

KBS Sozialreport

NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

KRANKENVERSICHERUNG

Gesundheitspolitische Zielsetzungen für die 19. Wahlperiode

— Deutschland steht rund drei Monate nach der Bundestagswahl vor einer bisher unbekanntenen politischen Situation. Offen ist, wie und wann es gesamtpolitisch weitergeht. Gesundheitspolitisch bestehen etliche Herausforderungen, die auf Antworten warten. Die KNAPPSCHAFT setzt dabei klare Prioritäten: eine weitere Stärkung der Pflege, Weiterentwicklung der Palliativversorgung, gesetzliche Absicherung der Versorgungsgestaltung, mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen und eine versorgungsorientierte Überarbeitung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Vor dem Hintergrund der demographischen Situation ist eine weitere Stärkung der Pflege, stationär wie ambulant, professionell oder ehrenamtlich bzw. im persönlichen Umfeld, unabdingbar. Eine höhere finanzielle und damit einhergehende gesellschaftliche Wertschätzung steigert die Attraktivität der Pflegeberufe, was zwingend notwendig ist. Hier ist eine deutliche Positionierung des neu gewählten Bundestages und einer neuen Bundesregierung geboten.

In der Palliativversorgung wurde in den letzten Jahren viel geschafft – aber nicht genug. Hier gilt es den eingeschlagenen Weg konsequent weiterzugehen und bis zu einem menschenwürdigen Sterben zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim, fortzuentwickeln.

Die KNAPPSCHAFT will – wie alle gesetzlichen Krankenkassen – die Versorgung ihrer Versicherten gestalten, insbesondere dann, wenn diese zu Patienten werden. Unsere Versicherten erwarten ein gut aufeinander abgestimmtes Versorgungsmanagement von uns. Dem möchten wir gerne nachkommen; das sehen wir als unsere Aufgabe an. Die politische Debatte kontrastiert dazu mit einer Vorstellung von Krankenkassen allein als Kostenträger. Unsere Entwicklung, „vom Payer zum Player“, scheint in der politischen Wahrnehmung nicht mehr allerorten gewollt. Dies ist fatal! Wer, wenn nicht die gesetzliche Krankenversicherung, die ihren Versicherten qua Gesetz verpflichtet ist und sich ihren Versicherten verpflichtet fühlt, soll Versorgung gestalten? Jeder andere



Bettina am Orde
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Akteur im Gesundheitswesen hat Eigeninteressen, die über die Patientenversorgung hinausgehen. Bereits heute gehören Versorgungssteuerung und Versorgungsmanagement zu den Aufgaben der Krankenkassen. Das SGB V räumt den Versicherten einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement ein. Allerdings nicht in optimaler Form; den Kassen fehlen Instrumente und klare Rechtsgrundlagen. So ist den Krankenkassen beispielsweise nicht erlaubt, die ihnen bekannten und vorliegenden Routinedaten der Versicherten für bedarfsgerechte Beratungs- und Versorgungsangebote zu nutzen. Die Versicherten aber erwarten genau dies im Dschungel der Versorgungsangebote.

Ziel muss daher sein, dass Krankenkassen – gesetzlich abgesichert – proaktiv auf die Versicherten zugehen können. Dies gilt besonders mit Blick auf eine qualitätsgesteuerte Versorgung, zum Beispiel in Versorgungsmanagement-Programmen, Modellvorhaben, Disease-Management-Programmen, Case Management und im Bereich der Integrierten Versorgung. Versicherte erwarten zu Recht eine gezielte Unterstützung ihrer Krankenkasse, die dazu eine

gesetzliche Grundlage benötigt. Die gesetzliche Absicherung der Versorgungsgestaltung wäre eine kleine Änderung mit großer Versorgungswirkung.

