

126. Jahrgang · Mai | Juni 2016

Kompass



**Krankenhausreform
Qualität und
Kosten im Fokus**

**EIN JAHR MINDESTLOHN: ZAHL DER MINIJOBBER SINKT
RENTENANPASSUNG 2016: SO HOCH WIE LANGE NICHT
BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG: AUFWENDUNGEN BEITRAGSFREI?**



Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

- 3 Was bringt das Krankenhausstrukturgesetz?
- 12 Weniger Minijobber nach Einführung des Mindestlohnes

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

- Rentanpassung 2016
Hintergründe zur Ermittlung der Anpassungssätze und
17 neue Rentenbeträge aus dem Leistungszuschlag
- 21 Minijob-Zentrale mit eigener Facebook-Seite
- Betriebliche Altersversorgung
22 Wie sind die Aufwendungen beitragsrechtlich zu behandeln?

BERICHTE UND INFORMATIONEN

- Rezension
29 Die Unfallversicherung in der betrieblichen Praxis
- Veränderungen in den Organen der Deutschen
29 Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung
29 Knappschaft-Bahn-See
- 30 Personalnachrichten
- 31 Impressum

Titelbild:

Ziel der Krankenhausreform ist es, die Krankenhausversorgung in Deutschland und insbesondere die Krankenhauslandschaft strukturell zu verbessern.

Foto: ©beermedia.de - fotolia.com



MANOAH BECKHOFF

Was bringt das Krankenhausstrukturgesetz?

— Mit dem Ziel, die Krankenhausversorgung in Deutschland und insbesondere die Krankenhauslandschaft strukturell zu verbessern, wurde bereits im Jahr 2014 eine Arbeitsgruppe mit zehn Vertretern von Bund und Ländern (Bund-Länder-Arbeitsgruppe) eingerichtet. Basierend auf einem von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeiteten Eckpunktepapier, in dem die wesentlichen Punkte der Krankenhausreform dargestellt wurden, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im April 2015 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vorgelegt. Das Gesetz wurde, insbesondere im Hinblick auf die von der Selbstverwaltung bei Vereinbarungen einzuhaltenden Fristen, leicht modifiziert. Dies ist in die Kabinettsfassung vom 11. Juni 2015 eingeflossen. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens brachten die Fraktionen der CDU/CSU und SPD weitere Änderungen ein. Zum 1. Januar 2016 sind dann umfassende und weitreichende Regelungen zur Krankenhausfinanzierung in Kraft getreten, die im Folgenden dargestellt werden.

Stärkung der Qualitätssicherung Qualität als Kriterium für die Krankenhausplanung

Um dem Merkmal Qualität im Krankenhausbereich eine größere Bedeutung beizumessen, muss sie sowohl bei der Planung der Krankenhausstruktur (Krankenhausplanung) der Länder als auch bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen als Kriterium eingebunden werden. Dem ist Rechnung getragen worden, indem eine qualitativ hochwertige Versorgung grundsätzlich gesetzliche Grundlage für Entscheidungen in der Krankenhausplanung und damit Bestandteil des Krankenhausplans werden. Hierzu sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2016 (erster

Beschluss) Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln beziehungsweise festzulegen. Diese sind den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden als Empfehlung zu übermitteln. Den Ländern wird jedoch die Möglichkeit eingeräumt, die Anwendung der Empfehlungen per Rechtsverordnung auszuschließen. Sie können einen Ausschluss auch nur für einzelne Qualitätsindikatoren vornehmen oder aber auch weitergehende Qualitätsanforderungen in ihrer Krankenhausplanung verankern.

Als Konsequenz für eine dauerhafte Nichterfüllung der Qualitätskriterien – sofern nicht per Rechtsverordnung

ausgeschlossen – sieht das Gesetz die Nichtaufnahme in beziehungsweise die Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan vor. Dasselbe gilt für den Abschluss beziehungsweise die Kündigung von Versorgungsverträgen für Nicht-Plan-Krankenhäuser nach §§ 109, 110 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Qualitätszu-/abschläge

Als weiteres Instrument zur Stärkung der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich wurde die Möglichkeit geschaffen, zukünftig Zuschläge für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder Abschläge für Leistungen oder Leistungsbereiche mit unzureichender Qualität mit dem einzelnen Krankenhaus zu vereinbaren.

Voraussetzung hierfür ist, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2017 einen Leistungskatalog erstellt sowie Indikatoren und Ziele festlegt. Des Weiteren hat der G-BA jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute Qualität zu veröffentlichen. Die hierzu geeignete Datenübermittlung der Krankenhäuser an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gibt der G-BA vor.

Die nähere Ausgestaltung und die Höhe der Zu-/Abschläge sollen von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2018 vereinbart werden. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Sofern die Rahmenbedingungen gegeben sind, können Qualitätszuschläge unmittelbar vom Krankenhaus gefordert werden. Kann dem Krankenhaus jedoch unzureichende Qualität nachgewiesen werden, hat es ein Jahr Zeit, die Mängel zu beheben. Bestehen die Mängel weiter fort, sollen die Qualitätsabschläge dann in doppelter Höhe geltend gemacht werden. Insgesamt ist die Erhebung von Qualitätsabschlägen auf drei Jahre begrenzt; danach erfolgt ein Vergütungsausschluss.

Um die Vergütung schlechter Qualität von vornherein auszuschließen, konkretisiert der Gesetzgeber, dass Mindestvorgaben zur Strukturqualität in den Richtlinien des G-BA nicht Ankerpunkt für eine qualitätsorientierte Vergütung sein können. Ihre Nichteinhaltung führt von vornherein zum Vertragsausschluss.

Qualitätsverträge

Diese neue Regelung erlaubt Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen den Abschluss von Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern zu bestimmten Leistungen beziehungsweise Leistungsbereichen.

Ziel der Qualitätsverträge ist gemäß dem Gesetzeswortlaut „die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt“.

Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2017 vier Leistungen beziehungsweise Leistungsbereiche festlegen, zu denen dann Qualitätsverträge erprobt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind aufgefordert, die verbindlichen Rahmenbedingungen für den Inhalt der Verträge bis zum 31. Juli 2018 zu vereinbaren. Für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht einigen können, sieht der Gesetzgeber auch hier eine Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle vor.

Qualitätsberichte

Die von den Krankenhäusern jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte sollen zukünftig patientenfreundlicher gestaltet werden. Dazu gehört unter anderem die Angabe von Nebendiagnosen, die Ergebnisse von Patientenbefragungen, ein besonderer Berichtsteil mit Patientenfremdinformationen wie Personalausstattung, Umsetzung des Risiko-/Fehlermanagements, Einhaltung von Hygienestandards oder auch die Platzierung der Berichte an einer gut auffindbaren Stelle auf der eigenen Internetseite des Krankenhauses. Des Weiteren müssen die Qualitätsberichte eine Erklärung enthalten, die Auskunft darüber gibt, ob das Krankenhaus mit leitenden Ärzten Zielvereinbarungen getroffen hat, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen für diese abstellt.

MDK-Kontrollen

Damit geprüft werden kann, ob die Qualitätsanforderungen von einem

Krankenhaus erfüllt werden, kann zukünftig der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt werden, solche Kontrollen – auch unangemeldet – durchzuführen. Welche Stellen berechtigt sind, diese Prüfaufträge zu erteilen sowie welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, hat der G-BA in einer Richtlinie zu regeln. Diese soll auch Einzelheiten zu Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen sowie den Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen beinhalten.

Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben

Der G-BA soll ein gestuftes Sanktionssystem für die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festlegen, welches auch angemessene Durchsetzungsmaßnahmen beinhaltet. Als mögliche Konsequenzen nennt der Gesetzgeber Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs, die Information Dritter über die Verstöße, die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen. Der G-BA legt des Weiteren in einer Richtlinie die Stellen fest, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt.

Mindestmengenregelung angepasst

Die vom G-BA seit Jahren etablierte Regelung zu Mindestmengen für bestimmte Leistungen wird durch eine Neuformulierung des Gesetzestextes an die aktuelle Rechtsprechung angepasst. So wird beispielweise nicht mehr auf die Mindestmenge je Arzt oder Krankenhaus abgestellt, sondern auf die Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses. Schließen sich also mehrere Krankenhäuser zusammen, ist nunmehr gesetzlich festgelegt, dass die Mindestmenge je Standort zu erfüllen ist.

Des Weiteren führt der Gesetzgeber aus, dass die Erreichung der Mindestmenge im Vorjahr die entscheidende

Größe bei der Beurteilung der Prognose für das laufende Jahr darstellt. Die Landesverbände der Krankenkassen können die Einschätzung des Krankenhauses bei Zweifeln an der Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen.

Das Nähere zur Darlegung der Prognose sowie Ausnahmemöglichkeiten und Übergangsregelungen soll der G-BA beschließen. Erreicht ein Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht (und es liegt kein Ausnahmetatbestand vor), darf es die Leistung nicht erbringen. Erbringt es die in Rede stehenden Leistungen trotzdem, besteht kein Vergütungsanspruch.

Zuschläge für klinische Sektionen

Klinische Sektionen (Obduktionen) stellen ein Instrument der medizinischen Qualitätssicherung dar, welches von anderen Ländern sehr viel stärker genutzt wird. In Deutschland liegt die Sektionsrate bei rund ein Prozent (Durchschnitt der europäischen Länder: 17,5 Prozent) und soll durch gesetzliche Anreize gesteigert werden. So soll ein Krankenhaus zukünftig Zuschläge je voll- und teilstationärem Fall für die Durchführung klinischer Sektionen vereinbaren können, sofern eine festzulegende Sektionsrate erfüllt wird.

Bis zum 31. Dezember 2016 sollen auf Bundesebene sowohl die zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate (bezogen auf stationäre Todesfälle) als auch die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und Vorgaben für die Berechnung eines Zuschlags vereinbart werden. Bei der Ermittlung der Höhe der Durchschnittskosten ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit einzubeziehen. Können sich die Parteien nicht einigen, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle.

Verbesserung der Krankenhausversorgung Pflegezuschlag

Im Jahr 2013 wurde zur Kompensation des von Krankenhäusern zu leistenden Mehrleistungsabschlags der Versorgungszuschlag eingeführt. Dieser betrug 0,8 Prozent des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall und sollte im ursprünglichen Gesetzesentwurf zum 1. Januar 2017 wegfallen. Dieses Vorhaben hat bundesweit bei den Krankenhäusern großen Protest ausgelöst, da diese Änderung einen Verlust an finanziellen Mitteln von insgesamt 500 Mio. Euro pro Jahr bedeutet hätte. Ein entsprechender Änderungsantrag zum KHSG hatte die Überführung des Versorgungszuschlags in einen neuen Pflegezuschlag zur Folge.

Insgesamt sollen den Krankenhäusern weiterhin 500 Mio. Euro jährlich bereitgestellt werden. Verteilt werden diese zukünftig nicht mehr pauschal durch einen prozentualen Zuschlag auf den Rechnungsbetrag, sondern in Abhängigkeit der Pflegepersonalkosten. Der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für Pflegepersonal an den Personalkosten aller allgemeinen Krankenhäuser wird errechnet und dieser krankenhausesindividuelle Anteil wird auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Mio. Euro bezogen. Durch diese Regelung bleibt die Fördersumme insgesamt erhalten und die neue Art der Verteilung setzt gleichzeitig Anreize für eine angemessene Pflegeausstattung.

