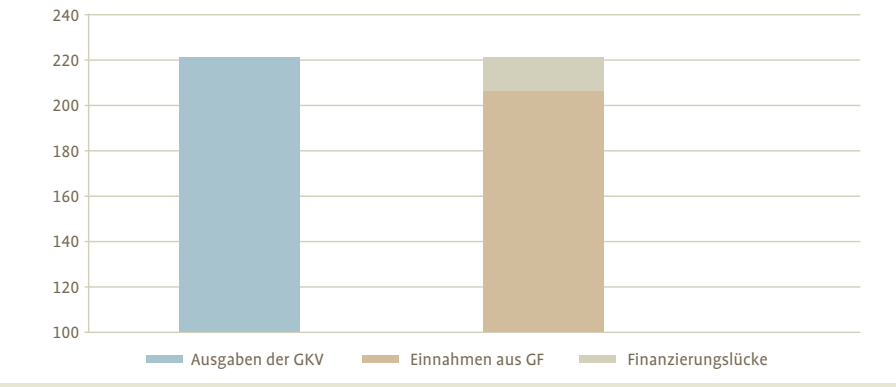
Aufgrund der veranlassten Änderungen galt es auf Seiten der Krankenkassen im Jahr 2015 eine Finanzierungslücke von rund 11,1 Mrd. Euro zu schließen. Dafür erhoben die gesetzlichen Krankenkassen flächendeckend Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern. Der Durchschnitt betrug 0,83 % und wich damit um 0,07 Prozentpunkte vom durch das BMG zum 1. November eines Jahres im Bundesanzeiger veröffentlichten durchschnittlichen Zusatzbeitrag gemäß § 242a SGB V[10] von 0,9 % ab. Daraus lässt sich schließen, dass einige Krankenkassen auch die erstgenannte Alternative – den Abbau der Rücklagen – zur Schließung der Finanzierungslücke herangezogen haben.

Abb. 5: Verwaltungskosten als Anteil der Leistungsausgaben - in % -



Quelle: Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse gemäß § 305b SGB V; eigene Berechnung

Abb. 6: Finanzsituation GKV 2016 - in Mrd. Euro -



Quelle: Schätztableau des Schätzerkreises; Stand: 19. Oktober 2015

Zusatzbeitrag 2016

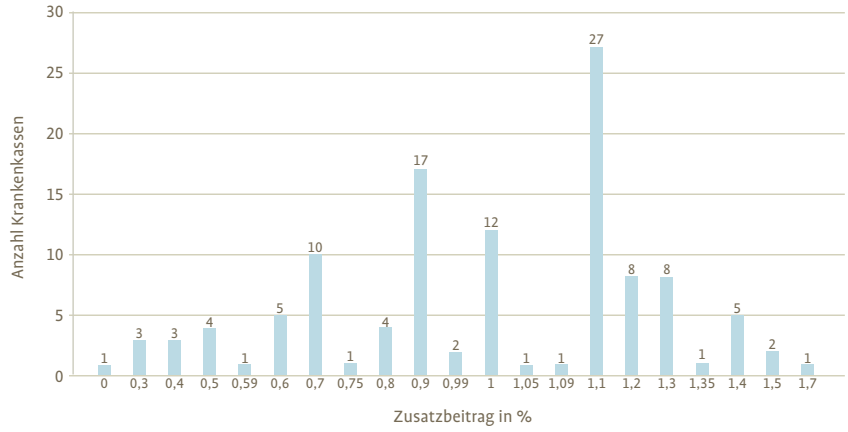
Der vom BMG für das Jahr 2016 publizierte durchschnittliche Zusatzbeitrag gem. § 242a SGB V beläuft sich auf 1,1 %. Auf Basis der tatsächlichen kassenindividuellen Zusatzbeiträge zum 1. Januar 2016 lässt sich der tatsächliche von den Mitgliedern erhobene durchschnittliche Zusatzbeitrag errechnen. Dieser beträgt 1,09 % und liegt minimal (0,01 Prozentpunkte) unter dem vom BMG veröffentlichten durchschnittlichen Zusatzbeitrag.

Die Zusatzbeiträge wurden zum Jahresbeginn unterschiedlich stark erhöht. Es ergab sich eine Spanne von 0,1 bis 0,8 Prozentpunkte. An dieser Stelle sei erwähnt, dass keine Krankenkasse ihren Zusatzbeitrag senkte; dies käme in der derzeitigen Situation auch einer Überraschung gleich. Insgesamt erhöhten 80 der noch existierenden 117

Krankenkassen[11] ihre Zusatzbeiträge zu Jahresbeginn. Die Höhe beziehungsweise die Verteilung der aktuell von den Mitgliedern erhobenen Zusatzbeiträge ist der Abb. 7 zu entnehmen.

Diese Darstellung verdeutlicht, dass einige Krankenkassen überdurchschnittliche Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben (müssen). Insgesamt 25 Krankenkassen liegen über dem vom BMG veröffentlichten durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 %. Die Mehrzahl von insgesamt 60 Krankenkassen hält sich im Bereich von 0,9 % bis 1,1 % auf. Die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Zusatzbeitrag beträgt 1,7 Prozentpunkte und ist damit sehr weit gefasst.

Abb. 7: Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen 2016



Quelle: www.gkv-zusatzbeitraege.de; eigene Berechnung

Fazit

Die Finanzsituation der Krankenkassen wird sich auch in Zukunft weiter verschärfen. Neben der aktuellen Gesetzgebung der Bundesregierung, die zu Mehrbelastungen auf Seiten der Krankenkassen führt, ist der medizinische Fortschritt, der ebenfalls Ausgabensteigerungen verursacht, für diese Entwicklung mitentscheidend. In der Folge wird der Wettbewerb in der Krankenkassenlandschaft weiter zunehmen. Erste Auswirkungen ließen sich zum Jahreswechsel 2015/16 bereits deutlich erkennen: Da die Krankenkassen dauerhaft Defizite erzielen und die finanziellen Grundlagen schwinden, wurden die Zusatzbeiträge flächendeckend erhöht[12]. Darüber hinaus hält der Fusionsprozess bei den Krankenkassen weiter an. Lediglich die Reaktionen der Mitglieder sind noch nicht abzusehen. Werden Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen durch preissensible Kassenwechsler abgestraft oder hält sich die Mitgliederbewegung wie im Vorjahr in Grenzen? Fakt ist jedenfalls, dass jede einzelne Krankenkasse vor dem Hintergrund einer sich verschärfenden Finanzsituation vor immensen Herausforderungen steht und sich im Wettbewerb behaupten muss.

Mathias Maier
KBS/Abteilung IV/Finanzen
Büro der Abteilungsleitung
Knappschaftstr. 1
44789 Bochum

FUSSNOTEN

1 Neben den beiden bereits genannten Kassenarten existieren noch die der Betriebskrankenkassen (BKK), der Innungskrankenkassen (IKK) sowie der Ersatzkassen (EK).
2 Bei den hier erläuterten GKV-weiten Ergebnissen blieben die der landwirtschaftlichen Krankenkasse unberücksichtigt.
3 KJ 1-Statistik: Hierbei handelt es sich um die Statistik über die endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung.
KV 45-Statistik: Hierbei handelt es sich um die Statistik über die vorläufigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Stichtagen 31.03., 30.06., 30.09. sowie 31.12. eines Jahres.
4 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 (BGBl. I, Seite 2983).
5 Sämtlichen Berechnungen, die den hier dargestellten Analysen zugrunde liegen, basieren auf den publizierten Rechnungsergebnissen mit Stand 3. Januar 2016. Bisher haben für das Jahr 2014 vier Krankenkassen weniger als im Vorjahr ihre Rechnungsergebnisse veröffentlicht.
6 Die BKK Euregio war im Jahr 2015 eine der beiden Krankenkassen (neben der Metzinger BKK), die von ihren Mitgliedern keinen Zusatzbeitrag erhoben haben.
7 Die BKK Schleswig-Holstein fusionierte zum 1. Januar 2016 mit der BKK Verkehrsbau Union.
8 Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung die Entwicklung der Einnahmen, Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über die weitere Entwicklung im jeweiligen Folgejahr zu treffen. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des BMG, des Bundesversicherungsamtes sowie des GKV-Spitzenverbandes an.
9 Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.07.2014 (BGBl. I, Seite 1133).
10 Der GKV-weite durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V basiert auf der Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises.
11 Inklusive der landwirtschaftlichen Krankenkasse existieren insgesamt 118 Krankenkassen.
12 GKV-Experten rechnen mit einem Anstieg des Zusatzbeitrages in Höhe von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten pro Jahr.

© Picture-Factory - fotolia.com

KARIN SCHALGE

Ausschluss von der Krankenversicherungspflicht bei hauptberuflich Selbstständigen

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt das Solidaritätsprinzip. Die Höhe der Beiträge, die für den Krankenversicherungsschutz zu zahlen sind, richtet sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Mitglieds. Die Beiträge werden nach einem einheitlichen allgemeinen beziehungsweise einem einheitlichen ermäßigten Beitragssatz von der Beitragsbemessungsgrundlage einbehalten. Darüber hinaus erheben einige Krankenkassen Zusatzbeiträge. Die Leistungen der Krankenkassen hängen aber nicht von der Höhe der gezahlten Beiträge ab, sondern werden jedem Mitglied gleichermaßen zu Teil.

Versicherungspflicht in der Krankenversicherung

Welche Personen versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, ergibt sich aus § 5 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dazu gehören grundsätzlich Arbeitnehmer, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze (2015: 54.900 Euro) nicht übersteigt (§ 5 Absatz 1 in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V).

Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind nach § 5 Absatz 5 SGB V hauptberuflich selbstständig Tätige.

Was passiert, wenn Arbeitnehmer neben ihrer Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausüben oder wenn Selbstständige, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes zusätzlich eine abhängige Beschäftigung aufnehmen? Wann gelten die Betreffenden als Arbeitnehmer und wann als hauptberuflich Selbstständige? Führt die selbstständige Tätigkeit zum Ausschluss der Krankenversicherungspflicht? Diese Fragen stellen sich, wie nachfolgend beschrieben, nicht nur bei Arbeitnehmern sondern zum Beispiel auch bei Rentnern.

Ausschlussregelung

Ausgeschlossen von der Krankenversicherungspflicht zum Beispiel als

- Arbeitnehmer (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V)
- Student oder Praktikant (§ 5 Absatz 1 Nummern 9 und 10 SGB V)
- Rentner (§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 SGB V) sowie
- Rentenantragsteller (§ 189 SGB V)

sind Personen, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind.

