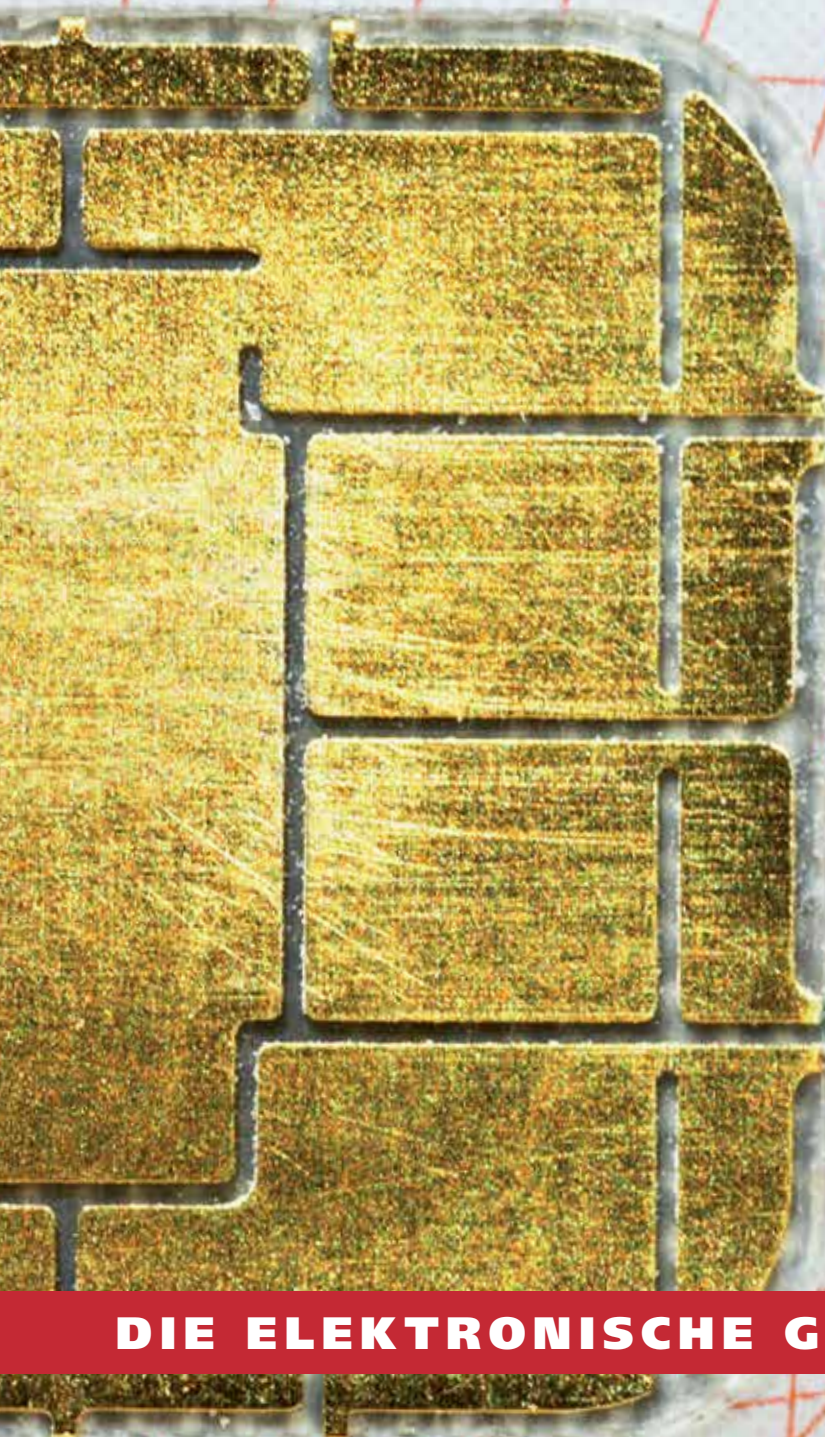


Kompass

 Knappschaft Bahn See



DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

- **Versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse im Niedriglohnbereich**
- **Knappschaft und Deutscher Kinderschutzbund starten Aufklärungsprogramm „Firewall Live“**

Kompass

Zeitschrift der Knappschaft-Bahn-See

Amtliches Mitteilungsblatt
der Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

3/4 März/April 2013

Erscheinungstermin dieser Ausgabe: 15.4.2013

BLICKPUNKT

Dieter Zöpfigen
**Die elektronische Gesundheitskarte
tanzt den Echternacher Pilgerschritt** 3

**Größen des Versicherungs- und
Beitragsrechts ab 1. Januar 2013** 7

Karin Schalge und Anke Nehring
**In der Gleitzone: Versicherungs-
pflichtige Beschäftigungsverhältnisse
im Niedriglohnbereich** 8
Neues ab 1. Januar 2013

FOCUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Die Knappschaft ist „Doktors Liebling“
**Auszeichnung bei Deutschlands größtem
Krankenkassen-Vergleich** 15

Susanne Heinrich
**Knappschaft und Deutscher Kinderschutz-
bund gehen mit ihrem Aufklärungs-
programm Firewall Live in die Schulen** 16

BERICHTE UND INFORMATIONEN

Widerspruchsausschüsse 19

**Versichertensprecher für die Renten-Zu-
satzversicherung der Deutschen Renten-
versicherung Knappschaft-Bahn-See** 19

**Veränderungen in den Organen der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See** 19

Carina Hilt
**Gegen das Vergessen
„Das Erbe“ – die Ausstellung zum
Ende des Saar-Bergbaus** 20

Ulrich Lauf
**Vor 70 Jahren: Einführung der
knappschaftlichen Rentenversicherung** 22

**41. Nachtrag
zur Satzung der Deutschen Renten-
versicherung Knappschaft-Bahn-See** 26

Rezension 27

Personalnachrichten 28

Impressum 28



Die elektronische Gesundheitskarte tanzt den Echternacher Pilgerschritt

Von Dieter Zöpfigen

Zwei Schritte vor, einen Schritt zurück – als Sprichwort vielen bekannt als „Echternacher Pilgerschritt“. Getanzt wird dieser Schritt auch bei der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte. Allzu häufig mit einem kleinen Wechsel: Einen Schritt vor und zwei zurück. Dieser Bericht beschreibt die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte von den Anfängen im Jahr 2002 bis heute und gibt Informationen zu geplanten Aktionen.

Der gesetzliche Rahmen

Zur Verbesserung der sektorübergreifenden Kommunikation im Deutschen Gesundheitswesen initiierte die Politik im Jahr 2002 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz das ehrgeizige Projekt der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), die nach dem SGB V bereits seit Anfang 2006 die heutige Krankenversichertenkarte ablösen sollte.

Ehrgeizig waren die Ziele allemal:

- Lichtbild des Versicherten auf der eGK, um den Missbrauch der eGK zu reduzieren,
- Überprüfung der eGK auf Gültigkeit und Aktualität der Personaldaten im Online-Modus beim Stecken der Karte in der Arztpraxis,
- Unterstützung der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von medizinischen Daten, u. a. eines Notfalldatensatzes,
- Unterstützung der Einrichtung von elektronischen Patientenakten.

Die damals amtierende Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

pries den flächendeckenden Einsatz der Karte: Die Karte solle

- die Versorgungsqualität der Patienten verbessern,
- die stärkere Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess ermöglichen,
- die Verwaltungsabläufe vereinfachen und
- Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Die Umsetzung

Leider war die gesetzliche Bestimmung zur Durchführung und Verantwortung dieser Aufgabe etwas vage ausgefallen. Beauftragt wurden die Partner der Selbstverwaltung – also die Gemeinschaft aller gesetzlichen Krankenkassen sowie aller Leistungserbringerverbände.

Die Interessen der verschiedenen Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen sind allerdings seit jeher stark divergierend – und waren (und sind) es auch in diesem Projekt. Während die Krankenversicherer sehr großes Interesse an einer Opti-

mierung von Verwaltungsprozessen und an der Digitalisierung der Kommunikation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern haben, ist bei den Leistungserbringern das spezielle Interesse an einer internen Kommunikation, z. B. der elektronische Arztbrief als Verbindung zwischen den Arztpraxen und den Krankenhäusern, stärker ausgeprägt.

Diese Unterschiede führten zu heftigen Diskussionen und setzten bei vielen Personen eine noch größere Vielzahl von Ideen und Visionen für nutzenbringende telematische Anwendungen im Gesundheitswesen frei. Es wurde geplant, gestritten, verworfen, neu geplant, noch mehr gestritten und wieder verworfen. Personen an relevanten Schnittstellen wechselten, neue Personen brachten neue Ideen. Belastbare Ergebnisse aber blieben aus.

Die „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH“

2005 wurde der Gesetzgeber erneut aktiv. Im SGB V wurden – und das war

Titelbild:

Die elektronische Gesundheitskarte: das größte und am längsten laufende IT-Projekt ist noch lange nicht am Ziel (Seite 3).

Foto: © Ingo Bartschek - Fotolia.de

ein Novum – der Aufbau und die Funktionen der Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte (gematik) festgelegt. An dieser GmbH sind die Leistungserbringerorganisationen und der GKV-Spitzenverband je zur Hälfte beteiligt und entscheidungsbefugt, während die Krankenkassen die volle Finanzierung tragen.

Aufgaben der gematik sind u. a. die technischen Vorgaben für die eGK einschließlich eines Sicherheitskonzeptes zu erstellen sowie den Inhalt und die Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen.

Dass die unterschiedlichen, vielfach konträren Interessenlagen der beiden gleich großen Gesellschafterbanken Entscheidungen weitgehend unmöglich machen könnten, wurde nicht bedacht. Aber genau das trat schon nach kurzer Zeit ein.

Nach fünf Jahren hatte die gematik Unmengen von Konzepten und Papieren erarbeitet, aber weder die Gesundheitskarte noch die für alle mit der eGK geplanten Anwendungen notwendige Telematik-Infrastruktur waren entwickelt oder gar produktionsreif.

Das Pilotprojekt in Nordrhein

Aufgrund dieser Entwicklung war das Bundesministerium für Gesundheit zwischenzeitlich zu der Erkenntnis gekommen, dass die gesetzliche Vorgabe nur in kleinen Schritten realisierbar sein würde. Gestartet werden sollte mit einem Pilotprojekt. 2009 sollte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die eGK für alle dort wohnenden Versicherten ausgegeben werden und unter Berücksichtigung der gewonnenen Erfahrungen anschließend die bundesweite Fortsetzung erfolgen. Die Krankenkassen in diesem regionalen Bereich trafen die notwendigen Vorbereitungen.

Die Knappschaft war bereits gut aufgestellt. Zusammen mit anderen Krankenkassen waren im Vorfeld mit Dienstleistungsunternehmen Verträge abgeschlossen worden, und zwar

- zur Beschaffung und Digitalisierung der für die eGK geforderten Lichtbilder,

- zur Entwicklung und zum späteren Betrieb des Kartenmanagementsystems zur Verwaltung der ausgegebenen eGK und
- zur Produktion, Personalisierung und Versand der eGK an die Versicherten.

Mit der Beschaffung der Lichtbilder von ihren Versicherten startete die Knappschaft Ende 2008.

Massive Widerstände der Leistungserbringerorganisationen verhinderten jedoch dieses Pilotprojekt. Der einzige positive Aspekt aus Sicht der Knappschaft bestand darin, dass die Beschaffung der Lichtbilder gut angelaufen war. Sie wurde deshalb auf die gesamte Bundesrepublik ausgedehnt. Die gute Unterstützung durch die Versicherten der Knappschaft führte zu einem hohen Rücklauf, so dass im Jahr 2012 in dieser Hinsicht keine Probleme bei der Ausgabe der eGK auftraten.

Der Neustart

Gesundheitsminister Philipp Rösler ordnete nach dem Regierungswechsel 2009 eine Bestandsaufnahme des Projektes Gesundheitskarte/Telematik-Infrastruktur an. Das Ergebnis waren die Festlegung der ersten Anwendungen für die Karte sowie eine Reduktion der Komplexität des gesamten Projektes. Als erste Anwendungen wurden

- das Notfalldatenmanagement – Notfalldatensatz,
- der Versichertenstammdatendienst – Onlineprüfung und -aktualisierung der eGK und
- die Kommunikation der Leistungserbringer – elektronischer Arztbrief

festgelegt. Mit diesen Anwendungen sollte allen Beteiligten – Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern – der Schritt in die Telematik-Infrastruktur schmackhaft gemacht werden. Durch eine Änderung der gematik-Projektstruktur und die Festlegung eines Schlichtungsverfahrens sollte darüber hinaus ein stringenteres Vorgehen erreicht werden. Bei Unstimmigkeiten konnte von den Gesellschaftern ein Schlichter angerufen werden, der dann verbindliche

Entscheidungen gewährleisten sollte. Flankiert wurden diese Entscheidungen durch gesetzliche Regelungen zur Online-Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte in den Arzt- und Zahnarztpraxen.

Das Fazit nach zwei Jahren in dieser neuen Struktur und mit einem Schlichter als endgültiger Entscheidungsinstanz war jedoch ermutigend. Es wurden viele neue Anforderungen in das Projekt aufgenommen, unzählige Dokumente erstellt und Detailentscheidungen getroffen. Sichtbare Ergebnisse für die eigentlichen Anwender waren aber nach wie vor nicht erkennbar.

Die Ausgabe der eGK

Ende 2010 wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz festgelegt, dass alle Krankenkassen bis Ende 2011 mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten mit einer eGK auszustatten haben. Die Nichteinhaltung der Quote hätte bei den betroffenen Kassen im Jahr 2012 zu einer Kürzung der Verwaltungskosten von 2 Prozent gegenüber dem Jahr 2010 geführt, bei der Knappschaft ein Betrag von mehr als 4 Millionen Euro. Diese Regelung wurde kurze Zeit später dahingehend erweitert, dass im Jahr 2012 bereits 70 Prozent der Versicherten jeder Krankenkasse mit einer eGK ausgestattet sein müssen; ansonsten würden die Verwaltungskosten für das Jahr 2013 auf dem Stand von 2012 eingefroren. Gleichzeitig sollten auch alle Arzt- und Zahnarztpraxen sowie die Krankenhäuser auf Kosten der Krankenkassen neue Kartenlesegeräte erhalten, mit denen sowohl die neue eGK als auch die Krankenversicherungskarte gelesen werden können.

Diese Entscheidung begeisterte die Krankenkassen aus gutem Grunde nicht, zwang sie jedoch zu folgenden Aktivitäten, die mit einem finanziellen Aufwand in dreistelliger Millionenhöhe verbunden waren:

- die Beschaffung der Lichtbilder,
- die Entwicklung und der Betrieb von Kartenmanagementsystemen zur Verwaltung der eGK,
- die Ausstattung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser mit neuen Lesegeräten sowie

- die Produktion, die Verwaltung und der Versand der Karten.

Die Versicherten erhielten elektronische Gesundheitskarten mit einem Lichtbild, die in ihrer Funktionsweise identisch sind mit den aktuellen Krankenversicherungskarten: sie dienen beim Arztbesuch als Nachweis einer Krankenversicherung. Weitere Funktionen oder gar Anwendungen, für die die eGK technisch vorbereitet ist, sind zwar in Planung, kurzfristig aber nicht zu erwarten.

Der „Basisrollout“ der eGK soll im Jahr 2013 abgeschlossen werden. Zum Ende des Jahres könnte dann die heutige Krankenversicherungskarte generell für ungültig erklärt werden, und zwar unabhängig von dem auf der Karte vermerkten Gültigkeitsende. Dann wäre ausschließlich die eGK als Ausweis in Arztpraxen und Krankenhäusern gültig.

Die „Alternative 2012“

Mit der gesetzlichen Festlegung der Ausgabe der eGK ab 2011 überlegten die Krankenkassen unter der Federführung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) Möglichkeiten, zeitnah eine erste Anwendung für die eGK bereitzustellen, und zwar die Online-Prüfung und -Aktualisierung der eGK in der Arztpraxis.

Innerhalb eines halben Jahres entstand die vorgezogene Lösung „Alternative 2012“ mit folgenden Kernideen:

- Anpassung des bisherigen Projektvorgehens von einer zeitgleichen Einführung aller geplanten Anwendungen zu einer stufenweisen Realisierung der Anwendungen,
- weitgehende Nutzung verfügbarer Standardanwendungen an Stelle der umfangreichen Eigenentwicklung notwendiger Programme,
- Ausbaufähigkeit der ersten Einführungsstufe zu einer späteren Gesamtarchitektur,
- Anpassung der Projektorganisation in der gematik zur Gewährleistung von verbesserten Projektablaufen.

Auch hier waren die Meinungen aller Partner der Selbstverwaltung nur schwer „unter einen Hut“ zu bringen. Ende Dezember 2011 wurde jedoch

in der gematik-Gesellschafterversammlung ein einstimmiger Beschluss gefasst, der eine beschleunigte Einführung der Telematik-Infrastruktur zur verbesserten Nutzung der eGK sicherstellen soll. Zusätzlich zur Online-Prüfung der eGK gegen die gespeicherten Versichertenstammdaten soll auch eine digitale Unterschrift des Arztes unter Dokumente, die qualifizierte elektronische Signatur (QES), schon sehr früh mit realisiert werden. Beschlossen wurde außerdem, die Umsetzung dieser Planungen nicht von der gematik durchführen zu lassen, sondern den Auftrag in einem Ausschreibungsverfahren an die Industrie zu vergeben. Das Ausschreibungsverfahren soll von der gematik durchgeführt werden.