Pflegestellenförderprogramm

Ein zentrales Thema der Krankenhausreform ist die Verbesserung der Pflegesituation in Deutschland, insbesondere bei demenzkranken, pflegebedürftigen oder behinderten Personen. Es sollen Anreize für Krankenhäuser gesetzt werden, die Pflege am Bett für die Patienten spürbar zu optimieren. Dies soll durch das eingeführte Pflegestellenförderprogramm gewährleistet

werden, mit dem finanzielle Mittel in Höhe von insgesamt 600 Mio. Euro für drei Jahre bereitgestellt werden. Für die Jahre 2016 bis 2018 werden die Kosten zu 90 Prozent von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert, die den Krankenhäusern durch neu eingestelltes Pflegepersonal beziehungsweise durch Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen² in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehen. Entgegen dem ersten Gesetzesentwurf werden nunmehr auch die Intensivstationen in das Förderprogramm einbezogen.

Bis zum 31. Juli 2017 soll eine Expertenkommission beim BMG eingerichtet werden, die Vorschläge erarbeitet, wie die Finanzmittel ab 2019 dauerhaft der Krankenhausversorgung zugeführt werden können. Die erste Sitzung der Expertenkommission hat bereits stattgefunden.

Abweichend vom grundsätzlichen Inkrafttreten des KHSG trat diese Regelung bereits am 5. November 2015 in Kraft.

Hygieneförderprogramm verlängert

Durch das bereits für die Jahre 2013 bis 2016 aufgelegte Hygieneförderprogramm wird zusätzlich eingestelltes Fachpersonal, die Aufstockung von Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratungsleistungen finanziell gefördert, um Krankenhäuser bei der Personalgewinnung von entsprechend qualifiziertem Hygienepersonal zu unterstützen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ließ sich von einem weiterhin bestehenden Bedarf in diesem Bereich überzeugen und brachte die Verlängerung des Programms um weitere drei Jahre (2017 bis 2019) in die Reform ein. Ab 2016 wird es darüber hinaus auch auf den Bereich der Infektiologie ausgeweitet. Ab dem Jahr 2020 sollen die finanziellen Mittel durch die Überführung in den Landesbasisfallwert³ den Krankenhäusern dauerhaft zur Verfügung gestellt werden.

Strukturfonds

Beginnend mit dem Jahr 2016 wird auf Bundesebene (beim Bundesversicherungsamt) ein Fonds eingerichtet, mit dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen.

Zur Einrichtung des Strukturfonds werden einmalig 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Wie diese auf die einzelnen Bundesländer nach dem Königsteiner Schlüssel⁴ verteilt werden zeigt die Abb. 1.

Vorhaben werden aus dem Strukturfonds nur finanziert, wenn sich das Land in gleicher Höhe an den Kosten beteiligt. Somit stehen insgesamt maximal eine Mrd. Euro für Strukturberichtigungen zur Verfügung. Die Private Krankenversicherung (PKV) kann sich an der Finanzierung beteiligen, wodurch sich die Mittel entsprechend erhöhen würden.

Eine weitere Bedingung für die Förderung von Vorhaben ist, dass das Land im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe seiner Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2012 bis 2014 beibehält oder zumindest die des Jahres 2015 nicht unterschreitet.

Die Entscheidung darüber, welche Vorhaben gefördert werden, trifft das Land im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Das Land kann andere Institutionen in den Abstimmungsprozess für die Förderentscheidung mit einbeziehen. Ein Anspruch auf Förderung aus dem Strukturfonds besteht nicht.

Das BMG hat das Nähere über die Kriterien zur Förderung, zur Abgrenzung der förderfähigen Kosten, zur Verfahrensregelung sowie zur Nachweispflicht in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) geregelt.

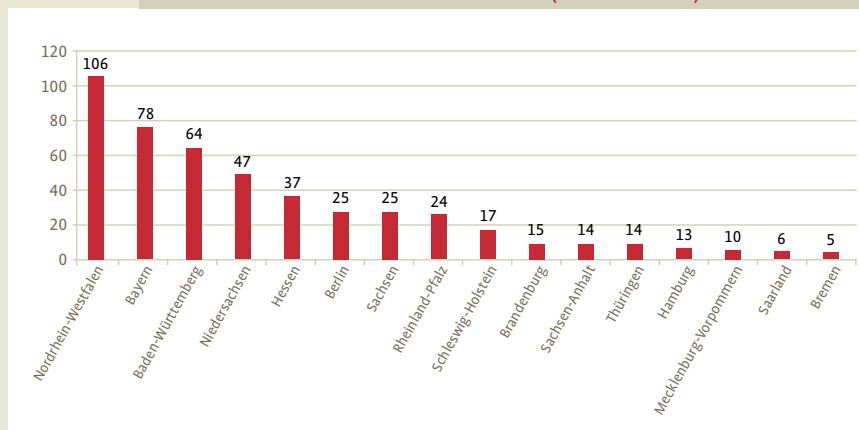
Ergänzend zur Förderung von Krankenhausschließungen durch den Strukturfonds schafft der Gesetzgeber die Möglichkeit, dass sich die Kostenträger (einschließlich PKV) bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses an dessen Kosten hierfür (u.a. für Abfindungen, Sozialpläne, Ablösezahlungen, Entlohnungen) beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenhausträger schließen.

hausindividuelle Zuschläge durch die Krankenkassen finanziert werden. Als ein Beispiel nennt der Gesetzgeber die Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene, die unter anderem zusätzliche Anforderungen an die personelle Ausstattung von Perinatalzentren⁵ stellt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen Vorgaben (insbesondere zur Erhebungsdauer) vereinbaren. Ist eine Einigung nicht möglich, entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Sicherstellungszuschläge

Mit Einführung des DRG-Systems⁶ wurden auch krankenhaushausindividuelle Zuschläge zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die

Abb. 1: Anteil am Strukturfonds (in Mio. Euro)



Quelle: KfS

Abweichend vom grundsätzlichen Inkrafttreten des KHSG trat diese Regelung bereits am 5. November 2015 in Kraft.

Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien

Die den Krankenhäusern entstehenden Mehrkosten durch die Umsetzung von G-BA-Richtlinien zur Struktur- und Prozessqualität sollen zukünftig bis zur Berücksichtigung bei der DRG-Kalkulation über befristete, kranken-

auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind, etabliert. Von dieser Möglichkeit machen die Vertragsparteien vor Ort bisher nach eigenem Ermessen Gebrauch.

Da es bis heute keine bundesweiten Vorgaben hierzu gibt, weil sich die Vertragsparteien auf Bundesebene seinerzeit nicht einigen konnten und eine Ersatzvornahme durch das BMG nicht erfolgte, hat der Gesetzgeber nun erneut einen Auftrag an die Selbstverwaltung erteilt. Der G-BA soll bis zum

31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschließen, insbesondere zur Erreichbarkeit, zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung sicherzustellen ist. Das Nähere zur Prüfung der Einhaltung der Vorgaben soll ebenfalls Bestandteil des Beschlusses sein.

Der Gesetzgeber stellt zudem klar, dass eine der Voraussetzungen zur Geltendmachung eines Sicherstellungszuschlags für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit des gesamten Krankenhauses, nicht nur einer oder bestimmter Fachabteilungen, sein muss. Die Länder können ergänzende oder abweichende Vorgaben erlassen.

Sofern bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, können diese Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.

Stationäre Notfallversorgung

Nehmen Krankenhäuser nicht an der Notfallversorgung teil, sieht das Gesetz bisher vor, dass ein Abschlag in Höhe von 50 Euro je Fall vom Krankenhaus zu zahlen ist. Damit zukünftig Kranken-

häuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen besser gestellt werden als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang, soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 ein Stufensystem mit entsprechenden Mindestvorgaben entwickeln.

Darauf aufbauend sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 Vorgaben, insbesondere zur Höhe der Zu-/Abschläge und zur näheren Ausgestaltung, vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann eine Vertragspartei oder das BMG die Schiedsstelle anrufen.

Zentrumszuschläge

Nimmt ein Krankenhaus besondere Aufgaben als Zentrum wahr, sieht das Gesetz seit Einführung des DRG-Systems die Möglichkeit vor, die Aufwände hierfür über Zuschläge zu finanzieren. Welche Leistungen zu den besonderen Aufgaben gehören, wurde bisher mangels Zustandekommen einer Vereinbarung auf Bundesebene nicht festgelegt.

Mit dem KHSG gibt der Gesetzgeber zum einen Abgrenzungskriterien wie zum Beispiel die zwingende Ausweisung als Zentrum im Krankenhausplan des Landes vor, zum anderen erteilt er den Vertragsparteien auf Bundesebene

erneut den Auftrag, das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben zu vereinbaren. Auch hier kann im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle angerufen werden.

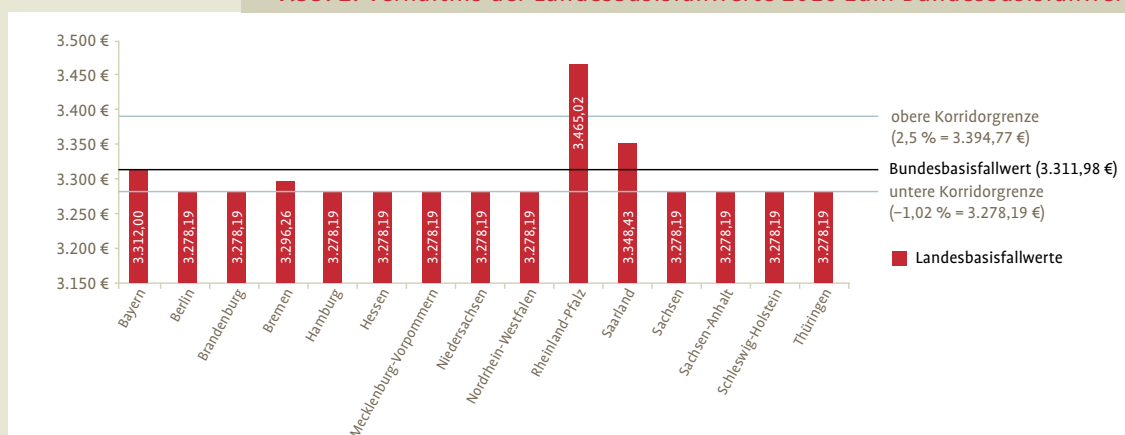
Wurden Zentrumszuschläge bereits vor dem 1. Januar 2016 vereinbart, können diese übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen abgestimmt werden.

Bundesbasisfallwertkorridor

Seit dem Jahr 2010 werden die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert angeglichen. Die Konvergenzphase wird nunmehr bis zum Jahr 2021 fortgeführt. Während die obere Korridorgrenze unverändert bei 2,5 Prozent bleibt, wird die untere Korridorgrenze von -1,25 Prozent auf -1,02 Prozent angehoben. Die Landesbasisfallwerte unterhalb der unteren Korridorgrenze werden im Jahr 2016 in einem Schritt an die Korridorgrenze angehoben; Landesbasisfallwerte oberhalb der oberen Korridorgrenze werden in sechs gleichen Schritten abgesenkt.

Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte des Jahres 2016 im Verhältnis zum Bundesbasisfallwert beziehungsweise zu den Korridorgrenzen sind in Abb. 2 dargestellt.

Abb. 2: Verhältnis der Landesbasisfallwerte 2016 zum Bundesbasisfallwert



Für Baden-Württemberg liegt der Landesbasisfallwert 2016 noch nicht vor.