Die Ausschlussregelung soll verhindern, dass hauptberuflich Selbstständige durch Erfüllung eines Versicherungspflichttatbestandes den umfassenden Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten; denn sie gehören weder zu dem Personenkreis, der des Solidarschutzes bedarf, noch tragen sie mit ihrem Arbeitseinkommen beziehungsweise ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Solidargemeinschaft bei. Der Ausschluss von der Krankenversicherungspflicht führt dazu, dass auch in der sozialen Pflegeversicherung keine Versicherungspflicht besteht.

Der Versicherungsausschluss ist von zwei Kriterien abhängig. Es muss

1. eine selbstständige Tätigkeit vorliegen und diese muss
2. hauptberuflich ausgeübt werden.

In der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung tritt Versiche-

rungspflicht nach den gesetzlichen Bestimmungen ungeachtet einer selbstständigen Tätigkeit ein. Hier gibt es keine Ausschlussregelungen.

Kriterium selbstständige Tätigkeit

Selbstständig erwerbstätig ist, wer als natürliche Person selbst mit Gewinnerzielungsabsicht eine Tätigkeit in der Land- und Forstwirtschaft, in einem Gewerbebetrieb oder einer sonstigen insbesondere freiberuflichen Arbeit in persönlicher Unabhängigkeit und auf eigene Rechnung und Gefahr ausübt. Die Gewinnerzielungsabsicht, auf die die selbstständige Tätigkeit gerichtet sein muss, stellt dabei auf das sozialrechtlich relevante Arbeitseinkommen ab. Dieses ist nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit; es umfasst neben den steuerrechtlich maßgeblichen Einkünften aus selbstständiger Arbeit (§ 2 Absatz 1 Nummer 3, § 18 Einkommenssteuergesetz (EStG)) auch Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 2 Absatz 1 Nummer 1, §§ 13 ff. EStG) und aus Gewerbebetrieb (§ 2 Absatz 1 Nummer 2, §§ 15 ff. EStG).

Nicht zu Erwerbszwecken ausgeübt werden hingegen Erwerbstätigkeiten, die nur aus Liebhaberei oder zum Zeitvertreib verrichtet werden. Gleiches gilt für alle vorbereitenden Handlungen, die dazu dienen, eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Entfalten diese im Geschäftsverkehr allerdings bereits Außenwirkung und sind nach dem zugrunde liegenden Gesamtkonzept ernsthaft und unmittelbar auf die spätere Geschäftstätigkeit ausgerichtet, ist ein Erwerbszweck bereits anzunehmen.

Erwerbstätigkeiten in Ausübung von Gesellschafterrechten (zum Beispiel als Gesellschafter einer GmbH) sind keine selbstständigen Erwerbstätigkeiten, wenn diese sich allein dem gesellschaftsrechtlichen Bereich zuordnen lassen. Dies bestätigte das Bundessozialgericht (BSG) auch in dem Falle, wenn allein die mit der gesellschaftsrechtlichen Stellung als Kommanditist einer GmbH & Co. KG und als (Allein-)Gesellschafter der Komplementär-GmbH verbundenen Pflichten wahrgenommen werden, ohne dass eine aktive Mitarbeit im Unternehmen stattfindet.[1] Insofern stellt der mit dem Halten von Anteilen an Gesellschaften erzielte Gewinn eine nicht als typischerweise mit persönlichem Einsatz verbundene Einkunftsart dar. Werden daneben jedoch auf der Grundlage zusätzlich bestehender Rechtsbeziehungen Erwerbstätigkeiten erbracht – schon die Vereinbarung einer Vergütung macht grundsätzlich einen zusätzlichen Vertragsschluss erforderlich –, kommt dagegen eine selbstständige Erwerbstätigkeit, insbesondere im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses, oder bei persönlicher Abhängigkeit die Annahme einer abhängigen Beschäftigung in Betracht.

Die Stellung als Gesellschafter einer Personengesellschaft (zum Beispiel Gesellschaft des bürgerlichen Rechts - GbR, Partnerschaftsgesellschaft) lässt den Schluss zu, dass die Erwerbstätigkeit für den „eigenen Betrieb“ grundsätzlich als selbstständige Erwerbstätigkeit erbracht wird. In Einzelfällen ist ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis möglich, wenn der Gesellschafter außerhalb seines Gesellschaftsverhältnisses tätig ist und in persönlicher Abhängigkeit zu dem Unternehmen steht. Bei geschäftsführenden Gesellschaftern, die statusrechtlich als Selbstständige beurteilt wurden, sind die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit nach Abzug der nachgewiesenen Werbungskosten, mindestens jedoch des Werbungskostenpauschbetrages, als Arbeitseinkommen anzusehen.

Organverwalter juristischer Personen (zum Beispiel der Vorstand eines Vereins oder der Geschäftsführer einer GmbH), üben dann eine selbstständige Tätigkeit aus, wenn sie

- neben der gesellschaftsrechtlichen Verbindung in einer weiteren Beziehung zur juristischen Person stehen und
- dabei Erwerbstätigkeiten ausüben, die nicht allein dem körperschaftlichen oder gesellschaftsrechtlichen Bereich zuzuordnen sind oder
- Aufgaben wahrnehmen, die hinsichtlich ihres Umfangs oder ihrer Art nach über das hinausgehen, was Satzung, Vertrag, Beschlüsse der Organe und allgemeine Übung an Arbeitsverpflichtungen festlegen oder
- eine Vergütungsvereinbarung getroffen haben.

Bei persönlicher Abhängigkeit dürfte eine abhängige Beschäftigung in Betracht kommen. Die Beurteilung ist nach sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen vorzunehmen.

Das Erzielen von Einkünften aus der Vermietung von eigenen Wohnungen ist grundsätzlich keine selbstständige Erwerbstätigkeit.[2] Dies gilt nicht, wenn die Einkünfte aus der Vermietung steuerrechtlich als „Einkünfte aus einem Gewerbebetrieb“ zugeordnet werden.

Sofern eine selbstständig tätige Person über einen längeren Zeitraum Arbeitslosengeld II oder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht und die Hilfeleistungen das Arbeitseinkommen und die übrigen beitragspflichtigen Einnahmen übersteigen, kann die Annahme einer Erwerbstätigkeit mangels Gewinnerzielungsabsicht ausscheiden.

Die Abgrenzung, ob eine selbstständige Tätigkeit oder eine abhängige Beschäftigung vorliegt, ist in der Praxis nicht immer ganz einfach. Bestehen Zweifel an dem Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit, sollte

der Auftraggeber (Arbeitgeber) oder der Auftragnehmer (Selbstständiger/Arbeitnehmer) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, Clearingstelle, ein sogenanntes Statusfeststellungsverfahren beantragen (§ 7a Absatz 1 Satz 1 SGB IV). Die Deutsche Rentenversicherung Bund erteilt einen verbindlichen Bescheid über den Status im Einzelfall und schafft somit für die Beteiligten Rechtssicherheit.

Darüber hinaus kann die Einzugsstelle (Krankenkasse) gemäß § 28h Absatz 2 SGB IV über den Status entscheiden.

Land- und forstwirtschaftliche Unternehmen sowie Künstler und Publizisten sind nach den für diesen Personenkreis geltenden Sondervorschriften auch als Selbstständige versicherungspflichtig.

Ende der selbstständigen Tätigkeit

Eine selbstständige Tätigkeit endet, wenn die Erwerbstätigkeit nachweislich eingestellt oder der Betrieb aufgegeben oder veräußert wird. Merkmale für die Beendigung einer selbstständigen Tätigkeit können sein: Abmeldung des Gewerbebetriebs, Auflösung, Liquidation oder Löschung des Betriebs im Handelsregister oder in der Handwerksrolle.

Wird bei einer Gewerbeabmeldung der Betrieb aufgrund einer nicht abgegebenen Betriebsaufgabeerklärung im steuerrechtlichen Sinne fortgeführt und werden dementsprechend Einkünfte aus Gewerbebetrieb erzielt, ist für diese Zeit weiterhin eine selbstständige Tätigkeit anzunehmen. Die steuerrechtliche Betriebsfortführung und die damit einhergehende Annahme einer selbstständigen Tätigkeit bedeuten allerdings nicht, dass die selbstständige Tätigkeit generell auch als hauptberuflich anzusehen ist. Ob in diesen Fällen (weiterhin) Hauptberuflichkeit vorliegt, ist im Einzelfall nach Maßgabe der nachfolgenden Ausführungen zu prüfen. Dabei ist die mit der Gewerbeabmeldung verbundene Anzeige der Aufgabe oder Übergabe des Betriebs ein Anzeichen, dass Hauptberuflichkeit nicht mehr vorliegt.

Die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Schuldners stellt ein Indiz für die Beendigung der selbstständigen Tätigkeit dar, und zwar unabhängig von der Rechtsform des Schuldners. Wird bei einer natürlichen Person der Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse abgewiesen, ist dies für sich alleine betrachtet kein Merkmal für die Beendigung einer selbstständigen Tätigkeit. Bei Insolvenz- und Liquidationsverfahren endet die selbstständige Tätigkeit mit dem Tag, an dem der Selbstständige sein Unternehmen letztmalig eigenständig leitet.

Kriterium hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ist gesetzlich nicht definiert. Die inhaltliche Bedeutung ergibt sich aus der jeweiligen Regelungsabsicht des Gesetzgebers. Das diesem Artikel zugrundeliegende Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 23. Juli 2015 beinhaltet „Grundsätzliche Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit“ und beschreibt die Anwendungsbereiche. Darüber hinaus hat die Rechtsprechung den Begriff für bestimmte Anwendungsfälle konkretisiert.

Hauptberuflichkeit ist seit der Einführung einer gesetzlichen Vermutungsregelung (§ 5 Absatz 5 Satz 2 SGB V) ab dem 23. Juli 2015 ohne nähere Prüfung der wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Aufwands der selbstständigen Tätigkeit im ersten Schritt immer dann anzunehmen, wenn der Selbstständige Arbeitgeberstellung hat, das heißt, wenn er im Zusammenhang mit seiner selbstständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt. Liegt keine Arbeitgeberstellung vor, ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit dann hauptberuflich, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt, also prägend ist (Prüfung im zweiten Schritt). In diese Beurteilung sind selbstständige Erwerbstätigkeiten als land- oder forstwirtschaftlicher Unternehmer oder als Künstler oder Publizist mit einzubeziehen. Nicht jede selbstständige Erwerbstätigkeit wird hauptberuflich ausgeübt.