Seit Anfang 2012 arbeiten verschiedene Teams an den komplexen Ausschreibungsunterlagen für den Online-Rollout Stufe 1: Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mit der Zusatzfunktion QES.

Mit der Anwendung VSDM soll in den Arztpraxen im Online-Modus

- die eGK gelesen,
- die Gültigkeit der eGK geprüft
- sowie die Daten auf der eGK, z. B. nach einer Anschriftenänderung, aktualisiert werden.

Diese Prüfung, die z. B. einen nicht mehr bestehenden Versicherungsschutz des Versicherten oder die Sperrung dieser Karte wegen eines gemeldeten Verlustes erkennen und anzeigen würde, soll den Missbrauch der Karte verhindern. Mit der Anwendung VSDM wäre sichergestellt, dass in der Arztpraxis nach dem Einlesen der eGK immer aktuelle Daten vorliegen.

Das Ausschreibungsverfahren ist zwischenzeitlich soweit fortgeschritten, dass die Auftragsvergabe für Ende 2013 vorgesehen ist.

Die weiteren Planungen umfassen eine Erprobungsphase im Jahr 2014 in 1.000 Arztpraxen mit den dort betreuten Patienten in verschiedenen Regionen in Deutschland sowie 2015 einen Einstieg in den Wirkbetrieb – vorausgesetzt, dem Projekt bleiben weitere Anforderungen und Störungen

erspart, die automatisch zu zeitlichen Verzögerungen führen.

Mit der Erreichung dieser Planungsziele wäre der erfolgreiche Einstieg in die Telematik-Infrastruktur und damit in einen möglichen Ausbau der Nutzung der eGK für weitere sinnvolle Anwendungen geschaffen.

Die flächendeckende Umsetzung der für den Wirkbetrieb freigegebenen Anwendungen in 150.000 Arztpraxen, 60.000 Zahnarztpraxen und 3.000 Krankenhäusern erfordert von den Partnern der Selbstverwaltung viel Einigungswillen und Kompromissbereitschaft. Auch müssen die Krankenkassen zu größeren finanziellen Investitionen bereit sein, u. a. für die Durchführung des Auftrags und der Erprobungsphase und die Anbindungs- und Betriebskosten der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur im Wirkbetrieb. Der flächendeckende Einsatz mit einer sinnvollen Nutzung der elektronischen Gesundheitskarten wird deshalb wohl einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

eGK-Aktivitäten bei der Knappschaft

Auch die Knappschaft war von der vom Gesetzgeber bei Strafanordnung verpflichtend festgelegten Ausgabe der eGK 2011 nicht begeistert – aber sie war auf die anstehenden Aktivitäten gut vorbereitet. Bereits 2008 hatte sie damit begonnen, die Lichtbilder für die eGK von den Versicherten anzufordern. Nach zwei Erinnerungsverfahren, die in größeren zeitlichen Abständen durchgeführt wurden, hatten ca. 85 Prozent der Kunden ein Lichtbild bereitgestellt.

Die Entwicklung und der Betrieb des erforderlichen Kartenmanagementverfahrens zur Verwaltung der ausgegebenen Karten waren mit dem beauftragten Dienstleister erfolgreich getestet und für die Produktion freigegeben worden. Ebenso waren die intern erforderlichen Programme startbereit.

Im Mai 2011 waren auch die technischen und optischen Details der eGK spezifiziert und von den Kartenper-

sonalisieren umgesetzt worden. Der von der Knappschaft beauftragte Kartenpersonalisierer war im August 2011 startbereit.

Nach umfangreichen Tests der Gesamtprozesskette

- Bereitstellung und Übermittlung der relevanten Versichertendaten inklusive des Lichtbildes der Versicherten von der Knappschaft an den Dienstleister,
- dort Annahme, Verarbeitung und Verwaltung der Daten im Kartenmanagementsystem sowie Übermittlung der Daten an den Kartenpersonalisierer,
- dort Produktion, Personalisierung und Versand der Karten an die Kunden unter Befügung eines Informationsschreibens sowie die Rückmeldung von Protokolldaten der Verarbeitungsprozesse für jeden Einzelfall an die Knappschaft, startete die Knappschaft die eGK-Produktion im September 2011.

Nach kleineren Anlaufschwierigkeiten lief die Produktion reibungslos. Die vom Gesetzgeber für das Jahr 2011 vorgegebene Ausgabequote – 10 Prozent der Knappschaftsversicherten – hatte die Knappschaft bereits Anfang November 2011 erfüllt.

Ab Januar 2012 wurde der Rollout fortgesetzt. Sukzessiv wurden die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Regionaldirektionen und Bezirksstellen „abgearbeitet“. Jede Woche wurden rund 30.000 neue Karten produziert und versandt. Ende November 2012 erreichte die Knappschaft die vorgegebene Quote von 70 Prozent der Knappschaftsversicherten – 1,3 Millionen Karten. Bis spätestens Mitte 2013 sollen alle Kunden der Knappschaft eine eGK in Händen halten. Die geplante Abschaffung der heutigen Krankenversichertenkarte zum Ende des Jahres 2013 wird den Versicherten der Knappschaft keine Probleme bereiten.

Aktualisierung der eGK in den Geschäftsstellen der Knappschaft

Wie bereits erläutert, enthalten die jetzt ausgegebene eGK zwar das Lichtbild des Versicherten, ansonsten ist diese Karte aber genauso „dumm“ wie die heutige Krankenversicherten-

karte. Bis auf Weiteres kann sie nur als Berechtigungsnachweis in den Arztpraxen verwandt werden. Alle weiteren Anwendungen – zunächst auf die Online-Prüfung und -aktualisierung der eGK in der Arztpraxis reduziert –, setzen die Online-Anbindung der Praxen in einer funktionsfähigen Telematik-Infrastruktur voraus. Und die wird kurzfristig nicht realisierbar sein.

Das bedeutet für die Krankenkassen, dass für einen noch nicht absehbaren Zeitraum jede Änderung in den Personalien ihrer Kunden durch die Produktion und Ausgabe einer aktualisierten neuen eGK nachvollzogen werden muss.

Die Knappschaft müsste deshalb jährlich eine große Anzahl eGK austauschen – bei einem Preis inkl. Nebenkosten von 4 Euro für jede Karte eine erhebliche Ausgabe. Um diesen organisatorischen und finanziellen Aufwand zu verringern, werden Mitte 2013 die Geschäftsstellen der Knappschaft mit Kartenlesegeräten und entsprechender Software ausgerüstet, die eine Änderung der Daten auf dem Chip der eGK ermöglichen.

Änderungen der Anschrift und des Versichertenstatus – mit Abstand die am häufigsten anfallenden Änderungen – sind dann in den Dienststellen möglich. Damit bietet die Knappschaft ihren Kunden für die eGK einen Service, den sie bereits von der bisherigen Krankenversichertenkarte gewohnt sind.

Fazit

Die Idee, die Kommunikation im Gesundheitswesen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zu verbessern und zu beschleunigen sowie Verwaltungsabläufe zu vereinfachen, ist nach wie vor gut. Die eGK ist auf diese Anforderungen gut vorbereitet. Keine gute Idee war es, dass alle beteiligten Einrichtungen an der Umsetzung mitbestimmen sollten.

Seit fast zehn Jahren versuchen die Selbstverwaltungspartner, die eGK so auf den Weg zu bringen, dass die hochentwickelte und teure Karte auch ihren Nutzen bringt. Das Problem dabei ist, dass die Partner den Nutzen sehr unterschiedlich sehen. Während die Krankenkassen, die das gesamte Projekt alleine finanzieren müssen

(so will es der Gesetzgeber), ein stufenweises Vorgehen präferieren, in dem zunächst die Online-Anbindung der Ärzte in einem Gesundheitsnetz zur Prüfung und Aktualisierung der eGK und darauf aufbauend weitere Anwendungen umgesetzt werden, müssen für die Leistungserbringer weitere „Mehranwendungen“ bereits zu Anfang bereit stehen. Dazu gehören neben dem Notfalldatensatz der elektronische Arztbrief, Anwendungen zur Arzneimittelversorgung und auch die qualifizierte Signatur auf der eGK. Und das alles unter Einbeziehung der Insellösungen, die bereits heute praktiziert werden, abhängig von der in den Arztpraxen eingesetzten Software und Angeboten der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Damit ist die zu überspringende Latte wieder sehr hoch gelegt. Fakt ist: Die eGK ist durch die Vorgaben des Gesetzgebers auf dem Markt. Ihre Nutzungsmöglichkeiten sind, bedingt durch die Uneinigkeit der beteiligten Parteien und durch das bisher fehlende technische Umfeld, bis auf Weiteres stark beschränkt.

Das Ausschreibungsverfahren der gematik zum Aufbau der Telematik-Infrastruktur läuft. Abzuwarten bleibt, mit welchen Vorstellungen und Angeboten die Industrie darauf reagieren wird. Abzuwarten bleibt auch, ob der ehrgeizige Zeitplan zur Auftragsvergabe und Durchführung der vorgeschriebenen Tests mit 1.000 Ärzten eingehalten wird.

Klar ist jedoch jetzt schon, dass die flächendeckende Einführung in den Wirkbetrieb selbst unter optimalen Bedingungen frühestens 2015 gestartet wird – also fast zehn Jahre nach dem vom Gesetzgeber ursprünglich vorgegebenen Termin.

Ein Eintrag in das Guinness-Buch der Rekorde für das größte und am längsten laufende IT-Projekt ist noch nicht beantragt, hätte aber gute Chancen, schnell realisiert zu werden. Schnell realisiert? Das wäre wirklich etwas Neues in diesem Projekt. ■

Dieter Zöpflgen
KBS/Dezernat I.6
DV-Verbindungsstelle
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

Größen des Versicherungs- und Beitragsrechts ab 1. Januar 2013

Beitragssätze	
Krankenversicherung	
allgemeiner Beitragssatz ¹⁾ insgesamt	15,50 %
- Arbeitnehmer	8,20 %
- Arbeitgeber	7,30 %
ermäßigter Beitragssatz ²⁾ insgesamt	14,90 %
- Arbeitnehmer	7,90 %
- Arbeitgeber	7,00 %
Pflegeversicherung grundsätzlich³⁾⁴⁾	2,05 %
Kinderlose insgesamt	2,30 %
- Arbeitnehmer	1,275 %
- Arbeitgeber	1,025 %
knappschaftliche Rentenversicherung	25,10 %
- Arbeitnehmer	9,45 %
- Arbeitgeber	15,65 %
allgemeine Rentenversicherung⁵⁾	18,90 %
Arbeitslosenversicherung⁶⁾	3,00 %
Seemannskasse	3,50 %
- Arbeitnehmer	1,50 %
- Arbeitgeber	2,00 %
geringfügig entlohnte Beschäftigte	
Krankenversicherung	13,00 %
Rentenversicherung	18,90 %
- Arbeitnehmer ⁷⁾	3,90 %
- Arbeitgeber	15,00 %
Umlagesätze	
Umlage 1 = Krankheit, Kur ⁸⁾	0,70 %
Umlage 2 = Mutterschutz ⁹⁾	0,14 %
Insolvenzgeldumlage	0,15 %
Gleitzone	
Faktor F	0,7605
vereinfachte Gleitzoneformel (neues Recht)	1,2694375 x Arbeitsentgelt - 229,021875
vereinfachte Gleitzoneformel (Übergangsrecht)	1,2395 x Arbeitsentgelt - 191,60

	Alte Bundesländer (einschließlich Berlin/West)			Neue Bundesländer (einschließlich Berlin/Ost)		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße - § 18 SGB IV -						
- Kranken- und Pflegeversicherung	32.340,00	2.695,00	89,83	32.340,00	2.695,00	89,83
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	32.340,00	2.695,00	89,83	27.300,00	2.275,00	75,83
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	52.200,00	-	-	52.200,00	-	-
- besondere Grenze ¹⁰⁾	47.250,00	-	-	47.250,00	-	-
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	47.250,00	3.937,50	131,25	47.250,00	3.937,50	131,25
- knappschaftliche Rentenversicherung	85.200,00	7.100,00	236,67	72.600,00	6.050,00	201,67
- allgemeine Rentenversicherung	69.600,00	5.800,00	193,33	58.800,00	4.900,00	163,33
- Arbeitslosenversicherung	69.600,00	5.800,00	193,33	58.800,00	4.900,00	163,33
- Seemannskasse	69.600,00	5.800,00	193,33	58.800,00	4.900,00	163,33
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigten	-	450,00	15,00	-	450,00	15,00
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	26,95	0,90	-	22,75	0,76
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	325,00	10,83	-	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	6.468,00	539,00	17,97	6.468,00	539,00	17,97
- Rentenversicherung	25.872,00	2.156,00	71,87	21.840,00	1.820,00	60,67
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	-	539,00	17,97	-	539,00	17,97
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	-	539,00	17,97	-	455,00	15,17
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	6.468,00	539,00	17,97	6.468,00	539,00	17,97
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	6.468,00	539,00	17,97	5.460,00	455,00	15,17
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung ¹¹⁾	-	224,00	-	-	224,00	-
- für freie Unterkunft	-	216,00	-	-	216,00	-
Beköstigungssatz¹²⁾	-	225,00	7,50	-	225,00	7,50

1) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld / 2) Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld / 3) Im Freistaat Sachsen ergibt sich folgende Beitragstragung: Arbeitgeber 0,525 %, Arbeitnehmer 1,525 % (ggf. zuzüglich Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %) / 4) Die Beiträge werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Hälfte getragen / 5) Befreiung auf Antrag beim Arbeitgeber / 6) Erstattungssatz = 80 %
7) Erstattungssatz = 100 % / 8) Gilt nur für Personen, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der JAE-Grenze versicherungsfrei und privat krankenversichert waren
9) Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 88,00 Euro, auf das Frühstück 48,00 Euro / 10) Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 87,00 Euro monatlich (tägl. 2,90 Euro), auf das Frühstück 48,00 Euro monatlich (tägl. 1,60 Euro)

In der Gleitzone: Versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse im Niedriglohnbereich

Neues ab 1. Januar 2013

Von Karin Schalge und Anke Nehring

Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde mit der Anhebung der Arbeitsentgeltgrenzen für geringfügig entlohnte Beschäftigungen auf 400 Euro zum 1. April 2003 eine Gleitzone-Regelung eingeführt. Von da an waren Beschäftigungen im Niedriglohnbereich mit einem Arbeitsentgelt von regelmäßig 400,01 Euro bis 800 Euro im Monat weiterhin grundsätzlich in allen Zweigen der Sozialversicherung versicherungspflichtig. Der Arbeitnehmer zahlt jedoch nur einen verringerten Beitragsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die Gleitzone-Regelung wurde eingeführt, um die sogenannte Niedriglohnschwelle zu beseitigen. Diese hätte bei Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze zu einem abrupten Anstieg der Beitragsbelastung für den Arbeitnehmer auf den vollen Sozialversicherungsbeitrag geführt. Deshalb wird der Gesamtsozialversicherungsbeitrag des Arbeitnehmers nicht aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt, sondern aus einer reduzierten beitragspflichtigen Einnahme berechnet, die mit der Gleitzone-Formel ermittelt wird. Der Berechnung des Arbeitgeberbeitragsanteils wird weiterhin das tatsächlich gezahlte Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Durch Abzug des Arbeitgeberbeitragsanteils vom Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird der verminderte Beitragsanteil des Arbeitnehmers ermittelt.

Neue Regelungen

Die seit dem 1. April 2003 geltenden Entgeltgrenzen wurden durch das Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung vom 5. Dezember 2012 ab 1. Januar 2013 angehoben. Ein Beschäftigungsverhältnis in der Gleitzone liegt nun vor, wenn das regelmäßig erzielte Arbeitsentgelt im Monat 450,01 Euro bis 850 Euro beträgt. Für bereits vor dem 1. Januar 2013 bestehende Beschäftigungsverhältnisse gibt es Bestandschutzregelungen.

Die Anwendung der Gleitzone-Regelung ist von vornherein ausgeschlossen für folgende Personenkreise:

- Personen, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind (z. B. Auszubildende, Teilnehmer an dualen Studiengängen, Praktikanten),
- Umschüler, wenn die Umschulung für einen anerkannten Ausbildungsberuf erfolgt und nach den Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes durchgeführt wird
- Teilnehmer am Jugendfreiwilligendienst (freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr) und am Bundesfreiwilligendienst.

Sie ist auch ausgeschlossen für mehr als geringfügige versicherungspflichtige Beschäftigungen, die neben einer Beschäftigung zur Berufsausbildung, einer Teilnahme an einem freiwilligen sozialen bzw. freiwilligen ökologischen Jahr oder einem Bundesfreiwilligendienst ausgeübt werden.