Quelle: KBS (Stand bei Redaktionsschluss)

Des Weiteren wird festgelegt, dass ab dem Jahr 2021 der bundeseinheitliche Basisfallwert und die sich daraus ergebenden Korridor Grenzen nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelt und veröffentlicht werden. Dies soll insbesondere in Ländern, die unterhalb des Korridors liegen, die Bedeutung der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert stärken, da dann nicht mehr im Vorfeld die Höhe des zu vereinbarenden Wertes feststeht (sogenannte Scheinverhandlungen). Werden Verhandlungen verzögert, läuft ab dem Jahr 2020 automatisch ein Schiedsverfahren auf Landesebene an, wenn eine Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien nicht bis zum 30. November eines Jahres zustande gekommen ist.

Abweichend vom grundsätzlichen Inkrafttreten des KHSG trat diese Regelung bereits am 5. November 2015 in Kraft.

Tarifikostenrefinanzierung

Personalkosten für Tarifsteigerungen werden (erstmalig für das Jahr 2016) hälftig durch die GKV finanziert, sofern die Tarifsteigerungsrate höher ist als die Obergrenze beim Landesbasisfallwert. Die Differenz zwischen Obergrenze und Tarifsteigerungen ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren und wird als Erhöhungsrates bezeichnet (Konfliktlösung: Bundesschiedsstelle). Der jeweilige Landesbasisfallwert ist anschließend um ein Drittel zu erhöhen (Hälfte des Personalkostenanteils). Sofern der Landesbasisfallwert bereits vereinbart wurde, wird die anteilige Tarifikostenrefinanzierung durch unterjährige Erhöhung des Versorgungszuschlags (bis 2016) beziehungsweise des Pflegezuschlags (ab 2017) realisiert.

DRG-Kalkulationsgrundlage verbessert

Die Kalkulation der Entgelte (DRG-System, PEPP-System⁷, Investitionsbewertungsrelationen) durch das DRG-

Institut⁸ (InEK) beruht auf der Lieferung der Ist-Kosten- und Leistungsdaten freiwillig teilnehmender Krankenhäuser. Manche Leistungsbereiche und auch Trägergruppen (vor allem Private) sind in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert oder könnten sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Dem soll ein Konzept für eine repräsentative Kalkulation und deren Weiterentwicklung der Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV, PKV) entgegenwirken. Das Konzept ist bis zum 31. Dezember 2016 auf Grundlage eines Vorschlags des DRG-Instituts zu erstellen. Dabei können nach dem Gesetzeswortlaut insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet und Maßnahmen ergriffen werden, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können.

Neuausrichtung der Mengensteuerung Mengenerücksichtigung beim Landesbasisfallwert fällt weg

Bisher wurden Leistungsveränderungen in Höhe der variablen Kosten absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt. Mit Wirkung für das Jahr 2017 wird dieser Tatbestand wegfallen, da der Gesetzgeber die Fixkostendegression⁹ von der Landes- auf die Hausebene verlagert. Damit soll der betriebswirtschaftliche Vorteil zusätzlicher Leistungen nicht mehr allen Krankenhäusern entgegen gehalten werden, sondern verursachungsgerecht dem Krankenhaus, das auch zusätzliche Leistungen erbringt (siehe Fixkostendegressionsabschlag).

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde noch der Wegfall der Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen für den Nicht-DRG-Bereich¹⁰ beschlossen, der als konsequenter Schritt im Rahmen der Verlagerung der Mengenerücksichtigung bezeichnet wird.

Dieser Tatbestand wird bereits mit Wirkung für den Landesbasisfallwert 2016 entfallen.

Fixkostendegressionsabschlag

Statt der absenkenden Berücksichtigung der Leistungsentwicklung (Degression) beim Landesbasisfallwert werden ab dem Jahr 2017 bei den örtlichen Budgetverhandlungen zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag in Höhe des durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (explizit nicht bei Zusatzentgelten), dem sogenannten Fixkostendegressionsabschlag, belegt.

Der Gesetzgeber sieht konkrete Ausnahmen vor, bei denen der Abschlag nicht zu erheben ist (z.B. Transplantationen, Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln). Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlags wurde von ursprünglich vorgesehenen fünf Jahren im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf drei Jahre festgesetzt. Die Abschlagshöhe wird bis zum 30. September jeden Jahres auf Landesebene vereinbart.

Nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags sowie einen Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, die nur einem hälftigen Abschlag unterliegen, sollen bis zum 31. Juli 2016 auf Bundesebene vereinbart werden (Bundesschiedsstelle bei Nichteinigung).

Absenkung von Bewertungsrelationen

Ebenfalls als Instrument der Mengensteuerung dient die Regelung, dass die Selbstverwaltung den gesetzlichen Auftrag erhält, die Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorzugeben. Bis zum 31. Mai 2016 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene auf

der Grundlage eines Konzepts des InEK sachgerechte Korrekturen vereinbaren. Diese Korrekturen sollen bereits bei der Vereinbarung des Fallpauschalen-Katalogs 2017 berücksichtigt werden. Auch hier kann die Bundesschiedsstelle eine Entscheidung treffen, sofern sich die Vertragsparteien nicht einigen können.

Sonstige Regelungen Krankenhausleistungen für Asylbewerber

Durch die signifikante Zunahme von Asylbewerbern im letzten Jahr ist eine Regelung zur Entlastung der Krankenhäuser getroffen worden: Auf Verlangen des Krankenhauses können erbrachte Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz extrabudgetär vergütet werden. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die Erlösausgleichs- und Mehrleistungsabschlag sowie ab dem Jahr 2017 der Fixkostendegressionsabschlag für solche Leistungen, deren Kosten von Ländern und Kommunen getragen werden, keine Anwendung finden.

Abweichend vom grundsätzlichen Inkrafttreten des KHSG trat diese Regelung bereits am 5. November 2015 in Kraft.