Bei neuen Versorgungsformen wie auch bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems ist es wünschenswert, wenn Gesetzgeber und Aufsichtsbehörden die Ziele vorgeben und den Akteuren Gestaltungsfreiraum gewähren würden. Zu viele unterschiedliche Versorgungssituationen bestehen – im städtischen und ländlichen Raum, bei unterschiedlich hoher Arzt- bzw. Krankenhausdichte – um zentral alle Eventualitäten berücksichtigen zu können. Hier wäre die Eröffnung von Best Practice ein innovativer Schritt, der Potentiale heben und Versorgung verbessern könnte. Mut zum Experimentieren, Vertrauen in den Innovationswillen bei Strukturtreue wäre ein Schritt, der dem GKV-finanzierten Gesundheitswesen gut zu Gesicht stehen würde.

Der Dauerbrenner der letzten zwei Jahrzehnte, die Elektronische Gesundheitskarte, ist mitsamt der Elektronischen Patientenakte bisher ein Milliardengrab. Deutschland läuft Gefahr, bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen den Anschluss zu verlieren. Kassenrezepte

und notwendige Innovationen wie der Medikationsplan müssen immer noch manuell ausgestellt werden und es werden weiterhin komplizierte, kaum nachvollziehbare Anforderungen an den Datenaustausch zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten bzw. Patienten gestellt. Keine Frage: Datenschutz muss sein, gerade bei sensiblen Sozial- und Gesundheitsdaten. Aber Datenschutz darf nicht den – auch von Versicherten und Patienten gewollten – technischen und medizinischen Fortschritt infrage stellen. Eine klare Positionierung der zukünftigen Bundesregierung ist dringend erforderlich.

Vieles ist im Gesundheitswesen im Bereich von Innovationen denkbar, aber nur machbar mit der passenden finanziellen Basis. Deshalb geht der klare Appel der KNAPPSCHAFT in die Richtung einer versorgungsorientierten Überarbeitung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSa). Der wissenschaftliche Beirat hat hier bereits vorgearbeitet und legt im April 2018 ein weiteres Gutachten vor. Damit hat die Politik eine Basis für eine zeitnahe Überarbeitung des MRSa, die zwingend Not tut. ■

prosper – Keimzelle für Innovationen

■ In diesem Jahr wird die Integrierte Versorgung prosper der KNAPPSCHAFT volljährig. 18 Jahre Netzarbeit werden getragen von derzeit über 2.000 niedergelassenen Netzärztinnen und Netzärzten, den Medizinerinnen und Medizinerinnen in 20 Netzkrankenhäusern sowie von rund einer Viertelmillion teilnehmenden Versicherten, die in acht regionalen Netzen eine integrierte Vollversorgung verwirklichen.

Die KNAPPSCHAFT stand bereits Ende der 1990er Jahre vor den Herausforderungen, die das deutsche Gesundheitswesen heute kennzeichnen: Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Ausweitung des chronischen und multimorbiden Erkrankungsspektrums und damit zu einem steigenden Behandlungsbedarf. Dieser bewirkt zusammen mit durch den medizinisch-technischen Fortschritt ausgeweiteten Behandlungsmöglichkeiten einen anhaltenden Kostenanstieg. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen durch sektorale Gliederung geprägt, die zu Brüchen in den

Lösung dieser Probleme vor. Er hat wiederholt dafür plädiert, dass sich Krankenkassen und Leistungserbringer verschiedener Versorgungsbereiche sektorenübergreifend zu integrierten Versorgungsnetzen zusammenschließen, um durch Kooperation, Koordination und Kommunikation Effizienz und Effektivität der Versorgung zu steigern. Der Fokus war die Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungserbringung.

Diesen Weg beschreitet die KNAPPSCHAFT bereits seit 1999 und damit schon vor Einführung der Integrierten Versorgung durch den

angewachsen, Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft und auch niedergelassene Ärzte können teilnehmen.

