

123. Jahrgang · Mai | Juni 2013

Kompass

Risiko struktur ausgleich

**SOZIALVERSICHERUNGSABKOMMEN MIT BRASILIEN
PATIENTENRECHTE VERBESSERT
RENTENANPASSUNG 2013**



Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Der Risikostrukturausgleich
unter den Bedingungen des demographischen Wandels

11 Patientenrechte verbessert

14 Rentenanpassung 2013

FOCUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

18 Sozialversicherungsabkommen mit Brasilien in Kraft

28 Wechsel in der Geschäftsführung
bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

BERICHTE UND INFORMATIONEN

27 Acht neue Bundesrichterinnen und Bundesrichter für das
Bundesarbeitsgericht und das Bundessozialgericht gewählt

27 Rezension

30 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

30 Seeverkehr 2012

31 Personalnachrichten

Titelbild:
Risikostrukturausgleich
im Wandel der Zeit

© Flexmedia-fotolia.com



DR. GEORG GREVE, DR. ANDREAS HOEFER, DR. STEFAN HÖRTER UND CHRISTINE KRAAN

Der Risikostrukturausgleich unter den Bedingungen des demographischen Wandels

Die Schwachstellen des Morbi-RSA, die der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht aufgezeigt hat, sind zum größten Teil auf die fehlerhafte Berechnung der Zuweisungen für Verstorbene zurückzuführen. Hierdurch kommt es zu systematischen Unterdeckungen bei alten und kranken Versicherten, was vor dem Hintergrund des demographischen Wandels dramatische Folgen nach sich ziehen wird. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat allerdings das Bundesversicherungsamt (BVA) angewiesen, die für das Klassifikationsmodell 2013 geplante Behebung des Verfahrensfehlers aufzuschieben und erst in Verbindung mit der Korrektur der übrigen Schwachstellen des Morbi-RSA durchzuführen („Paketlösung“). In diesem Aufsatz soll dargestellt werden, dass dieser politische Weg einer sachgerechten Lösung im Wege steht.

Vorwort

Seit 2009 werden die gesetzlichen Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds finanziert. Dabei erhalten die Kassen den Großteil ihrer Fondszuweisungen in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und von der Morbidität ihrer Versicherten. Der Gesetzgeber verfolgte mit der Einführung dieses sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (kurz: Morbi-RSA) das Ziel einer gerechten Verteilung der Beitragseinnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Dabei stellt sich – insbesondere vor dem Hintergrund einer stetig alternden Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland – die Frage, ob dieses Ziel einer bedarfsgerechteren Verteilung der Mittel erreicht wurde.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass dieses Ziel verfehlt worden ist. Vielmehr besteht – neben der Tatsache, dass die Lohnentwicklung nicht mit

der Steigerung der Leistungsausgaben Schritt halten kann – ein weiteres Problem im deutschen Gesundheitswesen: die Fehlverteilung der finanziellen Mittel durch den gegenwärtigen Morbi-RSA. Es besteht die große Gefahr, dass die sogenannten Versorgerkassen zu wenig Geld aus dem Fonds zur Versorgung chronisch kranker Menschen erhalten. Damit einhergehend werden für die Krankenkassen starke Anreize zur Risikoselektion gesetzt, was nicht zuletzt durch die immer differenziertere Datenbasis im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 267 SGB V ermöglicht wird.

Die knappschaftliche Krankenversicherung stellt dabei aufgrund des hohen Durchschnittsalters ihrer Versicherten das demografische Zukunftsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dar. Hier tritt die Fehlverteilung der finanziellen Mittel, die in wenigen Jahrzehnten für die gesamte GKV-

Landschaft gelten wird, bereits heute deutlich zutage.

Im ersten Abschnitt wird die Funktionsweise des Morbi-RSA kurz erläutert. Damit soll verdeutlicht werden, dass es sich beim RSA keineswegs um ein Subventionsprogramm für „altersschwache Krankenkassen“ handelt, sondern um ein Instrument, welches das Äquivalenzprinzip der Versicherungswirtschaft mit dem Solidaritätsprinzip verknüpft.

Im zweiten Abschnitt werden die Defizite bei der Umsetzung beschrieben und gezeigt, dass diese im Wesentlichen auf einer fehlerhaften Umsetzung der Verstorbenenregelung beruhen. Im dritten Abschnitt wird auf die wichtigsten Punkte der „Paketlösung“ eingegangen und deren Unterschied zum Methodenfehler herausgearbeitet.

I. Funktionsweise des Morbi-RSA

Der sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 1994 im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. In Verbindung mit dem Recht der freien Krankenkassenwahl bildet der RSA das Kernstück der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch verhältnismäßig geringe Wahlmöglichkeiten der Kassenmitgliedschaft war es seinerzeit zu Beitragssatzdifferenzen von 7,5 Prozentpunkten bei weitgehend identischem Leistungsspektrum gekommen. Den Arbeitern war die Mitgliedschaft zu bestimmten Kassen nach regionalen, betrieblichen oder branchenspezifischen Kriterien gesetzlich vorgeschrieben. Insgesamt war es zu seit Jahrzehnten verfestigten ungleichen Versichertenstrukturen zwischen den einzelnen Kassen gekommen. Die allgemeinen Ortskrankenkassen versicherten einen Großteil der Arbeiter, deren Durchschnittsverdienst deutlich unter dem der Angestellten lag. Die Kassen unterscheiden sich insgesamt sehr deutlich in ihrem Versichertenklientel: auf der einen Seite stehen Kassen mit überwiegend jungen, gesunden und zum Teil gutverdienenden Versicherten, auf der anderen Seite die sogenannte „Versorgerkassen“ mit einem hohen Anteil an alten und kranken Versicherten sowie an Mitgliedern mit geringem Einkommen.

Die GKV lässt sich also als ein Wettbewerbssystem mit ungleichen Chancen für die einzelnen Marktteilnehmer, die Krankenkassen, auffassen. Im Gegensatz zum Äquivalenzprinzip der privaten Versicherung, wo von jedem Versicherten eine an sein individuelles Kostenrisiko angepasste Prämie (sog. risikoadjustierte Prämie) erhoben wird und darüber hinaus auch eine Aufnahme in die Versicherung verweigert werden kann, gilt in der GKV das Solidaritätsprinzip: hier zahlen die Versicherten Beiträge in Abhängigkeit von

ihrem Einkommen, und es besteht der sogenannte Kontrahierungszwang, das heißt den Kassen ist es aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht verboten, schlechte Risiken abzuweisen.

Die Aufgabe des RSA besteht nun darin, die unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen auszugleichen. De facto kalkuliert dazu das BVA für die gesamte GKV solche risikoadjustierten Prämien, die sogenannten standardisierten Leistungsausgaben. Dies sind nämlich die Beiträge, die eine Kasse von den Versicherten in Abhängigkeit von ihrem Kostenrisiko gemäß dem Äquivalenzprinzip erheben müsste. Der RSA soll also sicherstellen, dass die Versicherten zwar gemäß dem Solidaritätsprinzip mit Beiträgen belastet werden, aber gemäß dem Äquivalenzprinzip das Geld den Kassen zur Verfügung gestellt wird. Aufgrund seiner hohen Umverteilungswirkungen sei Kritikern des RSA daher entgegengehalten, dass ohne den RSA eine Bevorzugung der Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten unter der Aushöhlung des Solidaritätsprinzips stattfinden würde.

In der Zeit vor dem Gesundheitsfonds wurden durch den RSA für die Kassen mit ihren unterschiedlichen Beitragssätzen Ausgleichsansprüche bzw. Ausgleichsverpflichtungen ermittelt. Hierzu wurde zunächst der sogenannte Ausgleichsbedarfssatz (ABS) als fiktiver Beitragssatz der GKV berechnet und dann die „virtuellen“ Beitragssatzeinnahmen auf Basis dieses ABS – die sogenannte Finanzkraft der jeweiligen Kasse – mit den standardisierten Leistungsausgaben verglichen. Diejenigen Kassen, deren Finanzkraft die standardisierten Leistungsausgaben unterschreiten, erhielten im RSA die Differenz ausbezahlt, und dieses Geld wurde durch die anderen Kassen mit übersteigender Finanzkraft finanziert.

Mit dem Gesundheitsfonds entfällt die Unterscheidung in Nehmer- und Geberkassen. Die Versicherten zahlen einen GKV-weiten allgemeinen Bei-

tragssatz, und der Gesundheitsfonds verteilt dieses Geld an die einzelnen Krankenkassen. Zwar erhalten die Kassen nun auch Zuweisungen für Verwaltungs- und sonstige Ausgaben, aber den Großteil der Zuweisungen machen die standardisierten Leistungsausgaben aus (vergl. Abb. 1).

Die standardisierten Leistungsausgaben orientieren sich also am individuellen Kostenrisiko des Versicherten, das abhängig ist von seinem Alter, seinem Geschlecht, seinem Erwerbsminderungsstatus und seinen (Vor-)Erkrankungen. Die Idee, auch die Krankheiten eines Versicherten im RSA zu berücksichtigen, wurde ein Stück weit bereits mit der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) im Jahre 2002 verwirklicht. Es war aber schon damals klar, dass es sich bei den am Ende sechs Programmen für gängige Volkskrankheiten nur um eine Übergangslösung handeln würde. Die Berücksichtigung von (Vor-)Erkrankungen macht das System des RSA aber in zweifacher Hinsicht deutlich komplexer. Zunächst müssen die für die Berechnungen erforderlichen Daten über die Erkrankungen der Versicherten erhoben werden, also Morbiditätsinformationen in Form von Diagnosen und Arzneimittelcodes. Danach werden Krankheiten als Mengen von (stationären und ambulanten) Diagnosen definiert. Aus diesen Krankheiten sind dann – entsprechend der Vorgabe des Gesetzgebers – 50-80 Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten auszuwählen. Diese Krankheitsauswahl erfolgt in jedem Ausgleichsjahr neu, wenn auch die Veränderungen sich bisher eher in Grenzen gehalten haben. Mit dieser Krankheitsauswahl werden zugleich die für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds relevanten Diagnosen festgelegt.

Dabei hat der Qualitätsmangel der Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich eine breite Diskussion über das Thema „Right-Coding“ entfacht. Dürfen Krankenkassen die Leistungser-

Abbildung 1: Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond

	Grundpauschale	Standardisierte Leistungsausgaben
+/-	alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge	
+	Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen	
+	Zuweisungen für Verwaltungsausgaben	
+	Zuweisungen für DMP-Aufwendungen	
+	Länderbezogene Anpassungen (Konvergenzklausel) - § 272 SGB V -	
-	Mitgliederbezogene Umlage von Fondsunterdeckungen - § 40 RSAV -	

Standardisierte Zuweisungen sollen Wirtschaftlichkeitsanreize setzen

bringer um Korrekturen bei offensichtlich fehlenden oder falsch kodierten Diagnosen bitten? Auch wenn solche Bemühungen vom BVA scharf kritisiert wurden, blieb den Krankenkassen letztlich zur Sicherung der ihnen zustehenden Einnahmen nichts anderes übrig als aktiv auf eine Verbesserung der Kodierqualität hinzuwirken.

Der Weg von der Krankheitsauswahl zur Ermittlung der Zuweisungen für die einzelnen Erkrankungen führt über ein Klassifikationssystem. Hier werden die einzelnen Erkrankungen nochmals nach Schweregrad und damit nach unterschiedlichem Ressourcenaufwand in sogenannte hierarchische Morbiditätsgruppen (HMG's) unterteilt. Dieses System ist hierarchisch gegliedert, das heißt, gehört ein Versicherter zu mehreren Morbiditätsgruppen einer Krankheit, so wird er nur in die Gruppe mit dem höchsten Schweregrad eingruppiert.

Während dabei stationäre Diagnosen der ausgewählten Krankheiten in der Regel ohne weitere Bedingung die Eingruppierung in eine HMG und den entsprechenden Zuschlag auslösen, ist bei ambulanter Diagnose die Einstufung des Versicherten an zusätzliche Bedingungen geknüpft. Beispielsweise

muss diese Diagnose noch in einem weiteren Quartal geschlüsselt worden sein, oder sie zählt nur in Verbindung mit der Verordnung bestimmter Arzneimittel in bestimmter Dosis. Dieser verhältnismäßig komplizierte Aufgreifalgorithmus ist wiederum der – im Gegensatz zum stationären Sektor – mangelhaften Qualität der Kodierungen im niedergelassenen Bereich geschuldet.

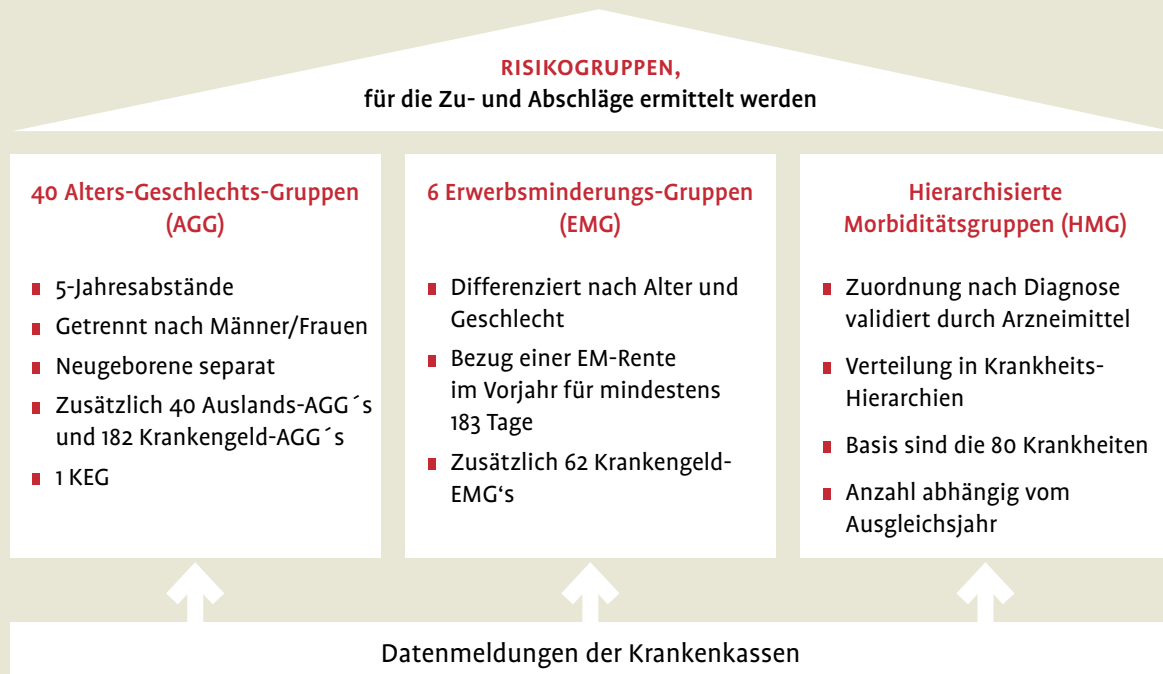
Neben den HMG's werden die Versicherten auch in Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG's), Erwerbsminderungsgruppen (EMG's), Gruppen für Versicherte im Ausland (Aus-AGG's), für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 beziehungsweise nach § 13 Absatz 2 SGB V gewählt haben (KEG) und Gruppen für Krankengeldberechtigte eingeteilt und mit entsprechenden Zuschlägen bewertet (vergl. Abb. 2).