Darüber hinaus gelten die besonderen Regelungen zur Gleitzone nicht

- in Fällen der Altersteilzeit oder im Rahmen von Wertguthabenvereinbarungen, in denen lediglich das reduzierte Arbeitsentgelt in die Gleitzone fällt,
- für Arbeitsentgelte aus Wiedereingliederungsmaßnahmen nach einer Arbeitsunfähigkeit (maßgebend sind in diesen Fällen nicht die reduzierten, sondern die „vollen“ Arbeitsentgelte),
- wenn lediglich Teilarbeitsentgelte (z.B. wegen Ablaufs der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit oder bei Beginn bzw. Ende der

Beschäftigung im Laufe eines Kalendermonats) innerhalb der Gleitzone liegen,

- für versicherungspflichtige Arbeitnehmer, deren monatliches Arbeitsentgelt regelmäßig mehr als 850 Euro beträgt und aufgrund konjunktureller oder saisonaler Kurzarbeit (Kurzarbeitergeld bzw. Saison-Kurzarbeitergeld) die Gleitzonegrenze von 850 Euro unterschreitet (bei diesen Arbeitsausfällen und der daraus folgenden Entgeltminderung ist von einer vorübergehenden Minderung auszugehen) sowie
- wenn der Beitragsberechnung fiktive Entgelte zugrunde gelegt werden (z. B. bei Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Angehörigen ähnlicher Gemeinschaften und bei Menschen mit Behinderung, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten).

Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts

Bei der Prüfung, ob das Arbeitsentgelt in der Gleitzone, also zwischen 450,01 Euro und 850 Euro, liegt, ist vom regelmäßigen Arbeitsentgelt auszugehen. Das ist grundsätzlich das Arbeitsentgelt, auf das der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch hat, das also z.B. aufgrund einer Einzelabrede, eines Tarifvertrages oder einer betrieblichen Vereinbarung zu zahlen ist.

Bei der Ermittlung werden Einmalzahlungen, die mindestens einmal jährlich

zu erwarten sind, hinzugerechnet (z.B. aufgrund eines Tarifvertrags oder wegen Wohnrechts). So wird in der Regel das Weihnachtsgeld berücksichtigt, eine Jubiläumsgewährung jedoch nicht. Hat der Arbeitnehmer auf die Zahlung einer einmaligen Einnahme schriftlich verzichtet, kann die einmalige Einnahme – ungeachtet der arbeitsrechtlichen Zulässigkeit eines solchen Verzichts – vom Zeitpunkt des Verzichts an bei der Ermittlung des regelmäßigen Arbeitsentgelts nicht berücksichtigt werden. Im Übrigen werden nur einmalige Einnahmen aus der zu beurteilenden Beschäftigung berücksichtigt.

Schwankt die Höhe des Arbeitsentgelts, ist der regelmäßige Betrag durch eine gewissenhafte Schätzung zu ermitteln. Dies gilt auch, wenn saisonbedingt unterschiedliche Arbeitsentgelte erzielt werden. Der Schätzung wird das vom Arbeitnehmer im Vorjahr erzielte Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Besteht das Beschäftigungsverhältnis weniger als ein Jahr, kann die Einschätzung aufgrund der Vergütung eines vergleichbaren Arbeitnehmers erfolgen. Stellt sich im Nachhinein heraus, dass die Einschätzung nicht zutreffend war, bleibt sie für die Vergangenheit dennoch maßgebend.

Folgende steuerfreie Bezüge oder pauschal besteuerte Arbeitsentgelte, die beitragsfrei in der Sozialversicherung sind, bleiben bei der Prüfung der Gleitzonegrenze beispielsweise ebenfalls unberücksichtigt:

- Kindergartenzuschüsse, Sachbezüge bis zu 44 Euro monatlich, steuer- und beitragsfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit,
- steuer- und beitragsfreie Beiträge zu Direktversicherungen, Pensionskassen und Pensionsfonds,
- steuer- und beitragsfreie Aufwendungen des Arbeitgebers für die Gesundheitsförderung seiner Arbeitnehmer in Höhe von 500 Euro jährlich,
- Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten als Übungsleiter, Erzieher, Ausbilder, Betreuer oder vergleichbaren nebenberuflichen Tätigkeiten, aus nebenberuflichen künstlerischen Tätigkeiten oder für die Pflege alter, kranker oder behinderter Menschen, soweit sie

den seit dem 1. Januar 2013 geltenden (steuerlichen) Freibetrag von 2.400 Euro nicht überschreiten (§ 3 Nummer 26 Einkommensteuergesetz (EStG) in Verbindung mit Satz 3 des § 14 Absatz 1 SGB IV). Der steuerfreie Jahresbetrag kann pro rata (z.B. monatlich mit einem gleichbleibenden Betrag in Höhe von 200 Euro) oder en bloc (z.B. zu Beginn der Beschäftigung) ausgeschöpft werden. Endet die Beschäftigung im Laufe des Kalenderjahres und ist der Steuerfreibetrag noch nicht ausgeschöpft, ändert sich durch die rückwirkende Anwendung des Steuerfreibetrags die versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung nicht. Die vorstehenden Ausführungen gelten nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Sozialversicherungsentgeltverordnung auch für ehrenamtliche Tätigkeiten. Hier beträgt der Freibetrag seit dem 1. Januar 2013 720 Euro jährlich (§ 3 Nummer 26a EStG).

Ist für eine Beschäftigung ein Nettoarbeitsentgelt vereinbart, wird das Bruttoarbeitsentgelt ermittelt, indem der volle und nicht der reduzierte Arbeitnehmerbeitrag zum Nettoarbeitsentgelt addiert wird.

Werden mehrere Beschäftigungen bei verschiedenen Arbeitgebern ausgeübt, gelten die Regelungen zur Gleitzone, wenn das insgesamt erzielte Arbeitsentgelt innerhalb der Entgeltgrenzen liegt. Dabei werden nur Arbeitsentgelte aus versicherungspflichtigen Beschäftigungen zusammengerechnet. Folgende Einkommen / Entgelte werden deshalb nicht berücksichtigt:

- Entgelt aus einer versicherungsfreien Beschäftigung als Beamter (§ 5 Absatz 1 SGB VI)
- Einnahmen aus einer Pflgetätigkeit im Sinne des § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI; hier fehlt der Tatbestand Beschäftigung
- Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit, auch wenn diese der Rentenversicherungspflicht unterliegt
- Entgelte aus geringfügig entlohnten Beschäftigungen, in denen Versicherungsfreiheit oder Versicherungspflicht nur in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht

Zusammengerechnet werden aber:

- Entgelte aus Beschäftigungen, die aufgrund der Bestandsschutzregelungen über den 31. Dezember 2012 hinaus der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung unterliegen (§ 7 Absatz 3 SGB V, § 231 Absatz 9 SGB VI, § 444 Absatz 1 SGB III),
- Geringfügige Beschäftigungen mit einem Arbeitsentgelt in Höhe von 325,01 Euro bis 400 Euro, die über den 31. März 2003 hinaus (§ 7 Absatz 2 SGB V, § 229 Absatz 6 SGB VI, § 436 SGB III) versicherungspflichtig blieben.

Gegebenenfalls kann sich für die verschiedenen Versicherungszweige eine unterschiedliche Beurteilung ergeben.

Beitragspflichtige Einnahme

Bei Arbeitnehmern, die gegen ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone beschäftigt sind, wird für die Berechnung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, sondern eine reduzierte beitragspflichtige Einnahme zugrunde gelegt. Aufgrund der Anhebung der Gleitzonegrenzen zum 1. Januar 2013 war auch eine Anpassung der Gleitzone-Formel, mit der die reduzierte beitragspflichtige Einnahme ermittelt wird, notwendig.

Beitragspflichtige Einnahme bei einem Beschäftigungsverhältnis

Besteht nur ein Beschäftigungsverhältnis wird die reduzierte beitragspflichtige Einnahme nunmehr nach folgender Gleitzone-Formel berechnet:

$$F \times 450 + \left(\left\{ \frac{850}{850 - 450} \right\} - \left\{ \frac{450}{850 - 450} \right\} \times F \right) \times (AE - 450)$$

Die Variablen sind wie folgt definiert: AE steht für das monatliche Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis. F ist ein Faktor, der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bekannt gegeben wird. Es ist der Wert, der sich ergibt, wenn 30 Prozent durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz (Summe der zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze zur allgemeinen Rentenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung und

in der Arbeitslosenversicherung sowie der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung) geteilt werden.

Der Faktor F hat für das Kalenderjahr 2013 den Wert 0,7605.

Die für das Kalenderjahr 2013 geltende Gleitzoneformel kann wie folgt vereinfacht werden:

$$\text{beitragspflichtige Einnahme} = 1,2694375 \times \text{AE} - 229,021875$$

Das Ergebnis wird kaufmännisch gerundet.

In Monaten, in denen das Arbeitsentgelt nicht für einen vollen Kalendermonat erzielt wird, weil z.B. das Beschäftigungsverhältnis beginnt oder endet oder die Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit ausläuft, wird eine anteilige beitragspflichtige Einnahme ermittelt. Diese wird ausgehend von der monatlichen beitragspflichtigen Einnahme, also dem Entgelt, das erzielt worden wäre, wenn die Beschäftigung den ganzen Monat bestanden hätte, berechnet.

Zunächst wird aus dem Teilentgelt das monatliche Arbeitsentgelt berechnet:

$$\text{monatliche beitragspflichtige Einnahme} = \frac{\text{anteiliges Arbeitsentgelt} \times 30}{\text{Kalendertage}}$$

Auf Basis des ermittelten monatlichen Arbeitsentgelts, das hier der monatlichen beitragspflichtigen Einnahme entspricht, ist die beitragspflichtige Einnahme mit Hilfe der Gleitzoneformel zu berechnen.

Danach wird die beitragspflichtige Einnahme wieder auf den Teilmonat entsprechend der Kalendertage, an denen die versicherungspflichtige Beschäftigung besteht, vermindert:

$$\text{anteilige beitragspflichtige Einnahme} = \frac{\text{monatliche beitragspflichtige Einnahme} \times \text{Kalendertage}}{30}$$

Dabei ist unerheblich, ob das anteilige Arbeitsentgelt unterhalb der Gleitzone liegt. Für die Anwendung der besonderen Regelungen zur Gleitzone ist allein das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt maßgebend.

Beitragspflichtige Einnahme bei Mehrfachbeschäftigung

Bei Ausübung mehrerer (ggf. durch

Zusammenrechnung) versicherungspflichtiger Beschäftigungen, deren regelmäßige Arbeitsentgelte in der Summe innerhalb der Gleitzonegrenzen liegen, wird die reduzierte beitragspflichtige Einnahme auf Grundlage des Gesamtarbeitsentgelts ermittelt. Anschließend ist sie im Verhältnis der jeweiligen Arbeitsentgelte zum Gesamtarbeitsentgelt aufzuteilen.

Besteht die Mehrfachbeschäftigung den vollen Kalendermonat, berechnet sich die reduzierte beitragspflichtige Einnahme wie folgt:

$$\frac{[F \times 450 + ((850/(850-450)) - [450/(850-450)]) \times F] \times (\text{GAE} - 450)}{\text{GAE}} \times \text{EAE}$$

Die Variablen sind dabei wie folgt definiert: EAE = Einzelarbeitsentgelt aus dem Beschäftigungsverhältnis; GAE = Gesamtarbeitsentgelt (Summe der Einzelentgelte aus allen Beschäftigungsverhältnissen)

Das Ergebnis wird kaufmännisch gerundet. Die Formel kann für das Kalenderjahr 2013 wie folgt vereinfacht werden:

$$\text{beitragspflichtige Einnahme} = [1,2694375 \times \text{GAE} - 229,021875] \times \frac{\text{EAE}}{\text{GAE}}$$

Beitragspflichtige Einnahme bei schwankendem Arbeitsentgelt oder Einmalzahlungen

Schwanken die Einnahmen des Arbeitnehmers oder wird eine Einmalzahlung gewährt, kann es Monate geben, in denen die obere Gleitzonegrenze überschritten bzw. die untere Gleitzonegrenze unterschritten wird. Liegt aber das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt zwischen 450,01 Euro und 850 Euro, handelt es sich ebenfalls um ein Beschäftigungsverhältnis in der Gleitzone.

In den jeweiligen Monaten wird die beitragspflichtige Einnahme jedoch nicht nach der allgemeinen Gleitzoneformel ermittelt.

Unterschreitet das Arbeitsentgelt die untere Gleitzonegrenze, ist bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahme das tatsächlich gezahlte Arbeitsentgelt mit dem Faktor F zu multiplizieren:

$$\text{beitragspflichtige Einnahme} = \text{tatsächliches Arbeitsentgelt} \times F$$

Wird die obere Gleitzonegrenze überschritten, wird das tatsächliche Arbeits-

entgelt als beitragspflichtige Einnahme bei der Beitragsberechnung zugrunde gelegt.

Beitragspflichtige Einnahme bei Verzicht auf die Reduzierung des Arbeitnehmerbeitrags in der Rentenversicherung

In der Rentenversicherung richtet sich die Höhe der Rentenansprüche entscheidend nach dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt.

Bei Beschäftigungen in der Gleitzone erwirbt der Beschäftigte wegen der

Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts und daraus folgend des Arbeitnehmerbeitragsanteils nur reduzierte Rentenanwartschaften.

Um diese negativen Folgen für die Rente zu vermeiden, haben die Arbeitnehmer die Möglichkeit, auf die Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahme in der Rentenversicherung zu verzichten und den vollen Arbeit-

nehmerbeitrag zu zahlen. Den Verzicht muss der Arbeitnehmer gegenüber seinem Arbeitgeber schriftlich erklären. Diese Erklärung ist für die Dauer der Beschäftigung bindend. Der Verzicht kann nur mit Wirkung für die Zukunft und bei mehreren Beschäftigungen nur einheitlich erfolgen. Er kann aus Gründen der Vereinfachung für die Entgeltabrechnung nicht taggenau, sondern vom Beginn des auf die Abgabe der Erklärung folgenden Kalendermonats berücksichtigt werden. Geht innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der Beschäftigung die Verzichtserklärung beim Arbeitgeber ein, wirkt sie auf den Beginn der Beschäftigung zurück, falls der Arbeitnehmer dies wünscht.

Ein Verzicht auf die Anwendung der Gleitzoneformel ist in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung nicht möglich.

Beitragspflichtige Einnahme bei der Berechnung der Umlagen

Die Umlagen U1 (Entgeltfortzahlung) und U2 (Mutterschaftsleistungen) nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) werden nach dem Arbeitsentgelt berechnet, aus dem die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bemessen werden oder bei Versicherungspflicht zu bemessen wären. Bei Arbeitnehmern mit einem Arbeitsentgelt in der Gleitzone gilt als umlagepflichtiges Arbeitsentgelt die reduzierte beitragspflichtige Einnahme, es sei denn, auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts in der Rentenversicherung wurde verzichtet. Umlagebeträge werden nur vom laufenden Arbeitsentgelt berechnet. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist bei der Berechnung der Umlagen nicht zu berücksichtigen.

Die Fälle, in denen das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt durch die Berücksichtigung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt die Grenze von 850 Euro überschreitet, sind auch in Bezug auf die Umlagen nach dem AAG keine Gleitzonefälle. Liegt jedoch grundsätzlich ein Gleitzonefall vor und wird die Gleitzoneobergrenze lediglich durch eine Einmalzahlung überschritten, sind die Umlagen nach dem AAG in diesem Monat aus der reduzierten beitragspflichtigen Einnahme zu berechnen. Hierbei wird jedoch nur das laufende Arbeitsentgelt herangezogen.

Für die Insolvenzgeldumlage gilt als umlagepflichtiges Arbeitsentgelt die nach der Gleitzoneformel ermittelte reduzierte beitragspflichtige Einnahme. Hat der Arbeitnehmer in der Rentenversicherung auf die Anwendung der Gleitzoneformel verzichtet, wird die Umlage nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt bemessen. Die Insolvenzgeldumlage wird sowohl aus dem laufenden als auch dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt berechnet.

Beitragsberechnung und -tragung

Die Berechnung der Beiträge hat sich ab 1. Januar 2013 nicht geändert. Sie erfolgt nach wie vor in drei Schritten:

1. Ermittlung des Gesamtbeitrags für jeden Versicherungszweig
2. Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt
3. Ermittlung des Arbeitnehmerbei-

tragsanteils durch Subtraktion des Arbeitgeberbeitrags vom Gesamtbeitrag

Gesamtbeitrag für jeden Versicherungszweig

Für jeden Versicherungszweig wird zunächst der Gesamtbeitrag ermittelt. Hierzu wird der halbe Beitragssatz auf die beitragspflichtige Einnahme angewendet und anschließend das gerundete Ergebnis verdoppelt.

Bei Berechnung der Beiträge zur Krankenversicherung wird wegen der Besonderheiten der Beitragstragung der für den Arbeitnehmer insgesamt zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag wie folgt berechnet: von der beitragspflichtigen Einnahme werden zuerst die (fiktiven) Anteile des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers getrennt berechnet und anschließend die gerundeten Beträge addiert. Alternativ kann der Krankenversicherungsbeitrag folgendermaßen berechnet werden: auf die beitragspflichtige Einnahme wird der halbe allgemeine bzw. halbe ermäßigte Beitragssatz angewendet und anschließend das gerundete Ergebnis verdoppelt.