Der Gesetzgeber kam den Vorschlägen des SVR-Gesundheit nach und schuf die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer und Krankenkassen, indem er die Integrierte Versorgung mit der GKV-Gesundheitsreform im Jahre 2000 einführte und sukzessive mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 „umsetzungsfreundlicher“

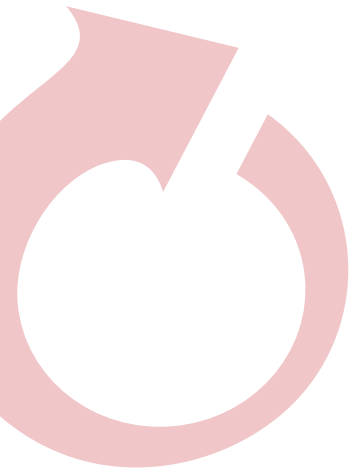
prosper | pro GESUND

Versorgungsabläufen bis zur fragmentierten Versorgung und somit zu Effizienz- und Effektivitätseinbußen sowie Qualitätsverlusten führt.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) schlägt bereits seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre regelmäßig in seinen Gutachten die Etablierung von integrierten Versorgungsstrukturen zur

Gesetzgeber. Auf Grundlage des traditionellen knappschaftlichen Verbundsystems schlossen sich damals die knappschaftliche Krankenversicherung, das Knappschafts Krankenhaus Bottrop und Knappschaftsärzte der Region zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im ersten prosper-Netz Bottrop unter dem Projekt-Titel „Re-Vitalisierung des Verbundsystems“ zusammen. Heute ist die Integrierte Versorgung der KNAPPSCHAFT auf acht Netze

gestaltete und mehr Kooperationsmöglichkeiten schuf. Verträge der Integrierten Versorgung können sich auf einzelne Indikationen beziehen oder das komplette Versorgungsspektrum in einem Vollversorgungskonzept abbilden. Laut SVR-Gesundheit ist den bevölkerungsbezogenen, indikationsübergreifenden Konzepten mit Flächendeckung, die sich an alle Versicherten einer Kasse in einer Region richten, Vorzug zu geben. Sie sind zwar



aufgrund der Komplexität des Versorgungsgeschehens schwerer umzusetzen, zugleich aber sinnvoller, da nur sie eine umfassende Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglichen.

Die KNAPPSCHAFT setzt diese Forderung mit ihren regional klar abgegrenzten Vollversorgungsnetzen um. Sie schließt mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf freiwilliger Basis selektive Verträge. Die Versicherten treten der Netzversorgung ebenfalls freiwillig bei. Indem Netzversicherte innerhalb der Netzstrukturen versorgt werden, können Leistungserbringer sektorenübergreifend und innerhalb der Sektoren enger und intensiver zusammenarbeiten und die Versorgung koordinieren.

Die KNAPPSCHAFT nutzt und fördert Innovationen in ihren Netzen der Integrierten Versorgung bereits seit fast 20 Jahren. Gemeinsam mit den Netzärzten entwickelt sie medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgungskonzepte, wobei Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung immer gleichrangig verfolgt werden. Federführend

bestimmen die Netzärzte die Inhalte der Netzarbeit in Arbeitsgruppen, entwickeln Therapie- und Medikamentenempfehlungen, stimmen Behandlungspfade ab und arbeiten dabei konsequent mit den Medizинern der Netzkrankenhäuser zusammen. Innerhalb eines Netzes entwickelte Konzepte können nach Prüfung in andere Netze transferiert werden. Die Versorgungsqualität wird durch die Qualitätszirkel sichergestellt.

Anhand der Erfolgsmessung, die nach wissenschaftlich international anerkanntem Standard konzipiert ist, sowohl risikoadjustiert als auch regionalisiert erfolgt, lässt sich zeigen, dass die Versorgung in den Netzen sowohl qualitativer als auch wirtschaftlicher ist. Die Versorgungskosten eines prosper-Versicherten lagen im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2015 rund 100 Euro unter den Kosten eines Versicherten in der Regelversorgung. Im Durchschnitt der letzten sechs Jahre konnte die KNAPPSCHAFT trotz höherer Versorgungsqualität durch die Versorgungsnetze rund 25 Millionen Euro pro Jahr einsparen.