Sachlich-rechnerische Richtigkeit

Der Erste Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat in einem Urteil vom 1. Juli 2014 die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 275 SGB V (Einzelfallprüfung durch den MDK/SMD) als eigenes Prüfregime deklariert. Für Fälle dieser Art gelte weder die im Gesetz genannte Sechswochen-Frist zur Einleitung der Prüfung noch die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro je Abrechnungsfall bei erfolgloser Prüfung. Das KHSG stellt jetzt abweichend von dem BSG-Urteil klar: Die bisherigen Regelungen des § 275 Absatz 1c SGB V gelten für jede Abrechnungsprüfung, die Aufwand

beim Krankenhaus verursacht – gleich welchen Inhalts.

Landesschlichtungsausschlüsse abgeschafft

Der im Jahr 2013 durch das Beitrags-schuldengesetz in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgenommene Landesschlichtungsausschuss diente der Entlastung der Sozialgerichte. Der Ausschuss sollte Abrechnungsfälle unter 2.000 Euro vor Beschreitung des Sozialrechtsweges klären. Mit der Einrichtung der Landesschlichtungsausschlüsse war ein immens hoher administrativer Aufwand verbunden. Das hat dazu geführt, dass nur in den Ländern Hamburg und Nordrhein-Westfalen Landesschlichtungsausschlüsse existierten. Der Gesetzgeber hat nun auf das Missverhältnis zwischen aufzuwendendem Verwaltungsaufwand und der erzielbaren Verfahrensvereinfachung und -beschleunigung reagiert und mit dem KHSG die Landesschlichtungsausschlüsse zum 1. Januar 2016 abgeschafft. Die beteiligten Parteien können zur Beilegung von Streitigkeiten in der Abrechnung eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen.

Ambulante Notfallversorgung

Außerhalb der Sprechzeiten niedergelassener Ärzte nehmen viele Patienten anstelle des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) organisierten ärztlichen Notdienstes die Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch. Die so gewachsenen Doppelstrukturen sollen abgebaut werden, indem eine Kooperationsverpflichtung der KVen mit zugelassenen Krankenhäusern gesetzlich festgeschrieben wird. Diese Kooperationen sehen vor, Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einzurichten (Portalpraxen) oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden. Portalpraxen oder über Verträge eingebundene Notfallambulanzen nehmen dann an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierzu werden die Vertragspartner der dreiseitigen Verträge

(Krankenkassen, Krankenhäuser und Vertragsärzte) verpflichtet, vertragliche Regelungen zur Organisation des ambulanten Notdienstes bis zum 30. Juni 2016 zu vereinbaren.

Ergänzend zu diesen strukturellen Verbesserungen sollen die Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) für die ambulante Vergütung im Notfall und im Notdienst differenziert werden. Dadurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass ein Teil der Versicherten im Notfall krankenhausspezifische Notfallleistungen, ein Teil fachspezifische Notfallleistungen, die jedoch nicht immer zum Zeitpunkt des Notfalls und am konkreten Ort im ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügbar sind, und ein weiterer Teil der Versicherten lediglich allgemeine Notfallleistungen benötigt.

Das gemeinsame Landesgremium (Vertreter des Landes, Kassenärztliche Vereinigung, Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen, Landeskrankenhausgesellschaft) kann Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung abgeben.

Investitionskostenabschlag fällt weg

Der Investitionskostenabschlag bei der Vergütung von in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten, ärztlichen Leistungen im Allgemeinen, bei Hochschulambulanzen sowie im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in Höhe von zehn Prozent beziehungsweise fünf Prozent (bei Hochschulambulanzen) entfällt.

Übergangsvorsorge

Zur Schließung der Versorgungslücke zwischen Leistungen der GKV (insbesondere Krankenhausbehandlung) und der sozialen Pflegeversicherung sind durch das KHSG komplett neue Leistungen geschaffen worden. So können Versicherte zukünftig Grundpflege und

Abb. 3: Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenversicherung

Beteiligte	Gegenstand	Termin	Rechtsgrundlage
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Vereinbarung des Näheren zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren	31.03.2016	§ 9 Abs.1a Nr.2 KHEntgG*
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Absenkung/Abstaffelung der Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind	31.05.2016	§ 9 Abs.1c KHEntgG
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Vereinbarung eines Konzepts zum Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten	30.06.2016	§ 17b Abs.1 Satz 6 KHG**
Vertragsparteien auf Landesebene (LKG, LV der KK, KVen)	Neuvereinbarung der dreiseitigen Verträge zur ambulanten Notfallversorgung	30.06.2016	§ 115 Abs. 3a SGB V
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags	31.07.2016	§ 9 Abs.1 Nr.6 KHEntgG
Vertragsparteien auf Landesebene (Landeskrankengesellschaft, Landesverbände der KK, PKV)	Höhe des Fixkostendegressionsabschlags	30.09.2016 (erstmal, danach jährl. zum 30.09.)	§ 10 Abs.13 KHEntgG
Gemeinsamer Bundesausschuss	Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität	31.12.2016	§ 136a Abs.1 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	31.12.2016	§ 136c Abs.1 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss zu Vorgaben für Sicherstellungszuschläge	31.12.2016	§ 136c Abs.3 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss zu gestuftem System von Notfallstrukturen	31.12.2016	§ 136c Abs.4 SGB V
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Sektionsrate, Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und Vorgaben für die Berechnung eines Zuschlags für Sektionen	31.12.2016	§ 9 Abs.1a Nr.3 KHEntgG
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Vereinbarung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und deren Weiterentwicklung sowie geeignete Maßnahmen zur Umsetzung	31.12.2016	§ 17b Abs.3 Satz 6, 7 KHG
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, KBV)	EBM-Regelungen für Vergütung von Notfällen	31.12.2016	§ 87 SGB V
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Höhe und nähere Ausgestaltung der Notfallzu- und -abschläge	30.06.2017	§ 9 Abs.1a Nr.5 KHEntgG
Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss von vier Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätsverträge	31.12.2017	§ 136b Abs.8 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss	Beschluss zu Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und -abschläge	31.12.2017	§ 136b Abs.9 SGB V
Expertenkommission beim BMG	Vorschläge zur dauerhaften Überführung der Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm	31.12.2017	§ 4 Abs.8 KHEntgG
Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV)	Höhe und nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge	30.06.2018	§ 9 Abs.1a Nr.4 KHEntgG
DKG und GKV	Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge	31.07.2018	§ 110a Abs.2 SGB V

*Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)

**Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V) erhalten, auch wenn keine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt. Dieser Bedarf tritt häufig nach einer erfolgten Krankenhausbehandlung auf, weil sich in Folge der Behandlung der Gesundheitszustand stark verschlechtert hat. Die Leistungen nach §§ 38 und 39c SGB V sind jeweils auf vier Wochen begrenzt.