Beitragsanteil des Arbeitgebers

Der Arbeitgeberbeitragsanteil wird für jeden Versicherungszweig separat berechnet. Der jeweilige Beitragsanteil des Arbeitgebers zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung wird durch Anwendung der jeweiligen halben Beitragssätze auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt ermittelt. Der Arbeitgeberbeitragsanteil zur Krankenversicherung wird durch Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes der Krankenversicherung auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt ermittelt.

Beitragsanteil des Arbeitnehmers

Der jeweilige Beitragsanteil des Arbeitnehmers ergibt sich, indem der jeweilige Arbeitgeberbeitragsanteil von dem für jeden Versicherungszweig ermittelten Gesamtbeitrag abgezogen wird. Der von kinderlosen Arbeitnehmern in der Pflegeversicherung allein zu tragende Beitragszuschlag von 0,25 Prozent wird durch Anwendung des Beitragszuschlags auf die reduzierte beitragspflichtige Einnahme berechnet und dem ermittelten Arbeitnehmerbeitragsanteil hinzugerechnet (Beispiel 1)

Besonderheiten bei der Beitragstragung

Für knappschaftlich rentenversicherte Arbeitnehmer wirkt sich die Gleitzoneformel in gleicher Weise aus wie bei einem in der allgemeinen Rentenversicherung versicherten Arbeitnehmer. Der vom Arbeitgeber zu tragende Beitragsanteil wird allerdings auf Grundlage des Beitragssatzes der knappschaftlichen Rentenversicherung ermittelt. Für die Berechnung der Beitragsanteile ist zunächst der Arbeitnehmerbeitragsanteil zu berechnen, der vom Arbeitnehmer zu tragen wäre, wenn er in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wäre. Der Arbeitgeberbeitragsanteil ergibt sich aus der Differenz des Gesamtbeitrags auf der Basis der reduzierten beitragspflichtigen Einnahme und des Beitragssatzes zur knappschaftlichen Rentenversicherung abzüglich des Arbeitnehmerbeitragsanteils (Beispiel 2)

Ist der Arbeitnehmer in Sachsen beschäftigt, gibt es in der Pflegeversicherung eine Besonderheit. Anders als in allen anderen Bundesländern wurde in Sachsen zur Finanzierung der Pflegeversicherung der Feiertag Buß- und

Beispiel 1: Beitragsberechnung allgemeine Rentenversicherung

Monatliches Arbeitsentgelt eines kinderlosen Arbeitnehmers	600,00 Euro
Beitragspflichtige Einnahme (1,2694375 x 600 Euro - 229,021875)	532,64 Euro
Krankenversicherung (15,5 %) Versicherungsbeitrag (532,64 Euro x 7,75 % x 2)	82,56 Euro
Abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (600 Euro x 7,3 %) Arbeitnehmerbeitragsanteil	-43,80 Euro
	38,76 Euro
Pflegeversicherung (2,05 %) Versicherungsbeitrag (532,64 Euro x 1,025 % x 2)	10,92 Euro
Abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (600 Euro x 1,025 %) Zusätzlicher Arbeitnehmerbeitrag (532,64 Euro x 0,25 %)	-6,15 Euro
	+1,33 Euro
Arbeitnehmerbeitragsanteil	6,10 Euro
Rentenversicherung (18,9 %) Versicherungsbeitrag (532,64 Euro x 9,45 % x 2)	100,66 Euro
Abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (600 Euro x 9,45 %) Arbeitnehmerbeitragsanteil	-56,70 Euro
	43,96 Euro
Arbeitslosenversicherung (3,0 %) Versicherungsbeitrag (532,64 Euro x 1,5 % x 2)	15,98 Euro
Abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (600 Euro x 1,5 %) Arbeitnehmerbeitragsanteil	-9,00 Euro
	6,98 Euro

Betrag nicht gestrichen. Deshalb trägt der Arbeitnehmer die Beiträge zur Pflegeversicherung in Höhe von 1 Prozent allein. Die übrigen Beiträge in Höhe des Differenzbetrages bis zum vollem Beitragssatz tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber grundsätzlich jeweils zur Hälfte.

Seit dem 1. Januar 2013 ergibt sich dadurch für den Arbeitgeber – abweichend von § 58 Absatz 5 Satz 2 SGB XI

Beispiel 2: Beitragsberechnung knappschaftliche Rentenversicherung

(Beitragsatz insgesamt = 25,10 %, Arbeitgeber = 15,65 %, Arbeitnehmer = 9,45 %)

Monatliches Arbeitsentgelt	500,00 Euro
beitragspflichtige Einnahme (1,2694375 x 500 Euro – 229,021875)	405,70 Euro
Fiktiver Gesamtbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung (405,70 Euro x 9,45 % x 2)	76,68 Euro
Abzüglich fiktiver Arbeitgeberanteil zur allgemeinen Rentenversicherung (500 Euro x 9,45 %)	- 47,25 Euro
Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung	= 29,43 Euro
Versicherungsbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung (405,70 Euro x 25,10 %)	101,83 Euro
Abzüglich Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung	- 29,43 Euro
Arbeitgeberanteil zur knappschaftlichen Rentenversicherung	= 72,40 Euro

– ein Beitragsanteil in Höhe von 0,525 Prozent und für den Arbeitnehmer ein Beitragsanteil von 1,525 Prozent zusätzlich gegebenenfalls dein Zuschlag in Höhe von 0,25 Prozent bei Kinderlosigkeit.

Bestandsschutzfälle

Für Arbeitnehmer, deren Beschäftigungen bereits am 31. Dezember 2012 bestanden haben, gelten Bestandsschutzregelungen. Diese stellen die weitere Anwendung des bis dahin geltenden Rechts sicher. Von den Bestandsschutzregelungen werden Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt von monatlich 400,01 Euro bis 450 Euro und mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt von monatlich 800,01 Euro bis 850 Euro erfasst. Ein gelegentliches Unter- oder Überschreiten der genannten Grenzen schadet nicht. Sofern sich das regelmäßige Arbeitsentgelt im Laufe derselben Beschäftigung ändert und dadurch nicht mehr weiterhin 400,01 Euro bis 450 Euro oder 800,01 Euro bis 850 Euro beträgt, endet der Bestandsschutz. Dann sind die versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen maßgebend, die für nach dem 31. Dezember 2012 aufgenommene Beschäftigungen gelten.

Bei Arbeitnehmern, die in ihrem bereits am 31. Dezember 2012 bestehenden Beschäftigungsverhältnis ein regelmäßiges Arbeitsentgelt von 450,01 Euro bis 800 Euro erzielten, ergeben sich im Versicherungs- oder Beitragsrecht zum 1. Januar 2013 keine wesentlichen Änderungen. Daher sind bei ihnen die vom 1. Januar 2013 an maßgebenden versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen (neue Gleitzoneformel) uneingeschränkt anzuwenden.

Am 31. Dezember 2012 beträgt das Arbeitsentgelt 400,01 bis 450 Euro

Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 450 Euro wurden durch die neuen Gleitzonegrenzen ab 1. Januar 2013 nicht zu geringfügig Beschäftigten. Das gilt auch dann, wenn zu einer am 31. Dezember 2012 bereits bestehenden Beschäftigung, für die Bestandsschutz gilt, nach dem 31. Dezember 2012 eine zweite geringfügig entlohnte Beschäftigung hinzutritt und die Summe der regelmäßigen Arbeitsentgelte aus der Hauptbeschäftigung und der zweiten für sich gesehenen geringfügigen Beschäftigung 450 Euro im Monat nicht übersteigt.

In diesen Fällen gilt die bisherige Gleitzoneformel in der am 31. Dezember 2012 gültigen Fassung bis längstens zum 31. Dezember 2014 fort. Das bedeutet:

- Die bisherigen Gleitzoneformeln zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahme gelten.
- Es besteht grundsätzlich weiterhin Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung.

Unterschreitet das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt 400,01 Euro, liegt eine geringfügige Beschäftigung vor. Der Bestandsschutz lebt auch bei einer erneuten Erhöhung des regelmäßigen Arbeitsentgelts über 400 Euro nicht wieder auf. Mit dem 31. Dezember 2014 endet der Bestandsschutz mit der Folge, dass Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 450,00 Euro ab 1. Januar 2015 geringfügig entlohnte Beschäftigte sind.

Kranken- und Pflegeversicherung: Der Arbeitnehmer bleibt in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zum 31. Dezember 2014 versicherungspflichtig, solange das Arbeitsentgelt über 400 Euro liegt und die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nicht gegeben sind. Die Einkommensgrenze für die Familienversicherung beträgt ab 1. Januar 2013 bei geringfügig Beschäftigten 450 Euro. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Kranken- und damit auch der Pflegeversicherung ist auf Antrag möglich. Der Befreiungsantrag wirkt vom 1. Januar 2013 an, vorausgesetzt, er wird bis zum 2. April 2013 beim Arbeitgeber gestellt. Darüber hinaus ist in der Krankenversicherung keine Befreiung von der Versicherungspflicht mehr möglich.

Rentenversicherung:

In der Rentenversicherung besteht weiterhin Versicherungspflicht. Eine Befreiung ist erst ab dem 1. Januar 2015 auf Antrag möglich. Die weitere Anwendung der Gleitzoneformel im Rahmen des Bestandsschutzes setzt voraus, dass der Arbeitnehmer in der Vergangenheit den vollen Arbeitnehmerbeitrag gezahlt hat und weiterhin zahlt, also auf die Reduzierung des Arbeitnehmerbeitrags nicht verzichtet hat.

Arbeitslosenversicherung:

Die Versicherungspflicht besteht bis zum 31. Dezember 2014 fort, solange das Arbeitsentgelt über 400 Euro liegt. Eine Befreiung ist auf Antrag möglich. Der Befreiungsantrag in der Arbeitslosenversicherung wirkt ebenfalls ab dem 1. Januar 2013, wenn er bis zum 2. April 2013 gestellt wird. Eine später beantragte Befreiung wirkt vom Beginn des Kalendermonats an, der auf den Kalendermonat der Antragstellung folgt.

Die Befreiungsanträge sind beim Arbeitgeber zu stellen und von diesem zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.

Gleitzoneformel für Bestandsschutzfälle:

Für Arbeitnehmer mit Bestandsschutz und einem Arbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 450 Euro ist die beitragspflichtige Einnahme im Kalenderjahr 2013 nach folgender vereinfachten Formel zu ermitteln:

$$\text{Beitragspflichtige Einnahme} = 1,2395 \times \text{Arbeitsentgelt} - 191,60$$

Sofern sich das regelmäßige Arbeitsentgelt ändert und dadurch nicht mehr 400,01 Euro bis 450 Euro beträgt, enden die Bestandsschutzregelungen. Dann sind die versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen maßgebend, die für neu aufgenommene Beschäftigungen gelten.

Bei Mehrfachbeschäftigten gilt für das Jahr 2013 folgende vereinfachte Formel:

$$\text{Beitragspflichtige Einnahme} = \frac{[1,2395 \times \text{GAE} - 191,60] \times \text{EAE}}{\text{GAE}}$$

Am 31. Dezember 2012 beträgt das Arbeitsentgelt 800,01 Euro bis 850 Euro

Aufgrund der Anhebung der Entgeltgrenze in der Gleitzone von 800 Euro auf 850 Euro wären für Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt in Höhe von 800,01 Euro bis 850 Euro vom 1. Januar 2013 an dem Grunde nach die beitragsrechtlichen Regelungen zur Gleitzone anzuwenden. Im Rahmen des Bestandsschutzes werden die Sozialversicherungsbeiträge jedoch über den 31. Dezember 2012 hinaus weiterhin aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt berechnet. Die Arbeitnehmer können jedoch die Anwendung der Gleitzoneformel schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber erklären. In diesen Fällen ist die vom 1. Januar 2013 an geltende Gleitzoneformel anzuwenden.

Die Erklärung zur Anwendung der Gleitzoneformel gilt einheitlich für alle Versicherungszweige und alle Beschäftigungsverhältnisse. Die Abgabe der Erklärung ist längstens bis zum 31. Dezember 2014 und ausschließlich mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Es bestehen keine Bedenken, die Gleitzoneformel aus Gründen der Vereinfachung erst mit dem Beginn des auf die Abgabe der Erklärung folgenden Kalendermonats anzuwenden.

Erklärungen zur Anwendung der Gleitzoneformel, die vor dem 31. Dezember 2014 abgegeben werden, gelten bei fortbestehender Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von 800,01 Euro bis 850 Euro über den 31. Dezember 2014 hinaus. Die Erklärung ist vom Arbeitgeber zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.

Melderecht

Die Arbeitgeber melden der zuständigen Einzugsstelle im Rahmen des maschinellen DEÜV-Verfahrens (DEÜV = Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung) unter anderem den Ein- oder Austritt der Arbeitnehmer aus der Beschäftigung. Dies gilt bei fortbestehender Beschäftigung nicht für den Eintritt in eine oder den Austritt aus einer Beschäftigung in der Gleitzone. Allerdings ist jede Entgeltmeldung

(Jahresmeldung, Abmeldung, Unterbrechungsmeldung) mit einem Gleitzonekennzeichen zu versehen, da bei der Erstattung von Unrecht gezahlter Beiträge bzw. in der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Anwendung der Hinzuverdienstregelungen die tatsächlich vom Versicherten getragenen Beiträge bzw. das tatsächliche Arbeitsentgelt maßgebend sind.

In die Meldungen ist als beitragspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt die reduzierte beitragspflichtige Einnahme einzutragen. Die Kennzeichnung der Meldungen richtet sich immer nach der versicherungs- und beitragsrechtlichen Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Gleitzoneformel in der gesetzlichen Rentenversicherung nur deshalb keine Anwendung findet, weil beispielsweise aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters Rentenversicherungsfreiheit besteht und lediglich der Arbeitgeberbeitragsanteil zu zahlen ist.

Melderecht bei Mehrfachbeschäftigten

Um Arbeitgebern mit Mehrfachbeschäftigten die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlagen für die Gleitzone zu erleichtern, wurde zum 1. Januar 2012 ein erweitertes Meldeverfahren eingeführt. Für Meldezeiträume ab dem 1. Januar 2012 erstellen die Arbeitgeber bei Mehrfachbeschäftigten eine sogenannte GKV-Monatsmeldung. Zum 1. Januar 2013 ist dieses Meldeverfahren nochmals erweitert worden.

Vor Abgabe der erstmaligen GKV-Monatsmeldung stellt der Arbeitgeber fest, ob die Gleitzoneformel anzuwenden ist. Dazu ermittelt er

das regelmäßige Arbeitsentgelt unter Berücksichtigung der Arbeitsentgelte aus allen Beschäftigungen.

Eine Mehrfachbeschäftigung im Sinne des erweiterten Meldeverfahrens liegt immer dann vor, wenn

- zwei oder mehr versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt werden oder
- durch Zusammenrechnung mindestens zweier geringfügig entlohnter Beschäftigungen Versicherungspflicht eintritt.

Eine Mehrfachbeschäftigung im Sinne des erweiterten Meldeverfahrens liegt nicht vor, wenn neben einer versicherungspflichtigen Beschäftigung eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausgeübt wird, auch wenn diese der Rentenversicherungspflicht unterliegt.

Liegt das regelmäßige Arbeitsentgelt aus allen Beschäftigungen des Arbeitnehmers innerhalb der Gleitzone, gelten die Regelungen für die Gleitzone, und in der GKV-Monatsmeldung ist das Kennzeichen Gleitzone mit „1“ anzugeben. Zusätzlich zum laufenden und einmalig gezahlten monatlichen Arbeitsentgelt wird das regelmäßige Jahresentgelt der Beschäftigung vermerkt. Das regelmäßige Jahresentgelt aus den anderen Beschäftigungen ist in der Meldung nicht zu berücksichtigen. In der GKV-Monatsmeldung ist als regelmäßiges Jahresentgelt stets ein Jahresbetrag anzugeben. Deshalb wird das regelmäßige Jahresentgelt immer auf zwölf Monate hochgerechnet.

Findet die Gleitzoneformel keine Anwendung, wird in der GKV-Monatsmeldung das Kennzeichen Gleitzone mit „0“ angegeben. Das regelmäßige Jahresentgelt wird dann nicht benötigt.

Ob der Arbeitnehmer im Rahmen des Bestandsschutzes ein ggf. vorhandenes Wahlrecht zur Anwendung der Gleitzone ausgeübt hat, wird vom Arbeitgeber ebenfalls in der GKV-Monatsmeldung über das Kennzeichen zur Anwendung der Gleitzone angegeben.

Anhand der GKV-Monatsmeldungen der beteiligten Arbeitgeber prüft die Krankenkasse, ob die Gleitzoneformel zur Anwendung kommt. Das Ergebnis wird dem Arbeitgeber mit einer Krankenkassenmeldung übermittelt.

Ergibt die Prüfung der Krankenkasse, dass das Gesamtentgelt aus sämtlichen Beschäftigungsverhältnissen in der Summe nicht in der Gleitzone liegt, wird allen Arbeitgebern, die eine GKV-Monatsmeldung mit einem Gleitzonekennzeichen übermittelt haben, mitgeteilt, dass die Gleitzone-Regelung keine Anwendung findet. Arbeit-

Beispiel 3: Eine Hauptbeschäftigung und zwei Nebenbeschäftigungen

Bei Arbeitgeber A besteht seit dem 1. Januar 2013 ein Beschäftigungsverhältnis mit einem monatlichen Entgelt in Höhe von 500 Euro.