Bei der Feststellung der Hauptberuflichkeit hatten die Krankenkassen bei der praktischen Anwendung dieser Vorschrift bereits in der Vergangenheit generalisierend angenommen, dass selbstständig Erwerbstätige, die in ihrem Betrieb mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, aufgrund der Arbeitgeberstellung als solcher hauptberuflich erwerbstätig sind. Die wirtschaftliche Bedeutung und der zeitliche Umfang der selbstständigen Tätigkeit wurde regelmäßig nicht näher geprüft. Das BSG stellte in einem Urteil fest[1], dass nach geltendem Recht die Beschäftigung eines oder mehrerer Arbeitnehmer zwar lediglich ein Indiz für den Umfang einer selbstständigen Tätigkeit sei. Von der Beschäftigung eines Arbeitnehmers allein könne aber kein unbedingter Rückschluss auf die Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Erwerbstätigkeit gezogen werden. Demzufolge hatten die Krankenkassen jeden Einzelfall umfassend unter Berücksichtigung aller relevanten Merkmale zu prüfen.

Arbeitgeberstellung – Vermutung der Hauptberuflichkeit

Das Merkmal der Arbeitgebereigenschaft hatte sich in der Vergangenheit jedoch als zuverlässiger Indikator für

die Feststellung der Hauptberuflichkeit von selbstständig Erwerbstätigen erwiesen. Diese Vorgehensweise vereinfachte wesentlich die Verwaltungspraxis bei den Krankenkassen. Nun hat der Gesetzgeber mit der Ergänzung des § 5 Absatz 5 SGB V um den Satz 2 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (in Kraft seit 23. Juli 2015) diesem Umstand Rechnung getragen. Werden mehrere Arbeitnehmer geringfügig beschäftigt, deren Arbeitsentgelte bei Zusammenrechnung die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV überschreiten, ist Hauptberuflichkeit ebenfalls zu vermuten. Als regelmäßig sind solche Beschäftigungen anzusehen, die grundsätzlich auf Dauer angelegt sind, also nicht nur gelegentlich ausgeübt werden oder nur von kurzer Zeitdauer sind.

Für Selbstständige, die Gesellschafter einer Gesellschaft sind, wird eine Arbeitgebereigenschaft – unabhängig von einem persönlichen Arbeitseinsatz – auch dann angenommen, wenn die Arbeitnehmer von der Gesellschaft, zum Beispiel einer GmbH oder einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, beschäftigt werden. Verfügt die Gesellschaft über mehrere Gesellschafter, kann ein von der Gesellschaft beschäftigter Arbeitnehmer dem einzelnen Gesellschafter jedoch nur dann als Arbeitnehmer zugerechnet werden, wenn sich bei einer Aufteilung des Arbeitsentgelts des Arbeitnehmers gemäß der Kapitalbeteiligung der Gesellschafter auf die einzelnen Gesellschafter ergibt, dass der selbstständig Tätige (als einer der Gesellschafter der Gesellschaft) den Arbeitnehmer in einem Umfang „beschäftigt“, der die Grenze des § 8 Absatz 1 Nr. 1 SGB IV überschreitet. Entsprechendes gilt, wenn die Gesellschaft mehrere Arbeitnehmer beschäftigt. Die anteilige Zurechnung eines Arbeitnehmers oder mehrerer Arbeitnehmer in Form der Aufteilung des Arbeitsentgelts oder der Arbeitsentgelte auf mehrere Gesellschafter entsprechend der jeweiligen Kapitalbeteiligung an der Gesellschaft (und nicht nach der Anzahl der Gesellschafter) ist der Rechtsprechung des BSG zur Rentenversicherungspflicht selbstständiger Lehrer und Erzieher, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, entnommen.[3]

Beispiel:

Das Stammkapital einer Gesellschaft beträgt insgesamt 150.000 Euro.
Gesellschafter A ist mit 50 Prozent (75.000 Euro),
Gesellschafter B ist mit 45 Prozent (67.500 Euro) und
Gesellschafter C ist mit 5 Prozent (7.500 Euro)
am Stammkapital beteiligt.

Das monatliche Arbeitsentgelt aller Arbeitnehmer beträgt 9.000 Euro.
Davon entfallen auf
Gesellschafter A 4.500 Euro
= hauptberuflich selbstständig
Gesellschafter B 4.050 Euro
= hauptberuflich selbstständig
Gesellschafter C 450 Euro
= Hauptberuflichkeit kann nicht vermutet werden.
Bei Gesellschafter C hat eine weitere Prüfung zu erfolgen.

Die Vermutung der Hauptberuflichkeit kann widerlegt werden, indem der Selbstständige nachweist, dass trotz der Arbeitgeberstellung die selbstständige Tätigkeit seiner Lebensführung nicht das Gepräge gibt. Dann hat die Prüfung der Hauptberuflichkeit nach den nachfolgend beschriebenen Grundannahmen zu erfolgen.

Ermittlung des Arbeitseinkommens
Werden keine Arbeitnehmer beschäftigt, ist das Arbeitseinkommen aus der ausgeübten selbstständigen Tätigkeit nach den tatsächlichen aktuellen beziehungsweise zu erwartenden Verhältnissen zu bestimmen. Hierbei ist nicht grundsätzlich auf den letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheid zurückzugreifen. Auch andere qualifizierte Nachweise (zum Beispiel Erklärungen von Steuerberatern, finanz- und betriebswirtschaftliche Auswertungen, im Einzelfall auch die sorgfältige und gewissenhafte Schätzung der zu erwartenden Einnahmen durch den Selbstständigen) werden von der Krankenkasse zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -freiheit akzeptiert.

Geringfügigkeitsgrenze
Die Entgeltgrenze des § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) hat für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit einer selbstständigen Tätigkeit keine Bedeutung. Zwar gilt die Geringfügigkeitsgrenze entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird (§ 8 Absatz 3 SGB IV). Die Regelung definiert allerdings lediglich den Begriff der geringfügigen selbstständigen Tätigkeit, nicht dagegen den einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit. Eine Übertragung der Geringfügigkeitsgrenze auf die Grundsätze zur Hauptberuflichkeit ist daher nicht zulässig.

Alleinige Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit

Bei selbstständig Tätigen, die keine weitere Erwerbstätigkeit ausüben, lässt sich das Merkmal der Hauptberuflichkeit daran ableiten, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit der Lebensführung des Betroffenen von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und ihrem zeitlichen Aufwand her das Gepräge gibt. Dies ist nicht immer schon dann der Fall, wenn neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Insofern stellt das Merkmal der Hauptberuflichkeit nicht auf die (alleinige) Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit

Abb. 1: Grundannahmen selbstständige Tätigkeit

zeitlicher Aufwand Stunden/Woche		Arbeitseinkommen (2016)	Hauptberuflichkeit ist anzunehmen
mehr als 30	und	über 726,25 Euro[4]	ja
mehr als 20 bis 30	und	über 1.452,50 Euro[5]	ja
bis 20	und	über 2.178,75 Euro[6]	ja
bis 20	und	bis 2.178,75 Euro[6]	nein

Abb. 2: Grundannahmen abhängig beschäftigter Arbeitnehmer

Arbeitszeit	Arbeitsentgelt (2016)	Raum für hauptberuflich selbstständige Tätigkeit
vollschichtig oder regelmäßige Wochenarbeitszeit wie vergleichbare Vollbeschäftigte	Höhe nicht von Bedeutung	nein
mehr als 20 Stunden/Woche	über 1.452,50 Euro[5]	nein
bis 20 Stunden/Woche	bis 1.452,50 Euro[5]	ja

ab oder erschöpft sich in der gewichtenden Abgrenzung gegenüber den parallel ausgeübten Erwerbstätigkeiten, sondern verlangt eine bestimmte Qualität (Arbeitseinkommenserfordernis) und/oder deren Umfang. Je nach zeitlichem Aufwand führt die Höhe des Arbeitseinkommens in Relation mit einem bestimmten Vomhundertsatz der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zur Hauptberuflichkeit. Werden Arbeitnehmer beschäftigt und soll die Vermutung der Arbeitgeberstellung widerlegt werden, ist sowohl das wirtschaftliche Ergebnis der beschäftigten Arbeitnehmer, als auch der mit der Leitungsfunktion notwendige Zeitaufwand mit einzubeziehen. Denn die im Rahmen der selbstständigen Erwerbstätigkeit notwendigen Arbeiten werden nicht allein vom Selbstständigen, sondern auch von den beschäftigten Arbeitnehmern verrichtet. Sie verbessern dadurch das Betriebsergebnis. Dieser Gewinn, der auch den wirtschaftlichen Ertrag der beschäftigten Arbeitnehmer enthält, wird allein dem Selbstständigen zugerechnet.

Nach den grundsätzlichen Hinweisen kann von den in Abb. 1 dargestellten Grundannahmen ausgegangen werden. Damit auch Einwände gegen die Grundannahme geprüft werden können, sind die Feststellungen je nach Lage des Einzelfalles zu treffen. Die Beurteilung ist immer im Rahmen einer Gesamtschau vorzunehmen. Dabei sind bei der Prüfung, ob das Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt, alle weiteren Einnahmen, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden können, heranzuziehen. Diese hat der Selbstständige auf Verlangen der Krankenkasse nachzuweisen.

Darüber hinaus sind auch Unterhaltsansprüche zwischen nicht getrennt lebenden Ehegatten zu berücksichtigen, wenn sie innerhalb der eherechtlichen Beziehung einen entscheidenden Faktor für die Bestreitung des Lebensunterhalts des Selbstständigen darstellen. Auf der Grundlage aller Angaben ist anschließend zu ermitteln, ob der Lebensunterhalt deutlich überwiegend aus dem Arbeitseinkommen bestritten wird, dieses mithin die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt. Von einem deutlichen Überwiegen kann ausgegangen werden, wenn das Arbeitseinkommen um mindestens 20 v. H. über den weiteren Einnahmen zum Lebensunterhalt im vorstehenden Sinne liegt. Der vorgenannte Prozentsatz ist allerdings kein starrer Wert, sondern dient der Orientierung.

Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, sind sie hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Umfangs zusammenzurechnen.

Zusammentreffen von selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung

Hierbei sind die wirtschaftliche Bedeutung und der zeitliche Aufwand der abhängigen sowie der selbstständigen Tätigkeit miteinander zu vergleichen. Dafür ist das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung einem bestimmten Vomhundertsatz der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV gegenüber zu stellen, falls keine Vollbeschäftigung vorliegt. Dabei gelten die in Abb. 2 aufgeführten Grundannahmen.