Umsetzung auf Bundesebene

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat durch das KHSG zahlreiche Aufgaben mit zum Teil engen Fristen erhalten. Die Abb. 3 zeigt eine Übersicht über die Vereinbarungsgegenstände des KHSG mit Terminen.

Finanzielle Auswirkungen

Die Mehrausgaben¹⁰ durch das KHSG werden geschätzt auf rund

- 671 Mio. Euro im Jahr 2016
- 1.860 Mio. Euro im Jahr 2017
- 2.243 Mio. Euro im Jahr 2018.

Die in der Gesetzesbegründung erwarteten Einsparpotentiale in dreistelliger Millionenhöhe werden als zu optimistisch betrachtet. Die Einsparpotentiale beziehen sich in erster Linie auf die Bereiche Qualitätssicherung, Mengensteuerung und Strukturfonds; die Entlastungseffekte für die GKV dürften erst ab 2018 eintreten.

Abb. 4: Geschätzte Kosten des Krankenhausstrukturgesetzes

	2016 in Mio. Euro	2017 in Mio. Euro	2018 in Mio. Euro
Kabinettsentwurf vom 11.6.2015	390	1.038	1.418
Änderungsanträge vom 2.10.2015	281	822	825
Gesamt	671	1.860	2.243

Die Abb. 4 zeigt zum einen die geschätzten Gesamtkosten im Rahmen des ursprünglichen Gesetzesentwurfs vom 11. Juni 2015 sowie die Kosten der zusätzlich eingebrachten Änderungsanträge vom 2. Oktober 2015.

Fazit

Dass die Bedeutung der Qualität sowohl bei der Planung von Krankenhauskapazitäten als auch bei der Vergütung entsprechender Leistungen gestärkt wird, ist als positiv zu werten. Viele der Neuregelungen, insbesondere die zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, können erst ihre Wirkung entfalten, wenn die entsprechenden

Rahmenbedingungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung geschaffen worden sind, teilweise also erst ab dem Jahr 2018.

Ebenfalls befürwortet wird der eingeleitete Strukturbereinigungsprozess durch die Etablierung des Strukturfonds.

Zusammenfassend muss diese Reform als eine krankenhaushausfreundliche Initiative des Gesetzgebers gewertet werden, mit der zahlreiche Einzelregelungen umgesetzt werden, die der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenträger dienen. Es werden Maßnahmen gefördert, die eine spürbare Verbesserung der Krankenhausversorgung, insbeson-

dere in der pflegerischen Versorgung, mit sich bringen sollen.

Diese und die weiteren gesetzlichen Neuerungen werden den Beitragszahler in den nächsten drei Jahren voraussichtlich insgesamt etwa 4,8 Mrd. Euro kosten.

MANOAH BECKHOFF
KBS/Dezernat I.3
Leistungsmanagement,
Grundsatz, Verträge
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

¹ maximal 0,15 Prozent des Gesamtbudgets pro Jahr

² Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2015

³ Landesweit vereinbarte Berechnungsgrundlage für die Vergütung von Krankenhausbehandlung

⁴ Wikipedia: „Im Königsteiner Schlüssel ist festgelegt, wie die einzelnen Länder der Bundesrepublik Deutschland an gemeinsamen Finanzierungen zu beteiligen sind. Der Anteil, den ein Land danach tragen muss, richtet sich zu zwei Dritteln nach dem Steueraufkommen und zu einem Drittel nach der Bevölkerungszahl“.

⁵ Einrichtungen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen

⁶ Wikipedia: „Diagnosis Related Groups (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Krankenhaushfälle (Patienten) anhand von medizinischen Daten, sogenannten Leistungsbezeichnern (Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurenkodes, demographische Variablen) Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit zugeordnet werden.“

⁷ Wikipedia: „Das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist ein in Deutschland angewandtes Patientenklassifikationssystem, das auf Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise, Art und Anzahl der behandelten Krankenhaushfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzen soll.“

⁸ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

⁹ Wirtschaftslexikon: Unter Fixkostendegression versteht man in der Kostentheorie, dass die gesamten fixen Kosten bei steigender Ausbringung auf eine größere Menge von Kostenträgern verteilt werden und infolgedessen die Stückkosten degressiv verlaufen (Kostenverlauf).

¹⁰ Leistungsbereiche, die nicht mit Fallpauschalen (DRG) vergütet werden, wie zum Beispiel Besondere Einrichtungen, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Zusatzentgelte

¹¹ ohne Ausgaben für den Strukturfonds, da der GKV-Anteil aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wird

THORSTEN VENNEBUSCH

Weniger Minijobber nach Einführung des Mindestlohnes

Seit dem 1. Januar 2015 gibt es in Deutschland erstmals einen flächendeckenden gesetzlichen Mindestlohn in Höhe von 8,50 Euro je Arbeitsstunde. Der Mindestlohn setzt eine feste Lohngrenze, die seitdem nicht unterschritten werden darf. Aufgabe des Mindestlohnes ist es, Beschäftigte im Niedriglohnssektor vor unangemessen niedrigen Löhnen zu schützen. Ein Jahr nach Einführung des Mindestlohnes zum 1. Januar 2015 verzeichnet die Minijob-Zentrale im gewerblichen Bereich einen Rückgang der angemeldeten Minijobs in Deutschland.