Zum 1. März 2013 nimmt der Arbeitnehmer bei Arbeitgeber B ein Beschäftigungsverhältnis mit einem Entgelt von 450 Euro auf.

Zum 1. Juni 2013 nimmt der Arbeitnehmer bei Arbeitgeber C ein Beschäftigungsverhältnis mit einem monatlichen Entgelt von 320 Euro auf.

Der Arbeitnehmer hat keine Kinder.

Die Beschäftigungen bei Arbeitgeber A und C sind ab dem 1. Juni 2013 in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zusammenzurechnen. In der Arbeitslosenversicherung ist eine Zusammenrechnung gemäß § 27 Absatz 2 Satz 1 SGB III ausgeschlossen. Die Beschäftigung B ist der zeitlich zuerst aufgenommene Minijob und bleibt daher von der Zusammenrechnung ausgenommen, auch wenn die geringfügig entlohnte Beschäftigung B der Rentenversicherungspflicht unterliegt. Ab dem 1. Juni 2013 liegt eine Mehrfachbeschäftigung mit einem Arbeitsentgelt in der Gleitzone vor.

Arbeitgeber A:

Arbeitgeber A gibt für Juni 2013 eine GKV-Monatsmeldung an die Krankenkasse ab:
 - Gleitzonekennzeichen (KENNZGLE-SV) = 1
 - regelmäßiges Jahresentgelt = 6.300 Euro
 - laufendes Arbeitsentgelt (LFDEG) = 500 Euro
 - SV-Tage = 30

Die Krankenkasse prüft und meldet an Arbeitgeber A:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLZ) = 3
 - laufendes Gesamtentgelt = 820 Euro
 - SV-Tage = 30

Beitragsberechnung bei Arbeitgeber A für Juni 2013:

beitragspflichtiges Arbeitsentgelt =
 ((1,2694375 x 820 Euro - 229,021875) x 500 Euro) : 820 Euro = 495,07 Euro

beitragspflichtiges Arbeitsentgelt Arbeitslosenversicherung:

1,2694375 x 500 Euro - 229,021875 = 405,70 Euro

Krankenversicherung

Versicherungsbeitrag (495,07 Euro x 7,75 % x 2) = 76,74 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (500 Euro x 1,025 %) = - 5,13 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 40,24 Euro

Pflegeversicherung

Versicherungsbeitrag (495,07 Euro x 1,025 % x 2) = 10,14 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (500 Euro x 1,025 %) = - 5,13 Euro
 zusätzlicher Arbeitnehmerbeitrag (495,07 Euro x 0,25 %) = + 1,24 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 6,25 Euro

Rentenversicherung

Versicherungsbeitrag (495,07 Euro x 9,45 % x 2) = 93,56 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (500 Euro x 9,45 %) = - 47,25 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 46,31 Euro

Arbeitslosenversicherung

Versicherungsbeitrag (405,70 Euro x 1,5 % x 2) = 12,18 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (500 Euro x 1,5 %) = - 7,50 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 4,68 Euro

Arbeitgeber C:

Arbeitgeber C gibt für Juni 2013 eine GKV-Monatsmeldung an die Krankenkasse ab:
 - Gleitzonekennzeichen (KENNZGLE-SV) = 1
 - regelmäßiges Jahresentgelt = 3.840 Euro
 - laufendes Arbeitsentgelt (LFDEG) = 320 Euro
 - SV-Tage = 30

Die Krankenkasse prüft und meldet an Arbeitgeber C:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLZ) = 1
 - laufendes Arbeitsentgelt (LFDEG) = 820 Euro
 - SV-Tage = 30

Beitragsberechnung bei Arbeitgeber C für Juni 2013:

beitragspflichtiges Arbeitsentgelt =
 ((1,2694375 x 820 Euro - 229,021875) x 320 Euro) : 820 Euro = 316,85 Euro

Krankenversicherung

Versicherungsbeitrag (316,85 Euro x 7,75 % x 2) = 49,12 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 7,3 %) = - 23,36 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 25,76 Euro

Pflegeversicherung
 Versicherungsbeitrag (316,85 Euro x 1,025 % x 2) = 6,50 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 1,025 %) = - 3,28 Euro
 zusätzlicher Arbeitnehmerbeitrag (316,85 Euro x 0,25 %) = + 0,79 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 4,01 Euro

Rentenversicherung

Versicherungsbeitrag (316,85 Euro x 9,45 % x 2) = 59,88 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 9,45 %) = - 30,24 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 29,64 Euro

Arbeitslosenversicherung

0,00 Euro

Beispiel 4: Mit der Zahlung von Weihnachtsgeld

Fortsetzung von Beispiel 3: Der Arbeitnehmer erhält von Arbeitgeber A im Monat November ein Weihnachtsgeld in Höhe von 300 Euro.

Arbeitgeber A:

Arbeitgeber A gibt eine für November 2013 GKV-Monatsmeldung an die Krankenkasse ab:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLE-SV) = 1
 - regelmäßiges Jahresentgelt = 6.300 Euro
 - laufendes Arbeitsentgelt (LFDEG) = 500 Euro
 - Einmalzahlung (EZEG) = 300 Euro
 - SV-Tage = 30

Die Krankenkasse prüft und meldet an Arbeitgeber A:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLZ) = 4
 - SV-Tage = 30

Beitragsberechnung bei Arbeitgeber A für November 2013:

beitragspflichtige Einnahme = (500 Euro + 300 Euro) = 800 Euro
 beitragspflichtiges Arbeitsentgelt Arbeitslosenversicherung: 1,2694375 x 800 Euro - 229,021875 = 786,53 Euro

Krankenversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (800 Euro x 7,3 %) = 58,40 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (800 Euro x 8,2 %) = 65,60 Euro

Pflegeversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (800 Euro x 1,025 %) = 8,20 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (800 x 1,025 % + 800 x 0,25 %) = 10,20 Euro

Rentenversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (800 Euro x 9,45 %) = 75,60 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (800 Euro x 9,45 %) = 75,60 Euro

Arbeitslosenversicherung

Versicherungsbeitrag (786,53 Euro x 1,5 % x 2) = 23,60 Euro
 abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil (800 Euro x 1,5 %) = - 12,00 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil = 11,60 Euro

Arbeitgeber C:

Arbeitgeber C gibt für November 2013 eine GKV-Monatsmeldung an die Krankenkasse ab:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLE-SV) = 1
 - regelmäßiges Jahresentgelt = 3.840 Euro
 - laufendes Arbeitsentgelt (LFDEG) = 320 Euro
 - SV-Tage = 30

Die Krankenkasse prüft und meldet an Arbeitgeber C:

- Gleitzonekennzeichen (KENNZGLZ) = 2
 - SV-Tage = 30

Beitragsberechnung bei Arbeitgeber C für November 2013:

beitragspflichtiges Arbeitsentgelt = 320 Euro

Krankenversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 7,3 %) = 23,36 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (320 Euro x 8,2 %) = 26,24 Euro

Pflegeversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 1,025 %) = 3,28 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (320 Euro x 1,025 % + 320 x 0,25 %) = 4,08 Euro

Rentenversicherung

Arbeitgeberbeitragsanteil (320 Euro x 9,45 %) = 30,24 Euro
 Arbeitnehmerbeitragsanteil (320 Euro x 9,45 %) = 30,24 Euro

Arbeitslosenversicherung

0,00 Euro

Tabelle 1: Übersicht über das Meldeverfahren bei Bestandsschutzfällen

KV- / PV-Pflicht ...	RV-Pflicht ...	AloV-Pflicht ...	Meldungen		zuständige Einzugsstelle
			PGR	BGR	
1. ... besteht fort Beitragszahlung nach den Regelungen zur Gleitzone nach bisherigem Recht	... besteht fort	... besteht fort	101	1111	Krankenkasse des Arbeitnehmers
2. ... besteht fort Beitragszahlung nach den Regelungen zur Gleitzone nach bisherigem Recht	... besteht fort	... besteht nicht fort (Befreiungsantrag wurde gestellt)	101	1101	Krankenkasse des Arbeitnehmers
3. ... besteht nicht fort (aufgrund gestelltem Befreiungsantrag oder Familienversicherung) Pauschalbeiträge zur KV	... besteht fort	... besteht fort	101	0110	Krankenkasse des Arbeitnehmers
			101	6000	Minijob-Zentrale
4. ... besteht nicht fort (aufgrund gestelltem Befreiungsantrag oder Familienversicherung) Pauschalbeiträge zur KV	... besteht fort	... besteht nicht fort (Befreiungsantrag wurde gestellt)	101	0110	Krankenkasse des Arbeitnehmers
			101	6000	Minijob-Zentrale

geber, die die GKV-Monatsmeldung nicht mit einem Gleitzonekennzeichen versehen haben (weil nach ihren Ermittlungen das regelmäßige Arbeitsentgelt nicht in der Gleitzone liegt), erhalten keine Rückmeldung.

Folgende Gleitzonekennzeichen (KENNZGLZ) sind in der Rückmeldung der Krankenkasse möglich:

- 1 = Die Beiträge werden nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone berechnet (ohne weitere Besonderheiten).
- 2 = Die Beiträge werden nicht (mehr) nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone berechnet, da das Gesamtentgelt die Grenze nach § 20 Absatz 2 SGB IV übersteigt.
- 3 = Die Beiträge werden nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone berechnet; § 27 Absatz 2 SGB III ist zu beachten.
- 4 = Die Beiträge werden nicht (mehr) nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone berechnet; § 27 Absatz 2 SGB III ist zu beachten.

Erläuterungen zu den Kennzeichen Gleitzone 3 und 4

Fälle, in denen eine versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung mit einer dem Grunde nach versicherungsfreien zweiten oder weiteren geringfügigen Beschäftigung addiert wird, fallen unter die Kennzeichen „3“ und „4“. Sie zeigen dem Arbeitgeber, bei dem die Hauptbeschäftigung ausgeübt wird, an, dass er in der Arbeitslosenversicherung nur das Entgelt aus dieser Beschäftigung zur Anwendung der Gleitzone berücksichtigen muss.

Den Arbeitgebern, bei denen die zweite oder weitere dem Grunde nach

geringfügige Beschäftigung ausgeübt wird, wird das Prüfergebnis zur Anwendung der Gleitzone ausschließlich mit den Kennzeichen „1“ und „2“ gemeldet. Die Kennzeichen zur Gleitzone werden also immer in der Kombination „3“ und „1“ bzw. „4“ und „2“ an die beteiligten Arbeitgeber übermittelt.

Darüber hinaus teilt die Krankenkasse ggf. das Gesamtentgelt aus allen Beschäftigungen sowie die für die Beitragsberechnung zu berücksichtigenden Sozialversicherungstage (SV-Tage) mit.

Mit Hilfe der von der Krankenkasse übermittelten Daten können die Arbeitgeber die Beiträge berechnen. Fälle mit einer Hauptbeschäftigung und zwei Nebenbeschäftigungen sind nebenstehend in *Beispiel 3* erläutert. Fälle mit der Zahlung von Weihnachtsgeld zeigt *Beispiel 4*.

Melderecht in Bestandsschutzfällen bis 450 Euro

In Bestandsschutzfällen mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt bis 450 Euro muss der Arbeitgeber aufgrund der ggf. unterschiedlichen versicherungsrechtlichen Beurteilung in den einzelnen Versicherungsweisen für eine Beschäftigung mehrere Meldungen abgeben. Dies ist in *Tabelle 1* dargestellt.

Karin Schalge und Anke Nehring
 KBS/ Dezernat VII.1.1
 Grundsatz Versicherungs- und Beitragsrecht
 Hollestr.7a-c
 45127 Essen



Die Knappschaft ist „Doktors Liebling“ Auszeichnung bei Deutschlands größtem Krankenkassen-Vergleich

Bei Deutschlands größtem Krankenkassen-Vergleich, der jährlich von der Zeitschrift „Focus Money“ erhoben wird, hat die Knappschaft den zweiten Platz in der Kategorie „Doktors Liebling“ belegt. Knappschaft-Geschäftsführerin Bettina am Orde nahm die Auszeichnung in Berlin entgegen.

Die Kategorie „Doktors Liebling“ bewertet das Verhältnis zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen und den Ärzten. Die Knappschaft konnte hier sowohl bei Honorarverhandlungen mit den Medizinern als auch beim reibungslosen Ablauf bei Leistungsbeantragungen und -abrechnungen sowie bei der korrekten Verschlüsselung von Diagnosen im Abrechnungssystem punkten. „Unbürokratisches Arbeiten macht sich also bezahlt, sowohl bei Versicherten als auch im Verhältnis zu den Ärzten“, resümierte Geschäftsführerin Bettina am Orde.

Für bei der Knappschaft versicherte Patienten ist die reibungslose Kommunikation und das gute Miteinander von Krankenkasse und Arzt von Vorteil: Sie profitieren davon, wenn ihre Krankenkasse bei der Ärzteschaft einen guten Ruf genießt und die Auszeichnung „Doktors Liebling“ trägt. Die Knappschaft gehört mit ihren 1,75 Millionen Versicherten zu den größten bundesweit tätigen Krankenkassen in Deutschland. *kbs*

Knappschaft und Deutscher Kinderschutzbund gehen mit ihrem Aufklärungsprogramm Firewall Live in die Schulen

Kinder und Jugendliche lernen sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken

Von Susanne Heinrich

Jugendliche sind die am besten vernetzte Bevölkerungsgruppe. Das Internet und die Sozialen Netzwerke wie Facebook gehören zur Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Aber die Neuen Medien bieten nicht nur Chancen, sondern bergen auch Risiken. Kinder und Jugendliche geben ihre persönlichen Daten schnell preis, die damit im gesamten Netz zur Verfügung stehen. So wurde aktuellen Studien zufolge bereits jedes dritte Kind Opfer von Internetmobbing.

Hier setzt das Projekt Firewall Live an, ein gemeinsames Aufklärungsprogramm der Knappschaft und des Deutschen Kinderschutzbundes. Mit speziellen Medienkursen an Schulen sollen Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 14 Jahren den sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken erlernen. Mit gesonderten Elternabenden bezieht Firewall Live aber auch die Eltern und Lehrkräfte ein. Ziel ist es, über Chancen zu informieren, für Risiken zu sensibilisieren und den aktiven Austausch zwischen allen Beteiligten – Schülern, Eltern, Lehrern – zu initiieren.

Das gemeinsame Aufklärungsprogramm Firewall Live wurde bisher an fünf Schulen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Pilot-Projektes angeboten.

Zum Engagement der Knappschaft sagt deren Geschäftsführerin Bettina am Orde: „Leider gehen Kinder und Jugendliche bisweilen unvorsichtig mit ihren persönlichen Daten im Netz um. Damit laufen sie Gefahr, Opfer

von Internetmobbing zu werden. Mobbingattacken im Netz können zu gesundheitlichen und psychischen Problemen führen. Hier will die Knappschaft vorbeugen und im Rahmen von Schulungsmaßnahmen Kinder und Jugendliche aufklären.“

Dr. Anja Berger vom Deutschen Kinderschutzbund Bundesverband e.V. betont: „Der Deutsche Kinderschutzbund will Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, sich sicher in Sozialen Netzwerken zu bewegen. Mit Firewall Live stärken Kinder und Jugendliche ihre Medienkompetenz.“

Wie die ersten Medienkurse von den Schülerinnen und Schülern aufgenommen wurden, darüber berichten die Medienpädagogen Ansgar Sporkmann und Reiner Reuß: „Die Kinder nehmen aus den Kursen sehr viel mit, sind begeistert und stellen viele Fragen. So gab ein 13-jähriger Schüler an, dass ihm jetzt erst klar geworden sei, wie öffentlich seine Sachen auf Facebook seien, wenn er seine Pri-

vateinstellungen nicht ändere. Eine 14-jährige Facebook-Nutzerin fand es „krass, dass Cybermobbing so hart sein kann“.

Studien zeigen, dass heute bis zu 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen auf einen eigenen Computer zugreifen können und das Internet an mehr als fünf Tagen in der Woche nutzen. Über E-Mail und Videoplattformen hinaus gehören Soziale Netzwerke zu den beliebtesten Angeboten. Bereits 62 Prozent der 12- bis 14-jährigen haben einen eigenen Account bei Facebook.

Die Medienkurse von Firewall Live vermitteln den Schülerinnen und Schülern praxisnahe Informationen zu den Themen Privatsphäre und Datenschutz, Urheber- und Persönlichkeitsrechte sowie zum Verhalten bei Internetmobbing. Eltern und Lehrkräfte lernen, wie ein „sicherer“ Account erstellt wird und welche rechtlichen Vorschriften und Möglichkeiten es in den verschiedenen Netzwerken gibt. Zudem werden Eltern und Lehrkräfte für das Thema Internetmobbing sensibilisiert. So soll der Dialog zwischen Eltern und Kindern gefördert und die Basis für gegenseitiges Verständnis geschaffen werden.