Die schematische Beurteilung nach der zeitlichen Beanspruchung kann durch die tatsächlichen Gegebenheiten widerlegt werden. So kann auch eine selbstständige Tätigkeit mit geringerem zeitlichem Aufwand sehr wohl hauptberuflich sein. Für die Prüfung der wirtschaftlichen Bedeutung der selbstständigen Erwerbstätigkeit einerseits und der Beschäftigung andererseits sind das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) und das Arbeitsentgelt

(§ 14 SGB IV) miteinander zu vergleichen. Im Falle einer kurzfristigen Unterbrechung des (fortbestehenden) Arbeitsverhältnisses ohne Entgeltzahlung oder bei Elternzeit wird eine neben der Beschäftigung nicht hauptberuflich ausgeübte selbstständige Tätigkeit während dieser Zeit nicht dadurch zu einer hauptberuflichen. Wird die selbstständige Tätigkeit aber ausgeweitet, müssen die Verhältnisse erneut geprüft werden.

Beispiel 1:

Abhängiges Beschäftigungsverhältnis und selbstständige Tätigkeit

Frau Sonnenschein ist als Arbeitnehmerin mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden gegen ein monatliches Entgelt von 1.500,00 Euro bei einer Firma beschäftigt. Nebenher ist sie als Personaltrainerin selbstständig tätig. Diese Tätigkeit übt sie zwar durchschnittlich nur an etwa 15 Wochenstunden aus, erzielt daraus aber ein Einkommen von 4000 Euro im Monat. Sie beschäftigt noch eine Mitarbeiterin, die 420 Euro im Monat verdient. Trotz der niedrigen Wochenstunden steht hier die selbstständige Tätigkeit aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung im Vordergrund. Frau Sonnenschein ist hauptberuflich selbstständig tätig. Die Versicherungs- und Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung als Arbeitnehmerin ist ausgeschlossen (§ 5 Absatz 5 SGB V).

Hauptberuflich selbstständige Künstler und Publizisten haben nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz - KSVG - als Pflichtversicherte Sozialversicherungsbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung an die Künstlersozialkasse zu entrichten. Wird gleichzeitig eine abhängige Beschäftigung ausgeübt, findet eine doppelte Beitragserhebung zu den Versicherungszweigen Kranken- und Pflegeversicherung aber nicht statt.

Beispiel 2:

Ausbildungsverhältnis

Herr Campus befindet sich in einem Ausbildungsverhältnis zum Fachinformatiker. Bei einer Arbeitszeit von 39 Stunden erhält er im dritten Ausbildungsjahr eine monatliche Vergütung von 830 Euro. Zusätzlich bietet er als Selbstständiger Webdienste an. Dafür wendet er ebenfalls 39 Stunden (vornehmlich an Wochenenden) bei einem Verdienst von 1.000 Euro auf. Bei der Prüfung der Hauptberuflichkeit ist nicht das Entgelt aus dem Ausbildungsverhältnis, sondern aus der angestrebten Berufstätigkeit zu Grunde zu legen. Da das Einstiegsgehalt eines Fachinformatikers rund 2.300,00 Euro beträgt, wird die selbstständige Tätigkeit nicht hauptberuflich ausgeübt.

Bei eindeutigen Sachverhalten kann der Arbeitgeber, bei dem die abhängige Beschäftigung ausgeübt wird, entscheiden, ob die Versicherungspflicht ausgeschlossen ist. Die Krankenkasse als zuständige Einzugsstelle hat das Recht, Fälle zu überprüfen und entscheidet in Zweifelsfällen. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte aber jedes Mitglied bei seiner Kranken-

Beispiel 3:

Künstler

Herr Bach erzielt als selbstständiger Pianist ein Arbeitseinkommen von 6.000 Euro im Jahr, was einem monatlichen Gewinn in Höhe von 500 Euro entspricht. Der durchschnittliche Arbeitsaufwand beträgt wöchentlich 20 Stunden. In seiner Beschäftigung als Verwaltungsangestellter erzielt er bei ebenfalls 20 Wochenstunden ein Entgelt in Höhe von monatlich 750 Euro. Wegen der größeren finanziellen Bedeutung wird die Beschäftigung als Arbeitnehmer hauptberuflich ausgeübt. Die Versicherungs- und damit Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung als Künstler entfällt.

Wäre in einem anderen Fall die selbstständige künstlerische/publizistische Tätigkeit als hauptberuflich anzusehen, würde die Sozialversicherungspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung aus der Beschäftigung entfallen.

FUSSNOTEN

[1] BSG-Urteil vom 29. Februar 2012 – B 12 KR 4/10 R –, USK 2012-23
[2] BSG-Urteil vom 30. März 2006 – B 10 KR 2/04 R –, USK 2006-49
[3] vergleiche Urteil des BSG vom 29. August 2012 – B 12 R 7/10 R
[4] 25 v.H. der monatlichen Bezugsgröße 2016
[5] 50 v.H. der monatlichen Bezugsgröße 2016
[6] 75 v.H. der monatlichen Bezugsgröße 2016
[7] vergleiche unter anderem Urteil des BSG vom 19. Februar 1987 – 12 RK 9/85 – USK 8708

kasse das Vorliegen einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit prüfen lassen.

Die Künstlersozialkasse fordert bei gleichzeitiger Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung neben der künstlerischen selbstständigen Tätigkeit regelmäßig die zuständige Krankenkasse auf, die Hauptberuflichkeit zu prüfen.

Zusammentreffen selbstständiger Tätigkeit mit einem Rentenbezug

Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ist für Selbstständige ausgeschlossen, wenn die Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Ein Vergleich der Kriterien wirtschaftliche Bedeutung und zeitlicher Aufwand lässt sich nicht anstellen, da neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Deshalb scheidet eine fiktive Ermittlung von Vergleichsgrößen aus. In diesen Fällen ist das Merkmal der Hauptberuflichkeit daran abzuleiten, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit die Lebensführung des Betroffenen prägt.

Es gelten ebenfalls die Vermutungsregelung sowie die in der Abb. 1 beschriebenen Annahmen von Hauptberuflichkeit. Diese prüft die Krankenkasse anhand der Umstände des Einzelfalls gegebenenfalls auch unter Einbeziehung weiterer Einnahmen, die zum Lebensunterhalt beitragen.

Vereinfachte Prüfung der Hauptberuflichkeit

Selbstständige Tagespflegepersonen

Tagespflegepersonen können sowohl abhängig als auch selbstständig tätig sein. Indizien für eine selbstständige Tätigkeit sind zum Beispiel, dass die Tagespflegeperson die Betreuung von Kindern unterschiedlicher Familien in ihren eigenen Räumen zu ihren für alle Eltern gleichartigen Bedingungen anbietet und dafür wirbt, zum Beispiel durch Inserate. Als Nachweis für die Selbstständigkeit dient zum Beispiel eine Bescheinigung des Finanzamtes, in der das Bestehen einer selbstständigen Tätigkeit anerkannt wird und die Feststellung der Deutschen Rentenversicherung über das Vorliegen einer selbstständigen Tätigkeit im Sinne von § 2 SGB VI.

Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor, wird diese immer dann hauptberuflich ausgeübt, wenn mehr als fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in der Tagespflege betreut werden. Unerheblich in diesem Zusammenhang ist, ob die Kindertagespflege privat – durch die Beiträge der Eltern – oder öffentlich – durch zum Beispiel Träger der Jugendhilfe – finanziert wird.

Diese vereinfachte Prüfung der Hauptberuflichkeit ist nach dem GKV-VSG vom 16. Juli 2015 zunächst für die Zeit bis zum 31. Dezember 2018 befristet. Anschließend ist die Prüfung der Hauptberuflichkeit nach den vorgenannten Grundannahmen vorgesehen.

Bei Tagespflegepersonen sollte zunächst bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Statusprüfung beantragt werden. Auch die Einzugsstelle kann über den Status entscheiden.

Bezieher von Gründungszuschüssen

Hauptberufliche Selbstständigkeit wird unterstellt bei Personen, die zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit einen Gründungszuschuss nach § 93 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) erhalten. Denn der Gründungszuschuss wird zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung unter weiteren Voraussetzungen den Personen gewährt, die durch Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden. Unerheblich dabei ist die Dauer und Höhe der Förderung (§ 94 SGB III).

Gleiches gilt bei Personen, deren Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) durch das Einstiegsgeld nach § 16b SGB II gefördert wird, da davon auszugehen ist, dass eine Förderung nur stattfindet, wenn die selbstständige Tätigkeit hauptberuflichen Charakter hat.

Verbindliche Feststellung durch die Krankenkasse

Hat die Krankenkasse das (Nicht-) Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit nach den vorgenannten Grundsätzen geprüft, erteilt sie dem Mitglied/Anfragenden einen verbindlichen Bescheid über das Bestehen oder Nichtbestehen des Kranken- und damit auch Pflegeversicherungsverhältnisses.

Bei Zusammentreffen der selbstständigen Tätigkeit mit einer Beschäftigung oder einem Rentenbezug werden auch der Arbeitgeber und der Rentenversicherungsträger informiert. Dies ist im Hinblick auf eine vorzunehmende Änderung der Beitragserhebung zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente erforderlich.

Der Arbeitgeber korrigiert gegebenenfalls die Meldung. Die Krankenkasse überwacht dies. Liegt Hauptberuflichkeit vor und endet somit eine bestehende Pflichtmitgliedschaft als Arbeitnehmer, bleibt die Krankenkasse

weiterhin für den Einzug der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung zuständig.

Die Entscheidung der Einzugsstelle ist auch beim Wechsel der Krankenkasse für die neue Kasse grundsätzlich verbindlich.

Der Bescheid der Krankenkasse hat Dauerwirkung nach den Vorschriften Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) mit dem Vorbehalt der Änderung im Rahmen des § 48 SGB X. Für die Feststellung, ob eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit gegeben ist, sind die tatsächlichen Verhältnisse, wie sie zum Zeitpunkt der Ausübung der selbstständigen Tätigkeit oder beim Zusammentreffen der selbstständigen Tätigkeit mit einer weiteren Erwerbstätigkeit vorliegen, in einer vorausschauenden Betrachtungsweise zu beurteilen.[7] Entscheidungen über die Versicherungspflicht und die Beitragshöhe sind ihrer Natur nach gegenwartsorientiert und zugleich – durch ihre Dauerwirkung – zukunftsbezogen. In der Folgezeit eintretende tatsächliche Änderungen, die nicht nur von vorübergehender Dauer sind, sind vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die durch das GKV-VSG ab 23. Juli 2015 eingeführte Vermutungsregelung. Der Bescheid ist auf Verlangen des Mitglieds oder bei der Überprüfung des Versicherungsverhältnisses durch die Krankenkasse für die Zukunft aufzuheben, wenn die selbstständige Tätigkeit bereits vor dem 23. Juli 2015 aufgenommen und sich jetzt aufgrund der Vermutungsregelung die Hauptberuflichkeit ergibt.