Die Berechnung der Zuschlagshöhen für die einzelnen Risikogruppen erfolgt mittels einer sogenannten linearen Regression auf Basis einer GKV-Stichprobe. Eine Berechnung von Zuschlägen mittels Durchschnittswerten ist aufgrund der immensen Anzahl denkbarer Komorbiditäten nicht möglich: es genügt ja zum Beispiel nicht, nur

die Durchschnittsausgaben für Diabetiker zu ermitteln, sondern auch für Diabetiker mit koronarer Herzkrankheit, mit Amputation der Gliedmaßen, mit beiden Merkmalen zusammen etc. Das Resultat wäre eine unübersehbare Vielzahl von Versichertengruppen mit größtenteils für statistische Zwecke viel zu geringen Besetzungen. Daher bedarf es eines Verfahrens, das aus den ca. 4,3 Mio. Versicherten der Stichprobe die individuellen Gesamtkosten der Versicherten als Summe ihrer Zuschläge für die oben genannten Risikogruppen „erklärt“. Die so ermittelten Zuschläge geben den Betrag an, den ein Versicherter dieser Gruppe in einem Kalenderjahr kosten „darf“. Dabei wird für den Leistungsbereich Krankengeld eine separate Regression durchgeführt. Das Resultat dieser Regressionen sind Zuschläge je Risikogruppe, die jeweils für ein Kalenderjahr gelten. Diese Zuschläge werden im Schlussausgleich auf die Versicherten der einzelnen Kassen verteilt, und zwar proportional zu ihren Versichertentagen.

Dabei findet dieser Schlussausgleich für ein Ausgleichsjahr erst im November des Folgejahres statt, da erst dann sämtliche Daten vorliegen. Im Ausgleichsjahr selbst werden monatliche Abschlagszahlungen an die einzelnen

Abbildung 2: Risikogruppen des Morbi-RSA



Kassen geleistet. Hierbei werden auf Basis von insgesamt drei Struktur Anpassungen mit immer aktuelleren Versichertendaten die Zuweisungen stets rückwirkend für das gesamte Ausgleichsjahr korrigiert. Für die Krankenkassen bedeutet dieses Abschlagsverfahren eine hohe Unsicherheit bei der Finanzplanung, da sich die Effekte der Korrekturen durch die Struktur Anpassungen kaum prognostizieren lassen. Allerdings lassen sich solche Struktur Anpassungen generell im RSA nicht umgehen, sie waren auch für den früheren RSA vor 2009 obligatorisch.

II. Defizite des bestehenden Systems

Entscheidend für die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ist das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Zuschläge je Risikogruppe. Angesichts der Bedeutung für die Finanzlage der einzelnen Krankenkassen drängt sich die Frage der Korrektheit des Verfahrens auf. Dabei steht weniger die Auswahl der Methodik im

Vordergrund, obwohl man die Frage durchaus stellen kann, ob eine lineare Regression wirklich das Verfahren der Wahl darstellt. Denn es ist fraglich, ob für einen Versicherten, der an zwei Krankheiten leidet, als „Normkosten“ wirklich die Summe der Normkosten für die beiden einzelnen Erkrankungen ausreicht (Eskalation der Ausgaben bei Multimorbidität). Allerdings bleibt festzuhalten, dass das gewählte lineare Modell im Vergleich zu anderen Modellen noch verhältnismäßig einfach umzusetzen ist.

Schwerwiegender ist hingegen die Frage, ob das Modell korrekt umgesetzt wird. Hierzu hat der Wissenschaftliche Beirat auf Basis des ersten abgeschlossenen Jahresausgleichs im Morbi-RSA (2009) tiefgreifende Untersuchungen durchgeführt. Dabei wurden die bestehenden Vorwürfe an einem „Zuviel“ an Morbiditätsorientierung ausgeräumt. Ein wesentliches Untersuchungsinstrument sind die sogenannten Deckungsquoten, genauer das Verhältnis von Zuweisungen zu den Ausgaben bestimmter, GKV-weit

definierter Versichertengruppen. Diese Deckungsquoten überprüfen, ob neben dem individuellen auch das kollektive Äquivalenzprinzip erfüllt ist. Im Idealfall sollten daher die Zuweisungen den Ausgaben zumindest näherungsweise entsprechen: erhebliche Abweichungen sind hingegen auf Ebene der einzelnen Krankenkassen aufgrund deren unterschiedlicher Wirtschaftlichkeit zu erwarten. Allerdings stellt sich folgender Zusammenhang dar: je höher die Morbidität der Versicherten, desto krasser fällt die Unterdeckung durch die Zuweisungen aus, während bei gesunden Versicherten erhebliche Überdeckungen bestehen. Für Versicherte mit Erkrankungen, die mit einer hohen Mortalität bzw. mit Multimorbidität einhergehen, sind spürbare Unterdeckungen zu verzeichnen. So bestehen beispielsweise systematische Unterdeckungen bei Versicherten mit mehreren HMG's, auch wenn schon wesentliche Verbesserungen gegenüber dem früheren RSA erreicht worden sind (vergl. Abb. 3).

Bei der Betrachtung von Alters- und Geschlechtsgruppen zeigt sich das gleiche Bild: auch hier liegen systematische Unterdeckungen bei den älteren Versicherten vor. Es gilt der Grundsatz: je älter die Versicherten, desto schlechter ist die Deckungsquote (vergleiche Evaluationsbericht, S. 50), wobei es bei jüngeren Versicherten zu deutlichen Überdeckungen kommt. In diesem speziellen Fall ist auch ein Vergleich mit dem früheren RSA vor 2009 möglich. Hier zeigt sich, dass der „Alt-RSA“ erheblich genauere Deckungsquoten erzielt. In nahezu jeder Altersgruppe beträgt die Deckungsquote ungefähr hundert Prozent, lediglich bei den Hochbetagten sind sogar Überdeckungen zu verzeichnen (vergl. Abb. 4).

Diese Fehlzusweisungen existieren in der gesamten GKV. Für die Knappschaft sind diese Fehlzusweisungen aufgrund ihres älteren Versichertenklientels mit enormen finanziellen Nachteilen verbunden. Zum Nachweis dieser These werden die Deckungsbeiträge der Knappschaft je Altersgruppe bzw. je HMG-Häufigkeit ermittelt.

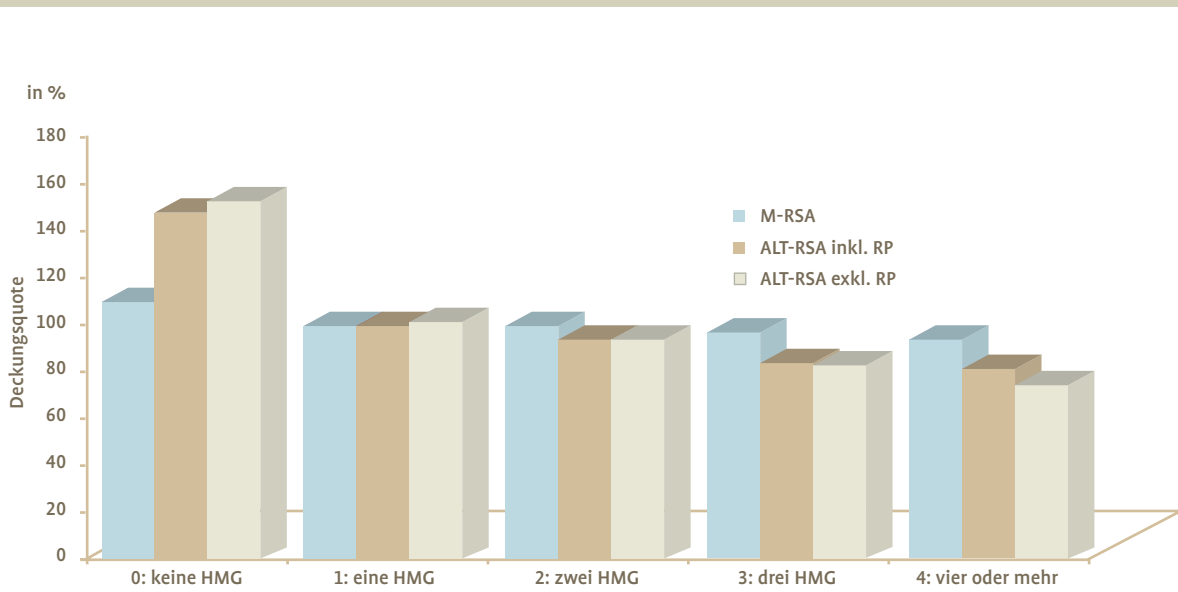
Diese spiegeln die Wirtschaftlichkeit der Knappschaft wieder. Legt man nun aber die HMG-Häufigkeitsverteilung der GKV zugrunde, so ergeben sich nach Ausmultiplizieren mit den Deckungsbeiträgen der Knappschaft im Jahresausgleich 2010 Deckungsbeitragsgewinne für die Knappschaft in Höhe von rund 125 Mio. Euro. Eine analoge Betrachtung für die Altersgruppen führt immerhin auch noch zu Deckungsbeitragsgewinnen von rund 72 Millionen Euro. Diese Beträge darf man natürlich nicht addieren, da es sich bei Alter und Multimorbidität um einander überlagernde Effekte handelt. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Knappschaft bei durchschnittlicher Multimorbidität respektive durchschnittlicher Altersstruktur ein deutlich besseres Ergebnis aus dem Gesundheitsfonds erzielt hätte, ohne ihr wirtschaftliches Handeln noch weiter verbessern zu müssen. Angesichts der Tatsache, dass die Knappschaft für 2010 insgesamt 28,5 Mio. Euro eingespart hat, ist dies ein deutlicher Hinweis darauf, dass sich offenbar allein durch gezielte Risikoselektion

wesentlich höhere finanzielle Gewinne erzielen lassen als durch ein effizientes Leistungs- und Versorgungsmanagement.

Weiter hat der Wissenschaftliche Beirat die Deckungsquoten der einzelnen Krankheitshierarchien untersucht. Dabei bestehen krasse Unterdeckungen von über zehn Prozent bei Erkrankungen, die im hohen Alter auftreten, wie kognitive Erkrankungen, insbesondere Demenz, oder wie Herz- und Atemstillstand. Beim Großteil aller Erkrankungen bestehen solche Unterdeckungen, wenn auch nicht in diesem Ausmaß. Dies bedeutet, dass durch den RSA in der gesamten GKV für diese Krankheiten deutlich zu wenig Geld zugeteilt wird. In der letzten Konsequenz führen solche Ergebnisse genau zu jenen Anreizen der Risikoselektion, die der Gesetzgeber eigentlich vermeiden wollte.

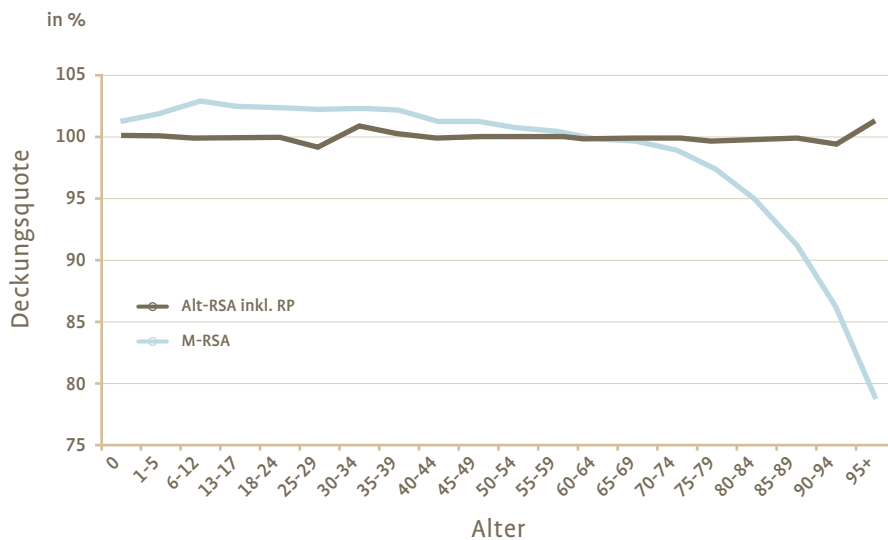
Wie kommt es aber zu den genannten Verwerfungen? Ist das lineare Modell doch zu grob? Für Außenstehende überraschend zeigt sich, dass diese

Abbildung 3: Deckungsquoten nach Zahl der Morbiditätszuschläge



Quelle: Wasem, J. u.a.: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung, 2011, S.57

Abbildung 4: Deckungsquote nach Altersgruppe (Männer)



Quelle: Wasem, J. u.a.: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung, 2011, S.50

Verwerfungen zu einem erheblichen Teil auf einem einfachen Fehler bei der Berechnung der Zuschläge beruhen. Konkret geht es um folgendes Problem. Wie erwähnt, beziehen sich die Zuschläge auf ein Kalenderjahr. Bei der Zuschlagsberechnung auf Basis der GKV-Stichprobe ist daher zu berücksichtigen, dass nicht alle Versicherte der Stichprobe das gesamte Jahr über in der GKV versichert sind. Versicherte, die in die private Krankenversicherung (PKV) abwandern oder aus der PKV zur GKV kommen sowie verstorbene Versicherte weisen nur unvollständige Versichertenzeiten auf. Entsprechend müssen deren Ausgaben auf das gesamte Jahr hochgerechnet werden (sogenannte Annualisierung). Bei den Verstorbenen jedoch hat das BVA diese Hochrechnung unterlassen. In den Festlegungen zum Startjahr des Morbi-RSA wurde dies damit begründet, dass man eine „Überbewertung“ der Ausgaben Verstorbener durch diese Hochrechnung vermeiden will. Auf den ersten Blick ein plausibles Argument, würde doch auf diese Weise etwa ein Versicherter, der im Januar verstirbt und bis dahin 200.000 Euro Ausgaben verursacht hat, mit 2,4 Millionen Euro in die Regression eingehen.

Doch nach Vorliegen der ersten Analysen zeigte sich, dass diese Befürch-

tungen nicht begründet sind. Für Verstorbene hätte die Deckungsquote bei Hochrechnung ihrer Ausgaben nur 32,2 Prozent betragen: gegenüber 29,1 Prozent im Status Quo. Diese tendenziell niedrigen Deckungsquoten sind eher ein Hinweis auf die oben angesprochene Eskalation der Ausgaben bei Multimorbidität. Faktisch geschieht durch die fehlende Annualisierung folgendes: in das Verfahren werden nicht die Werte eingesetzt, die das mathematische Modell verlangt, sondern künstliche Werte. Über Korrekturfaktoren wird dies zwar wieder „repariert“, aber die Reparatur erfolgt gleichmäßig für alle Versicherte. Für die Knappschaft als Krankenkasse mit der höchsten Sterblichkeit sind die Auswirkungen dieser Regelung fatal. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes hat die Knappschaft hierdurch im Jahr 2009 rund 72,7 Millionen Euro an Zuweisungen verloren. Interessanterweise deckt sich dieser Betrag fast mit dem in obiger Modellrechnung genannten Betrag nach Altersgruppen. Andere Krankenkassen mit Versicherten geringer Morbidität verzeichnen dadurch zwangsläufig enorme Überschüsse. Zwar sind die absoluten Zahlen aus verständlichen Gründen geheim. Allerdings wurde bekanntgegeben, dass der größte Nutznießer des Verfahrensfehlers einen Gewinn von 4,46 Euro je

Versicherten und Monat verzeichnet, während die Knappschaft einen Verlust von 3,80 Euro je Versicherten und Monat hinnehmen muss. Dies lässt erahnen, welche Brisanz sich hinter dem Thema Verstorbenen-Regelung verbirgt.

Dabei stellt sich allerdings sehr die Frage, ob es überhaupt der Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats, basierend auf dem Datenmaterial des Jahresausgleichs 2009, bedurft hätte, um die Fehlerhaftigkeit der gegenwärtigen Verstorbenen-Regelung einzusehen. Im Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 haben das BVA und der Wissenschaftliche Beirat eine sehr einfache Formulierung für den korrekten Umgang mit den Zuweisungen für Verstorbene gewählt: Es soll als abhängige Variable in der Regression zur Ermittlung der Risikozuschläge nicht wie bisher die Leistungsausgaben pro Kalenderjahr, sondern pro Kalendertag ermittelt werden. Faktisch wird also nur eine andere Skalierung gewählt. Durch den Bezug auf den Tag entfällt nicht nur die gesamte Thematik der „Annualisierung“, das heißt der Hochrechnung der Ausgaben auf das gesamte Jahr für Versicherte mit unvollständigen Versichertenepisoden. In dieser Formulierung wird zugleich auch die Absurdität des gegenwärtigen Verfahrens deutlich. Denn das Ausbleiben der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener ist gleichbedeutend damit, dass man bei diesen bei der Ermittlung der Pro-Tag-Ausgaben nicht durch deren tatsächlich erlebten Versichertentage, sondern stets durch 365 respektive 366 Tage dividiert.