Die bessere Versorgungsqualität lässt sich anhand der Arzneimittelversorgung aufzeigen: Netzversicherte sind insbesondere seltener von Polymedikation betroffen. Unnötige Krankenhaufälle werden so vermieden. Gleichzeitig ist die Arzneimittelversorgung in den Netzen durch die verstärkte Verordnung preisgünstigerer Generika und den Verzicht auf Me-too-Präparate (teure Scheininnovationen)

wirtschaftlicher. Auch die Prävention erhält in der Netzversorgung ein stärkeres Gewicht: Ältere Netzversicherte sind deutlich häufiger gegen Influenza geimpft.

Von der wirtschaftlicheren Versorgung profitieren alle Netz-beteiligten. Aus den Einsparungen gegenüber der Regelversorgung werden Aufwandspauschalen für die beteiligten Krankenhäuser, die qualitätsorientierte Vergütung der Netzärzte sowie die Boni für netzkonformes Verhalten für die Versicherten finanziert. Alle Beteiligten werden so für ihren Mehraufwand an Kommunikation und Kooperation belohnt. Die KNAPPSCHAFT hat mit dem Aufbau ihrer Integrierten Vollversorgungsnetze eine Besonderheit geschaffen. Dennoch ist dieses Alleinstellungsmerkmal kein Grund, sich auf dem Erreichten auszuruhen. Altbekannte Strukturen und Prozesse sollten regelmäßig hinterfragt werden, um auch künftig offen für die Entwicklung und Umsetzung von innovativen Ideen und Konzepten zur Weiterentwicklung von prosper zu sein. Die Voraussetzungen dafür sind geschaffen: Rund um prosper verfügt die KNAPPSCHAFT über umfangreiches Wissen und Erfahrung im operativen Management neuer Versorgungsformen. Ergänzt durch Versorgungsanalytik und -forschung, gepaart mit medizinisch-pharmazeutischem Fachwissen und juristischer Expertise in der Vertragsgestaltung entstehen so innovative Konzepte für eine hochwertigere Versorgung zu günstigeren Kosten und damit zum Vorteil der Versicherten. ■

Arbeitgeberversicherung

Die Arbeitgeberversicherung, auch Umlageversicherung genannt, hat die Aufgabe, Arbeitgebern die Kosten für Entgeltfortzahlung und Mutterschaftsleistungen zur Vermeidung von wirtschaftlichen Härten ganz oder teilweise zu erstatten. Sie wurde mit der Einführung der Lohnfortzahlung bei Krankheit im Jahr 1969 ins Leben gerufen und leistet bis heute einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Entlastung von Arbeitgebern kleinerer Betriebe.

Haupteinnahmequelle der Arbeitgeberversicherung bilden die von den teilnehmenden Arbeitgebern zu entrichtenden Umlagebeträge, welche zusammen mit den von den Unternehmen zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträgen an die gesetzlichen Krankenkassen zu entrichten sind. Diese sind verpflichtet, die Mittel für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen getrennt als Sondervermögen zu verwalten.

Seit der Einrichtung der Arbeitgeberversicherung bei der damaligen Bundesknappschaft und heutigen Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind annähernd 50 Jahre vergangen. Bei der Verfahrenseinführung der Arbeitgeberversicherung nahmen rund 100 Knappschaftsbetriebe am Umlageverfahren teil. Erstattungsfähig waren in dieser Phase lediglich Aufwendungen wegen krankheitsbedingter Ausfälle. Die anfallenden Arbeiten konnten mit geringem Verwaltungsaufwand erledigt werden.

Ab dem Jahr 1985 erweiterte der Gesetzgeber den Leistungsumfang. Neben den Aufwendungen für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall konnten Arbeitgeber auch Ansprüche für Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen in

Rechnung stellen. Die Finanzierung beider Erstattungsverfahren erfolgte getrennt voneinander durch Umlagen der jeweils beteiligten Arbeitgeber. Zur notwendigen Unterscheidung der Verfahrensarten etablierten sich die Bezeichnungen

- U1 für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und
- U2 für den Ausgleich der Aufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Ein regelrechter Quantensprung hinsichtlich des Abrechnungs- und Betreuungsumfanges sowie der Höhe der zu verwaltenden Mittel ergab sich im Jahr 2003. Mit dem zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, dem sogenannten Hartz II-Gesetz, beauftragte der Gesetzgeber die Knappschaft-Bahn-See mit der Durchführung des Ausgleichsverfahrens für alle geringfügig Beschäftigten in der Minijob-Zentrale. Dies hatte zur Folge, dass die Anzahl der am Arbeitgeberverfahren teilnehmenden Betriebe schlagartig auf über eine Million anstieg. Umfangreiche Optimierungen der maschinellen Geschäftsprozesse, Personalzuwächse und viel Engagement waren zur Erledigung der übertragenen Aufgaben unabdingbar.