Besteht bei dem Selbstständigen weiterhin eine (Pflicht- oder freiwillige) Mitgliedschaft bei der Krankenkasse, wird diese regelmäßig, in der Regel einmal im Jahr, den Versicherungsstatus überprüfen. Auch das Mitglied kann eine Überprüfung verlangen.

Den Bescheid der Krankenkasse sollte das Mitglied/der Anfragende unbedingt aufbewahren. Beim Wechsel der Kasse oder im Rahmen von Betriebsprüfungen der Deutschen Rentenversicherung bei Arbeitgebern kann dann der Versicherungsstatus nachgewiesen werden.

Krankenversicherungsschutz hauptberuflich Selbstständiger

Führt die hauptberufliche selbstständige Tätigkeit zum Ausschluss der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht, besteht grundsätzlich die Möglichkeit zur freiwilligen Weiterversicherung in der GKV gemäß § 9 SGB V.

Dabei bemisst sich der Beitrag bei pflichtversicherten Arbeitnehmern nur aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Hauptberuflich Selbstständige, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, zahlen den Beitrag auf sämtliche Bruttoeinnahmen, begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze. Im Jahr 2015 also von nicht mehr als 4.125 Euro monatlich. Auf alle Einnahmen, die über diesem Grenzwert liegen, müssen keine Beiträge gezahlt werden.

Beitragspflichtig sind alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Der Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, ermittelt nach dem Einkommensteuerrecht
- Der Zahlbetrag der Rente laut Rentenbescheid, zum Beispiel bei gesetzlichen Renten, Betriebsrenten, Renten aus privater Lebensversicherung und Pensionen
- Das Entgelt aus der abhängigen Beschäftigung
- Beamtenbezüge
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung
- Erträge aus Kapitalvermögen wie Zinsen oder Dividenden, ebenfalls laut Einkommensteuerbescheid
- Der Gründungszuschuss für Existenzgründer ohne die 300-Euro-Pauschale für die soziale Sicherung
- Unterhaltszahlungen vom getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten

Fazit

Eine Person, die beabsichtigt, eine selbstständige Tätigkeit aufzunehmen, sollte sich wegen der umfangreichen versicherungs- und beitragsrechtlichen Konsequenzen unbedingt von ihrer zuständigen Krankenkasse – am besten noch vor Aufnahme der geplanten selbstständigen Tätigkeit – beraten lassen. Spätestens ab dem Zeitpunkt, ab dem die Pflichtversicherung in der GKV endet, sind Vor- und Nachteile der weiteren Versicherungszugehörigkeit entweder zur gesetzlichen freiwilligen oder privaten Krankenversicherung sorgfältig abzuwägen.

Hat sich der hauptberuflich Selbstständige anstelle der gesetzlichen freiwilligen Krankenversicherung für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen entschieden, ist später – auch nach Aufgabe der Selbstständigkeit – eine Rückkehr in die GKV unter Umständen nicht mehr möglich.

Karin Schalge
KBS/Minijob-Zentrale
Dezernat VII.1, Grundsatz Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht
Hollestraße 7b-c
45127 Essen

ANDRÉ FASEL UND CLAUDIA MICHAELIS-DAUM

Änderungen in der Sozialversicherung zum 1. Januar 2016

In der Vergangenheit haben sich häufig insbesondere zum Jahreswechsel, die Rechengrößen der Sozialversicherung geändert. Der Jahreswechsel 2015/2016 bildet, zumindest bei den gesetzlich festgelegten Beitragssätzen, hiervon eine Ausnahme.

Rechengrößen in der Sozialversicherung

Krankenversicherung

Mit dem „GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz“ (GKV-FQWG) wurden die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2015 um jeweils 0,9 Prozent gesenkt. Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt seither bundeseinheitlich 14,6 Prozent. Er gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder eine Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben und bleibt im Jahre 2016 unverändert. Auch der ermäßigte Beitragssatz für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, verändert sich nicht. Er beträgt 14,0 Prozent seit Januar 2015. Die Beiträge werden vom Versicherten und vom Arbeitgeber je zur Hälfte getragen.

Der von der Knappschaft erhobene Zusatzbeitrag gilt grundsätzlich für alle Mitglieder. Von der Zahlungsverpflichtung sind keine Personengruppen ausgenommen, unabhängig davon, ob die Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz zu zahlen sind.

Eine Besonderheit gibt es für Versicherte, deren Beiträge regelmäßig von Dritten getragen werden. Für diese gilt grundsätzlich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen. Dieser ist auch dann anzuwenden, wenn die Krankenkasse keinen individuellen Zusatzbeitragssatz erhebt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag für 2016 beträgt 1,1 Prozent.

Die von den Krankenkassen erhobenen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeiträge sind von den Versicherten allein zu tragen. Die Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags geben die einzelnen Krankenkassen jeweils bekannt. Die Knappschaft erhebt ab dem 1. Januar 2016 einen Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 Prozent.

Pflegeversicherung

In der Pflegeversicherung wurde der Gesamtbeitrag zum 1. Januar 2015 auf 2,35 Prozent angehoben und bleibt zunächst unverändert. Ebenso bleibt der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte unverändert bei 0,25 Prozentpunkten.

Krankenversicherungsfrei und damit auch nicht in der Pflegeversicherung versichert sind die Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen der allgemeinen und der besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenze. Die Jahresarbeitsentgeltgrenzen ändern sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Für das Jahr 2016 ergibt sich hieraus eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze von 56.250 Euro; die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2016 beträgt 50.850 Euro und gilt für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren.

Die Beitragsbemessungsgrenze zur Kranken- und Pflegeversicherung wird in 2016 auf einen Monatswert von 4.237,50 Euro beziehungsweise 50.850 Euro jährlich bundeseinheitlich angehoben.

Renten- und Arbeitslosenversicherung

Der zum 1. Januar 2015 auf 18,7 Prozent gesenkte Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt auch im Jahre 2016 bestehen.

Der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung bleibt infolge der guten Konjunkturlage ebenso unverändert bei 3,0 Prozent.

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung gibt es getrennte Beitragsbemessungsgrenzen in den alten und in den neuen Bundesländern. In den alten Bundesländern steigen die Beitragsbemessungsgrenzen der allgemeinen Rentenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung 2016 auf 6.200 Euro monatlich beziehungsweise 74.400 Euro jährlich. In den neuen Bundesländern sind 2016 höchstens 5.400 Euro monatlich beziehungsweise 64.800 Euro jährlich beitragspflichtig.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt im Jahr 2016 die Beitragsbemessungsgrenze West 7.650 Euro monatlich beziehungsweise 91.800; die Beitragsbemessungsgrenze Ost liegt bei monatlich 6.650 Euro beziehungsweise jährlich 79.800 Euro.

Alle Rechengrößen der Sozialversicherung entnehmen Sie der Abb. 1.

Beitragsnachweise einreichen und Beitragsfälligkeit

Zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge hat ein Arbeitgeber – mit Ausnahme

Abb. 1: Größen des Versicherungs- und Beitragsrechts ab 1. Januar 2016

	Beitragssätze in Prozent		monatliche Höchstbeiträge in Euro für freiwillig Versicherte	
Krankenversicherung				
allgemeiner Beitragssatz[1] insgesamt	14,60		364,43	364,43
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,60		309,34	309,34
- Arbeitgeber	7,30			
ermäßigter Beitragssatz[2] insgesamt	14,00		351,71	351,71
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,30		296,63	296,63
- Arbeitgeber	7,00			
Pflegeversicherung grundsätzlich[3) 4)]	2,35		49,79	49,79
kinderlose Arbeitnehmer insgesamt	2,60			
- Arbeitnehmer	1,425		60,38	60,38
- Arbeitgeber	1,175		49,79	49,79
knappschaftliche Rentenversicherung	24,80			
- Arbeitnehmer	9,35			
- Arbeitgeber	15,45			
allgemeine Rentenversicherung[4)]	18,70			
Arbeitslosenversicherung[4)]	3,00			
Seemannskasse[4)]	4,00			
geringfügig entlohnte Beschäftigte	**im gewerblichen Bereich**	**im Privathaushalt**		
Krankenversicherung	13,00	5,00		
Rentenversicherung	18,70	18,70		
- Arbeitnehmer[5)]	3,70	13,70		
- Arbeitgeber	15,00	5,00		
Umlagesätze				
Umlage 1 = Krankheit, Kur[6)]	1,00			
Umlage 2 = Mutterschutz[7)]	0,30			
Insolvenzgeldumlage	0,12			
Gleitzone				
Faktor F	0,7547			
vereinfachte Gleitzonenformel	1,2759625 x Arbeitsentgelt - 234,568125			

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße - § 18 SGB IV -						
- Kranken- und Pflegeversicherung	34.860,00	2.905,00	96,83	34.860,00	2.905,00	96,83
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	34.860,00	2.905,00	96,83	30.240,00	2.520,00	84,00
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	56.250,00	-	-	56.250,00	-	-
- besondere Grenze[8)]	50.850,00	-	-	50.850,00	-	-
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	50.850,00	4.237,50	141,25	50.850,00	4.237,50	141,25
- knappschaftliche Rentenversicherung	91.800,00	7.650,00	255,00	79.800,00	6.650,00	221,67
- allgemeine Rentenversicherung	74.400,00	6.200,00	206,67	64.800,00	5.400,00	180,00
- Arbeitslosenversicherung	74.400,00	6.200,00	206,67	64.800,00	5.400,00	180,00
- Seemannskasse	74.400,00	6.200,00	206,67	64.800,00	5.400,00	180,00
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen	-	450,00	15,00	-	450,00	15,00
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	29,05	0,97	-	25,20	0,84
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	325,00	10,83	-	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	6.972,00	581,00	19,37	6.972,00	581,00	19,37
- Rentenversicherung	27.888,00	2.324,00	77,47	24.192,00	2.016,00	67,20
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	-	581,00	19,37	-	581,00	19,37
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	-	581,00	19,37	-	504,00	16,80
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	6.972,00	581,00	18,90	6.972,00	581,00	19,37
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	6.972,00	581,00	19,37	6.048,00	504,00	16,80
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung[9)]	-	236,00	-	-	236,00	-
- für freie Unterkunft	-	223,00	-	-	223,00	-
Beköstigungssatz[10)]	-	237,00	7,90	-	237,00	7,90

1) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld / 2) Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld / 3) Im Freistaat Sachsen ergibt sich folgende Beitragstragung: Arbeitgeber 0,675 %, Arbeitnehmer 1,675 % (ggf. zuzüglich Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %) / 4) Die Beiträge werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Hälfte getragen / 5) Befreiung auf Antrag beim Arbeitgeber / 6) Erstattungssatz = 80 % / 7) Erstattungssatz = 100 % / 8) Gilt nur für Personen, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresentgeltgrenze versicherungsfrei und privat krankenversichert waren / 9) Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 93,00 Euro, auf das Frühstück 50,00 Euro / 10) Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 93,00 Euro monatlich (täglich 3,10 Euro), auf das Frühstück 51,00 Euro monatlich (täglich 1,70 Euro)

im Haushaltsscheck-Verfahren – der jeweiligen Einzugsstelle der Gesamtsozialversicherungsbeiträge einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zu übermitteln. Mit diesem Beitragsnachweis kündigt der Arbeitgeber die voraussichtliche Höhe der Beitragsschuld für den laufenden Entgeltabrechnungszeitraum sowie gegebenenfalls Korrekturen des Vormonats bei der zuständigen Einzugsstelle an. Diese Einreichungsfrist für den Beitragsnachweis orientiert sich am Fälligkeitstag für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt. Die einzelnen Termine können der Abb. 2 entnommen werden.