Für die Behebung des Fehlers bei der Verstorbenen-Regelung wäre keine Gesetzesänderung erforderlich. Das von den Verfechtern des Status quo gern vorgebrachte Argument, eine Sonderbehandlung Verstorbener sei durch den gesetzlichen Rahmen nicht abgedeckt, trifft vielmehr auf den Status quo zu, da hier gerade die Nichtannualisierung der Ausgaben eine Sonderbehandlung darstellt. Der Korrektoreffekt hingegen wäre sehr groß. So würden sich etwa

die Deckungsquoten in allen Altersgruppen – analog zum Alt-RSA – in der Nähe der (optimalen) Quote von hundert Prozent befinden. Auch die Deckungsquoten für die einzelnen Krankheitshierarchien verbessern sich erheblich. Sie nehmen nach Behebung des Fehlers in der Regel Werte nahe hundert Prozent an, im krassen Gegensatz zum Status quo.

III. Die politische Diskussion um die „Paketlösung“

1. Vorbemerkung

Mittlerweile wird von fast keinem der Protagonisten in der GKV-Landschaft mehr die Fehlerhaftigkeit der gegenwärtigen Zuweisungsermittlung für verstorbene Versicherte bestritten. Nun wird ein anderes Argument aufgeführt, um die Behebung des Fehlers und damit verbundene sachgerechte Verteilungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds weiter zu verzögern. Denn abgesehen von der Problematik im Umgang mit Verstorbenen werden im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats weitere Schwachstellen des Morbi-RSA aufgezeigt. Dabei vertritt das BMG nebst einigen Krankenkassen die Auffassung, dass der Fehler bei der Verstorbenen-Regelung nur in Verbindung mit diesen weiteren Unzulänglichkeiten behoben werden dürfe (die sogenannte „Paketlösung“). Dabei unterscheidet sich allerdings der Fehler bei der Verstorbenen-Regelung sehr deutlich von den Punkten des Reformpaketes, wie im Folgenden dargelegt werden soll. Exemplarisch wird auf die wichtigsten Punkte eingegangen.

2. Krankengeld-Standardisierung

Das Krankengeld unterscheidet sich von den übrigen Ausgabenbereichen darin, dass es sich um eine Lohnersatzleistung handelt. Von daher müsste auch das (kassenindividuelle) Einkommen der Mitglieder bei der Zuweisungsermittlung eine Rolle spielen. Doch wie der Wissenschaftliche Beirat aufgezeigt hat, ist die Situation viel komplizierter:

- Versicherte mit hohem Einkommen sind tendenziell seltener krank und weisen im Krankheitsfall in der Regel kürzere Krankengeldbezugszeiten auf. Von daher findet hier eine gewisse Kompensation statt. Der funktionale Zusammenhang der Variablen „Einkommen“ und „Krankengeldausgaben“ ist somit gewiss nicht linear, so dass sich die Anwendung eines einfachen Proportionalitätsfaktors verbietet.

- Die Standardisierung allein nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus reicht nicht aus. Es ist auch eine Einbeziehung der Morbidität notwendig. Offen ist dabei allerdings, auf welche Weise dies geschehen soll. Eine Beschränkung auf die RSA-relevanten Krankheiten ist zu eng, da auch Akuterkrankungen für den Bezug von Krankengeld eine Rolle spielen. Dazu müssten dann sämtliche Krankheiten (in Form von Zusammenfassungen von DxG-Gruppen) als Regressionsvariablen verwendet werden. Interessant ist auch eine Variante, bei der eine solche Regression zusätzlich mit Variablen für Einkommensgruppen kombiniert wird. Ziel dieses Vorgehens ist es, nicht nur den Einfluss der Morbidität, sondern auch des Einkommens auf die Krankengeldausgaben zu messen. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine Anreicherung der RSA-Datenmeldungen um das individuelle Einkommen der Krankengeldberechtigten.

- Auch die Ermittlung einer Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Krankengeldzahlalles und die Dauer des Krankengeldbezuges aufgrund der Morbidität einer Kasse wird diskutiert. Solche Modelle erfordern aber den Einsatz eines noch weitergehenden mathematisch-statistischen Apparates, die sogenannte logistische Regression.

- Es gibt weitere Parameter, die einen Einfluss auf die Krankengeldzahlungen haben, aber in den RSA-Datenmeldungen nicht abgebildet werden. Dazu zählt etwa die verlängerte Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall als tarifvertragliche Besonderheit

oder die Möglichkeit zur frühzeitigen Wiederaufnahme der Tätigkeit nach überstandener Erkrankung. Auch die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Erkrankung eines Kindes spielt für die Krankengeldausgaben eine Rolle, auch wenn der Ausgabenanteil mit 2,4 Prozent gering ausfällt.

- Ein weiteres interessantes Modell, welches der BKK-Bundesverband vorgeschlagen hat, scheint zunächst eine einfache Lösung der genannten Probleme darzustellen. Hiernach sollen die Deckungsquoten im Bereich Krankengeld generell auf eine Spanne begrenzt werden, die durch Krankengeldmanagement als beeinflussbar gilt. Der BKK-Bundesverband nennt hier eine Spanne zwischen 97 und 103 Prozent. Mit diesem Vorschlag würde sich das hohe Krankengeld-Defizit der Knappschaft von aktuell rund 55 Mio. Euro auf nur noch höchstens rund 6 Mio. Euro verringern. Besonders schwierig aber erscheint die Verifizierung einer solchen Spanne. Dazu müssen die Ausgaben im Bereich Krankengeld innerhalb einer GKV-weiten Studie in beeinflussbare und nicht beeinflussbare Bereiche aufgeteilt werden. Die Knappschaft unterstützt diesen Vorschlag im Anhörungsverfahren zum Klassifikationsmodell und hofft dabei auf eine tiefere Analyse des Wissenschaftlichen Beirats.

Damit sind die Probleme der Krankengeldstandardisierung nur grob umrissen. Es wird aber deutlich, dass eine Optimierung des Verfahrens aufgrund der Komplexität der Materie noch in ferner Zukunft liegt. Die Knappschaft würde aufgrund ihres hohen Risikofaktors sehr wahrscheinlich von einer mehr morbiditätsorientierten Zuweisungsermittlung profitieren. Die Benachteiligung durch den Methodenfehler ist deutlich größer.

3. Standardisierung der Verwaltungskosten

Bekanntlich leistet der Gesundheitsfonds auch Zuweisungen für den Bereich der Verwaltungskosten. Dabei wird richtigerweise bei der Ermittlung

der Zuweisung davon ausgegangen, dass Versicherte mit höherer Morbidität bei den Kassen einen entsprechend größeren Verwaltungskostenaufwand verursachen. Seit Bestehen des Fonds gilt folgender Verteilungsschlüssel: Fünfzig Prozent des GKV-Zuweisungsvolumens wird nach Morbidität und fünfzig Prozent nach Versichertenzahl verteilt. Aus sachlogisch nicht nachvollziehbaren Gründen sollte anfangs die Knappschaft – als einzige Krankenkasse – von dieser Regelung ausgenommen werden und hundert Prozent ihrer Zuweisungen nach Versichertenzahl erhalten. Mittlerweile hat der Wissenschaftliche Beirat sich dahingehend geäußert, dass ein stärkerer Morbiditätsbezug angezeigt sei (vgl. Evaluationsbericht Seite 224). Diskutiert wird eine Verteilung nach Morbidität zwischen siebzig und neunzig Prozent. Auch hier steht aber aufgrund der Divergenz der einzelnen Standpunkte zu erwarten, dass eine Änderung des Schlüssels, wenn überhaupt, dann nur sehr langsam erfolgen wird.

4. Zuweisungen für Auslandsversicherte

Im aktuellen System werden als Zuweisungen für die Auslandsversicherten die durchschnittlichen Zuweisungen nach AGG für die „übrigen“ Versicherten (das heißt genauer die Versicherten, die während des ganzen oder des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres ihren Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland hatten) angesetzt. Als Konsequenz erhalten Auslandsversicherte auch keine weiteren Zuschläge, zum Beispiel für HMG. Bei dieser Vorgehensweise ergeben sich jedoch GKV-weit deutliche Überdeckungen. Von daher wurde unter anderem vom Beirat vorgeschlagen, für eine Verbesserung der Zielgenauigkeit das Zuweisungsvolumen für Auslandsversicherte auf die Summe der von ihnen verursachten Leistungsausgaben zu begrenzen.

Dieser Vorschlag ist sachgerecht. Dies ist vielleicht der Punkt des „Paketes“, der am einfachsten umzusetzen ist.

Die Verteilungswirkungen auf Kassenebene sind aber vergleichsweise gering.

Schlussfolgerung

Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen der aktuellen Verstorbenen-Regelung als offenkundigem Methodik-Fehler und den übrigen Bestandteilen des Pakets, deren Verteilungswirkungen in der GKV bei weitem nicht so krass ausfallen und bei denen es eher um Optimierung als um Fehlerbehebung geht. Dabei sind insbesondere mit der Krankengeldstandardisierung und mit den Verwaltungskosten zwei Themenkomplexe gegeben, die langfristig Gegenstand kontroverser Diskussionen bleiben dürften. Angesichts dieser Tatsache fällt es schwer, in der angestrebten „Paketlösung“ mehr als nur eine interessengeleitete Verzögerungstaktik zu erkennen. Auf jeden Fall dürfte im Hinblick auf die Vielfältigkeit und die Komplexität der aufgezeigten Problemfelder eine zeitnahe Lösung etwa bis zum Klassifikationsmodell 2014 nicht realisierbar sein.

IV. Ausblick

Bereits mit Beschluss vom 16. September 2009 hat der Wissenschaftliche Beirat den Verfahrensfehler bei der Verstorbenen-Regelung offiziell eingeräumt und das in der einschlägigen Literatur empfohlene Verfahren der Annualisierung (auch) der Ausgaben Verstorbener vorgeschlagen. Der Evaluationsbericht des Beirats vom 22. Juni 2011 stützt diesen Vorschlag anhand umfangreicher Analysen auf Basis der Daten des Jahresausgleichs 2009. Monatelang war dieser Bericht vom Bundesministerium für Gesundheit zurückgehalten worden. Dabei wären die Ergebnisse des Berichts gut für die Festlegungen zum Ausgleichsjahr 2012 am 30. September 2011 verwertbar gewesen.

Das BVA wollte in seinem Entwurf zum Klassifikationsmodell 2013 den Methodenfehler beheben, ist jedoch durch eine entsprechende Weisung des BMG

daran gehindert worden. Die unmittelbare Folge sind die Klagen zahlreicher Krankenkassen gegen das BMG (formal gegen die Bundesrepublik Deutschland). Die Aussichten, auf diese Weise eine Behebung des Methodenfehlers zu erreichen, sind gut. Das BVA selbst schreibt in den Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2013, dass die Beseitigung des Methodenfehlers nicht nur sachlich, sondern auch rechtlich geboten sei (vgl. die Erläuterungen zum Anhörungsentwurf S.269). Ergänzend dazu stellt Dr. Gaßner, der Präsident des BVA, in einem Brief an das BMG nochmals klar, dass er die Behebung des Methodenfehlers „in Sorge um die Rechtssicherheit des Verfahrens“ betreibe.

Dadurch, dass sich eine Vielzahl von Krankenkassen genötigt sieht, seine berechtigten Ansprüche auf dem Rechtswege durchzusetzen, wird der Ruf des Risikostrukturausgleiches als wissenschaftlich fundiertes, unparteiisches und gerechtes Verteilungsverfahren der finanziellen Mittel an die Krankenkassen beschädigt. Schwere wiegt allerdings die Tatsache, dass eine große Chance versäumt wird, durch geringen Aufwand den Morbi-RSA für den demografischen Wandel zu rüsten.

DR. GEORG GREVE
KBS/Geschäftsführung

DR. ANDREAS HOEFER
KBS/Dezernat IV.4
Zentrales Controlling/
Risikostrukturausgleich

DR. STEFAN HÖRTER
KBS/Dezernat VIII.1
Versorgungsanalytik/VM-Controlling

CHRISTINE KRAAN
KBS/Dezernat VIII.1
Versorgungsanalytik/VM-Controlling

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum



MARTIN WANNEMÜLLER

Patientenrechte verbessert

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), in Kraft ab 26. Februar 2013, stärkt und bündelt die Rechte dieses Personenkreises. Dies wirkt sich aus auf das Verhältnis zwischen Behandelndem und Patient, welches über den Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt wird. Konnten Krankenkassen früher Patienten bei Verdacht auf einen vermuteten Behandlungsfehler freiwillig unterstützen, sind sie nun dazu verpflichtet. Außerdem sind für die Krankenkassen kurze Fristen für die Bewilligung von Leistungen eingeführt worden.

Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag wird als eine weitere Vertragsform in das BGB aufgenommen und regelt in den §§ 630a bis 630h BGB die Beziehung zwischen Patient und Behandelndem (zum Beispiel Arzt und Angehörige von Heilberufen). Danach bestehen unter anderem folgende Rechte und Pflichten:

Der Behandelnde ist zur Leistung der versprochenen Behandlung und der Patient ist zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Im Regelfall geht die Verpflichtung zur Zahlung auf einen Dritten, zum Beispiel die Knappschaft als gesetzliche Krankenkasse, über.

Zu den Pflichten des Behandelnden gehört auch die Informationspflicht. So ist der Patient umfassend über Untersuchungen, Diagnosen und Therapien zu informieren. Diese Informationsver-

pflichtung schließt auch die Kostenfolgen ein. Welche Kosten werden durch die Krankenkasse übernommen? Welche Kosten hat der Versicherte zu tragen? Wenn es zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist, muss der Behandelnde von sich aus über erkennbare Behandlungsfehler informieren. Diese „Selbstanzeige“ führt jetzt nicht mehr zur Gefährdung des Versicherungsschutzes des Behandelnden.

Aufzuklären hat der Behandelnde den Patienten über die geplante konkrete Behandlungsmaßnahme und über die sich daraus ergebenden Risiken. Diese Aufklärung hat so rechtzeitig in einem Gespräch – eine schriftliche Aufklärung reicht nicht aus – zu erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung noch überdenken kann. Erst nach dieser Aufklärung und vor der Durchführung der geplanten medizinischen Maßnahme hat der Behandelnde die Einwilligung

des Patienten einzuholen. Die Pflichten zur Information, Aufklärung und Einwilligung bestehen allerdings nicht, wenn unaufschiebbare Behandlungen erforderlich werden.

Die Patientenakte

Der Behandelnde ist weiter verpflichtet eine Patientenakte in Papierform oder in elektronischer Form zu Dokumentationszwecken zu führen. Die für die aktuelle und zukünftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse sind dort aufzunehmen. Insbesondere handelt es sich hierbei um Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen sowie Aufklärungen und auch Arztbriefe. Die Patientenakte ist noch zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Patienten haben das Recht, Einsicht in die Patientenakte zu nehmen. Gegen Kostenerstattung können auch Abschriften verlangt werden. Dieses Recht auf Einsichtnahme kann nur auf Grund besonderer Tatbestände (zum Beispiel therapeutische Gründe) abgelehnt werden.

Das Patientenrechtegesetz regelt auch die Beweislast bei (vermuteten) Behandlungsfehlern. Hierbei ist unter anderem von Bedeutung, dass der Patient in die Maßnahme eingewilligt hat und über diese vorher entsprechend aufgeklärt wurde. Angaben hierüber sind der Patientenakte zu entnehmen. Fehlende Aufzeichnungen in der Patientenakte können zu Lasten des Behandelnden gehen. Bei groben Behandlungsfehlern wird vermutet, dass diese eine eingetretene Verletzung verursacht haben. Das setzt voraus, dass sie grundsätzlich hierfür in Frage kommen. Insofern geht die Beweislast auf den Behandelnden über.