Das Pilotprojekt Firewall Live von Knappschaft und Deutschem Kinderschutzbund hat gezeigt, wie hoch der Aufklärungsbedarf für einen sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken ist. Deshalb führt die Knappschaft, das gemeinsame Aufklärungsprogramm auch in diesem Jahr fort. ■

Susanne Heinrich
KBS/Referat 0.5
Presse-, und Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
Pieperstraße 14–28
44867 Bochum



Engagieren sich für „Firewall Live“: Ansgar Sporkmann, Medienpädagoge Deutscher Kinderschutzbund, Bettina am Orde, Geschäftsführerin Knappschaft, Dr. Anja Berger, Fachreferentin Deutscher Kinderschutzbund, Reiner Reuß, Medienpädagoge Deutscher Kinderschutzbund (v.l.).



Bettina am Orde, Geschäftsführerin der Knappschaft. Fotos: kbs

Knappschaft-Geschäftsführerin Bettina am Orde zur Aufklärungskampagne „Firewall Live“: „Die Knappschaft engagiert sich schon lange mit ihrem ‚AktivBonus Programm‘ für junge Familien. Zudem setzten wir uns mit der ‚Hackedicht Schultour‘, die wir bereits seit drei Jahren in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund bundesweit an Schulen anbieten, für die Prävention von Kindern und Jugendlichen ein. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche für den Umgang mit Alkohol zu sensibilisieren. Unser gemeinsames Aufklärungsprogramm ‚Firewall Live‘ zum sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken, erweitert unser Engagement für Kinder, Jugendliche und Eltern.“

Vier Fragen an Patricia Strenger, Mutter einer 12-jährigen Tochter

Im Rahmen des Pilotprojektes von Firewall Live hat sich anhand der gut besuchten Elternabende gezeigt, wie wichtig es für die Eltern ist, zu erfahren, wie sich ihre Kinder sicher in den Sozialen Netzwerken bewegen können und was dabei zu beachten ist. Patricia Strenger, Mutter einer 12-jährigen Tochter, informierte sich auf dem Elternabend an der Bochumer Heinrich-Böll-Schule.

Haben Sie persönlich schon Erfahrungen mit Facebook und anderen Netzwerken?

Um einen Eindruck zu erhalten, ohne erstmalig Daten weiterzugeben, habe ich familiär die Möglichkeit, auf Facebook und andere Dienste zuzugreifen. Derzeit sehe ich jedoch für mich privat noch keinen Nutzen darin, da mir der Zeitaufwand einfach zu hoch ist.

Wie bewerten Sie den Elternabend?

Das war sehr informativ und aufklärend. Besonders interessant fand ich die offene Fragestunde mit zwei Schülern im Alter von 16 und 18 Jahren, die einen Einblick in ihr Nutzungsverhalten

gaben. Auch die Hinweise auf weiterführende Literatur und zum Beispiel die Internetseite klicksafe.de fand ich sehr hilfreich.

Auf was werden Sie zukünftig achten, wenn Ihr Kind in den Sozialen Netzwerken aktiv werden möchte?

Ich würde mein Kind bei der Einstiegsphase begleiten und folgenden Rat weitergeben: Bei der Anmeldung nicht alle Daten anzugeben, sondern sich ein Pseudonym zuzulegen, den Privatsphärenbereich für die Öffentlichkeit einschränken, auf Freundschaftsanfragen, die man nicht zuordnen kann, nicht zu reagieren, sich genau zu über-

legen, welche Informationen man weitergeben möchte.

Sollten solche Infoabende für Eltern regelmäßig an Schulen angeboten werden?

Durch die jetzige Schülergeneration, die mit den neuen Kommunikationstechnologien groß geworden ist, und durch die fortschreitende Entwicklung ist allemal Bedarf da, um Eltern für solche Themen zu sensibilisieren. Dieser Eindruck wurde aus meiner Sicht auch durch den gut besuchten Elternabend und den regen Informationsaustausch während der Veranstaltung bestätigt. sh ■

Interview zu Firewall Live mit der Klassenlehrerin Lea Esser

Seinen Auftakt nahm das Pilotprojekt Firewall Live am Kölner Schiller-Gymnasium. Aufgrund konkreter Vorfälle gab es hier aktuellen Handlungs- und Beratungsbedarf zum sicheren Umgang mit Sozialen Netzwerken.

Susanne Heinrich sprach mit der Klassenlehrerin der 7b, Lea Esser. Sie unterrichtet Deutsch und Biologie und leitet zudem den Arbeitskreis Prävention an der Schule. Der Arbeitskreis besteht aus Lehrern, Eltern sowie Experten, die sich mit Präventionsthemen befassen. Der Arbeitskreis hat ein Programm etabliert, das in jeder Jahrgangsstufe durchgeführt werden soll. So steht z. B. für die Stufe 7 ein Besuch im Mädchenhaus zum Thema Essstörungen an, in der Stufe 8 ein Besuch bei der AIDS-Hilfe. In der Jahrgangsstufe 7 wird in der Regel ein Anti-Mobbing-Training durchgeführt. In diesem Rahmen fand auch das Aufklärungsprogramm Firewall Live der Knappschaft und des Deutschen Kinderschutzbundes statt.

Hatten Sie aktuell Handlungsbedarf, um Firewall Live an Ihrer Schule anzubieten?
Es gab zwei Vorfälle, und auf einem Elternabend wurde das Bedürfnis geäußert, sowohl Schüler als auch Eltern zum Thema Soziale Netzwerke zu schulen. In dem einen Fall kam es zu einer ausgrenzenden Gruppengründung und sich daran anschließenden Lästerei auf Facebook. In dem anderen Fall wurde ein Video von einem Mitschüler mit unpassenden Kommentaren auf YouTube gepostet.

War das aus Ihrer Sicht Internetmobbing?
Nein, so weit ging es noch nicht, da es sich nicht um ausgrenzendes Verhalten im Netz über einen längeren Zeitraum mit Systematik handelte. Dennoch, finde ich, muss man den Anfängen wehren und vor allem die Jugendlichen dafür sensibilisieren, dass das Netz „nichts vergisst“. Und man muss ein Problembewusstsein dafür schaffen, was man vielleicht alles ungewollt preisgibt. Was das ausgrenzende Verhalten an sich betrifft, ist das immer pädagogisch aufzuarbeiten, egal ob es im Netz oder auf dem Schulhof passiert. Das Netz bietet hier nur neue Spielarten, die man thematisieren und in ihrer Dimension deutlich machen sollte.

Worin sehen Sie das Hauptproblem im Umgang mit Sozialen Netzwerken?
Ein Hauptproblem scheint mir der gedankenlose, naive Umgang mit Sozialen Netzwerken zu sein. Aufklärung kann hier helfen, sich im Rahmen der Mög-

lichkeiten zu schützen und ein Problembewusstsein zu schaffen.

Wie sind die Medienkurse von Firewall Live bei den Schülern/ Schülerinnen angekommen?

Grundsätzlich gut. Mit Blick auf die Methodik hätten sich die jüngeren Schüler noch mehr Interaktion gewünscht. Die Inhalte wurden aber durchgängig positiv bewertet. Vor allem in der Klasse 7 haben die Schüler viel Neues dazugelernt, wie z.B. das Posten von Bildern, das Wählen der richtigen Grundeinstellungen und mehr.

Was konnten die Eltern von ihrem Schulungsabend mitnehmen?

Hier tat sich eine breite Schere auf zwischen gut und weniger gut informierten Eltern. Einige Eltern fanden es sehr gut, dass beim Elternabend vier Oberstufenschüler der Schülervertretung einen realistischen Eindruck über ihre Erfahrungen mit Sozialen Netzwerken gaben. Dadurch konnten Ängste relativiert werden. Viele Eltern plädierten dafür, mit den Kindern gemeinsam das Netz zu erkunden, was auch ich grundsätzlich richtig finde.

Wie beurteilen Sie die ausgeteilten Materialien, Flyer und Broschüren?

Gut. Hilfreich ist vor allem die Seite www.klicksafe.de.

Was hat die Lehrerschaft aus dem Medienkurs gelernt?

Rechtliche Grundlagen zum Beispiel zum Thema Bilder posten, vor allem aber, mit welcher Naivität sich Menschen in Sozialen Netzwerken bewegen.

Sorgen Sie an Ihrer Schule für Nachhaltigkeit?

Wir haben vor, diesen Baustein fest im Präventionsprogramm zu etablieren und suchen noch nach einem geeigneten Träger, da die Kosten hoch sind. Zudem werden wir darüber im Klassenrat oder im Unterricht – Politik, Deutsch – diskutieren. Hier soll zum Beispiel im Fach Sowi/ Politik für das schulinterne Curriculum ein Baustein zum Umgang mit neuen Medien entwickelt werden, den dann idealerweise alle Lehrer als Unterrichtsreihe umsetzen können.

Arbeiten Ihre Schülerinnen und Schüler im Unterricht am PC und haben sie Zugriff auf Soziale Netzwerke wie z. B. Facebook?

Wir besitzen vier PC-Räume und bauen Internetrecherchen in den Unterricht ein, wo es Sinn macht. Der Zugriff auf bestimmte Seiten ist allerdings gesperrt. So zählt Facebook auch zu den Seiten, auf die die Schüler nicht zugreifen dürfen. In den PC-Räumen stehen das Arbeiten mit Programmen, die Recherche über seriöse Suchmaschinen, das Anwenden bestimmter Fertigkeiten am Rechner im Vordergrund. Alle Fachschaften haben auch Bausteine im schulinternen Methodencurriculum entwickelt, in die ein Medieneinsatz integriert sein soll, der für alle verbindlich gilt. So wird für das Fach Deutsch in der Klasse 5 eine Einführung in das Textverarbeitungsprogramm WORD/ OPEN OFFICE gegeben. Im Know-how-Raum, dem Selbstlernzentrum, gibt es noch weitere PCs, die außerhalb des Unterrichts benutzt werden können. Hier dürfen aber nur Schüler einer gewissen Altersklasse in den Freistunden und Pausen ins Netz. Gerade die jüngeren Schüler sind angehalten, ihre Freizeit miteinander zu gestalten ohne Rückgriff auf neue Medien.

Wird das Handy geduldet oder gibt es ein striktes Verbot?

Handys dürfen bei uns laut Hausordnung im Schulgebäude weder zu hören noch zu sehen sein. In den großen Pausen können die Schüler sie auf dem Schulgelände benutzen. Hierüber gab es in der Schulkonferenz eine große Diskussion, bei der die Schüler und Eltern das Handy und den Netzzugang als wesentlichen Lebens- und Alltagsbestandteil deklariert haben. Dies führte letztlich zu der Ausnahmeregelung in den Pausen. Ich persönlich gehe aber davon aus, dass diese aktuelle Regelung kein Endzustand bleiben wird. Denn unsere Schule ist geprägt durch einen regen Austausch aller an der Schulkultur beteiligten Parteien – Eltern, Lehrer, Schüler – und wir sind stetig im Wandel und loten neue Wege aus, einen sinnvollen medienpädagogischen Umgang zu etablieren. Deshalb wird auch diese Regelung wieder evaluiert und neu diskutiert werden.

sh ■

Widerspruchsausschüsse

Widerspruchsausschuss der Seemannskasse und Widerspruchsausschuss Hamburg II

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 14. März 2013

Herrn Hans-Rainer Neuwardt

von seinen Ämtern als

1. Stellvertreter des Mitglieds Peter Geitmann im Widerspruchsausschuss der Seemannskasse

1. Stellvertreter des Mitglieds Peter Geitmann im Widerspruchsausschuss Hamburg II

entbunden.

Ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

Widerspruchsausschuss Chemnitz VII

Ebenfalls in seiner Sitzung am 14. März 2013 hat der Vorstand

Frau Dr. Ruth Kage

von ihrem Amt als Mitglied im o. a. Widerspruchsausschuss entbunden.

Ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

kbs ■

Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 14. März 2013 Herrn Rudi Ludwig, geb. 1958, Karlsruhe, als Nachfolger

von Herrn Marcel Wachenheim, zum Versichertensprecher bestellt.

kbs ■

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

Vorstand

Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat in seiner Sitzung am 14. März 2013 Herrn Peter Geitmann, geb. 1957, Rostock, von seinem Amt als Mitglied in der Vertreterversammlung entbunden und zum 1. Stellvertreter des Mitglieds Gert Hüfner, als Nachfolger von Herrn Hans-Rainer Neuwardt, in der Gruppe der Versicherten des Vorstandes gewählt.

Des Weiteren hat der Vorstand in seiner Sitzung Herrn Ernst-Peter Ebert, geb. 1953, Hamburg, von seinem Amt als

2. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering entbunden und zum neuen 1. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering im Vorstand gewählt.

Der bisherige 1. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering, Herr Axel Meynköhn, geb. 1958, Wyk auf Föhr, wurde in der o.g. Sitzung von seinem Amt entbunden und zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering im Vorstand gewählt.

Vertreterversammlung

In gleicher Sitzung wurde Herr Andreas Näser, geb. 1961, Leipzig, von seinem

Amt als Stellvertreter in der Vertreterversammlung (Platz 22 der Stellvertreterliste) entbunden und zum Mitglied, Gruppe der Versicherten, in der Vertreterversammlung gewählt.

Als Nachfolger von Herrn Andreas Näser hat der Vorstand in o.g. Sitzung Herrn Oliver Bringge, geb. 1958, Wulfen, zum Stellvertreter (Platz 22 der Stellvertreterliste) – Gruppe der Versicherten – in der Vertreterversammlung gewählt.

kbs ■



Lea Esser, Klassenlehrerin der 7b am Kölner Schiller-Gymnasium und Leiterin des Präventionsarbeitskreises an der Schule.

Gegen das Vergessen „Das Erbe“ – die Ausstellung zum Ende des Saar-Bergbaus

Von Carina Hilt

Glockengeläut, Hammerschläge und ein wildes Stimmengewirr bilden die Geräuschkulisse, die den Besucher beim Betreten der Bergbau-Ausstellung „Das Erbe“ empfängt und in eine beinahe mystische Untertagewelt eintauchen lässt. Die Hinterlassenschaften einer Ära erzählen hier Geschichten, die überraschen und berühren.

Und sofort ist man drin. Alltagsgedanken gibt der Besucher am Eingang ab, wenn er den Mikrokosmos betritt, der sich in der ehemaligen Waschkau der Zeche Reden darbietet. Denn den Machern der Ausstellung – dem Team um Kurator Jürg Steiner – ist es gelungen, auf 1.300 Quadratmetern und zwei Ebenen eine Atmosphäre zu schaffen, die den Besucher in Gänze gefangen nimmt. Schummrig-abgedunkelt das Licht, der Ton gedämpft, die Gänge eng und unberechenbar: Ein kleines bisschen wie unter Tage ist es hier.

Ob man eine Affinität zum Bergbau mitbringt oder sich eher unbedarf auf das Thema einlässt – „Das Erbe“ ist eine überaus gelungene Kombination aus Information und Emotion, und jeder wird eine Geschichte mit nach Hause nehmen. Die Ausstellung

bedient den impulsgeleiteten Flaneur ebenso wie den planvoll-systematisch vorgehenden Forscher, der sich auf 25 Themenblöcke freuen darf, die anhand der 800 Exponate von den geologischen wie politischen Anfängen der Saarkohle bis zu ihrem pathetisch eingefärbten Ende erzählen. Der Besucher erlebt multimedial aufbereitet die politischen, technischen, wirtschaftlichen und sozialen Errungenschaften, die die Saarkohle mit sich brachte, wird aber auch erinnert an die dunklen Zeiten des Krieges und der Unterdrückung, in denen der Bergbau mehr als nur eine untergeordnete Rolle spielte.

Die unaufdringliche, aber omnipräsente Geräuschkulisse, die durch permanentes Glockengeläut fast schon ein wenig sakral einerseits,

durch das Stimmengewirr und die Arbeitsgeräusche indes profan und geschäftig wirkt, lässt dem Besucher die Wahl, auf welche Stimmung er sich einlassen möchte. Anders als in ehrwürdigen Museumshallen, in denen kontemplative Stille vorherrscht, können sich Besucher hier ganz ungeniert über ihre Erlebnisse austauschen, ohne das Anschauungserlebnis anderer zu stören.

Wie ein schwarzer Leuchtturm wirkt die große Stele, die die Namen der Todesopfer trägt, die der saarländische Bergbau in den Jahren zwischen 1862 und 2002 zu beklagen hatte. Hier wird auf bescheidene und umso wirkungsvollere Art gezeigt, dass der Beruf des Bergmanns zu allen Zeiten lebensgefährlich war. Da das Denkmal bewusst unvollständig geblieben

ist, können Besucher nicht berücksichtigte Namen per Computer nachträglich eintragen.

Aber auch schmunzeln und erfreuen darf man sich angesichts vieler liebevoll zusammengetragener Kleinode, die der Bergbau dem Saarland vererbt hat – zum Beispiel bunt bemaltes Bergbau-Blechspielzeug aus den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts, als die Montanindustrie im Saarland ihre Blütezeit erreicht hatte.

Doch woher kommt das Glockengeläut? Unweit der Opferstele wird man sich seines Ursprungs bewusst. Den dunklen Aufgang zur zweiten Ausstellungsebene säumen kleine Videoinstallationen, die allesamt Kirchtürme zeigen, die den Glockenklang hervorbringen: Am 30. Juni 2012 um 20.15 Uhr, dem offiziellen Ende des Bergbaus im Saarland, läuteten anlässlich dieses Ereignisses an vielen Orten des Saarlands Kirchenglocken. Über die Medien waren die Saarländer aufgerufen, Videoaufnahmen von den jeweiligen Kirchen

zu machen. Diese sind auf originelle Weise in die Ausstellung integriert.