Im Jahr 2006 löste das Aufwendungsausgleichsgesetz das bis dahin geltende Lohnfortzahlungsgesetz ab. Es ist bis heute Grundlage für die Arbeitgeberversicherung und beinhaltet wichtige Veränderungen:

- Das Umlageverfahren U2 wird auf alle Betriebe ausgedehnt.
- Das Umlageverfahren U1 bleibt auf Betriebe mit bis zu 30 Mitarbeitern/innen beschränkt.
- Die Erstattung von fortgezahltem Entgelt im Krankheitsfall kann für alle Beschäftigten, und nicht nur für die Arbeiterinnen und Arbeiter eines Betriebes, beantragt werden.

Aktuell ist die Arbeitgeberversicherung der Knappschaft-Bahn-See zuständig für rund 2,3 Millionen Arbeitgeber und somit, gemessen an der Zahl der teilnehmenden Betriebe, die größte Arbeitgeberversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahr 2016 wurden weit über eine Million Erstattungsfälle mit einem Erstattungsvolumen von insgesamt rund 265 Millionen Euro bearbeitet.

Der Wandel der Arbeitgeberversicherung hin zu einem modernen Dienstleister mit massenkompatiblen Verfahrensabläufen ist eng verbunden mit dem Einzug digitalisierter Arbeitsprozesse.

Entwicklung der knappschaftlichen Arbeitgeberversicherung

	1970*	2000*	2003	2006	2016
Anzahl der beteiligten Arbeitgeber	116	12.965	1.162.870	1.393.240	2.324.653
Anzahl Erstattungsfälle	65**	4.535	68.564	336.978	1.028.537
Summe der Erstattungsbeträge in Euro	84.000	1.732.000	13.021.152	46.016.602	265.317.225
Höhe der Verwaltungskosten in Euro	4.000	138.000	1.041.692	3.839.656	10.006.383

* Beträge in Euro umgerechnet
** geschätzt

Die geschaffenen elektronischen Transaktions- und Kommunikationswege bilden die Grundlage für eine effiziente und kundenorientierte Fallbearbeitung unter Beachtung sicherheitsrelevanter Aspekte. In diesem Zusammenhang sind beispielhaft die papierlosen Verfahrensabläufe, der elektronische Erstattungsantrag und maschinelle Rückmeldungen an Arbeitgeber über Kommunikationsserver zu nennen.

Ein Ende der Arbeitszuwächse der Arbeitgeberversicherung der Knappschaft-Bahn-See ist nicht in Sicht. Einer Studie des Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) zufolge haben im Jahr 2016 nur 29 Prozent aller sieben Millionen Minijobber in Deutschland Entgeltfortzahlung bei Krankheit in Anspruch genommen. Dabei ist die Anzahl der geleisteten Entgeltfortzahlungen für Minijobber seit 2012 bereits um das Dreifache angestiegen. Mit zunehmender Wahrnehmung auch der Arbeitnehmerrechte von

Minijobbern wird die Anzahl der Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall auch bei Minijobbern in den nächsten Jahren weiter steigen und als Folge auch die Anzahl der Erstattungsanträge entsprechend zunehmen.

Der wachsende Markt im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen ist ein weiterer Faktor für den Anstieg der Erstattungsanträge. Gerade in diesem Segment bietet die Arbeitgeberversicherung den Arbeitgebern im Bereich der Privathaushalte vereinfachte, kundenfreundliche Verfahren an, welche die Akzeptanz des Haushaltsscheckverfahrens fördern. Derzeit befindet sich ein Konzept für die Möglichkeit einer telefonischen Antragstellung speziell für diesen Bereich in der Erprobung.