Fristen

Die Bewilligung von Leistungen wird im Absatz 3a des § 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) hinsichtlich der für Krankenkassen geltenden Fristen neu geregelt. Bewirkt werden sollen, dass Versicherte ihre Leistungen schneller erhalten.

Danach hat die Knappschaft über einen Antrag auf Leistungen (Sach- und Dienstleistungen) innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang zu entscheiden. Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen ist. Hierüber unterrichtet die Knappschaft die Antragsteller. Die gutachtliche Stellungnahme hat innerhalb von drei Wochen zu erfolgen und verkürzt somit, im Gesamtrahmen der Fünf-Wochen-Frist, die Drei-Wochen-Frist der Krankenkasse um eine Woche.

Wird ein zahnärztliches Gutachten notwendig, verlängert sich die vorstehend genannte Frist von fünf auf sechs Wochen. Die Stellungnahme hat dann nicht mehr binnen drei, sondern binnen vier Wochen zu erfolgen. Die Knappschaft holt gutachtliche Stellungnahmen in der Regel bei den Sozialmedizinischen Dienststellen oder bei dem Zentralen Beratungsdienst Sozialmedizin ein. Kann die Knappschaft über eine beantragte Leistung nicht innerhalb der vorstehenden Fristen abschließend entscheiden, wird der Versicherte unter Darlegung der Gründe hierüber schriftlich informiert. Erfolgt keine schriftliche Mitteilung, würde die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten.

Pflicht zur Unterstützung

Konnten Krankenkassen Patienten bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler im Rahmen des eigenen Ermessens bisher freiwillig unterstützen, so besteht jetzt das Gebot, diese Leistung anzubieten. Die entsprechende gesetzliche Grundlage bildet § 66 SGB V.

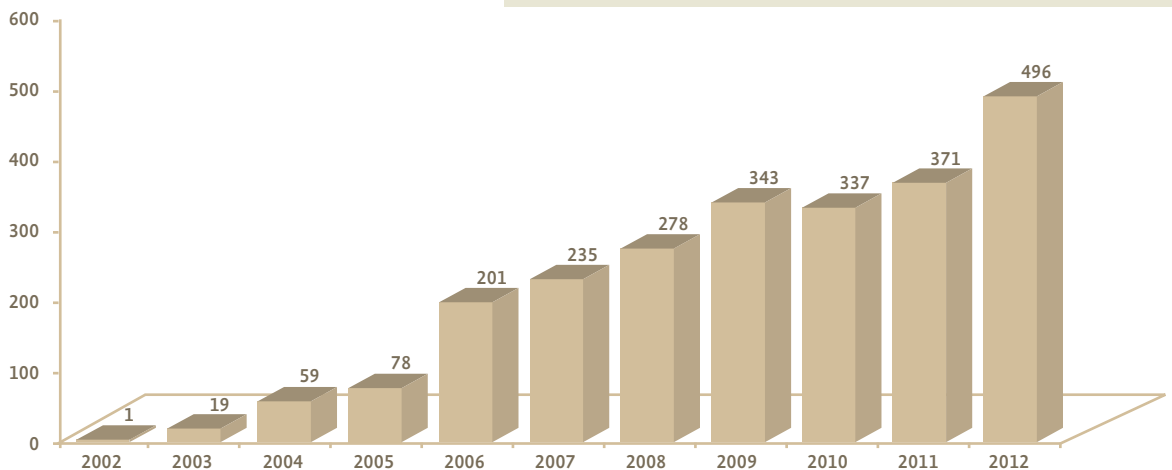
Die Knappschaft hat ihre Versicherten bereits vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes unterstützt und ist bis Ende 2012 in 2.418 Fällen tätig geworden. Die Entwicklung der Fallzahlen zeigt die untenstehende Grafik.

Was ist ein Behandlungsfehler?

Von einem Behandlungsfehler spricht man, wenn Fehler bei der Behandlung, Aufklärung oder in der Pflege durch einen Leistungserbringer unterlaufen, die den dann eintretenden Schaden verursachen. Dabei kann der Fehler nicht nur aktiv, sondern auch durch Unterlassung herbeigeführt werden. Mit den nachstehenden Beispielen wird dargestellt, welches ärztliche oder pflegerische Fehlverhalten vorliegen kann:

- Behandlung aufgrund fehlerhaft gestellter Diagnose oder unterbliebene Behandlung wegen nicht erkannter

Jährliche Fallzahlen der Behandlungsfehler



Erkrankung (z. B. Grippe anstatt Blutvergiftung diagnostiziert und entsprechend falsche Medikamentenverordnung)

- Unzureichende oder unterbliebene Aufklärung über die Risiken einer Operation
- Im Körper zurückgebliebenes Operationsmaterial nach einer Operation (z. B. verbliebene Operationsklammer, die Entzündungen und Schmerzen hervorruft)
- Ausführen eines medizinisch nicht notwendigen Eingriffs
- Nicht ordnungsgemäße Lagerung des Patienten während der Operation (z. B. elektrische Verbrennungen durch fehlerhafte Elektrodenanlage)
- Während stationärer Krankenhausbehandlung entstandene Verletzungen oder aufgetretene Infektionen
- Falsche Medikamente oder Medikation
- Hygienevorschriften wurden nicht eingehalten oder beachtet (ärztliches Versäumnis bei der Händedesinfektion vor einer Injektion)

Grundsätzlich kann aber eine nicht eingetretene oder verzögerte Heilung nicht sofort als Behandlungsfehler angesehen werden. Es besteht kein Anspruch auf Heilung, sondern auf Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst (lege artis).

Wie hilft die Knappschaft?

Die Knappschaft wird auf Wunsch des Patienten tätig. Hierzu ist eine erste Kontaktaufnahme in schriftlicher oder mündlicher Form notwendig, damit die Knappschaft einen Sachstand erarbeiten und die weitere Vorgehensweise abstimmen kann.

In der Regel verfasst der Patient den konkreten Vorwurf eines Behandlungsfehlers in schriftlicher Form. Es sollte deutlich dargestellt werden, gegen wen der Vorwurf erhoben wird (beispielsweise Arzt, Krankenhaus) und welcher Schaden verursacht wurde. Sobald diese Stellungnahme und eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht vorliegen, fordert die

Vorgehensweise bei Behandlungsfehlern

Der Kunde teilt der Knappschaft den Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers schriftlich, telefonisch oder per E-Mail mit.

Die Knappschaft sendet dem Kunden ein Formular zur Abgabe einer Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht zu (notwendig zum Einholen der Behandlungsunterlagen bei Ärzten usw.) und fordert ein Gedächtnisprotokoll oder eine Sachverhaltsschilderung an (nur, wenn entsprechende Unterlagen nicht bereits vorliegen).

Die Knappschaft fordert Behandlungsunterlagen an.

Liegen alle Behandlungsunterlagen vor, werden diese dem Zentralen Beratungsdienst Sozialmedizin (ZBS) zwecks Erstellung eines Gutachtens/ einer Stellungnahme zugeleitet. Der ZBS entscheidet, ob weitere Gutachter hinzuzuziehen sind.

Das erstellte Gutachten bzw. die ärztliche Stellungnahme wird dem Kunden zur Verfügung gestellt. Die Behandlungsunterlagen werden beifügt. Der Kunde entscheidet dann über das weitere Vorgehen

Knappschaft die notwendigen Behandlungsunterlagen bei den Leistungserbringern an. Die Unterlagen werden dann zur Erstellung eines Gutachtens oder einer Stellungnahme an den Zentralen Beratungsdienst Sozialmedizin weitergeleitet. Dieses Gutachten und die Behandlungsunterlagen werden anschließend den Patienten oder deren Handlungsbevollmächtigten (z. B. Rechtsanwälte) zugestellt. Der Patient entscheidet über das weitere Vorgehen. Zum Beispiel könnte er Schadenersatzansprüche geltend machen. Die Kosten für die Erstellung des Gutachtens sowie für den Versand und die Erstellung der Behandlungsunterlagen (Kopien, Portokosten etc.) übernimmt die Knappschaft für ihre Kunden. An einem Rechtsstreit darf sich die Knappschaft allerdings nicht beteiligen.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Von der vorstehend beschriebenen Verfahrensweise der Unterstützung durch die Knappschaft, bleiben andere Verfahren unberührt. Es ist auch möglich, Verfahren bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

der Landesärztekammern durchzuführen. Die Gutachterkommissionen beschränken sich in der Regel auf die Überprüfung und Feststellung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Die Schlichtungsstellen versuchen darüber hinaus, eine gütliche Einigung herbeizuführen.

Ausblick

Die Entwicklung der Zahlen in den letzten zehn Jahren zeigt, dass Patientinnen und Patienten auch schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes zunehmend die Unterstützung der Knappschaft in Anspruch genommen haben. Zu vermuten ist, dass durch die Regelungen des Patientenrechtegesetzes in den folgenden Jahren sich noch mehr Patienten als bisher an die Knappschaft wenden werden, um von ihrer Krankenkasse bei Verdacht auf einen vermuteten Behandlungsfehler unterstützt zu werden.

MARTIN WANNEMÜLLER
KBS/Büro der Abteilungsleitung I
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

UWE OGRZEWALLA UND CARSTEN LERG

Rentenanpassung 2013

Die Ermittlung der Anpassungssätze und die Auswirkungen auf die Höhe des Leistungszuschlages

— Zum 1. Juli 2013 werden die Renten in den alten Bundesländern um 0,25 Prozent und in den neuen Bundesländern um 3,29 Prozent erhöht. Der neue aktuelle Rentenwert beträgt 28,14 Euro (bisher: 28,07 Euro). Der aktuelle Rentenwert (Ost) verändert sich auf 25,74 Euro (bisher 24,92 Euro). Rechtsgrundlage ist die Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2013 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2013).

Auffallend ist die relativ hohe Abweichung zwischen den Anpassungssätzen für die alten und die neuen Bundesländer. Zum Verständnis ist ein Blick in die Rentenanpassungsformel erforderlich. Diese ist in den §§ 68 ff. und 255a ff. Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) festgeschrieben.

Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter

Die Rentenanpassungsformel berücksichtigt primär die Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (im Folgenden: Verdienste) des letzten Jahres gegenüber denen des vorletzten Jahres. Herangezogen werden die Verdienste nach der Systematik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ohne die Personen aus den sogenannten „Ein-Euro-Jobs“), die durch das Statistische Bundesamt ermittelt werden. Das Ergebnis der Division des Wertes für 2012 durch den Wert für 2011 ist dem Grunde nach der für die Rentenanpassung maßgebende Erhöhungssatz.

Für das Jahr 2012 wurden Verdienste von 31.330 Euro (2011: 30.367 Euro) und 24.837 Euro (2011: 24.070 Euro) in den neuen Bundesländern ermittelt.

Die Werte für 2011 gehen nicht unverändert in die Berechnung ein. Das Gesetz sieht vor, dass sie an die Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst werden (§ 68 Abs. 2 Satz 3, § 255a Abs. 1 Satz 4 SGB VI). Herangezogen werden die beitragspflichtigen Verdienste je Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld aus der Versichertenstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese weichen von den Verdiensten nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen

zum Beispiel dadurch ab, dass die Beamtenbezüge nicht, die Löhne und Gehälter nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden. Zugrunde gelegt wird hier die Veränderung im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010.

Hinsichtlich der Entwicklung der beitragspflichtigen Verdienste ergeben sich folgende Verhältniszahlen:

- für die alten Bundesländer: 1,0198
- für die neuen Bundesländer: 1,0310

Für dieselben Jahre (2011 zu 2010) beträgt das entsprechende Verhältnis der Verdienste nach der Systematik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen jedoch

- für die alten Bundesländer: 1,0366
- für die neuen Bundesländer: 1,0198.

Das jeweilige Verhältnis aus diesen beiden Werten beträgt

- für die alten Bundesländer: 1,0165
- für die neuen Bundesländer: 0,9891.

Wie bereits oben erläutert, wird dieser Wert herangezogen, um den Verdienst des Jahres 2011 an die Entwicklung der beitragspflichtigen Verdienste und somit an die Einnahmen der Rentenversicherung anzupassen. Auf dieser Grundlage lässt sich die maßgebende Veränderung der Verdienste des Jahres 2012 gegenüber denen des Jahres 2011 berechnen und der für die Rentenanpassung maßgebende Erhöhungssatz ermitteln:

Für die alten Bundesländer

$$\begin{aligned} & \text{Verdienste West für 2012} \cdot / \cdot (\text{Verdienste West für 2011} * 1,0165) \\ & = 31.330 \text{ Euro} \cdot / \cdot (30.367 \text{ Euro} * 1,0165) = 1,0150 \end{aligned}$$

Für die neuen Bundesländer

$$\begin{aligned} & \text{Verdienste Ost für 2012} \cdot / \cdot (\text{Verdienste Ost für 2011} * 0,9891) \\ & = 24.837 \text{ Euro} \cdot / \cdot (24.070 \text{ Euro} * 0,9891) = 1,0432 \end{aligned}$$

Würden keine weiteren Faktoren die Rentenanpassung bestimmen, ergebe sich allein aufgrund der Lohnentwicklung für die alten Bundesländer eine Rentenerhöhung um 1,5 Prozent und für die neuen Bundesländer um 4,32 Prozent. An dieser Stelle ist bereits erkennbar, dass der wesentliche Grund für die unterschiedliche Rentenanpassung in der unterschiedlichen Lohnentwicklung zu finden ist, konkret im stärkeren Anstieg der beitragspflichtigen Verdienste in den neuen Bundesländern im Jahr 2011 (3,1 Prozent). Der Effekt wird dadurch verstärkt, dass in den neuen Ländern die Verdienste nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen 2011 mit 1,98 Prozent schwächer gestiegen sind als die beitragspflichtigen Verdienste.

Riester-Faktor

Bei der Anpassung sind die Belastungen der Beitragszahler angemessen zu berücksichtigen. Der sogenannte Riester-Faktor bildet die Veränderung der Aufwendungen für die geförderte private Altersvorsorge und beim Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung ab. Die Aufwendungen für die geförderte private Altersvorsorge (Altersvorsorgeanteil) haben sich von 3,5 Prozent im Jahr 2011 auf 4,0 Prozent im Jahr 2012 erhöht. Diese Aufwendungen wurden pauschal festgeschrieben (§ 255e SGB VI), wobei mit 4,0 Prozent nunmehr die letzte Stufe erreicht ist.

Der Beitragssatz der allgemeinen Rentenversicherung hat sich von 19,9 Prozent im Jahr 2011 auf 19,6 Prozent im Jahr 2012 vermindert. Im Ergebnis dämpft der Riester-Faktor in diesem Jahr die Rentenanpassung um 0,26 Prozentpunkte.

Nachhaltigkeitsfaktor

Ein weiteres Element der Rentenanpassungsformel stellt der sogenannte Nachhaltigkeitsfaktor dar. Er beinhaltet die Veränderung des Verhältnisses von Rentenbeziehern zu Beitragszah-

lern, den sogenannten Rentnerquotienten. Der Nachhaltigkeitsfaktor dämpft die diesjährige Anpassung um 0,72 Prozentpunkte.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren lässt sich als (möglicher) neuer aktueller Rentenwert bzw. aktueller Rentenwert (Ost) ermitteln:

$$AR = 28,07 \text{ Euro} \times 1,0150 \times 0,9974 \times 0,9928 = 28,21 \text{ Euro}$$

$$AR \text{ (Ost)} = 24,92 \text{ Euro} \times 1,0432 \times 0,9974 \times 0,9928 = 25,74 \text{ Euro}$$

Ausgleichsbedarf

In vergangenen Jahren hat eine Schutzklausel die Verringerung der aktuellen Rentenwerte und damit eine Rentenkürzung verhindert. Hierdurch ist ein Ausgleichsbedarf entstanden, der grundsätzlich durch eine Halbierung der rechnerisch möglichen Rentenanpassung nachgeholt wird. Der Ausgleichsbedarf war in den alten Bundesländern stets höher, weil die Schutzklausel stärker wirkte als in den neuen Bundesländern. Der Ausgleichsbedarf (Ost) konnte deshalb bereits bei der letzten Rentenanpassung vollständig abgebaut werden.