Für Minijobber, auch im Privathaushalt, sind die Beitragsnachweise bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Essen einzureichen.

Liegt der Einzugsstelle der Beitragsnachweis nicht termingerecht vor, muss diese die Beiträge schätzen. Diese Schätzung bildet im SEPA-Basislastschriftmandat zunächst auch die Grundlage für den Bankabruf. Diese Schätzung gilt solange, bis der ordnungsgemäße Nachweis übermittelt wurde.

Datenaustausch

Unfallversicherung

Eine Anpassung des bestehenden Prozesses zur Integration der Unfallversicherung in das Meldeverfahren wurde durch das 5. SGB IV-Änderungsgesetz normiert. Da das bisherige Verfahren zur Meldung der kumulierten Daten für die Beitragsberechnung der Unfallversicherung durch die Datenstelle der Rentenversicherung nicht fehlerfrei funktionierte, wurde es bereits zum 1. Juli 2015 aufgegeben. Aus diesem Grund wird vorübergehend bis zum Jahr 2019 das bisherige Lohnnachweis-Verfahren in Papierform fortgeführt. Zum Jahreswechsel 2015/2016 wird nunmehr auch die Verknüpfung der Unfallversicherungsdaten mit der originären Entgeltmeldung zur Sozialversicherung durch den Datenbaustein Unfallversicherung (DBUV) aufgegeben.

Ab 2016 haben die Arbeitgeber die für die Unfallversicherung relevanten Daten in einer „besonderen Jahresmeldung zur Unfallversicherung“ (UV-Jahresmeldung) pro Arbeitnehmer mitzuteilen. Als Frist für die Einreichung dieser Meldung gilt der 16. Februar des Folgejahres. Hierzu wurden die Gemeinsamen Grundsätze zu den Sozialversicherungsmeldungen in der ab 2016 geltenden Fassung angepasst.

Das Lohnnachweisverfahren wird erst ab 2017 geändert. Zum Erproben und um eine hohe Verfahrenssicherheit zu gewährleisten, wird der elektronische Lohnnachweis erstmalig im Jahr 2019 Grundlage für die Beitragsbescheide 2018 aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Für Meldezeiträume bis zum 31. Dezember 2017 verbleibt es deshalb zunächst beim bisherigen Lohnnachweisverfahren.

Entgeltersatzleistungen

Sofern zur Gewährung von Entgeltersatzleistungen wie das Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld oder Mutterschaftsgeld Angaben über das Beschäftigungsverhältnis notwendig sind, welche dem Leistungsträger bisher aber nicht bekannt gegeben wurden, so sind diese durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen. Eine solche Bescheinigung können die Leistungsträger ab 2016 im Einzelfall vom Arbeitgeber elektronisch durch Datenübertragung anfordern.

Im Gegenzug sollen die Leistungsträger, sofern der Arbeitgeber Zuschüsse zu einer Entgeltersatzleistung zahlt, dem Arbeitgeber alle notwendigen Angaben zur Berechnung des beitragspflichtigen Anteils dieser Zuschüsse, insbesondere die Dauer und die Höhe der gezahlten Leistung, durch Datenübertragung übermitteln.

Abb. 2: Fälligkeits- und Übermittlungstermine für Beitragsnachweise im Jahr 2016

	Übermittlung des Beitragsnachweises	Fälligkeitstag
Januar	24.	27.
Februar	22.	25.
März	22.	29.
April	24.	27.
Mai	23.	27.
Juni	23.	28.
Juli	24.	27.
August	24.	29.
September	25.	28.
Oktober	24.	27.
November	23.	28.
Dezember	22.	28.

Des Weiteren haben die Leistungsträger auf Antrag des Arbeitgebers Mitteilungen über die Zeiten, die auf den Anspruch des Beschäftigten auf Entgeltfortzahlung anrechenbar sind, und die Versicherungsnummer für Anträge auf Entgeltersatzleistungen elektronisch zur Verfügung zu stellen. Auch der Antrag des Arbeitgebers ist auf elektronischem Wege einzureichen.

André Fasel und Claudia Michaelis-Daum
KBS/Minijob-Zentrale,
Dezernat VII.1.1, Grundsatz Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht
Hollestraße 7b-c
45127 Essen

KLAUS MÜNCH

Lungenkrebs durch Quarzstaub in Verbindung mit einer Silikose jetzt entschädigungsfähig

Steinkohlenbergleute: Neue Erkenntnisse zur Berufskrankheit Nr. 4112

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat eine wissenschaftliche Stellungnahme zur Berufskrankheit „Lungenkrebs durch Quarzstaub“ beschlossen. Bisher war diese Berufskrankheit vornehmlich im Erzbergbau oder bei Arbeiten in der keramischen Industrie anerkannt worden. Neueren Studien zufolge haben jedoch auch Steinkohlenbergleute, die an einer Quarzstaublunge leiden, ein deutlich erhöhtes Lungenkrebsrisiko.

Staublungenerkrankungen bei Bergleuten treten heute häufig erst nach dem Ausscheiden aus dem Beruf als Spätfolge auf. Die Quarzstaublungenerkrankung oder Silikose (Nr. 4101 der Berufskrankheiten-Liste) ist die häufigste Staubinhalationskrankheit. Betroffen sind unterschiedliche Arbeitsbereiche mit Exposition gegenüber quarzhaltigen Stäuben. Unter Bergarbeitern im Steinkohlenbergbau macht eine Mischform, die aus der kombinierten Belastung von Kohlenstaub und Quarzstaub entsteht, einen Großteil der Fälle von Silikose aus. Bereits seit 1929 gehört sie zu den offiziell anerkannten Berufskrankheiten. Speziell bei langjährig im untertägigen Steinkohlenbergbau beschäftigten Bergleuten gilt zudem die chronisch obstruktive Bronchitis als Berufskrankheit (Bk-Nr. 4111).

Quarzstaub ist international (von der Krebsforschungsagentur IARC) wie national als krebserzeugend eingestuft. Daher ist „Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung“ seit 2002 anerkannte Berufskrankheit (Nr. 4112). In der wissenschaftlichen Begründung zu dieser Berufskrankheit wurde damals allerdings festgestellt, dass die Studien bei Steinkohlenbergleuten keine eindeutigen Ergebnisse für ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko zeigen. Deshalb konnte bei dieser Berufsgruppe auch bei bestehender Silikose eine Lungenkrebserkrankung nur ausnahmsweise als Berufskrankheit anerkannt werden. Und zwar dann, wenn im Einzelfall außer der Exposition gegenüber Kohlengrubenmischstaub eine überwiegende Einwirkung von „reinem“ Quarzfeinstaub festgestellt werden konnte. Dies bedeutete, dass ausschließlich Arbeiten betrachtet werden konnten, die im Nebengestein des Steinkohlengebirges verrichtet werden, wie zum Beispiel von Schacht- und Gesteinshauern.

Diese Einschränkung gilt ab sofort nicht mehr. Lungenkrebs bei Steinkohlenbergleuten, bei denen eine Silikose vorliegt, kann jetzt ohne weitere Voraussetzungen als Berufskrankheit entschädigt werden. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat hat in seiner Stellungnahme alle vorhandenen Studien aus zahlreichen Ländern gesichtet und ist zu dem Ergebnis gelangt, dass nunmehr generell auch für Steinkohlenbergleute die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Anerkennung von Lungenkrebs in Verbindung mit Silikose vorliegen. Die neuerliche Stellungnahme wurde im Gemeinsamen Ministerialblatt vom 12. November 2015 veröffentlicht (BMAS, 5. Oktober 2015, GMBl. 61/2015, S. 1199 ff).

Die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI), in der die frühere Bergbau-Berufsgenossenschaft aufgegangen ist, wird die neue Stellungnahme in allen laufenden Verfahren berücksichtigen. Selbstverständlich können sich Betroffene, die an Lungenkrebs erkrankt sind und bei denen bereits eine Silikose als Berufskrankheit anerkannt ist, jederzeit an ihre zuständige BG RCI-Bezirksdirektion wenden und eine Überprüfung beantragen (www.bgrci.de). Dies gilt auch für Witwen der an den Folgen einer Lungenkrebserkrankung verstorbenen Steinkohlenbergleute, bei denen eine Silikose vorlag. Unabhängig davon wird die BG RCI Fälle, in denen die Anerkennung einer Krebserkrankung der Lunge als Berufskrankheit abgelehnt wurde, auch ohne ausdrücklichen Antrag wieder aufgreifen und überprüfen.

Klaus Münch
Berufsgenossenschaft
Rohstoffe und chemische Industrie
Kurfürsten-Anlage 62
69115 Heidelberg

9. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 01.01.2009 in der Fassung des 8. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert (neue Vorschrift):

   § 8 a - Antragsversicherung

   - wird neu aufgenommen -

2. Aufgrund der Anpassung an die Gesetzesvorschrift des § 137 b Abs. 2 SGB VI werden § 8 Nr. 1 und Nr. 2 wie folgt geändert:

   „§ 8 Kreis der versicherten Personen

   Versicherungspflichtig sind in der Seemannskasse

   (1) Seeleute nach § 13 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, die an Bord von Kauffahrteischiffen oder Fischereifahrzeugen gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt und bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See rentenversichert sind, sofern diese Beschäftigung nicht geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ausgeübt wird.