Den kontinuierlich steigenden Antragszahlen stehen niedrige Verwaltungskosten gegenüber. Im Vergleich mit anderen

Kassenarten weist die Arbeitgeberversicherung der Knappschaft-Bahn-See mit 9,73 Euro je Fall die niedrigsten Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung auf. Dies ist auch auf die positiven Effekte der digitalisierten Geschäftsprozesse zurück zu führen. Darüber hinaus profitieren Arbeitgeber von sehr günstigen Umlagesätzen der Arbeitgeberversicherung.

Fazit

Seit Verfahrenseinführung ist es der Knappschaft-Bahn-See trotz enormer Quantitätszuwächse durch ständige Anpassungen und Umstrukturierungen gelungen, die Arbeitgeberversicherung kundenorientiert und wirtschaftlich auszurichten. Die Arbeitgeberversicherung der Knappschaft-Bahn-See ist bestens aufgestellt, auch künftig anfallende Herausforderungen zu meistern. ■

rehapro: Eine Milliarde Euro für Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation

■ Mit dem Bundesteilhabegesetz soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessert werden. Eine Neuerung ist die Einführung des § 11 SGB IX (neu). Hiernach können durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation gefördert werden. Der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wurde die Aufgabe übertragen, die zuwendungsrechtliche und organisatorische Abwicklung der Modellvorhaben zu übernehmen, also Administration und Koordination. Hierzu hat die Knappschaft-Bahn-See die unabhängige Organisationseinheit „Fachstelle rehapro“ eingerichtet.

Verfolgte Ziele

Ziel der Modellvorhaben ist die Entwicklung innovativer Konzepte und neuer Kooperationsformen durch die Rehabilitationsträger, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und damit den Verbleib der Betroffenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern. Die Modellvorhaben sollen neue Wege zum Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe leisten. Jobcenter und Träger der Rentenversicherung sollen stärkere Aktivierungsmaßnahmen entfalten, um den Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit zu vermeiden. Daher erfahren die beiden sozialrechtlichen Grundsätze „Prävention vor Reha“ und „Reha vor Rente“ mit den Modellvorhaben eine wesentliche Stärkung.

Zielgruppen der Modellvorhaben sind insbesondere Menschen mit beginnenden Rehabilitationsbedarfen bzw. drohender Behinderung, die noch nicht manifestiert ist, bis hin zu Menschen mit komplexen gesundheitlichen und seelischen Unterstützungsbedarfen. Antragsberechtigt sind für den Rechtskreis des SGB VI die 16 Träger



der gesetzlichen Rentenversicherung und für den Rechtskreis SGB II die Jobcenter.

Die Modellvorhaben sollen auf Einzelprojektebene wissenschaftlich begleitet werden. Für alle Modellvorhaben wird eine Gesamtevaluation erfolgen. Die Ergebnisse werden eine Auswertung und Diskussion der modellhaft implementierten Handlungsansätze ermöglichen. Sie können zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen sowie proaktiver und rehabilitativer Maßnahmen beitragen.

Förderrahmen

Die Mittelzuwendung und die Abwicklung der Modellvorhaben werden auf Grundlage einer Förderrichtlinie erfolgen, deren Veröffentlichung für Januar 2018 geplant ist. Durch vorgeschaltete

Expertenworkshops konnte eine Bestandsaufnahme bestehender Lösungsansätze geleistet, vielversprechende Ideen identifiziert und eine Bündelung von möglichen Initiativen eingeleitet werden. Die Modellvorhaben werden in mehreren Förderwellen abgewickelt. Ziel ist es, in der ersten Förderwelle bereits bestehende und entwickelte Projektideen zu realisieren. Mit den folgenden Förderaufrufen sollen auch komplexere Modellvorhaben, die einer längeren Vorbereitung bedürfen, in Angriff genommen werden. Die Durchführung der Modellvorhaben soll 2018 beginnen.