Für die alten Bundesländer ergibt sich vor der Berücksichtigung des Ausgleichsbedarfes aus dem Verhältnis, in dem der mögliche neue aktuelle Rentenwert (28,21 Euro) zu dem bisherigen aktuellen Rentenwert (28,07 Euro) steht, eine Anpassung von 0,5 Prozent. Der Abbau des Ausgleichsbedarfes hat zur Folge, dass die Anpassung zu halbieren ist.

Der neue aktuelle Rentenwert ist das Ergebnis aus der Vielfältigung des geltenden aktuellen Rentenwertes mit dem hälftigen Anpassungssatz:

$$AR = 28,07 \text{ Euro} \times 1,0025 = 28,1402 \text{ Euro}$$

Gerundet ergibt sich somit ein neuer aktueller Rentenwert von 28,14 Euro (§ 123 Abs. 1 in Verbindung mit § 121 Abs. 2 SGB VI). Für zukünftige Anpassungen in den alten Bundesländern verbleibt noch ein geringer Ausgleichsbedarf von 0,46 Prozent.

Der neue aktuelle Rentenwert (Ost) beträgt 25,74 Euro. Aus dem Verhältniswert von 25,74 Euro zu 24,92 Euro ergibt sich der Anpassungssatz 3,29 Prozent. Der bereits vollständig abgebaute Ausgleichsbedarf (Ost) (s.o.) ist somit die zweite Ursache für die unterschiedliche Rentenerhöhung in Ost und West.

Annäherung beim Rentenniveau

Vergleicht man den neuen aktuellen Rentenwert (Ost) mit dem neuen aktuellen Rentenwert, so ergibt sich ein Verhältnis von 91,5 Prozent. Bisher lag der Wert bei 88,8 Prozent. Die diesjährige Rentenanpassung nähert das Rentenniveau in den neuen Bundesländern damit weiter an das Niveau in den alten Bundesländern an.

Neue Höhe des Leistungszuschlages

Die Erhöhung der aktuellen Rentenwerte wirkt sich auch direkt auf die Höhe des Leistungszuschlages in der knappschaftlichen Rentenversicherung aus.

Aus der *Tabelle 1* ergeben sich die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwertes von 28,14 Euro, des Zugangsfaktors von 1,000 und der Anzahl der zurückgelegten vollen Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage für Rentenbezugszeiten ab 1. Juli 2013.

Die Tabelle 2 beinhaltet die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts (Ost) von 25,74 Euro und eines Zugangsfaktors von 1,000 für Renten, die nach dem SGB VI berechnet wurden und denen ausschließlich Entgeltpunkte (Ost) für den Leistungszuschlag zugrunde liegen. Wurden ständige Arbeiten unter Tage sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern zurückgelegt, so werden die Entgeltpunkte aus dem Leistungszuschlag in dem Verhältnis als Entgeltpunkte (Ost) berücksichtigt, in dem die Kalendermonate mit ständigen Arbeiten unter Tage, die gleichzeitig Beitragszeiten mit Entgeltpunkten (Ost) sind, zu allen Kalendermonaten mit ständigen Arbeiten unter Tage stehen.

Die Tabelle 3 zeigt die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag für nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrenten des Beitrittsgebietes.

UWE OGRZEWALLA
KBS/Dezernat II.1.3,
DV-Verbindungsstelle

CARSTEN LERG
KBS/Dezernat II.2.3, Grundsatz Rente
innerstaatlich

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

Tabelle 1: Leistungszuschlag in den alten Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	4,69	2,58	2,81	0,47	0,94
7	0,2500	9,38	5,16	5,63	0,94	1,88
8	0,3750	14,07	7,74	8,44	1,41	2,81
9	0,5000	18,76	10,32	11,26	1,88	3,75
10	0,6250	23,45	12,90	14,07	2,34	4,69
11	0,8750	32,83	18,06	19,70	3,28	6,57
12	1,1250	42,21	23,21	25,33	4,22	8,44
13	1,3750	51,59	28,37	30,95	5,16	10,32
14	1,6250	60,97	33,53	36,58	6,10	12,20
15	1,8750	70,35	38,69	42,21	7,03	14,07
16	2,1250	79,73	43,85	47,84	7,97	15,95
17	2,3750	89,11	49,01	53,47	8,91	17,82
18	2,6250	98,49	54,17	59,09	9,85	19,70
19	2,8750	107,87	59,33	64,72	10,78	21,58
20	3,1250	117,25	64,48	70,35	11,72	23,45
21	3,5000	131,32	72,22	78,79	13,13	26,27
22	3,8750	145,39	79,96	87,23	14,54	29,08
23	4,2500	159,46	87,70	95,68	15,94	31,90
24	4,6250	173,53	95,44	104,12	17,35	34,71
25	5,0000	187,60	103,18	112,56	18,76	37,52
26	5,3750	201,66	110,91	121,00	20,16	40,34
27	5,7500	215,73	118,65	129,44	21,57	43,15
28	6,1250	229,80	126,39	137,89	22,98	45,97
29	6,5000	243,87	134,13	146,33	24,38	48,78
30	6,8750	257,94	141,87	154,77	25,79	51,60
31	7,2500	272,01	149,60	163,21	27,20	54,41
32	7,6250	286,08	157,34	171,65	28,60	57,23
33	8,0000	300,15	165,08	180,10	30,01	60,04
34	8,3750	314,22	172,82	188,54	31,42	62,85
35	8,7500	328,29	180,56	196,98	32,82	65,67

Tabelle 2: Leistungszuschlag in den neuen Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	4,29	2,36	2,57	0,43	0,86
7	0,2500	8,58	4,72	5,15	0,86	1,72
8	0,3750	12,87	7,08	7,72	1,29	2,57
9	0,5000	17,16	9,44	10,30	1,72	3,43
10	0,6250	21,45	11,80	12,87	2,14	4,29
11	0,8750	30,03	16,52	18,02	3,00	6,01
12	1,1250	38,61	21,23	23,17	3,86	7,72
13	1,3750	47,19	25,95	28,31	4,72	9,44
14	1,6250	55,77	30,67	33,46	5,58	11,16
15	1,8750	64,35	35,39	38,61	6,43	12,87
16	2,1250	72,93	40,11	43,76	7,29	14,59
17	2,3750	81,51	44,83	48,91	8,15	16,30
18	2,6250	90,09	49,55	54,05	9,01	18,02
19	2,8750	98,67	54,27	59,20	9,86	19,74
20	3,1250	107,25	58,98	64,35	10,72	21,45
21	3,5000	120,12	66,06	72,07	12,01	24,03
22	3,8750	132,99	73,14	79,79	13,30	26,60
23	4,2500	145,86	80,22	87,52	14,58	29,18
24	4,6250	158,73	87,30	95,24	15,87	31,75
25	5,0000	171,60	94,38	102,96	17,16	34,32
26	5,3750	184,47	101,45	110,68	18,44	36,90
27	5,7500	197,34	108,53	118,40	19,73	39,47
28	6,1250	210,20	115,61	126,13	21,02	42,05
29	6,5000	223,07	122,69	133,85	22,30	44,62
30	6,8750	235,94	129,77	141,57	23,59	47,20
31	7,2500	248,81	136,84	149,29	24,88	49,77
32	7,6250	261,68	143,92	157,01	26,16	52,34
33	8,0000	274,55	151,00	164,74	27,45	54,92
34	8,3750	287,42	158,08	172,46	28,74	57,49
35	8,7500	300,29	165,16	180,18	30,02	60,07

Tabelle 3: Leistungszuschlag in nach § 307a SGB VI umgewerteten Renten

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro			
		Versichertenrente	Witwenrente	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
11	0,2500	8,58	5,15	0,86	1,72
12	0,5000	17,16	10,30	1,72	3,43
13	0,7500	25,74	15,44	2,57	5,15
14	1,0000	34,32	20,59	3,43	6,86
15	1,2500	42,90	25,74	4,29	8,58
16	1,5000	51,48	30,89	5,15	10,30
17	1,7500	60,06	36,04	6,00	12,01
18	2,0000	68,64	41,18	6,86	13,73
19	2,2500	77,22	46,33	7,72	15,45
20	2,5000	85,80	51,48	8,58	17,16
21	2,8750	98,67	59,20	9,86	19,74
22	3,2500	111,54	66,92	11,15	22,31
23	3,6250	124,41	74,65	12,44	24,89
24	4,0000	137,28	82,37	13,72	27,46
25	4,3750	150,15	90,09	15,01	30,03
26	4,7500	163,02	97,81	16,30	32,61
27	5,1250	175,89	105,53	17,58	35,18
28	5,5000	188,76	113,26	18,87	37,76
29	5,8750	201,62	120,98	20,16	40,33
30	6,2500	214,49	128,70	21,44	42,91
31	6,6250	227,36	136,42	22,73	45,48
32	7,0000	240,23	144,14	24,02	48,05
33	7,3750	253,10	151,87	25,30	50,63
34	7,7500	265,97	159,59	26,59	53,20
35	8,1250	278,84	167,31	27,88	55,78



ROLAND MOSER

SV-Abkommen mit Brasilien in Kraft

Das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Föderativen Republik Brasilien über Soziale Sicherheit vom 3. Dezember 2009 einschließlich seinem Schlussprotokoll (BGBl. 2010 II.S. 918, im Folgenden: SVA bzw. SP) und die Vereinbarung zur Durchführung des Abkommens vom gleichen Tag (BGBl. 2010 II.S. 935, im Folgenden: DV) sind am 1. Mai 2013 in Kraft getreten.

Die gewachsenen wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Deutschland und Brasilien (Brasilien ist die sechstgrößte Volkswirtschaft der Welt mit einem Bruttoinlandsprodukt von ca. 2.500 Mrd. USD im Jahr 2011) haben die Regierungen beider Länder veranlasst, ein umfassendes Sozialversicherungsabkommen miteinander zu schließen, das Regelungen über die Versicherungspflicht von entsandten Arbeitnehmern beinhaltet und dadurch doppelte Beitragslasten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Renten- und Arbeitslosenversicherung bzw. für Arbeitgeber in der Unfallversicherung vermeidet. Außerdem ist der uneingeschränkte Transfer von Rentenleistungen zwischen den Vertragsstaaten gewährleistet. Die im jeweiligen Recht erforderliche Wartezeit für die Leistung einer Rente kann durch Zusammenrechnung der Zeiten in den beiden Vertragsstaaten und auf deutscher Seite zusätzlich durch Einbeziehung von Versicherungszeiten in den Mitglied-

staaten der EU, in einem EWR-Staat oder in der Schweiz erfüllt werden. Im Einzelnen enthält das deutsch-brasilianische SVA für den Bereich der Rentenversicherung folgende bedeutende Regelungen:

1. Allgemeines

1.1 Sachlicher Geltungsbereich

Das Abkommen bezieht sich nach Art. 2 Abs. 1 auf die deutschen Rechtsvorschriften über die

- Rentenversicherung,
- hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung,
- Alterssicherung der Landwirte und
- die Unfallversicherung in Bezug auf Renten- und andere Geldleistungen sowie die brasilianischen Rechtsvorschriften in Bezug auf
- Rente, Invalidenrente, Hinterbliebenenrente und Unfallrente des Allgemeinen Sozialversicherungssystems,
- Rente, Invalidenrente und Hinterbliebenenrente der Sondersysteme

der Sozialversicherung für Bedienstete im öffentlichen Dienst.

In Fällen der Entsendung von Arbeitnehmern in den anderen Vertragsstaat (Art. 6 bis 9 SVA) wird auch die Arbeitslosenversicherung vom sachlichen Geltungsbereich erfasst (Nr. 8 Buchstabe a SP).

1.2 Multilaterale Abkommensanwendung

Art. 2 Abs. 2 des Abkommens beinhaltet ein sogenanntes Verbot multilateraler Vertragsanwendung. Dies bedeutet, dass bei Anwendung des deutsch-brasilianischen SVA andere zwischen- oder überstaatliche Abkommen bzw. Regelungen, die für einen der Vertragsstaaten gelten, unberücksichtigt bleiben müssen. Hat zum Beispiel ein Versicherter Zeiten sowohl in Deutschland, Brasilien und Chile, so darf es nur zu einer Anwendung des deutsch-brasilianischen SVA oder des deutsch-chilenischen SVA kommen.

Nicht erlaubt ist, dass neben den deutschen und brasilianischen Zeiten auch chilenische Zeiten für die Erfüllung der Wartezeit für eine deutsche Rente berücksichtigt werden.

Von diesem Grundsatz haben die Vertragspartner in Nr. 3 SP je eine Ausnahme zugelassen:

- Die deutschen Rentenversicherungsträger dürfen zu den deutschen und brasilianischen Versicherungszeiten – soweit erforderlich – auch Zeiten aus einem Land hinzurechnen, für das das koordinierende europäische Sozialrecht (VO (EG) Nr. 883/2004) gilt. Hierbei handelt es sich neben Deutschland um die zurzeit weiteren 26 EU-Mitgliedstaaten, die drei EWR-Staaten Liechtenstein, Norwegen und Island sowie die Schweiz.
- Der brasilianische Rentenversicherungsträger darf zu den brasilianischen und deutschen Versicherungszeiten – soweit erforderlich – auch Zeiten aus Ländern hinzurechnen, mit denen Brasilien ein bilaterales oder multilaterales Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat.

1.3 Versicherungslastregelungen

Ausdrücklich ausgenommen von dem Verbot der multilateralen Abkommensanwendung sind nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 SVA die in anderen Abkommen oder überstaatlichen Regelungen enthaltenen Versicherungslastregelungen, nach denen Versicherungszeiten endgültig in die Last eines Vertragsstaates übergegangen oder aus dessen Last abgegeben worden sind.

Aus deutscher Sicht sind somit die im Verhältnis zu Belgien, Bosnien-Herzegowina, Frankreich, Griechenland, Italien, zum Kosovo, zu Kroatien, Luxemburg, Mazedonien, Montenegro, den Niederlanden, Österreich, Serbien

und Slowenien bestehenden diesbezüglichen Regelungen auch bei Anwendung des deutsch-brasilianischen SVA zu beachten.

2. Persönlicher Geltungsbereich

Bei dem deutsch-brasilianischen SVA handelt es sich um ein sogenanntes offenes Abkommen. Es gilt daher für alle Personen, die Versicherungszeiten in Deutschland oder Brasilien zurückgelegt haben sowie für deren Hinterbliebene hinsichtlich abgeleiteter Ansprüche. Auf die Staatsangehörigkeit und den Aufenthaltsort der Berechtigten kommt es dabei zunächst nicht an. Unterschiede in der Anwendung der jeweiligen Rechtsvorschriften ergeben sich im Rahmen der Gleichbehandlungsvorschriften (vgl. 3.1).

Die in Art. 3 des Abkommens festgelegte Einstufung in drei Personengruppen soll die Bezugnahme auf bestimmte Personen in den weiteren Vorschriften des Abkommens erleichtern. Es wird wie folgt unterschieden:

2.1 Unmittelbar erfasste Personen

- Staatsangehörige der Vertragsstaaten. Für die Bundesrepublik Deutschland werden gemäß Nr. 4 SP die Staatsangehörigen der Staaten, in denen die VO (EG) Nr. 883/2004 gilt (vgl. 1.2) deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt.
- Flüchtlinge im Sinne des Artikels 1 des Abkommens der Vereinten Nationen vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und des Protokolls vom 31. Januar 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge.
- Staatenlose im Sinne des Artikels 1 des Übereinkommens vom 28. September 1954 über die Rechtsstellung der Staatenlosen.