Das Bergbau-Ende hat eine neue historische Figur hervorgebracht: Stefan Busch, den letzten Saarbergmann, Partiemann des Strebs 8.7 Ost im Dilsburgfeld. Seine Arbeitskleidung ist ausgestellt, vom Halstuch bis zum Arschleder. Und außerdem ist hinter Rahmenglas ein schmutziges, offenbar sehr, sehr oft auf- und wieder zusammengefaltetes A4-Blatt zu begutachten, auf dem Stefan Busch seine kleine, inzwischen historisch gewordene Abschiedsrede notiert hatte. Der letzte Bergmann an der Saar übergab zum Abschluss der Mettenschicht am 30. Juni 2012 einem Vertreter der RAG ein Stück der letzten geförderten Saarkohle und beschloss eine von Widersprüchen geprägte Epoche mit den unpräzisen Worten: „Der Steinkohlebergbau an der Saar ist beendet.“

Für viele ist die Schau ein Ort der Information, für einige eine Stätte der Erinnerung. Manchen – denen, die den

30. Juni 2012, 20.15 Uhr: Der Steinkohlebergbau im Saarland ist beendet. Videoinstallationen holen das Glockengeläut in den Ausstellungsraum. Fotos: kbs



Bergbau wie eine verlorene Heimat schmerzlich vermissen mögen – ist sie vielleicht gar ein Zufluchtsort. „Das Erbe. Die Ausstellung zum Bergbau im Saarland“ ist noch bis zum Jahresende dienstags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr in der ehemaligen Waschkau des Bergwerkes in Schiffweiler-Reden zu sehen. Abendführungen außerhalb der Öffnungszeiten werden auf Anfrage angeboten. Weitere Informationen: www.das-erbe-saarland.de. ■

Carina Hilt
KBS/Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Regionaldirektion Saarbrücken
St. Johanner Str. 46-48
66111 Saarbrücken



Vor 70 Jahren: Einführung der knappschaftlichen Rentenversicherung

Von Ulrich Lauf

Nach Einschätzung des Historikers Götz Aly erreichte die nationalsozialistische Politik ihre Mehrheitsfähigkeit in Deutschland zu einem wesentlichen Teil mit den bis in die Gegenwart geschätzten und gut bekannten Techniken des Sozialstaats. Hierzu gehörte – neben der Befreiung von Steuern und Sozialabgaben für Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit, einer allgemeinen Rentenerhöhung von 15 Prozent und der Einbeziehung von Rentnern in die Krankenversicherung – auch die Einführung der knappschaftlichen Rentenversicherung vor 70 Jahren. Am 1. Januar 1943, mitten im Zweiten Weltkrieg, traten mit der Verordnung über die Neuordnung der Rentenversorgung im Bergbau vom 4. Oktober 1942 die neuen Regelleistungen in Kraft. Ihr Konstrukteur war Reinhard Jakob (Abb. 1), Präsident der Reichsknappschaft und später für kurze Zeit Leiter der Abteilung Sozialversicherung im Reichsarbeitsministerium, ihr eigentlicher Zweck ein kriegswirtschaftlicher: die Erhöhung der Förderquote für den „Endsieg“ und die Rekrutierung neuer Arbeitskräfte für den Bergbau.

Die wahren Gründe der Knappschaftsreform sind lange Zeit verschleiert worden. Hans Thielmann, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt und Vorgänger Jakobs als Kommissar der Reichsknappschaft, schrieb noch 1960, die Rentenreform sei – neben dem Ziel, neue Arbeitskräfte für die Bergarbeit zu gewinnen – eine Art Anerkennung und Belohnung des Bergmanns für die kräftezehrende Untertagearbeit gewesen. Er hätte es besser wissen müssen. Erst die Untersuchungen Martin Geyers (1987) haben die kriegswirtschaftlichen Motive zu Tage gefördert. Die Unterschlagung der wahren Reformmotive wirft gleichzeitig ein bezeichnendes Licht auf Hans Thielmann. Die Sozialge-

schichtsforschung rechnete ihn bisher eher unkritisch dem deutschnationalen Milieu zu; in Wirklichkeit hat sich Thielmann nach den Untersuchungen des Kasseler Professors für Sozialpolitik, Florian Tennstedt, recht früh und deutlich für die NSDAP betätigt. Dazu scheint zu passen, dass Thielmann ein wichtiges Kapitel deutscher Sozialgeschichte, die Zwangsarbeit im Steinkohlenbergbau, die ebenfalls der Erhöhung der Förderquote diente, vollständig ausgeblendet hat.

Wie kam die Rentenreform des Jahres 1942, die einen der damals wichtigsten Industriebereiche des Deutschen Reichs betraf, zustande? Die Neuordnung fiel in eine Zeit, in der Hitlers Armeen große Teile Europas und Teile Nordafrikas kontrollierten. In Rußland lief die zweite große Sommeroffensive, ihr Ziel waren die Ölfelder im Kaukasus. Die 6. Armee unter Generaloberst Paulus näherte sich in schnellem Vormarsch Stalingrad, jener Stadt, die wie keine andere die Kriegswende symbolisieren sollte. Im Oberkommando der Wehrmacht war man voller Siegeszuversicht, denn seit Albert Speer, Hitlers bevorzugter Architekt, das Rüstungsministerium übernommen hatte, war mit Hilfe der Industrie ein kräftiger Rationalisierungsschub der deutschen Wirtschaft durchgesetzt worden. Der damit verbundene Anstieg der Rüstungsproduktion um rund 60 Prozent ermöglichte der Wehrmacht erst ihre weitere Offensivfähigkeit. Aber ein Wirtschaftszweig gab Anlass zur Sorge: der Bergbau.

Seit Mitte der 1930er Jahre war dort die Rationalisierung zum Stillstand gekommen, und die Produktivität stagnierte. Ursache war die Strategie der Rüstungsplaner, nur dort Raum für Kapitalinvestitionen zuzulassen, wo sich die Ergebnisse kurzfristig auf

die Produktion auswirken konnten. Das war aber im Bergbau mit seinen langfristig angelegten Gewinnerwartungen nicht der Fall. An Stelle des Bergbaus erhielt deshalb die Kohleveredlung im Rahmen der staatlichen Vierjahrespläne den Vorrang. Zugunsten dieser und anderer Rüstungsproduktionen wurde der Kohlepreis praktisch eingefroren und machte damit Investitionen in die Fördererntechnik unattraktiv. Unter den Bedingungen der Kriegswirtschaft war erst recht nicht an eine stärkere Mechanisierung unter Tage zu denken. Um das Förderniveau bei sinkender Förderleistung je Mann und Schicht zu halten oder gar zu steigern, gab es – abgesehen vom praktizierten Raubbau, der für die spätere Bundesrepublik noch zu einer schweren Hypothek werden sollte – nur zwei Möglichkeiten: eine Ausweitung der Belegschaften sowie eine intensivere Ausnutzung der Arbeitskraft des Bergmanns. Der Ausweitung der Belegschaften diente in erster Linie die sprunghaft erweiterte Anlegung von Zwangsarbeitern, insbesondere sowjetischer Kriegsgefangener, seit dem Winter 1942/43. Die intensivere Ausnutzung der Arbeitskraft des Bergmanns sollte dagegen über ein Anreizsystem in der knappschaftlichen Rentenversorgung versucht werden, zumal höhere Löhne ausgeschlossen waren. Damit rückten bereits bestehende Pläne Reinhard Jakobs zur Reform des bergmännischen Rentensystems, die er 1940 ausgearbeitet hatte, wieder ins Blickfeld der Sozialpolitik.

Was sich nun ereignete, war ein mit allen Mitteln ausgetragener Machtkampf zwischen verschiedenen nationalsozialistischen Eliten, die sich dazu höchster Stellen im Staat bedienten. Akteure dieses Machtkampfes waren Reinhard Jakob in Verbindung mit Paul Pleiger, dem einflussreichen

Vorsitzenden der Reichsvereinigung Kohle mit seiner besonderen Nähe zu Reichsmarschall Hermann Göring, Reichsarbeitsminister Franz Seldte (Abb. 2), ehemaliger Führer des paramilitärischen „Stahlhelms“, der sich 1933 Hitler unterstellt und einen Ministerposten in der Reichsregierung erhalten hatte, sowie Reichsorganisationsleiter Dr. Robert Ley (Abb. 3), der von Hitler wegen seiner Loyalität geschätzte Führer der Deutschen Arbeitsfront (Zwangsvereinigung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern) und Nationalsozialist der ersten Stunde. Ley hatte schon 1939 den Entwurf eines „Versorgungswerkes des Deutschen Volkes“ vorgestellt, mit dem er eine allgemeine Volksversicherung, eine Sozialsteuer und eine Einheitsrente nach nationalsozialistischen Prinzipien einführen wollte; der Plan war auf entschiedene Ablehnung bei den zuständigen Reichsministerien und in der Industrie gestoßen. Insbesondere hatte sich Seldte, der seinen Kompetenzbereich berührt sah, vehement gegen Leys Vorstellungen gewehrt. Trotzdem war es Ley im Februar 1940 gelungen, per Führerlass eine grundsätzliche Vollmacht zur Umgestaltung des bestehenden Sozialversicherungssystems zu erhalten. Das von ihm mit großem Propagandaaufwand in Szene gesetzte verbesserte Versorgungswerk, das in einem engen Zusammenhang mit der angestrebten allgemeinen Ausweitung des Arbeitseinsatzes stand, war allerdings im Spätsommer 1940 wegen problematischer Finanzierungsfragen im Minnenfeld der konservativen Front steckengeblieben, und Hitler verschob die endgültige Entscheidung.

Damit war Reinhard Jakob am Zug. Sein Entwurf ging davon aus, dass ein wirtschaftssektoraler Ausbau der sozialen Leistungen im Rahmen des herkömmlichen Versicherungsprinzips

möglich sei und mit der Arbeitseinsatzfrage zur Steigerung der Kohlenförderung verbunden werden könne. Ein solcher „technokratischer“ Ansatz stand naturgemäß auch dem Reichsarbeitsministerium näher. In Paul Pleiger gewann Jakob einen Befürworter seiner Pläne, und dieser öffnete ihm die Tür zum Reichsmarschall. Göring war die Schlüsselfigur in diesem Machtkampf, denn als Bevollmächtigter für die Vierjahrespläne umfasste sein Kompetenzbereich alles, was mit der Ausrichtung der Wirtschaft auf Rüstung und Krieg zusammenhing. Und was noch wichtiger war: Göring konnte in diesem Rahmen gesetzgleiche Verordnungen erlassen. Jakob entwarf für Göring im August 1942 einen Auftrag an das Reichsarbeitsministerium, in welchem eine weitreichende Neuordnung des bergmännischen Rentenrechts angeordnet wurde. Bereits eine Woche später übersandte Jakob dem Ministerium im Namen der Reichsvereinigung Kohle detaillierte Vorschläge. Dabei ging er im Wesentlichen von folgenden Überlegungen aus:

- An die Stelle der Doppelversicherung der Bergleute in der knappschaftlichen Pensionsversicherung und der Invalidenversicherung tritt eine neue und einheitliche knappschaftliche Rentenversicherung unter Einbeziehung der 1937 in die Angestelltenversicherung überführten Übertageangestellten.
- Die Rentenbemessung ist nicht mehr nach Beitragsklassen, sondern nach dem Lebensarbeitsverdienst, der bis zu einer Höhe von 400 Reichsmark monatlich berücksichtigt wird, vorzunehmen. Die Renten werden nach einem festen Prozentsatz des Lebensarbeitsverdienstes berechnet (1,3 Prozent bei Knappschaftsrenten unter Weiterverrichtung einer geringer



Der Technokrat: Reinhard Jakob, Präsident der Reichsknappschaft, gelang es durch geschicktes Taktieren, die bergmännische Rentenversorgung zu reformieren und gleichzeitig für die Steigerung der Förderquote zu instrumentalisieren (Abb. 1).

entlohnten Arbeit, 2,5 Prozent bei Knappschaftsvollrenten nach Aufgabe der Arbeit). Mindestrenten von monatlich 20 Reichsmark bei Knappschaftsrenten bzw. 25 Reichsmark bei Knappschaftsvollrenten sollen Härten gegenüber Bergleuten mit geringen Arbeitsjahren vermeiden helfen.

- Um die Untertagearbeit attraktiv zu machen, werden Anreize in die Versicherung eingebaut, nämlich gestaffelte Leistungszuschläge zur Rente für wesentlich bergmännische Arbeiten sowie ein gestaffeltes Bergmannstreuegeld für Bergleute, die nach dem 50. Lebensjahr noch Hauerarbeiten verrichtet haben.

Im Durchschnitt waren die neuen Renten damit höher als die bisherigen Leistungen, da aber die nivellierend wirkenden Grundbeträge

der alten Renten wegfielen, waren die neuen Renten nach relativ kurzer Versicherungszeit sehr viel geringer als früher – ein von der Arbeitseinsatzplanung her gewünschtes Ergebnis, um die Bergleute unter Tage so lange wie möglich an ihrem Arbeitsplatz zu halten.

Franz Seldte konnte sich zwar nicht in allen Einzelheiten, aber doch in den wesentlichen Punkten den Vorschlägen Jakobs anschließen. Abgelehnt wurde die Einbeziehung der Übertageangestellten in die knappschaftliche Rentenversicherung, und die Bemessungsgrundlagen wurden bei Knappschaftsrenten auf 1,5 Prozent und bei Knappschaftsvollrenten auf 2,4 Prozent des Lebensarbeitsverdienstes festgelegt. Daneben erhöhte das Reichsarbeitsministerium die Mindestrenten auf monatlich 30 bzw. 50 Reichsmark und führte anstelle der wegfallenden Alterspension einen sog. Knappschaftssold in Höhe von monatlich 50 Reichsmark (später auf 60 RM revidiert) ein. Außerdem sollten die laufenden Renten sofort erhöht werden. Die Kosten der gesamten Reform (rund 106 Mio. RM) sollten auf eine recht elegante Weise durch eine Umleitung der Versicherungs- und Arbeitgeberbeiträge zum Reichsstock für Arbeitseinsatz an die Reichsknappschaft finanziert werden – ein frühes Modell für die „Verschiebeshöfe“ neuerer Zeit.

Am 19. September 1942 legte das Reichsarbeitsministerium den anderen Ressorts sowie der Deutschen Arbeitsfront einen entsprechenden Verordnungsentwurf vor und löste damit eine erbitterte Kontroverse aus. Robert Ley war zwar über die Reformpläne Jakobs unterrichtet gewesen, in den eigentlichen Entscheidungsprozess, der jetzt in Richtung Göring lief, jedoch nicht einbezogen

worden. Zwar beteuerte Jakob immer wieder mit Unschuldsmiene, die Reform sei kein Vorgriff auf das „Versorgungswerk des Deutschen Volkes“, aber Ley erkannte vollkommen klar, dass bei Einführung der neuen knappschaftlichen Rentenversicherung sein eigenes Altersversorgungswerk kaum noch Chancen haben würde, in absehbarer Zeit verwirklicht zu werden; denn mit der Reform wäre deutlich geworden, dass auch im Rahmen des traditionellen Versicherungssystems ein effektiver Ausbau von Leistungen möglich war und zudem sehr wirkungsvoll mit dem Kalkül des Arbeitseinsatzes verbunden werden konnte. Sein rasch verfasster Gegenentwurf, der Jakobs Konzept als nicht vereinbar mit der nationalsozialistischen Gemeinschaftsauffassung zu diskreditieren versuchte, sah völlig neue Entschädigungsarten mit einem Kostenvolumen von 300 Millionen Reichsmark (!) jährlich vor. Man ist geneigt, diesen vollkommen überzogenen Entwurf dem exzessiven Alkoholgenuss Leys zuzuschreiben (er war als „Reichstrunkenbold“ verschrien); wie auch immer, Leys Panikkonzept bot seinen Gegnern beste Ansatzpunkte zur Kritik. Selbst die Münchener Parteizentrale der NSDAP meinte, der Entwurf Leys wirke zwar auf den ersten Blick bestechend, letztlich ließen sich aber der finanzielle Bedarf und die Auswirkungen nicht im Entferntesten abschätzen.