Die Förderdauer der Modellvorhaben beträgt fünf Jahre. Für die im Zusammenhang mit den einzelnen Modellvorhaben anfallenden Ausgaben hat der Gesetzgeber Mittel in Höhe von einer Milliarde Euro bis zum Jahr 2022 zur Verfügung gestellt.

Aufgaben der KBS

Mit der neuen gesetzlichen Regelung des § 11 Absatz 4 SGB IX (neu) wurde der KBS die Aufgabe übertragen, die zuwendungsrechtliche und

organisatorische Abwicklung der Modellvorhaben zu übernehmen.

Die KBS vollzieht als Projektträger die Förderung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Sie übernimmt die verfahrensrechtliche und vollständige finanzmäßige Betreuung und Abwicklung. Unter Einbeziehung der jeweiligen relevanten Akteure unterstützt sie bei der fachlichen und konzeptionellen Steuerung und Koordinierung der Modellvorhaben. Die Bewirtschaftung der hierfür zweckgebundenen Haushaltsmittel des Bundes und die administrative Betreuung der Zuwendungen für beide Rechtskreise (SGB II und SGB VI) erfolgt damit aus einer Hand.

Begleitgremien für die Umsetzung der Modellvorhaben

Als Begleitgremien wurden ein Beirat mit allen wesentlichen Akteuren sowie ein Lenkungsausschuss unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eingerichtet. Im Beirat wirken die wesentlichen Akteure der Modellvorhaben mit. Der Beirat berät und unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die maßgeblich

verantwortlichen Akteure auf Bundesebene in Fragen der Entwicklung und Umsetzung der Modellvorhaben. Seine wesentlichen Aufgaben sind die Begleitung der Entwicklungsphase sowie die Erarbeitung des Förderrahmens, die Erörterung und das Aussprechen von Empfehlungen gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu möglichen Modellvorhaben und die Erörterung sowie die Begleitung der Gesamtevaluation. Die Geschäftsstelle des Beirates wird bei der Fachstelle rehapro der KBS eingerichtet.

Zur Sicherung der reibungslosen Zusammenarbeit aller Beteiligten wurde ein Lenkungsausschuss unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eingerichtet. Der Lenkungsausschuss steuert den Gesamtprozess, überwacht und greift im Bedarfsfall korrigierend ein. Die KBS ist durch die Geschäftsführung im Lenkungsausschuss vertreten.

Prozessablauf

Die Antragstellung auf Förderung eines Modellvorhabens nach § 11 SGB IX (neu) erfolgt bei der

Fachstelle rehapro, die anhand der Förderrichtlinien die grundsätzliche Förderfähigkeit und Plausibilität des Modellvorhabens prüft. Während hier die fachlich-inhaltliche Prüfung inkl. der monetären Bewertung für den Rechtskreis SGB II erfolgt, findet dieses für den Rechtskreis SGB VI im Grundsatz- und Querschnittsbereich der Deutsche Rentenversicherung Bund statt. Die sich anschließende finanzmäßige Prüfung für beide Rechtskreise erfolgt wiederum in der Fachstelle rehapro und mündet in der Übermittlung einer Gesamtempfehlung an den Beirat.

Nach Abgabe eines Votums durch den Beirat entscheidet abschließend das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über die Förderung der eingereichten Modellvorhaben. Die Fachstelle rehapro bestätigt die Förderung und übernimmt die verfahrensrechtliche Betreuung und Abwicklung.

Mit der sozialpolitischen Umsetzung der Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation übernimmt die Deutsche Rentenversicherung eine zukunftsweisende Aufgabe. ■

IMPRESSUM
KBS-SOZIALREPORT - NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
www.kbs.de

V.i.S.d.P.
Bettina am Orde
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Anfragen
Martin Böckmann
Telefon 0234 304-82000

Dr. Wolfgang Buschfort
Telefon 0234 304-82050
Telefax 0234 304-82060

E-Mail
sozialreport@kbs.de

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe oder Speicherung in elektronischen Medien von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach vorheriger Genehmigung des Herausgebers und mit Quellenangaben gestattet.

Stand: Dezember 2017