2.2 Mittelbar erfasste Personen

Hierbei handelt es sich um Personen (= Drittstaatsangehörige) hinsichtlich der Rechte, die sie von einem Vertragsstaatsangehörigen (aus deutscher Sicht auch von einem EU-/EWR-Staatsangehörigen bzw. Schweizer), einem Flüchtling oder einem Staatenlosen ableiten (in der Regel Hinterbliebenenrenten).

2.3 Drittstaatsangehörige

Hierunter werden alle Personen zusammengefasst, die nicht zum Kreis der unmittelbar (2.1) oder mittelbar erfassten Personen (2.2) gehören.

3. Gleichbehandlung

Die Vorschriften des SVA über die Gleichbehandlung von Personen (Artikel 4) und die Gleichstellung der Hoheitsgebiete (Artikel 5) entfalten dann ihre Wirkung, wenn und soweit das jeweilige nationale Recht der Vertragsstaaten unterschiedliche Rechtsfolgen bei Inländern und Ausländern oder bei einem Aufenthalt im Inland und Ausland vorsieht.

3.1 Gleichstellung von Personen

Nach Art. 4 Abs. 1 des Abkommens sind die vom Abkommen unmittelbar (2.1) oder mittelbar (2.2) erfassten Personen bei Aufenthalt in einem der Vertragsstaaten bei Anwendung der nationalen Rechtsvorschriften den eigenen Staatsangehörigen gleichgestellt. Deutscherseits gehören hierzu auch EU-/EWR-Staatsangehörige und Schweizer Bürger sowie Personen, die ihre Rechte von einem solchen Staatsangehörigen ableiten.

Da das deutsche Recht keine Unterscheidung nach der Staatsangehörigkeit bei Inlandsaufenthalt kennt, ergeben sich aus deutscher Sicht nur bei einem Auslandsaufenthalt Auswirkungen (vgl. 3.2).

Allerdings wird dieser Gleichbehandlungsgrundsatz in mehreren Punkten wieder durchbrochen:

- Der persönliche Geltungsbereich von Versicherungslastregelungen wird nicht erweitert (Nr. 5 Buchstabe a SP).
- Das Abkommen berührt nicht die nationalen Vorschriften, die die Mitwirkung der Versicherten und Arbeitgeber in den Organen der Selbstverwaltung der Träger und der Verbände sowie in der Sozialgerichtsbarkeit gewährleistet regeln (Nr. 5 Buchstabe b SP).
- Für vom deutsch-brasilianischen SVA erfasste EU-/EWR-Staatsangehörige bzw. Schweizer Bürger mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt hinsichtlich des Rechts zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung ausschließlich das Recht der VO (EG) Nr. 883/2004 (Nr. 5 Buchstabe c SP).
- Brasilianische Staatsangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sowie Flüchtlinge und Staatenlose mit gewöhnlichem Aufenthalt in Brasilien können sich in der deutschen Rentenversicherung freiwillig versichern, wenn sie zuvor für mindestens 60 Monate Beitragszeiten in der deutschen Rentenversicherung zurückgelegt haben (Nr. 5 Buchstabe d SP).

Für die Erbringung von Leistungen regelt Artikel 4 Abs. 2 des Abkommens die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen des anderen Vertragsstaates auch bei Aufenthalt im Drittstaat. In Nr. 6 des SP wird ausdrücklich für die brasilianische Seite bestimmt, dass brasilianische Geldleistungen nicht reduziert, geändert, eingestellt oder einbehalten werden dürfen, weil sich der Leistungsempfänger in Deutsch-

land oder einem Drittstaat gewöhnlich aufhält. Eine Sonderregelung gilt auf deutscher Seite für EU-/EWR-Staatsangehörige bzw. Schweizer Bürger (vgl. 3.2).

Die Regelungen über die Personengleichstellung haben auf deutscher Seite i. V. m. der Gleichstellung der Hoheitsgebiete nach Artikel 5 des Abkommens insbesondere Bedeutung bei der Anwendung der Auslandsrentenzahlungsvorschriften (§§ 110 ff. SGB VI) und die freiwillige Versicherung (vgl. 4.1).

3.2 Gleichstellung der Hoheitsgebiete

Durch die in Artikel 5 des Abkommens normierte Gebietsgleichstellung erhalten brasilianische Staatsangehörige, Flüchtlinge und Staatenlose sowie deren Hinterbliebene ihre Rente bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Brasilien grundsätzlich in gleicher Höhe wie bei einem Wohnsitz in Deutschland. Deutsche Staatsangehörige, Flüchtlinge und Staatenlose sowie deren Hinterbliebene mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland erhalten eine brasilianische Rente in gleicher Weise als hielten sie sich in Brasilien auf.

3.2.1 Einschränkungen der Gebietsgleichstellung

- **Drittstaatsangehörige**
Für Drittstaatsangehörige, die nicht zu den vom Abkommen unmittelbar (EU/EWR-Staatsangehörige, Schweizer) oder mittelbar erfassten Personen gehören, gilt sowohl die Personen – als auch die Gebietsgleichstellung nicht. Aus diesem Grunde ist zum Beispiel ein in Brasilien lebender Argentinier im Rahmen des deutsch-brasilianischen SVA bei Anwendung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften wie ein Ausländer zu behandeln, was

dazu führt, dass seine deutsche Rente nur zu 70 Prozent nach Brasilien gezahlt wird.

- **Arbeitsmarktrenten**
Eine deutsche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird nach Nr. 7 Buchstabe a SP nur dann nach Brasilien geleistet, wenn der Anspruch unabhängig von der Arbeitsmarktlage besteht.
- **Versicherungszeiten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland**
Nach dem SGB VI werden auch reichsdeutsche Beitragszeiten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland (zum Beispiel in Schlesien, dem Sudetenland) sowie für Berechtigte nach dem Fremdenrentenrecht (FRG) ausländische Zeiten (zum Beispiel in Polen, Russland) angerechnet. Das Auslandsrentenzahlungsrecht (§ 272 SGB VI) sieht eine Zahlung von Renten aus diesen Zeiten nur in wenigen Ausnahmefällen (Geburt des Versicherten vor dem 19.5.1950, Auslandsverzug vor dem 19.5.1990, Mitziehen einer gleichgroßen Anzahl von Entgeltpunkten aus diesen Zeiten wie Entgeltpunkte aus bundesdeutschen Zeiten vorhanden sind) vor. Das Abkommen hebt diese Vorschrift im Verhältnis zu Brasilien nicht auf (Nr. 7 Buchstabe b SP).
- **Leistungen zur Teilhabe**
Nach Nr. 7 Buchstabe c SP gilt die Gebietsgleichstellung nicht in Bezug auf Leistungen zur Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie über ergänzende Leistungen. Somit werden solche Leistungen grundsätzlich nicht bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Brasilien erbracht.
- **Ruhen der Rente wegen Entziehens vor einem Strafverfahren durch Auslandsaufenthalt**
Die deutschen Rechtsvorschriften (Art. 4 Rentenüberleitungsgesetz), die das Ruhen von Ansprüchen aus der Rentenversicherung für Personen

ermöglichen, die sich einem gegen sie betriebenen Strafverfahren durch Aufenthalt im Ausland entziehen, werden nach Nr. 7 Buchstabe d SP nicht berührt.

■ **Auslandsrentenzahlung**

_ **Gewöhnlicher Aufenthalt in Brasilien**
Die vom Abkommen unmittelbar (vgl. 2.1) oder mittelbar (vgl. 2.2) erfassten nicht-deutschen Personen sind bei Anwendung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften wie Deutsche zu behandeln (§§ 113, 114, 272 SGB VI).

Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit und Renten für Bergleute nach § 45 Absatz 1 SGB VI sind ungeachtet der §§ 112 Satz 2 und 270b SGB VI auch dann zu gewähren, wenn auf diese Leistungen für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland noch kein Anspruch bestanden hat.

Die Leistung für Kindererziehung ist deutschen Staatsangehörigen und diesen gleichgestellten Personen wie bei Wohnsitz im Inland zu zahlen. Die Einschränkung in Nr. 7 Buchstabe b SP kommt nicht zum Tragen, da die Leistung für Kindererziehung nicht auf Versicherungszeiten beruht.

Für Drittstaatsangehörige (vgl. 2.3) finden die für Ausländer geltenden Vorschriften der §§ 110 ff. SGB VI Anwendung.

_ **Gewöhnlicher Aufenthalt in einem Drittstaat**
Brasilianische Staatsangehörige sind auch bei Wohnsitz außerhalb der Vertragsstaaten bei Anwendung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften wie Deutsche zu behandeln (§§ 113, 114, 272 SGB VI). Die Einschränkungen in den §§ 112

und 270b SGB VI sind allerdings zu beachten, da die Gebietsgleichstellung des Artikels 5 des Abkommens nur für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts in Brasilien gilt. Eine während eines gewöhnlichen Aufenthalts in Brasilien unter Außerachtlassung der §§ 112 und 270b SGB VI zuerkannte Rente fällt allerdings bei der Wohnsitzverlegung in einen Drittstaat nicht weg.

Für Flüchtlinge, Staatenlose und Drittstaatsangehörige (hierzu gehören auch Hinterbliebene brasilianischer Staatsangehöriger, die selbst nicht die deutsche oder brasilianische Staatsangehörigkeit besitzen) finden die für Ausländer maßgebenden Vorschriften der §§ 110 ff. SGB VI Anwendung. Ausländische Hinterbliebene eines deutschen Staatsangehörigen sind nach innerstaatlichen deutschen Rechtsvorschriften (§§ 113 Abs. 3 Satz 2, 114 Abs. 3, 272 Abs. 1 S. 2 SGB VI) auch im Drittstaat wie deutsche Berechtigte zu behandeln. Gleiches gilt für drittstaatsangehörige Hinterbliebene eines EU-/EWR-Staatsangehörigen bzw. Schweizer Bürgers sowohl nach innerstaatlichem deutschem Recht als auch aufgrund des koordinierenden europäischen Sozialrechts.

4. Durchführung der Versicherung (Entsendevorschriften)

Die Artikel 6 bis 9 des Abkommens enthalten Regelungen darüber, welche nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht anzuwenden sind, damit eine Doppelversicherung vermieden wird. Ergänzt werden diese Vorschriften durch die Nrn. 8 bis 11 SP sowie Art. 4 DV. Die Regelungen beziehen sich auch auf die Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung (Nr. 8 Buchstabe a SP).

Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern richtet sich gemäß Artikel 6 SVA nach den Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates. Dies gilt selbst dann, wenn sich der Arbeitgeber im anderen Vertragsstaat befindet. Für Seeschiffe gilt das Flaggenrecht, d.h., die Versicherung der Seeleute richtet sich nach dem Recht des Landes, unter dessen Flagge das Schiff fährt.

Wird ein Arbeitnehmer, der in einem Vertragsstaat beschäftigt ist, im Rahmen dieses Beschäftigungsverhältnisses von seinem Arbeitgeber in den anderen Vertragsstaat entsandt, um dort eine Arbeit für diesen Arbeitgeber auszuführen, gelten für diese Beschäftigung während der ersten 24 Kalendermonate gemäß Artikel 7 SVA die Rechtsvorschriften des Entsendestaates. Gleiches gilt auch für Selbstständige im Rahmen einer Selbstentsendung, sofern der Selbstständige vom sachlichen Geltungsbereich des Abkommens (zum Beispiel Versicherungspflicht in der Rentenversicherung) erfasst wird (Art. 7 Abs. 2 SVA).

Ausnahmereinbarungen sind nach Artikel 9 SVA unter bestimmten Voraussetzungen möglich (zum Beispiel wenn eine Entsendung über die Dauer von 24 Kalendermonaten gehen soll oder eine „unechte“ Entsendung zu einer Tochtergesellschaft des Arbeitgebers geplant ist).

Nr. 10 SP schließt nachfolgend aufgeführte Tatbestände als eine Beschäftigung im Rahmen der Entsendung aus und dient somit der Missbrauchsverhütung. Eine Entsendung liegt hier nach nicht vor, wenn

- die entsandten Arbeitnehmer „artfremde“ Tätigkeiten im Beschäftigungsstaat im Verhältnis zum Entsendestaat verrichten (zum Beispiel Bauarbeiter arbeiten in einem Schlachthof),

- der Arbeitgeber im Entsendestaat nur eine „Postkastenfirma“ unterhält mit dem Ziel, Arbeitnehmer nahezu ausschließlich in den anderen Vertragsstaat zu entsenden,
- der Arbeitnehmer nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Entsendestaat hat und nur zum Zwecke der Entsendung eingestellt wird,
- die Arbeitnehmerüberlassung einen Verstoß gegen das Recht eines Vertragsstaates darstellt,
- der Arbeitnehmer zwischen zwei Entsendungen weniger als sechs Monate im Entsendestaat beschäftigt war.

4.1 Freiwillige Versicherung

Die im Abkommen geregelte Personen- und Gebietsgleichstellung hat nicht zur Folge, dass vom Abkommen erfasste Personen uneingeschränkt das Recht zur freiwilligen Rentenversicherung in Deutschland genießen. Außerdem wirkt sich das Abkommen

in Bezug auf die freiwillige Versicherung nicht auf Personen aus, die bereits nach innerstaatlichem deutschen Recht oder überstaatlichem Recht zur freiwilligen Versicherung in Deutschland berechtigt sind.

4.1.1 Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland

Nach § 7 Abs. 1 SGB VI sind grundsätzlich alle Personen ab dem 16. Lebensjahr ohne weitere Voraussetzungen zur freiwilligen Versicherung berechtigt, solange in Deutschland ein gewöhnlicher Aufenthalt besteht.

4.1.2 Gewöhnlicher Aufenthalt in Brasilien

Bei Aufenthalt in Brasilien können sich brasilianische Staatsangehörige, Flüchtlinge und Staatenlose – vorbehaltlich günstigerer innerstaatlicher Vorschriften (§ 232 SGB VI) – nur dann in der deutschen Rentenversicherung freiwillig versichern, wenn sie zu dieser

für mindestens 60 Monate Beiträge entrichtet haben (Nr. 5 Buchstabe d SP).

Nach Nr. 5 Buchstabe c SP richtet sich das Recht zur freiwilligen Versicherung für EU-/EWR-Staatsangehörige und Schweizer nach dem koordinierenden europäischen Sozialrecht (VO (EG) Nr. 883/2004). Danach sind EU-/EWR-Staatsangehörige und Schweizer weltweit zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, wenn zumindest ein Vorbeitrag geleistet wurde (Anhang XI Deutschland Nr. 4 der VO (EG) 883/2004).

Für Drittstaatsangehörige besteht während des gewöhnlichen Aufenthaltes in Brasilien kein Recht zur freiwilligen Rentenversicherung in Deutschland.

Notwendige Vorbeiträge für freiwillige Versicherung in Deutschland

Gewöhnlicher Aufenthalt in	Deutschland	Brasilien	EU-Mitgliedstaat	EWR/Schweiz	Drittstaat
Brasilianischer Staatsangehöriger	ohne Vorbeitrag ¹⁾	60 Monate ²⁾	1 Monat ³⁾	60 Monate ²⁾	60 Monate ²⁾
Staatsangehöriger der EU-/EWR/Schweiz	ohne Vorbeitrag ¹⁾	1 Monat ³⁾	1 Monat ³⁾	1 Monat ³⁾	1 Monat ³⁾
Flüchtlinge/Staatenlose	ohne Vorbeitrag ¹⁾	60 Monate ²⁾	1 Monat ³⁾	1 Monat ³⁾	keine Berechtigung
Drittstaatsangehöriger	ohne Vorbeitrag ¹⁾	keine Berechtigung	1 Monat ⁴⁾	keine Berechtigung	keine Berechtigung

1) = § 7 Abs. 1 SGB VI, 2) = Nr. 5 Buchstabe d SP, 3) = Anhang XI Deutschland Nr. 4 VO (EG) 883/2004, 4) = Drittstaatsangehörigenverordnung (VO (EU) Nr. 1231/2010)

4.1.3 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat

Während eines gewöhnlichen Aufenthaltes in einem EU-Mitgliedstaat sind alle Personenkreise (Brasilianer, EU-/EWR-Staatsangehörige, Schweizer, Staatenlose und Flüchtlinge sowie Drittstaatsangehörige) bei einem Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung in Deutschland berechtigt.