Somit war der Weg für die knappschaftliche Rentenreform frei. Göring setzte die Verordnung am 4. Oktober 1942 in Kraft. Alle laufenden Knappschaftspensionen wurden vom 1. Oktober 1942 an um monatlich 25 Reichsmark, die Witwenpensionen um 20 Reichsmark erhöht. Für Versicherungsfälle ab 1943 galten die neuen Regelleistungen. Die Beiträge zur neuen knappschaftlichen Ren-



Der Konservative: Reichsarbeitsminister Franz Seldte hatte ein eigenes Interesse an der Erhaltung des herkömmlichen Sozialversicherungssystems und unterstützte daher die Pläne Jakobs (Abb. 2).

tenversicherung wurden für Arbeiter auf 18,5 Prozent und für Untertageangestellte auf 21,5 Prozent des Arbeitsverdienstes festgesetzt, hiervon trugen die Bergbauunternehmen 12 bzw. 15 Prozent. Kompensatorisch entfiel die Entrichtung von Versicherten- und Unternehmerbeiträgen zum Reichsstock für Arbeitseinsatz. Die bisherigen Reichshilfen wurden beibehalten; die Mittel hierzu wurden u. a. den osteuropäischen Zwangsarbeitern und den Arbeitern in den annektierten Gebieten in Form einer phantasievoll bezeichneten „Sozialausgleichsabgabe“ abgepresst. Die Bekanntgabe der Neuregelung durch Göring im Berliner Sportpalast am Erntedanktag 1942 (Abb. 4), live übertragen via Volksempfänger, wurde von der bergmännischen Bevölkerung mit großer Genugtuung aufgenommen, zumal auftretende Unzulänglichkeiten beim Knappschaftssold und beim Bergmannstreuegeld wenig später



Der braune Sozialrevolutionär (vor Bergleuten): Robert Ley, der einflussreiche Leiter des DAF-Imperiums, scheiterte mit seinem nationalsozialistischen Altersversorgungswerk (Abb. 3).

beseitigt wurden. Und Reinhard Jakob, der Vater der Reform, erhielt das silberne Treudienst-Ehrenzeichen.

Die konservative Front gegen Robert Ley hätte zufrieden sein können, aber Ley gab sich noch nicht geschlagen. Er bat Hitler, mit der Verwirklichung seines Altersversorgungswerkes beauftragt zu werden, was zweifellos auch Auswirkungen auf die soeben verabschiedete knappschaftliche Rentenreform gehabt hätte. Anlass sollte der bevorstehende 10. Jahrestag der Machtergreifung Adolf Hitlers am 30. Januar 1943 sein. Ley hätte sich keinen schlechteren Zeitpunkt dafür aussuchen können. Im Führerhauptquartier „Wolfsschanze“ bei Rastenburg in Ostpreußen verfolgte man gerade den Zusammenbruch der Afrikafront unter Generalfeldmarschall Rommel, und seit Ende November 1942 begann die Rote Armee damit, Paulus' 6. Armee in Stalingrad einzuschließen.

Ende Dezember zog Hitler angesichts der militärischen Katastrophen einen Schlussstrich unter die Diskussion. Er ließ Ley unmissverständlich seine Weigerung ausrichten, am 30. Januar irgendwelche sozialen Reformpläne bekanntzugeben. Im Krieg müssten die besonderen Sozialpläne, wie Ley sie vorgeschlagen habe, Stückwerk bleiben; vielmehr könne es nur noch den Gedanken an den Sieg geben. Damit war Robert Leys Volksversicherung endgültig gescheitert. Er hatte nicht erkannt, dass sich die Realisierungschancen seiner Gesamtreform mit Fortdauer des Krieges immer mehr verschlechterten und seit 1942 auch in Teilbereichen primär eine technokratische, leistungssteigernde Lösung gefragt war, wie Jakob sie entwickelt hatte.

Bemerkenswert ist, dass die Privilegien der bergmännischen Berufsversicherung nach dem Zusammenbruch



Reichsmarschall Göring bei der Verkündung der neuen knappschaftlichen Rentenversicherung anlässlich des Erntedanktages 1942 (Abb. 4).

des Dritten Reichs erhalten blieben. Dies hatte einen wirtschaftspolitischen Grund: Deutschland und Europa waren nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs auf Kohle als den mit Abstand wichtigsten Energieträger angewiesen. Auf den Bergleuten lag deshalb in den ersten Nachkriegsjahren die Hauptlast des Wiederaufbaus. Vor diesem Hintergrund bestand ein politischer und gesellschaftlicher Konsens, dass die höhere Rentenversorgung gerechtfertigt sei. Mit der Technik des Sozialstaats wurde damit in der Bundesrepublik, ähnlich aber auch in der DDR, die Wiederankurbelung der deutschen Wirtschaft unterstützt. ■

Ulrich Lauf
Gerstenkamp 7
45701 Herten

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

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1.10.2005 in der Fassung des 40. Satzungsantrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

Es werden zwei neue Paragraphen eingefügt:

„§ 57 b – Künstliche Befruchtung“

„§ 57 c – Osteopathische Behandlungen“

2. § 57 b wird neu eingefügt:

„§ 57 b Künstliche Befruchtung“

Die Knappschaft übernimmt 100 Prozent der mit dem Behandlungsplan nach § 27 a Abs. 3 SGB V genehmigten Kosten abzüglich der Kosten, die nach Bundes- oder Landesrecht von Dritten zu tragen sind.

Eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift erfolgt nur, wenn beide Ehepartner bei der Knappschaft versichert sind. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des § 27 a SGB V unberührt.“

3. § 57 c wird neu eingefügt:

„§ 57 c Osteopathische Behandlungen“

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

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Arzt oder von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der von der Knappschaft gemäß § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassen oder der bei einem solchen Leistungserbringer beschäftigt

ist. Ferner muss der behandelnde Leistungserbringer Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sein oder eine erfolgreich abgeschlossene Osteopathieausbildung nachweisen können, die zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt.

(3) Die Knappschaft übernimmt die Kosten für maximal fünf osteopathische Behandlungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden nach Vorlage der Originalunterlagen (ärztliche Verordnung und Rechnung des behandelnden Leistungserbringers) 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 30,- EUR je Behandlung.“

4. § 66 c wird wie folgt neu gefasst:

„§ 66 c Wahltarife für besondere Versorgungsformen“

(1)...

(2) Versicherte, die an der integrierten Versorgung prosper/proGesund nach §§ 140 a ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch teilnehmen, erhalten auf Grundlage des § 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch eine Prämienzahlung. Diese setzt sich nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen aus einem Bestandteil für den ambulanten Bereich und / oder einem Bestandteil für den stationären Bereich zusammen.

Der Anspruch besteht einmal pro Betrachtungszeitraum, welcher aus vier aufeinander folgenden Quartalen besteht. Die Prämie für einen Betrachtungszeitraum wird spätestens 12 Monate nach dessen Ablauf gezahlt.

Ein Anspruch auf Prämienzahlung besteht nur, soweit die im § 53 Absatz 8 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.

(3) Voraussetzungen für die Prämienzahlung für den ambulanten Bereich sind, dass der Versicherte auf dem Sektor der hausärztlichen Versorgung

1.) im Betrachtungszeitraum aus-

schließlich Ärzte in Anspruch genommen hat, die als Netzärzte für prosper/proGesund zugelassen sind (Netzärzte) und

2.) in jedem Quartal des Betrachtungszeitraums nicht mehr als einen Netzarzt in Anspruch genommen hat.

Die Inanspruchnahme von Ärzten auf Veranlassung des Netzarztes, im Rahmen des Vertretungsdienstes oder des ärztlichen Notdienstes sowie die Nichtinanspruchnahme hausärztlicher Leistungen steht der Gewährung der Prämie nach diesem Absatz nicht entgegen.

Die Prämie beträgt

1.) für Versicherte, die im gesamten Betrachtungszeitraum an prosper/proGesund teilgenommen haben 50,00 €.

2.) für Versicherte, die nur für einen Teil des Betrachtungszeitraums an prosper/proGesund teilgenommen haben, für jedes volle Quartal der Teilnahme 12,50 €.

(4) Voraussetzungen für die Prämienzahlung für den stationären Bereich ist, dass Versicherte im Betrachtungszeitraum

1.) in einem Krankenhaus vollstationär (§ 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) behandelt wurden, welches als Netzkrankenhaus an prosper/proGesund teilnimmt (Netzkrankenhaus) und

2.) nicht in einem Krankenhaus, welches kein Netzkrankenhaus ist, vollstationär behandelt wurden.

Der Ausschlussbestand nach Satz 1 Nr. 2 findet keine Anwendung, wenn die erforderliche Fachabteilung im Netzkrankenhaus des prosper/proGesundnetzes, an dem der Versicherte teilnimmt, nicht vorhanden ist.

Die Prämie beträgt 50,00 € pro Betrachtungszeitraum.

(§ 53 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

5. § 68 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„§ 68 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“

(1) Die Knappschaft gewährt ihren Versi-

cherten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, einen Bonus für die nachgewiesene Inanspruchnahme der

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

2. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

3. Jugendgesundheitsuntersuchung J 2 sowie für den Nachweis für

4. kalenderjährlich einmal den Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens,

5. kalenderjährlich einmal die aktive Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein,

6. kalenderjährlich einmal die aktive Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio.

Für jede dieser Leistungen werden fünfzehn Bonuspunkte gutgeschrieben.

Darüber hinaus gewährt die Knappschaft den zuvor genannten Versicherten einen Bonus in Höhe von jeweils zehn Bonuspunkten, wenn sie

7. von der Knappschaft mitfinanzierte Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

8. eigenfinanzierte Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

9. Schutzimpfungen nach § 20d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder § 53 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

10. kalenderjährlich einmal eine professionelle Zahnreinigung

nachweisen.

Ein Bonus von jeweils fünf Bonuspunkten wird

11. kalenderjährlich bis zu zweimal für die Zahnuntersuchungen nach § 22 Abs. 1 oder § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

12. kalenderjährlich bis zu zweimal für den Besuch von Gesundheitsvorträgen mit primär-präventivem Charakter

gewährt, sofern ein Nachweis erfolgt.

Der Bonus wird mit Erreichen von 30 Bonuspunkten fällig und kann mehrmals pro Kalenderjahr beansprucht werden. Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von einem Euro. Aufwendungen, die für den Nachweis der Inanspruchnahme entstehen, werden zusätzlich erstattet.

Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen den einzelnen Maßnahmen ein Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten liegt. Wird dieser Zeitraum überschritten verfallen die bis dahin angesammelten Bonuspunkte.

(2) – (5) ...“

6. Die Ziffer 1.5 der Anlage 2 (zu § 42 der Satzung) wird wie folgt geändert:

„Anlage 2 (zu § 42 der Satzung)“

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, der Besonderen Ausschüsse, der Regionalausschüsse und des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse – gültig ab 1. Oktober 2005 –

...

1.5 Pauschalbetrag für Zeitaufwand

Ein Pauschalbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 65 Euro wird je Sitzungstag (einschl. der Tage der Vorbereitungen) der Organe der Selbstverwaltung sowie bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme für Tage, an denen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane im Auftrag eines Organs tätig werden, gezahlt.

...“

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1, 2, 3 und 5 treten mit Wirkung vom 1.2.2013 in Kraft.

2. Artikel 1 Nrn. 4 und 6 treten mit Wirkung vom 1.1.2013 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 16. Januar 2013.

Kummerow
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See am 16. Januar 2013 beschlossene 41. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme von Artikel 1 Nr. 4 § 66 c (Wahltarife für besondere Versorgungsformen) und insoweit Artikel 2 Nr. 2 gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) und § 41 des Sozialgesetzbuches Viertes Buch (SGB IV) jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV und folgender Maßgabe genehmigt:

In Artikel 1 § 57c Absatz 2 Satz 1 ist nach dem Wort „Arzt“ der folgende Passus zu ergänzen:

„einem nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigten Leistungserbringer.“

Bonn, den 21. Februar 2013
II 3 – 59022.0 – 1226/2005
Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Greuel)

Rezension

SGB IV Teil II: Handbuch der Rentenversicherung. Von Zweng, Scheerer, Buschmann und Dörr, 41. Lieferung, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, Stand: Mai 2012. Mit der 41. Ergänzungslieferung wird die Aktualisierung der Gesetzestexte (ab § 163) und diverser Tabellenwerte auf dem Stand vom Mai 2012 abgeschlossen.

Die Kommentierung des Versicherungsrechts wurde mit der Bearbeitung des § 6 (Befreiung bestimmter Personengruppen von der Versicherungspflicht) fortgesetzt. Damit ist das Versicherungsrecht des ersten Kapitels bis auf § 8 (Nachversicherung, Versorgungsausgleich und Rentensplitting) auf den neuesten Stand gebracht. Im Beitragsrecht wurden die §§ 161 (Definition der Beitragsbemessungsgrundlage), 162 (Beitragspflichtige Einnahmen Beschäftigter) und 163 (Sonderregelungen für unständig Beschäftigte, ehrenamtlich Tätige u. a.) aktualisiert. Ausführlich dargestellt wird u. a. die Beitragsleistung in dem durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen auf dem Arbeitsmarkt eingeführten „Gleitzonebereich“.

Im Rentenrecht wurden in etlichen Gesetzen die überwiegend nur redaktionellen und die geringfügigen Änderungen durch das Koordinierungsgesetz, das Vierte SGB IV-Änderungsgesetz und das Einsatzversorgungsverbesserungsgesetz vorgenommen. Hervorzuheben ist aber die Ergänzung des § 120b, wonach entgegen der bisher in diesem Handbuch vertretenen Auffassung eine Rückgängigmachung des Rentensplittings nicht möglich ist, wenn der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner das Splitting allein herbeigeführt hat. Bemerkenswert ist ferner die rückwirkende Schaffung einer Übergangsfrist für die Einkommensanrechnung für Ehrenbeamte u. ä. (s. §§ 302 Abs. 7 und 313 Abs. 8), welche die RV-Träger auf Bitten der Bundesregierung bereits im Vorgriff angewandt hatten.

Stör ■

Personalnachrichten

50-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtsinspektor Heinrich Wichmann	1.4.2013
Direktor Ulrich Pott	16.4.2013

40-jähriges Dienstjubiläum

Krankenschwester Silke Lohsträter	4.3.2013
Handwerker Meinolf Niggemann	11.3.2013
Verwaltungsangestellte Elke Funke	14.3.2013
Verwaltungsangestellte Rita Theimer	19.3.2013
Regierungsamtfrau Marie Luise Hilgers	1.4.2013
Regierungsamtsinspektor Hartmut Kleist	1.4.2013
Verwaltungsangestellter Fritz-Günter Lips	1.4.2013
Krankenpflegehelfer Ralf-Dieter Sabath	1.4.2013
Verwaltungsangestellte Gitta Hartmann	5.4.2013
Verwaltungsangestellter Johannes Fahle	6.4.2013

25-jähriges Dienstjubiläum

Küchenhilfe Jeong-Ja Lee	1.3.2013
Angestellte in der Wäscheausgabe Heike Mahler	1.3.2013
Registrierungsangestellter Andreas Seburschenich	1.3.2013
Sozialversicherungsfachangestellte Sonja Felbinger	2.3.2013

Abschnittsleiter Klaus-Peter Brinck	4.3.2013
Stv. Leiter Techn. Abteilung Ralf Mathis	5.3.2013
Verwaltungsangestellte Sylke Nowoczien	10.3.2013
Verwaltungsangestellter Volker Tschoeke	10.3.2013
Regierungsoberspektorin Heike Schindler	11.3.2013
Hausarbeiter Dirk Dörnbrack	14.3.2013
Verwaltungsangestellter Holger Sontowski	14.3.2013
Regierungsoberspektorin Michelle Biesdorf	16.3.2013
Regierungsoberspektorin Claudia Brettschneider	18.3.2013
Krankenschwester Anneliese Rönnefarth	18.3.2013
Krankenschwester Manuela Bueth	21.3.2013
Verwaltungsangestellte Martina Eisenbraun	22.3.2013
Sozialversicherungsfachangestellte Anja Eikenberg	26.3.2013
Regierungsoberspektorin Dagmar Lemke	28.3.2013
Regierungsamtfrau Angelika Sirsch	29.3.2013
Medizinisch-technische Assistentin Sandra Langkau-Götzen	30.3.2013
Krankenschwester Silvia Stüdemann	31.3.2013
Telefonist Klaus-Peter Bloch	1.4.2013

Arzthelferin Kerstin Demsa	1.4.2013
Krankengymnastin Martina Denzer	1.4.2013
Verwaltungsangestellte Inge Dorawa	1.4.2013
Registrierungsangestellter Ulrich Janz	1.4.2013
Bibliothekar Max-Rudolf Müller	1.4.2013
Krankenschwester Martina Rosberger	1.4.2013
Küchenhilfe Ursula Schmitt	1.4.2013
Verwaltungsangestellter Howard Schönherr	1.4.2013
Arzt Dr. Lothar Symank	2.4.2013
Apothekenhelferin Ute Deutmann	3.4.2013
Krankenschwester Pia Linzner	6.4.2013
Arzthelferin Petra-Pia Ludwig	6.4.2013
Krankenschwester Susanne Hahn	10.4.2013
Hausgehilfin Eva Kott	12.4.2013
Arzthelferin Silvia Scharfenberg	19.4.2013
Bademeister Oliver Otte	28.4.2013

rög ■

Kompass

Impressum

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich

Dr. rer. nat. Georg Greve
Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14–28, D-44789 Bochum
Telefon 02 34/304-80080/80090
Anfragen: Elona Röger
Telefon 02 34/304-82 220
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

Redaktion

Dipl.-Soz. Norbert Ullitzka
Postfach 100429, D-44704 Bochum
Hunscheidtstraße 18, D-44789 Bochum
Telefon 02 34/316-295
Telefax 02 34/316-378
E-Mail: norbert.ullitzka@bgrci.de

Herstellung und Versand

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise

6 Ausgaben jährlich

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

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

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E