   (2) Küstenschiffer und Küstenfischer, die nach § 2 Satz 1 Nr. 7 oder § 229 a Abs. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versichert sind und ihre Tätigkeit nicht im Nebenerwerb ausüben."

3. Aufgrund der Anpassung an § 137 b SGB VI wird der § 8 a neu aufgenommen:

   „§ 8 a Antragsversicherung

   (1) Für deutsche Seeleute, für die vor dem 21. April 2015 nach § 2 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht bestand und die nicht bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft unfallversichert sind, gilt § 8 Nr. 1 nicht, es sei denn, der Arbeitgeber stellt für diese Personen einen Antrag auf Versicherungspflicht in der Seemannskasse.

   (2) Auf Antrag des öffentlichen Arbeitgebers werden alle von ihm beschäftigten Seeleute nach § 13 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch, die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See rentenversichert sind, in der Seemannskasse versichert.

   (3) Eine nach § 137 b Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in der Fassung bis zum 21. April 2015 bestehende Versicherungspflicht bleibt unberührt.

   (4) Sofern von einem öffentlichen Arbeitgeber Seeleute beschäftigt werden, die aufgrund des § 137 b Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in der Fassung bis zum 21. April 2015 pflichtversichert sind, besteht auch für die von diesem Arbeitgeber in Zukunft eingestellten Seeleute Versicherungspflicht."

4. § 18 Abs. 3 wird wie folgt geändert (Satz 2 entfällt):

   „§ 18 Höhe der Leistung

   (1) und (2) unverändert

(3) Leistungen nach § 9 erhöhen sich nach Anwendung der Anrechnungs- und Kürzungsvorschriften der § 12, 18 Abs. 5, 19 Abs. 1, 2 und 5 um einen Leistungszuschlag in Höhe von 9,0 v.H. des Zahlbetrages.

(4) und (5) unverändert“

5. § 21 wird wie folgt geändert:
„§ 21 Wegfall der Leistung, Anzeigepflicht der Bezieher

(1) bis (3) unverändert

Der bisherige Absatz 4 entfällt.

Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden aus redaktionellen Gründen zu den Absätzen 4 und 5.“

6. § 24 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„§ 24 Aufbringung der Mittel

(1) bis (1 a) unverändert

(2) Die Mittel für die Ausgaben der Seemannskasse werden von den Unternehmern, die bei ihr versichert sind oder bei ihr Versicherte beschäftigen sowie den versicherten Seeleuten im Umlageverfahren aufgebracht.

(3) und (4) unverändert“

7. § 25 Abs. 1 Satz 1 sowie die Absätze 2 bis 4 werden wie folgt geändert:

„§ 25 Beiträge zur Umlage der Unternehmer für Beschäftigte

(1) Die Beiträge zur Umlage der Unternehmer für Beschäftigte sind aus der Summe der Entgelte zu errechnen, aus der die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Arbeitnehmer auf Seefahrzeugen bemessen werden oder bei Vorliegen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen wären.

(2) Die Beiträge zur Umlage sind monatlich innerhalb der Fristen des § 23 Abs. 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch zu zahlen.

(3) Die Beiträge zur Umlage werden monatlich von den Arbeitgebern nach dem ihnen mitgeteilten Beitragsmaßstab selbst errechnet.

(4) § 28 e Abs. 1 und 3, § 28 f Abs. 1, 2, 3, § 28 g Viertes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

8. a) § 26 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
b) § 26 Abs. 1 Satz 2 entfällt und Abs. 3 wird wie folgt geändert:

„§ 26 Beiträge zur Umlage der Küstenschiffer und Küstenfischer für ihre eigene Versicherung

(1) Die Beiträge zur Umlage der Unternehmer, die versichert sind, werden nach dem Einkommen berechnet, das für die Unternehmer in der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebend ist.

(2) unverändert

(3) §§ 169 und 173 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

9. § 27 Abs. 1 Satz 1 sowie die Absätze 2 bis 5 werden wie folgt geändert:
„§ 27 Beiträge der versicherten Beschäftigten

(1) Die Beiträge der versicherten Beschäftigten werden in der festgelegten Höhe nach den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet.

(2) Als beitragspflichtige Einnahme gilt für den Kalendertag 1/30 des Betrages, der nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung für die Beitragsberechnung maßgebend ist."

Der bisherige Absatz 3 entfällt.

Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden aus redaktionellen Gründen zu den Absätzen 3 und 4.

10. § 28 Abs. 1 wird wie folgt geändert. § 28 Abs. 2 wird um Satz 2 ergänzt:

„§ 28 Beitragsnachweise, Meldungen, Betriebsprüfungen

(1) Die Unternehmer haben der Seemannskasse die Beiträge nach §§ 25 und 27 im Beitragsnachweis nachzuweisen und für ihre Beschäftigten über die Meldung nach § 28 a Viertes Buch Sozialgesetzbuch die erforderlichen An-, Ab- und Jahresmeldungen zu erstatten.

(2) Betriebsprüfungen werden durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt. § 28 p Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

11. § 29 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

„§ 29 Zahlung der Beiträge zur Umlage

(1) unverändert

(2) Die Beiträge zur Umlage nach § 26 werden am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem der Beitragsbescheid dem Zahlungspflichtigen bekanntgegeben worden ist."

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1, 2 a und 3 treten am 22. April 2015 in Kraft.

2. Artikel 1 Nr. 8 a tritt am 01. Juli 2015 in Kraft.

3. Artikel 1 Nrn. 2 b, 4 bis 7, 8 b und 9 - 11 treten am Tag nach der Veröffentlichung im Internet - auf der Internetseite www.kbs.de - in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 26. November 2015.

Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See am 26. November 2015 beschlossene 9. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse wird gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB IV in Verbindung mit § 90 Abs. 1 SGB IV mit Ausnahme von Artikel 1 Nr. 3 § 8 a Abs. 3 und 4 und insoweit Artikel 2 Nr. 1 (Inkrafttreten) genehmigt.

Bonn, den 28. Dezember 2015
411 – 69341.00 - 2831/2008

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Riedel)

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

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 01.10.2005 in der Fassung des 51. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

In § 90 Satz 2 wird die Angabe „0,8“ durch die Angabe „1,3“ ersetzt.

Artikel 2

Der 52. Nachtrag tritt am 01.01.2016 in Kraft.

Bei einer Stimmenthaltung beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 26. November 2015.

Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 26. November 2015 beschlossene 52. Nachtrag zur Satzzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 30. November 2015
213-59022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Beckschäfer)

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

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 01.10.2005 in der Fassung des 52. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   § 49 b - Ruhen des Leistungsanspruchs im Falle der Reederfürsorge

   - gestrichen -

   § 49 c - Erstattungsanspruch des Reeders

   - gestrichen -

2. § 52 wird wie folgt geändert:

„§ 52 Primärprävention

Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten Leistungen zur Primärprävention auf Grundlage des vom GKV-Spitzenverband beschlossenen ‚Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom 21. Juni 2000' in der jeweils gültigen Fassung mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressreduktion/Entspannung

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement)
- Förderung von Entspannung (Palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol und zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Leistungen, die von der Knappschaft selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligung der Versicherten gewährt. Bei Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im o. g. Leitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an 80 % der Kurseinheiten ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 Euro gewährt. Die Knappschaft bezuschusst bzw. übernimmt je Versicherten maximal zwei Präventionskurse pro Kalenderjahr."

3. § 57 b wird wie folgt geändert:

„§ 57 b Künstliche Befruchtung

(1) Versicherte, die Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, erhalten für die mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genehmigten Kosten zusätzlich zu dem gesetzlich geregelten Anspruch einen weitergehenden Kostenzuschuss.

(2) Der Zuschuss beträgt 500 EUR je Versuch, jedoch nicht mehr als die den Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten.

(3) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(4) Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage eines vor Behandlungsbeginn genehmigten Behandlungsplanes. Notwendig ist die Vorlage der spezifizierten Originalrechnungen.

(5) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 setzen voraus, dass beide Ehegatten während des Behandlungszeitraums bei der Knappschaft versichert sind und die Leistung durch einen zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Leistungserbringer erfolgt.

(6) Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch unberührt."

4. § 57 c Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„§ 57 c Osteopathische Behandlung

(1) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde."

5. § 66 c Abs. 1 bis 3 werden wie folgt geändert:

„§ 66 c Wahltarif für prosper/proGesund

(1) Versicherte, die vertragsgemäß an der besonderen Versorgung prosper/proGesund nach § 140 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch teilnehmen, erhalten auf Grundlage des § 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine Prämienzahlung nach den folgenden Absätzen.

(2) Der Anspruch besteht einmal pro Betrachtungszeitraum, welcher das jeweils letzte volle Kalenderjahr umfasst. Die Prämie für einen Betrachtungszeitraum wird spätestens 12 Monate nach dessen Ablauf gezahlt. Ein Anspruch auf Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.

(3) Die Prämie für die vertragsgemäße Teilnahme beträgt 40,00 Euro. Für Versicherte, die im Betrachtungszeitraum in einem Krankenhaus vollstationär (§ 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) behandelt wurden, welches als Netzkrankenhaus an prosper/proGesund teilnimmt, beträgt sie 100,00 Euro. Versicherte, die nur für einen Teil des Betrachtungszeitraums an prosper/proGesund teilgenommen haben, erhalten für jedes volle Quartal ihrer Teilnahme ein Viertel der jeweiligen Prämie."

(§ 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

6. § 67 a Abs. 1 bis 4 werden wie folgt geändert:

„§ 67 a Besondere Versorgung

(1) Die Knappschaft bietet ihren Versicherten durch Abschluss von Verträgen auf der Grundlage des § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine besondere Versorgung an.

(2) Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.

(3) Die Versicherten werden vor Abgabe der Teilnahmeerklärung umfassend informiert über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
- die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme
- die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
- etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung sind den Versicherten die in Satz 1 genannten Informationen schriftlich zur Verfügung zu stellen. Die Abgabe der Teilnahmeerklärung erfolgt gegenüber der Knappschaft schriftlich.

(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regelt die Knappschaft in den Teilnahmeerklärungen zur besonderen Versorgung."

Die bisherigen Absätze 5 und 6 entfallen.

7. § 68 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„§ 68 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten für folgende nachgewiesene Maßnahmen einen Bonus:

1. je Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, fünfzehn Euro,

2. je Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, fünfzehn Euro,

3. je Gesundheitsuntersuchung nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, zehn Euro,

4. je Schutzimpfung nach § 20 i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder § 53 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zehn Euro,

5. für die Inanspruchnahme eines qualitätsgesicherten Bewegungsangebotes in einem Fitnessstudio kalenderjährlich einmal fünfzig Euro,

6. für die Inanspruchnahme eines qualitätsgesicherten Bewegungsangebotes in einem Sportverein kalenderjährlich einmal fünfundzwanzig Euro,

7. für den Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens kalenderjährlich einmal fünfzehn Euro.

Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen den einzelnen Maßnahmen ein Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten liegt. Der Nachweis der Maßnahmen erfolgt mittels eines Bonusnachweisheftes. Dieses ist während der Versicherung bei der Knappschaft einzureichen. Ansonsten verfällt der Bonus für die entsprechenden Maßnahmen.“

Der bisherige Absatz 2 wird gestrichen.

Die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden aus redaktionellen Gründen zu den Absätzen 2 bis 4.

Artikel 2

1. Artikel 1 Nr. 1, 2, 4 und 6 treten am Tage nach der Bekanntmachung in Kraft.

2. Artikel 1 Nr. 3, 5 und 7 treten mit Wirkung vom 01.01.2016 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 26. November 2015.

Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 26. November 2015 beschlossene 53. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 14. Dezember 2015
213-59022.0 - 1226/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Greuel)

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

Vorstand

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 26. November Heinz-Ferdi Gottschalk, geboren 1954, Aldenhoven, als Verbindungsperson des Vorstandes zum Regionalausschuss Bergheim gewählt.

Regionalausschüsse

Gruppe der Arbeitgeber

Regionalausschuss Bergheim

Des Weiteren hat der Vorstand Heinz-Ferdi Gottschalk von seinem Amt als Mitglied im Regionalausschuss Bergheim entbunden. Als Nachfolger wurde Thomas Kahler, geboren 1970, Bedburg, gewählt.

Regionalausschuss Chemnitz

Ebenfalls in der oben genannten Sitzung wurden Gunter Grosch, geboren 1962, Chemnitz, als Nachfolger von Klaus Keller als Mitglied und Michael Haase, Zeitz, als Nachfolger von Dr. Gunter Baldermann als 1. Stellvertreter von Gunter Grosch im Regionalausschuss Chemnitz gewählt.

Regionalausschuss München

In gleicher Sitzung wurde Kai Fischer von seinem Amt als Mitglied im Regionalausschuss München entbunden.
In der Sitzung des Vorstandes am 17. Dezember 2015 wurde Thomas Bölz, geb. 1962, Heilbronn, als Nachfolger von Kai Fischer gewählt.

KBS

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Gruppe der Arbeitgeber

Widerspruchsausschuss Chemnitz I

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 26. November 2015 Dr. Gudrun Hohlfeld von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin im Widerspruchsausschuss Chemnitz I entbunden.

Die Vertreterversammlung hat in der Sitzung am selben Tage Gunter Grosch, geboren 1962, Chemnitz, zum Mitglied, sowie Michael Vater, geboren 1959, Chemnitz, zu seinem ersten Stellvertreter im Widerspruchsausschuss Chemnitz I gewählt.

Widerspruchsausschuss Hannover III

In der Sitzung des Vorstandes am 17. Dezember 2015 wurde Joachim Schmidt von seinem Amt als Mitglied des Widerspruchsausschusses Hannover III mit Wirkung zum 31. Dezember 2015 entbunden.

Gruppe der Versicherten

Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe IX

Des Weiteren hat die Vertreterversammlung am 26. November 2015 Hans Werner Börner, geboren 1944, Herne, zum 1. Stellvertreter von Jürgen Sunderwerth im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe IX gewählt.

Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe XII

Ebenfalls in der genannten Sitzung hat die Vertreterversammlung Eberhard Masseida, geboren 1942, Gelsenkirchen, zum 1. Stellvertreter von Wolfgang Pfeifer und Arno Netzel, geboren 1948, Gelsenkirchen, zum 2. Stellvertreter im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe XII gewählt.

KBS

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Sozialversicherungsfachangestellter Harald Eschenbaum	01.01.2016
Pflegepersonal Sylvie Lutz	01.01.2016
Verwaltungsangestellter Siegfried Dawitz	03.01.2016
Verwaltungsangestellte Gesine Götz	01.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Marion Thomas	08.02.2016
Physiotherapeutin Anetta Listner	15.02.2016
Physiotherapeutin Andrea Sachse	15.02.2016
Regierungsamtmann Ulrich Niggemeyer	29.02.2016

25-jähriges Dienstjubiläum

Angestellte Birgit Brandt	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Gudrun Buder	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Christine Druskat	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Carola Ehrlich	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Heiderose Engel	01.01.2016
Verwaltungsangestellter Holger Erben	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Jacqueline Galow	01.01.2016
Verwaltungsangestellter Thomas Giese	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Jeannette Grabig	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Andrea Gremme	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Hildegard Gude	01.01.2016
Krankenschwester Regina Gunkel	01.01.2016
Arzthelferin Stanka Haase	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Angela Hartung	01.01.2016
Bauingenieur Hubertus Hegemann	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Christel Heiserholt	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Sandra Hof	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Gabriele Jenke	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Stephanie Kania	01.01.2016
Verwaltungsangestellter Ronny Karkoschka	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Angela Kinum	01.01.2016
Angestellte im Schreibdienst Petra Knipschild	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Ulrike Kobalz	01.01.2016
Verwaltungsangestellter Bernd Koch	01.01.2016
Bürogehilfin Martina Konczak	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Ines Kretschmer	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Rita Lehmann	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Silvia Lehmann	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Roswitha Leimann	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Gerrit Littmann	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Sigrid Lorenz	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Lück	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Doreen Natusch	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Christine Nell	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Sabine Nickel	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Ina Olm	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Sybille Passeck	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Ingrid Punzel	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Marion Reschke	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Doreen Saal	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Wilma Scheel	01.01.2016
Raumpflegerin Andrea Schiller	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Regina Schmidt	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Ilona Schubert	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Carla Schwieger	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Katja Strecker	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Simone Strobach	01.01.2016
Krankenschwester Hiltrud Struckmeier	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Claudia Strugala	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Hannelore Thomas	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Monika Varga	01.01.2016
Regierungsoberinspektorin Birgit Wedig	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Wiegand	01.01.2016
Krankenschwester Mechthild Wüstefeld	01.01.2016
Verwaltungsangestellte Susanne Krause	02.01.2016
Schreibkraft Ute Siebert	02.01.2016
Ltd. Lehrassistentin MTLA-Schule Erika Brockmann	04.01.2016
Verwaltungsangestellte Sylvia Fresser	04.01.2016
Verwaltungsangestellte Ramona Thiem	05.01.2016
Verwaltungsangestellte Astrid Dorn	06.01.2016
Krankenschwester Alexandra Buxel	07.01.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Balzer	14.01.2016
Verwaltungsangestellter Axel Brockmann	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Michaela Ehrlichmann	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Ina Eschke	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Verena Fiedler	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Monika Goetze	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Doris Gräfe	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Hartstock	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Dagmar Holz	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Heidi Hönig	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Eva-Maria Hörning	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Kanneberg	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Helga Kapahnke	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Elke Kießlich	14.01.2016
Verwaltungsangestellter Edzard Köpnick	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Karin Kuberg	14.01.2016
Verwaltungsangestellter Hans-Heinrich Miersch	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Bettina Nimptsch	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Collins Pardo	14.01.2016

Verwaltungsangestellte Andrea Pongratz	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Annerose Reichenbach	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Danuta Richter	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Petra Saeger	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Sylvia Schmalt	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Heike Schultz	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Carina Schulze	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Margarete Schuster	14.01.2016
Krankengymnast Michael Schydlo	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Ellen Sonnenberger	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Korinna Stein	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Gerlind Weißer	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Marlies Wetzko	14.01.2016
Verwaltungsangestellte Sabine Grünberg	15.01.2016
Verwaltungsangestellte Ina Hartig	15.01.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Krüger	15.01.2016
Verwaltungsangestellte Petra Neuhäuser	15.01.2016
Verwaltungsangestellte Heidrun Schmidt	15.01.2016
Regierungsamtfrau Mandy Stark	15.01.2016
Verwaltungsangestellte Kerstin Hamann	16.01.2016
Verwaltungsangestellte Angelika Kneißl	16.01.2016
Verwaltungsangestellte Ute Betker	21.01.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Heike Beyer-Müller	21.01.2016
Verwaltungsangestellte Birgit Elbing	21.01.2016
Verwaltungsangestellte Monika Kalischke	21.01.2016
Regierungsoberinspektorin Corinna Niedan	21.01.2016
Nachtwächter Adam Swientek	21.01.2016
Verwaltungsangestellte Eva-Maria Puwalski	23.01.2016
Verwaltungsangestellte Christine Trzenschiok	23.01.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Stefanie Lux	30.01.2016
Regierungsdirektor Günter Sporn	30.01.2016
Pflegepersonal Stephanie Stachelhaus	30.01.2016
Registraturangestellter Olaf Etringer	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Katrin Harting	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Romy Hennig	01.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellter Dirk Hinse	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Steffi Hofmann	01.02.2016
Raumpflegerin Hilwa Mende	01.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Stefanie Schult	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Mandy Slesaczek	01.02.2016
Arzt Ingo Steinhoff	01.02.2016
Verwaltungsangestellter Frank-Detlef Straszewski	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Birgitt Zander	01.02.2016
Verwaltungsangestellte Barbara Bergolte	03.02.2016
Pförtnerin Birgit Dregger	04.02.2016
Regierungsoberamtsrätin Elke Rösner	04.02.2016
Registraturangestellter Horst Kiel	07.02.2016
Registraturangestellter Dirk Schäfers	12.02.2016
Verwaltungsangestellte Irena Heeg	13.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Christiane Chemnitz	14.02.2016
Verwaltungsangestellte Sigrid Kannenberg	14.02.2016
Regierungsamtfrau Jutta Senkel	14.02.2016
Pflegesekretärin Iris Gauer	15.02.2016
Gärtner Hubert Horzella	15.02.2016
Verwaltungsangestellte Annelie Katzsch	15.02.2016
Handwerker Erich Blüggel	17.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellter Emma Binder	18.02.2016
Verwaltungsangestellter Volker Schlesier	18.02.2016
Verwaltungsangestellte Sylvia Weber	19.02.2016
Verwaltungsangestellte Esther Reising	22.02.2016
Verwaltungsangestellte Sylvia Dahm-Bieker	25.02.2016
Sozialversicherungsfachangestellte Susanne Knoop	26.02.2016
Küchenhilfe Veronika Panek	27.02.2016

Fo

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Bettina am Orde,
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80080/80090

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

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

Druck:
Graphische Betriebe der
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

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