4.1.4 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem EWR-Staat oder der Schweiz

In Fällen dieser Art sind brasilianische Staatsangehörige mit 60 Vorbeiträgen, EU-/EWR-Staatsangehörige, Schweizer, Staatenlose und Flüchtlinge mit einem Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung in Deutschland berechtigt. Drittstaatsangehörige besitzen dagegen kein Recht auf eine freiwillige Versicherung.

4.1.5 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem Drittstaat

Bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem Drittstaat sind brasilianische Staatsangehörige mit 60 Vorbeiträgen, EU-/EWR-Staatsangehörige und Schweizer mit einem Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung in Deutschland berechtigt. Staatenlose und Flüchtlinge sowie Drittstaatsangehörige besitzen dagegen kein Recht auf eine freiwillige Versicherung. Für Drittstaatsangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge können im Rahmen anderer bilateraler Sozialversicherungsabkommen der Bundesrepublik abweichende Regelungen gelten.

4.1.5 Übersichtstabelle

Wegen der verschiedenen Rechtsgrundlagen (nationales deutsches Recht, Abkommensrecht sowie Regelungen des koordinierenden europäischen Sozialrechts) sind die Bestimmungen zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung sehr unübersichtlich. Die nebenstehende Tabelle soll einen schnellen Überblick verschaffen.

4.2 Beiträgerstattung

Nach § 210 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI können eine Beiträgerstattung Personen erhalten, die nicht versicherungspflichtig sind und nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung besitzen.

Da im Abkommen eine brasilianische Versicherungspflicht nicht einer deutschen Versicherungspflicht gleichgestellt wird, steht die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung einer Erstattung deutscher Rentenversicherungsbeiträge nicht im Wege.

Da EU-/EWR-Staatsangehörige und Schweizer mit einem Vorbeitrag zur deutschen Rentenversicherung bei einem weltweiten Aufenthalt zur freiwilligen Versicherung berechtigt sind, besteht für diese Personengruppe grundsätzlich kein Recht auf Beiträgerstattung.

Unter Berücksichtigung der Regelungen für eine freiwillige Versicherung (vgl. 4.1) ergeben sich für die übrigen Personenkreise folgende Konsequenzen:

- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Brasilien können brasilianische Staatsangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge, die für weniger als 60 Monate Beiträge zur deutschen Rentenversicherung entrichtet haben sowie Drittstaatsangehörige, die nicht die Staatsangehörigkeit eines EU-/EWR-Staates bzw. der Schweiz besitzen, unabhängig von der Anzahl deutscher Beiträge eine Beiträgerstattung erhalten.
- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem Drittstaat (außerhalb EU/EWR, Schweiz) können brasilianische Staatsangehörige, die weniger als 60 Monate Beiträge zur gesetzlichen deutschen Rentenversicherung entrichtet haben, eine Beiträgerstattung erhalten. Drittstaatsangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge

können vorbehaltlich anderer zwischenstaatlicher Regelungen eine Beiträgerstattung erhalten.

- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat sind brasilianische Staatsangehörige, Flüchtlinge und Staatenlose sowie sonstige Drittstaatsangehörige zur freiwilligen Versicherung bei Vorhandensein eines Vorbeitrages in Deutschland berechtigt; somit ist in diesen Fällen eine Beiträgerstattung ausgeschlossen.
- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem EWR-Staat oder der Schweiz sind brasilianische Staatsangehörige, die über weniger als 60 deutsche Beiträge verfügen, zur Beiträgerstattung berechtigt. Drittstaatsangehörige können sich stets die Beiträge erstatten lassen, weil kein Recht zur freiwilligen Versicherung besteht. Flüchtlinge und Staatenlose sind mit einem Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung berechtigt und somit von der Beiträgerstattung ausgeschlossen.

5. Unfallversicherung

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sieht Art. 10 Koordinierungsregelungen vor, die gegebenenfalls durch Berücksichtigung vergleichbarer Sachverhalte im anderen Staat zu einem Unfallrentenanspruch führen oder einen bestehenden Anspruch positiv beeinflussen.

6. Rentenversicherung

Der Bereich Rentenversicherung wird in den Artikeln 11 bis 13 abgehandelt, wobei Artikel 11 die gemeinsamen Grundsätze und Artikel 12 Besonderheiten für den deutschen Träger sowie Artikel 13 Besonderheiten für den brasilianischen Träger beinhaltet. Ergänzt werden diese Regelungen durch Nr. 3 SP, die in gewissen Grenzen für beide Vertragsstaaten eine multilaterale Zusammenrechnung eröffnet.

6.1 Anspruchsprüfung

Die nach brasilianischen Rechtsvorschriften anrechenbaren Versicherungszeiten sind für den Erwerb eines Anspruchs auf eine deutsche Rentenleistung erforderlichenfalls mit den deutschen Zeiten zusammenzurechnen. Dies gilt auch für deutsche Ermessensleistungen (Leistungen zur Teilhabe).

Darüber hinaus ermöglicht Nr. 3 Buchstabe a SP, dass der deutsche Träger im Bedarfsfall zu den deutschen und brasilianischen Zeiten auch Versicherungszeiten hinzurechnen darf, die in einem EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat (Liechtenstein, Norwegen, Island) oder der Schweiz zurückgelegt wurden.

Für die Anspruchsprüfung und Zusammenrechnung ergeben sich folgende Grundsätze:

- Ist bei der Anspruchsprüfung auf deutsche Versicherungszeiten mit bestimmten (zusätzlichen) Qualifikationsmerkmalen (zum Beispiel Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit) abzustellen, gilt dies für die Berücksichtigung brasilianischer Zeiten entsprechend.
- Für die Verlängerung von Rahmenzeiträumen werden vergleichbare brasilianische Tatbestände den sogenannten Aufschubzeiten bzw. Dehnungstatbeständen des deutschen Rechts gleichgestellt. Diese Gleichstellung gilt für Zeiten, in denen Invaliditäts- oder Altersrente oder Leistungen wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfällen (mit Ausnahme von Renten) nach den Rechtsvorschriften Brasiliens gezahlt wurden, und Zeiten der Kindererziehung in Brasilien.
- Nach dem Beratungsergebnis in der Arbeitsgruppe für zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht (TOP 12 Sitzung 2/2010 der AGZWSR) werden im Rahmen des SVA keine

Dehnungstatbestände, die in einem EU-/EWR-Land bzw. in der Schweiz entstanden sind, berücksichtigt, weil das Brasilienabkommen nur teilweise eine multilaterale Zusammenrechnung in Bezug auf Versicherungszeiten, nicht jedoch hinsichtlich der Dehnungstatbestände, vorsieht.

- Art und Umfang der brasilianischen Versicherungszeiten richten sich ausschließlich nach brasilianischem Recht. Hierbei berücksichtigt der deutsche Träger die Versicherungszeiten nur in ihrem tatsächlichen zeitlichen Umfang.
- Ist in Deutschland zumindest ein Beitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden, werden brasilianische Versicherungszeiten, die in bergbaulichen Betrieben unter Tage zurückgelegt worden sind, der knappschaftlichen Rentenversicherung zugeordnet. Außerdem sind in brasilianischen Bergwerken verrichtete ständige Arbeiten unter Tage oder diesen gleichgestellte Arbeiten solchen deutschen Tätigkeiten gleichgestellt. Hierdurch kann durch zwischenstaatliche Zusammenrechnung dieser speziellen Wartezeitmonate die Voraussetzung für den Bezug von Sonderleistungen aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt werden (zum Beispiel Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute). Da Nr. 3 Buchstabe a SP eine multilaterale Zusammenrechnung von Versicherungszeiten in Deutschland, Brasilien und in EU-/EWR-Staaten bzw. der Schweiz vorsieht, kann zu den deutschen knappschaftlichen Zeiten eine Zusammenrechnung von Unter-Tage-Beitragszeiten aus Brasilien und den EU-/EWR-Staaten sowie der Schweiz erfolgen.

6.2 Rentenberechnung

Das Abkommen enthält hinsichtlich der Rentenberechnung für die deutschen Träger keine besonderen

Bestimmungen. Artikel 12 Absatz 1 SVA schreibt lediglich vor, dass Grundlage für die Ermittlung persönlicher Entgeltpunkte die nach deutschem Recht ermittelten Entgeltpunkte sind. Die Berechnung deutscher Renten erfolgt somit nach innerstaatlichen Grundsätzen (rein innerstaatliche Berechnung), ohne dass brasilianische Versicherungszeiten unmittelbar Einfluss auf die Ermittlung der persönlichen Entgeltpunkte nehmen. Mittelbar können die brasilianischen Zeiten den Umfang der persönlichen Entgeltpunkte aber dann beeinflussen, wenn das Erfordernis der 25 bzw. 35 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten im Sinne der §§ 70 Absatz 3 a und 262 SGB VI nur unter Berücksichtigung brasilianischer Versicherungszeiten erfüllt ist. Mangels einer ausdrücklichen Ausschlussfrist im Abkommen sind brasilianische Zeiten im Rahmen der genannten Vorschriften zu berücksichtigen.

Eine Berücksichtigung brasilianischer Bergbauzeiten für die Ermittlung des deutschen knappschaftlichen Leistungszuschlags (§ 85 SGB VI) sieht das Abkommen nicht vor.

Das Abkommen enthält keine sogenannte Kleinstzeitenregelung. Eine Rentenleistung ist bei zwischenstaatlich erfüllter Wartezeit gegebenenfalls aus nur einem Beitragsmonat zu erbringen.

7. Antragsgleichstellung

Ein Antrag auf eine Leistung nach den Rechtsvorschriften eines Vertragsstaates ist auch dann wirksam gestellt, wenn er bei einer für die Entgegennahme solcher Anträge zuständigen Stelle des anderen Vertragsstaates gestellt wurde (Art. 17 Abs. 1 SVA). Entsprechendes gilt auch für sonstige Anträge sowie für Erklärungen, Auskünfte und Rechtsbehelfe.

Ein Antrag auf eine Leistung nach den Rechtsvorschriften eines Vertragsstaates gilt gleichzeitig als Antrag auf eine entsprechende Leistung nach den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates (Antragsgleichstellung). Dies gilt nur, wenn im Antrag auch die Versicherungszeiten im anderen Vertragsstaat angegeben wurden. Insofern müssen beide Vertragsstaaten bei ihren Rentenantragsformularen dafür Sorge tragen, dass entsprechende Fragen aufgenommen werden, sofern dies noch nicht geschehen ist.

Bei Anträgen auf Rente wegen Alters steht dem Versicherten das Recht zu, seine Ansprüche gegenüber nur einem Vertragsland zu begrenzen und die Ansprüche im anderen Vertragsstaat aufzuschieben. Dies kann zur Vermeidung von hohen Abschlägen bei vorzeitigem Rentenbezug Sinn machen.

8. Verbindungsstellen

Nach Art. 19 SVA werden für die praktische Durchführung des Abkommens in beiden Vertragsstaaten Verbindungsstellen benannt. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind dies die DRV Nordbayern, die DRV Bund und die DRV Knappschaft-Bahn-See auf deutscher und das Instituto Nacional de Seguro Social (Nacionales Institut für Sozialversicherung) in Brasilien (INSS).

9. Leistungsansprüche aufgrund des Abkommens

Rentenansprüche aufgrund des Abkommens (zum Beispiel durch Zusammenrechnung von deutschen und brasilianischen Zeiten) können frühestens ab dem Inkrafttreten des Abkommens (1. Mai 2013) entstehen (Art. 23 Abs. 1 SVA).

Frühere Entscheidungen (zum Beispiel Ablehnung eines Rentenantrages wegen nichterfüllter Wartezeit) stehen

einer Überprüfung im Rahmen des Abkommens nicht entgegen. Ansprüche können auch in diesen Fällen erst ab dem Inkrafttreten realisiert werden (Art. 23 Abs. 3 SVA).

Mit Art. 23 Abs. 4 SVA wird eine erweiterte Antragsfrist von 24 Kalendermonaten ab Inkrafttreten des Abkommens eingeräumt für Fälle, in denen ein Leistungsanspruch erst durch das Abkommen begründet wird. In solchen Fällen beginnt die Rente mit dem Monat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt waren, frühestens mit dem Inkrafttreten des Abkommens.

Renten, die bereits vor dem Inkrafttreten des Abkommens gezahlt wurden, können auf Antrag neu festgestellt werden, wenn sich aus dem Abkommen heraus eine Änderung ergibt. Eine Neufeststellung ist auch von Amts wegen möglich. In einem solchen Fall soll der Tag der Verfahrenseinleitung als Tag der Antragstellung nach den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates gelten (Art. 23 Abs. 5 SVA).

Eine auf Antrag oder von Amts wegen durchgeführte Neufeststellung einer bereits gezahlten Rente darf nicht zu einem niedrigeren Zahlbetrag der bisher geleisteten Rente führen. Sollte dieser Fall eintreten, ist die Rente in bisheriger Höhe weiterzuzahlen (Art. 23 Abs. 6 SVA).

10. Auszahlung der Renten im Vertragsstaat

Die Zahlung von Renten in den anderen Vertragsstaat kann nach Art. 5 DVO entweder direkt an den Berechtigten oder durch Einschaltung der Verbindungsstellen erfolgen. Sowohl die deutsche als auch die brasilianische Seite haben sich für eine unmittelbare Zahlung ohne Einschaltung der jeweils anderen Verbindungsstellen entschieden.

11. Sonstige Regelungen

Wie in anderen Abkommen auch enthält das deutsch-brasilianische Sozialversicherungsabkommen eine Reihe von Regelungen, die die praktische Durchführung des Abkommens erleichtern sollen.

11.1 Amtshilfe und ärztliche Untersuchungen

Die Träger, Verbände von Trägern und die Behörden der Vertragsstaaten leisten sich gegenseitig Amtshilfe bei der Durchführung des Abkommens. Die Amtshilfe soll grundsätzlich kostenlos erfolgen (Art. 14 Abs. 1 SVA).

Wird in einem Rentenverfahren ein medizinisches Gutachten erstellt, ist dies dem Träger des anderen Vertragsstaates kostenlos zur Verfügung zu stellen. Gibt der Versicherungsträger des anderen Vertragsstaates dem Versicherungsträger, in dessen Gebiet der Berechtigte wohnt, den Auftrag zur Erstellung eines medizinischen Gutachtens (zum Beispiel Zusatzgutachten, Nachuntersuchung), dann sind die Kosten für die Gutachtenerstellung zu erstatten, wenn der Wohnsitzträger selbst dieses Gutachten nicht benötigt (Art. 14 Abs. 2 SVA).

11.2 Gebühren und Legalisation

Nationale Regelungen über die Ermäßigung oder Befreiung von Steuern oder Gebühren für Dokumente, die für Zwecke der Sozialversicherung benötigt werden, sollen auch für Dokumente gelten, die im Rahmen des Abkommens beim Träger des Vertragsstaates vorzulegen sind.

Außerdem werden alle Dokumente, die in Anwendung des Abkommens verwendet werden sollen, von der Legalisation oder anderen Förmlichkeiten befreit (Art. 15 SVA).

11.3 Bekanntgabe und Amtssprachen

Mit Art. 16 Abs. 1 wird geregelt, dass die Träger und Behörden der Vertragsstaaten im Rahmen des Abkommens unmittelbar und mit beteiligten Personen in ihrer jeweiligen Amtssprache kommunizieren können.

Ferner dürfen Bescheide oder sonstige Schriftstücke einer Person, die im anderen Vertragsstaat wohnt, unmittelbar durch einfachen Brief bekannt gegeben werden (Art. 16 Abs. 2 SVA).

Die mit dem Abkommen befassten Träger und Behörden müssen akzeptieren, wenn ihnen Eingaben und Urkunden in der Amtssprache des anderen Vertragsstaates vorgelegt werden. In diesen Fällen müssen Übersetzungen zu Lasten des Trägers bzw. der Behörde angefertigt werden (Art. 16 Abs. 3 SVA).

11.4 Datenschutz

Da im Rahmen des Abkommens persönliche Daten grenzüberschreitend ausgetauscht werden, ist dem Datenschutz ein besonderes Augenmerk gewidmet. Art. 18 beinhaltet ausführliche Regelungen, die eine sachgerechte Verwendung der übermittelten Daten sicherstellen sollen.

11.5 Währungs- und Umrechnungskurse

Geldleistungen können an Berechtigte in der Währung des Wohnsitzlandes mit befreiender Wirkung erbracht werden. Hierbei ist der Umrechnungskurs des Tages maßgeblich, an dem die Überweisung veranlasst wurde.

Geldüberweisungen zwischen den Verbindungsstellen (zum Beispiel für die Erstattung von Gutachtenkosten) sind stets in der Währung des Geldempfängers zu leisten (Art. 20 SVA).

11.6 Erstattungen

Mit Artikel 21 wird die Möglichkeit eröffnet, zu Unrecht erbrachte Geldleistungen mit Geldleistungen, die im anderen Vertragsstaat gezahlt werden, aufzurechnen. Eine Aufrechnung kann nur in den Grenzen und nach Maßgabe des Rechts des Trägers erfolgen, der die Verrechnung vornehmen soll. Im deutschen Recht wäre dies der § 52 SGB I.

12. Schlussbetrachtung

Mit dem Inkrafttreten des SVA Brasilien rückt der südamerikanische Subkontinent stärker in das Blickfeld deutscher Sozialpolitik. Gemessen an der Wirtschaftskraft Brasiliens und den starken wirtschaftlichen Beziehungen, die Deutschland in den vergangenen Jahren zu Brasilien aufgebaut hat, ist der Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens ein sinnvoller und notwendiger Schritt. Die Entsprechungen vermeiden kostentreibende Doppelversicherungen und erleichtern das wirtschaftliche Engagement von Unternehmen im jeweils anderen Staat. Aller Voraussicht nach werden in den nächsten Jahren weitere Abkommen mit Staaten in dieser Region folgen (Argentinien, Uruguay). Mit der multilateralen Zusammenarbeit gehen die Vertragspartner einen neuen und sicherlich zukunftsweisenden Weg, der der zunehmenden Globalisierung der Weltwirtschaft und der damit einhergehenden verstärkten grenzüberschreitenden Berufstätigkeit von Arbeitnehmern geschuldet ist.

Eine statistische Erhebung hat ergeben, dass über 2.000 Versicherte der KBS eine Berührung zu Brasilien haben und möglicherweise den einen oder anderen Vorteil aus dem Abschluss des SVA ziehen können.

ROLAND MOSER

KBS/Dezernat II.3
Grundsatz über- und zwischenstaatliches Rentenrecht, Fremdenrentenrecht und Auslandsrentenzahlungsrecht

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

Acht neue Bundesrichterinnen und Bundesrichter für das Bundesarbeitsgericht und das Bundessozialgericht gewählt

Der Richterwahlausschuss hat in seiner Sitzung Ende März für das Bundesarbeitsgericht und das Bundessozialgericht insgesamt acht Bundesrichter/innen gewählt:

Bundesarbeitsgericht:

- Dr. Martina Ahrendt, Richterin am Arbeitsgericht Berlin
- Markus Krumbiegel, Richter am Arbeitsgericht Nürnberg
- Margot Weber, Richterin am Arbeitsgericht Stuttgart

Bundessozialgericht:

- Dr. Dirk Bieresborn, Richter am Hessischen Landessozialgericht
- Dr. Thomas Flint, Richter am Landessozialgericht Hamburg
- Olaf Rademacker, Richter am Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht
- Dr. Matthias Röhl, Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
- Dr. Ursula Waßer, Richterin am Landessozialgericht Sachsen-Anhalt

Der Richterwahlausschuss entscheidet in geheimer Abstimmung mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Er setzt sich aus 16 Landesministerinnen und Landesministern sowie 16 vom Bundestag gewählten Mitgliedern zusammen.

rög ■

Rezension

Die Ersatzansprüche nach § 116 SGB X von Dr. Dieter Krauskopf und Horst Marburger aus der Reihe Fortbildung und Praxis des Asgard-Verlages Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin, 7. Auflage 2013, 530 Seiten, 69,90 Euro, ISBN 978-3-537-30908-2.

Das Werk widmet sich vornehmlich der Regelung des § 116 SGB X, der Schlüsselvorschrift des bundesrepublikanischen Regressrechts. Einleitend werden eingehend die Motive für den

Rechtsübergang und die Bedeutung für das Sozialrecht dargestellt, um sodann die einzelnen Haftpflichttatbestände, den Umfang der Ansprüche und ihre Durchsetzung praxisnah darzustellen.

Die Bearbeitung ist auf die Praxis abgestellt worden; sie berücksichtigt aber auch die Belange der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Sozialversicherungsträgern und den privaten Versicherungen. Unter umfassender Berücksichtigung der einschlägigen

Rechtsprechung werden Probleme des Regressrechts aufgezeigt und einer Lösung zugeführt. Insgesamt ist das Werk hilfreich für die Bearbeitung alltäglicher aber auch darüberhinausgehender Probleme. Neben dem Regress in der Sozialversicherung wird auch – zutreffend im Interesse der Vollständigkeit – der Forderungsübergang im Sozialen Entschädigungsrecht (BVG, Impfschadensrecht und Opferentschädigungsgesetz) angesprochen.

DD ■



Bisherige Geschäftsführung:
v.l. Erster Direktor
Dr. Georg Greve,
Direktor a.D. Ulrich Pott,
Direktor a.D. Rolf Stadié

KBS-Archiv

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

— Mehrere Minuten stehender Applaus zum Abschied: Auf seiner letzten Personalversammlung wurde Direktor Ulrich Pott von den Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) verabschiedet wie nur wenige vor ihm. Nach 50 Jahren Beschäftigungszeit bei der KBS und ihren Vorgängerinnen, der Ruhrknappschaft und der Bundesknappschaft. 1963 begann er als Verwaltungslehrling in Bochum, sein Weg führte ihn in die Rentenversicherung und die Personalabteilung. In den sieben Jahren als Mitglied der Geschäftsführung war er für die Rentenversicherung, die Rehabilitation, Personal und die Minijob-Zentrale zuständig. In seinen unterschiedlichen Tätigkeiten war er immer die Ruhe selbst: Fachlich kompetent, ein Gespräch direkt auf

den Punkt bringend und durchsetzungsstark - und das ohne laute Töne.

Für Ulrich Pott waren in seinem Berufsleben vor allem drei Dinge prägend: Die Fusion der damaligen Knappschaften zur Bundesknappschaft 1969, die Ausdehnung der Knappschaft auf die

neuen Bundesländer im Zuge der Wiedervereinigung und der im Eiltempo durchgezogene Aufbau der Minijob-Zentrale 2003. Gerade die Wiedervereinigung war für ihn als damaliger Personaldezernent auch beruflich eine Erfahrung fürs Leben. Er stellte die neuen Mitarbeiter ein und lernte

Urkundenübergabe durch den parlamentarischen Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, MdB Dr. Ralf Brauksiepe



KBS-Archiv



Neue Geschäftsführung:
v.l. Mitglied der Geschäftsführung Peter Grothues,
Direktorin Bettina am Orde,
Erster Direktor Dr. Georg Greve

KBS-Archiv

die Standorte der damaligen Bundesknappschaft kennen. Auf holprigen Autobahnen, in heruntergekommenen Herbergen und in Gesprächen mit zahlreichen Personen, die in dieser Übergangszeit prägend waren.

Ulrich Pott will im Ruhestand mehr joggen, segeln, und schwimmen – und sich um seine beiden Enkelkinder kümmern. Mehr reisen und wieder Klavier und Gitarre spielen gehört auch zu seinen Wünschen.

In einer Feierstunde wurde Ulrich Pott am 19. April gemeinsam mit dem schon vor knapp einem Jahr aus dem Dienst geschiedenen Rolf Stadié verabschiedet. Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Dr. Ralf Braucksiepe, sprach beiden Direktoren Respekt und Anerkennung aus. In ihrer Dienstzeit sei aus der Knappschaft – der Erfinderin der Krankenkasse vor 750 Jahren – eine der großen Sozialversicherungen in Deutschland geworden. Und, so Dr. Braucksiepe wörtlich: „Die Knappschaft ist die einzige Sozialversicherung, die ein Heimatgefühl vermittelt.“

Rolf Stadié war 1997 aus dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Geschäftsführer zur damaligen Bundesknappschaft gewechselt. Er zeigte in seiner Abschiedsrede die vielen Stationen der sozialpolitischen Entwicklung

auf, die von seinem Arbeitsbeginn in Bochum an notwendig waren, um die damalige Bundesknappschaft in einen neuen, vielversprechenden Sozialversicherungsträger zu überführen: Die Ein-Monats-Regelung in der Rente, eine begrenzte Öffnung in der Krankenversicherung, im Oktober 2005 die Fusion der Bundesknappschaft mit der Bahn-Versicherungsanstalt und der Seekasse und dann die völlige Öffnung der knappschaftlichen Krankenversicherung im Jahr 2007.

Nachfolgerin von Rolf Stadié wurde schon vor knapp einem Jahr Bettina am Orde. Die studierte Sozialwissenschaftlerin und ausgewiesene Krankenversicherungs-Expertin war zuvor in leitender Position im sozialpolitischen Bereich tätig, zuletzt im nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium. Inzwischen ist sie von Bundesarbeitsministerin Dr. Ursula von der Leyen auch beamtenrechtlich zur Direktorin der KBS ernannt worden.

Ulrich Pott wurde zum 1. Mai von Peter Grothues abgelöst, dessen gesamtes bisheriges Berufsleben mit der KBS verknüpft ist: 1968 kam er in den Verwaltungsdienst der damaligen Ruhrknappschaft, war zunächst im Bereich Rentenversicherung tätig und arbeitete dann im Personalbereich. Peter Grothues ist ausgewiesener Tarifexperte und war bis zuletzt einer der Verhandlungsführer für die Arbeits-

gemeinschaft für Tarifangelegenheiten der Deutschen Rentenversicherung.

In den letzten 15 Jahren war Peter Grothues bei der KBS Abteilungsleiter im Bereich Personal, Berufliche Bildung und Sozialmedizinischer Dienst. Vielen wird er durch sein Engagement in der Personalentwicklung der KBS bekannt sein. Leitbild, Führungskräfteentwicklung und nicht zuletzt die Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sind hier zu nennen.

WB ■

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

- Ergänzung des Widerspruchsausschusses auf Arbeitnehmerseite -

Die Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat in ihrer Sitzung am 18. April 2013 Herrn Reinhold Ketter, geb. 1948, Weinbach, zum 1. Stellvertreter des Mitglieds Dieter Hopfe im Widerspruchsausschuss Frankfurt IV gewählt.

Ebenfalls in oben genannter Sitzung wurde Herr Klaus-Dieter Otte, geb.

1944, Essen, zum Mitglied im Widerspruchsausschuss Gelsenkirchen IV gewählt.

Des Weiteren hat die Vertreterversammlung Herrn Oliver Bringe, geb. 1958, Wulfsen, jeweils zum 1. Stellvertreter des Mitglieds Peter Geitmann in den Widerspruchsausschuss Hamburg II und in den Widerspruchsausschuss der Seemannskasse gewählt.

kbs ■

Seeverkehr 2012

Güterumschlag der Seeschifffahrt in Millionen Tonnen und Container in Millionen TEU (Twenty-foot-Equivalent-Unit)¹

Verkehrsbeziehung	2012	2011	Veränderung in %
Insgesamt	299,4	296,1	+ 1,1
davon:			
Verkehr innerhalb Deutschlands	7,3	6,5	+ 11,3
Versand ins Ausland	116,3	112,5	+ 3,4
Empfang aus dem Ausland	175,9	177,1	- 0,7
Nachrichtlich:			
Container (in Million TEU) ¹	15,3	15,3	+ 0,3

¹ Ein TEU (= Twenty-foot-Equivalent-Unit) entspricht dabei einem 20-Fuß-Container.

Vor der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise 2008 betrug der Seegüterumschlag noch 320,6 Millionen Tonnen, 7 Prozent mehr als 2012. Der Containerumschlag entwickelte sich, anders als in den beiden Vorjahren, weniger stark als der Seegüterumschlag insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis)

Rög ■

PERSONALNACHRICHTEN

40-jähriges Dienstjubiläum

Apothekenhelferin	
Marie-Louise Schlüter	1.5.2013
Medizinisch-technische Assistentin	
Anna-Maria Wiczorek	1.5.2013
Verwaltungsangestellter	
Wolfgang Moneke	2.5.2013
Hausgehilfin	
Rita Moeck	20.5.2013
Angestellte im Schreibdienst	
Regina Rödel	20.5.2013
Medizinisch-technische Assistentin	
Ursula Goetting	1.6.2013
Sozialversicherungsfachangestellter	
Harald Sonnertzik	1.6.2013
Verwaltungsangestellter	
Gerhard Jerosch	3.6.2013
Verwaltungsangestellte	
Marlies Hellmuth	4.6.2013
Registaturangestellter	
Heinz-Jürgen Sehrt	7.6.2013
Regierungsamtsinspektor	
Hartmut Schröder	16.6.2013
Verwaltungsangestellter	
Jürgen Seinsoth	16.6.2013

25-jähriges Dienstjubiläum

Krankenpfleger	
Thomas Eckel	1.5.2013
Krankenschwester	
Birgit Gnech	1.5.2013
Fensterreiniger	
Hans-Peter Lülisdorf	1.5.2013
Angestellte im Schreibdienst	
Margit Urban	1.5.2013
Hausmeister	
Georg Esterlechner	3.5.2013

Verwaltungsangestellter	
Manfred Stutzke	3.5.2013
Verwaltungsangestellter	
Dirk Bergolte	4.5.2013
Regierungsoberinspektorin	
Regine Osterwald	4.5.2013
Hausgehilfin	
Ursula Tholarz	4.5.2013
Krankenpfleger	
Joerg Becker	5.5.2013
Verwaltungsangestellte	
Angelika Borgböhmer	23.5.2013
Krankenschwester	
Ingrid König	29.5.2013
Bürogehilfin	
Simone Averbeck	30.5.2013
Regierungsamtmann	
Kai-Uwe Jürgens	31.5.2013
Hausgehilfin	
Annegret Faber	1.6.2013
Servicekraft	
Bärbel Korte	1.6.2013
Medizinisch-technische Assistentin	
Patricia Rütter-Nobis	3.6.2013
Regierungsamtfrau	
Sabine Osterfeld	4.6.2013
Regierungsoberinspektorin	
Cornelia Fuchs	5.6.2013
Stv. Küchenleiter	
Ronald Behse	11.6.2013
Verwaltungsangestellte	
Sonja Nattkemper	13.6.2013
Verwaltungsangestellter	
Thomas Banasik	14.6.2013
Küchenhilfe	
Irene Tetzlaff	15.6.2013

Verwaltungsangestellte	
Ellen Kindermann	22.6.2013
Krankenschwester	
Maren Schnabel	23.6.2013
Sozialhelferin	
Gabriele Schneider	24.6.2013
Bürogehilfin	
Angelika Meyner	25.6.2013
Sozialversicherungsfachangestellte	
Angelika Bohnhorst	26.6.2013
Pflegehelferin	
Natasa Denhard	26.6.2013
Verwaltungsangestellte	
Kornelia Ludwig	30.6.2013

Rögn

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

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

Redaktion
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

Reinzeichnung und Druck:
Graphische Betriebe der
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

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

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

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E