Vorbemerkungen

Der gesetzliche Mindestlohn gilt grundsätzlich für alle Arbeitnehmer über 18 Jahren und somit auch für Minijobber. Für die folgenden Personengruppen finden die Regelungen des Mindestlohngesetzes keine Anwendung:

- Jugendliche unter 18 Jahren
- Auszubildende nach dem Berufsbildungsgesetz
- ehrenamtlich tätige Personen
- Personen, die einen freiwilligen Dienst ableisten
- Teilnehmer an einer Maßnahme der Arbeitsförderung
- Heimarbeiter nach dem Heimarbeitsgesetz
- Selbstständige

Um Langzeitarbeitslosen den Einstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, kann bei diesem Personenkreis in den ersten sechs Monaten einer Beschäftigung vom Mindestlohn abgewichen werden. Für die Berufsgruppe der Zeitungszusteller wurde zudem eine stufenweise Umsetzung des Mindestlohnes vereinbart.

Aus der Minijob-Grenze von 450 Euro ergibt sich für Minijobber bei einem Mindestlohn von 8,50 Euro eine maximale Arbeitszeit von 52,9 Stunden pro Monat. Beim gesetzlichen Mindestlohn handelt es sich um einen Bruttostundenlohn. Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung bleiben bei der Berechnung des Mindestlohns außer Betracht. Das heißt auch die Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Rahmen von Minijobs trägt der Arbeitgeber – zusätzlich zum Bruttostundenlohn.

Neu geregelt wurde mit Einführung des Mindestlohnes, dass der Arbeitgeber die Arbeitszeiten von Minijobbern aufzeichnen sowie diese Aufzeichnungen zwei Jahre lang aufbewahren und bei einer Prüfung durch den Zoll vorlegen muss. Die Aufzeichnungspflicht besteht nicht für Minijobber in Privathaushalten.

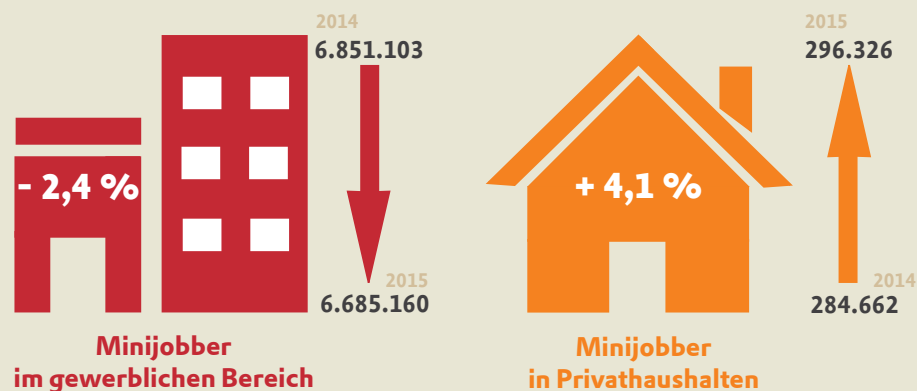
Der Zeitplan zur Einführung des Mindestlohnes gestaltet sich wie folgt: Seit dem 1. Januar 2015 gilt grundsätzlich ein Mindestlohn von 8,50 Euro. Bis zum 31. Dezember 2016 sind Löhne unter 8,50 Euro nur erlaubt,

wenn ein entsprechender Tarifvertrag dies vorsieht und durch Rechtsverordnung auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes oder des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes für allgemeinverbindlich erklärt wurde. Eine gleichermaßen befristete Sonderregelung, die sich an dieser schrittweisen Einführung orientiert, gibt es ausschließlich für die Zeitungszusteller. Ab dem 1. Januar 2017 wird der Mindestlohn für alle Beschäftigten bei mindestens 8,50 Euro liegen und ausnahmslos für alle Branchen gelten. Ab dem 1. Januar 2018 gilt der von der Mindestlohnkommission festgesetzte allgemeine gesetzliche Mindestlohn ohne jede Einschränkung.

Gesamtanalyse

Nach Einführung des Mindestlohnes ist die Zahl der Minijobber im gewerblichen Bereich von 6,851 Mio. im Dezember 2014 auf nunmehr 6,685 Mio. im Dezember 2015 zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang um 166.000 beziehungsweise 2,4 Prozent. Diese Entwicklung veröffentlichte die Minijob-Zentrale in ihrem aktuellen Quartalsbericht IV/2015.

Entwicklung der Minijobber nach Einführung des Mindestlohnes Dezember 2014 bis Dezember 2015



Quelle: Minijob-Zentrale | Stand: Februar 2016 | Herausgeber: Knappschaft-Bahn-See, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Marketing

Abb. 1

Im Bereich der haushaltsnahen Beschäftigungen ist die Zahl der angemeldeten Minijobber im Vergleich zum Vorjahr um 4,1 Prozent gestiegen (vgl. Abb. 1). Sie liegt jetzt bei rund 296.000 und stieg damit seit Dezember 2014 im Jahresverlauf um fast 12.000 Minijobber an.

Da der durchschnittliche Stundenlohn bei Minijobs in Privathaushalten auch schon vor Einführung des Mindestlohnes deutlich über 8,50 Euro lag, wird im weiteren Verlauf auf eine detaillierte Analyse dieser Beschäftigungen verzichtet. Untersucht werden deshalb die Auswirkungen des Mindestlohnes auf Minijobs im gewerblichen Bereich.

Eine Aussage, ob die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in Minijobs im Jahr 2015 kausal mit der Einführung des Mindestlohnes begründet werden kann, ist der Minijob-Zentrale nicht möglich, da keine Daten zu Beschäftigungsverläufen vorliegen. Von Bedeutung erscheint in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im gleichen Beobachtungszeitraum stark gestiegen ist.

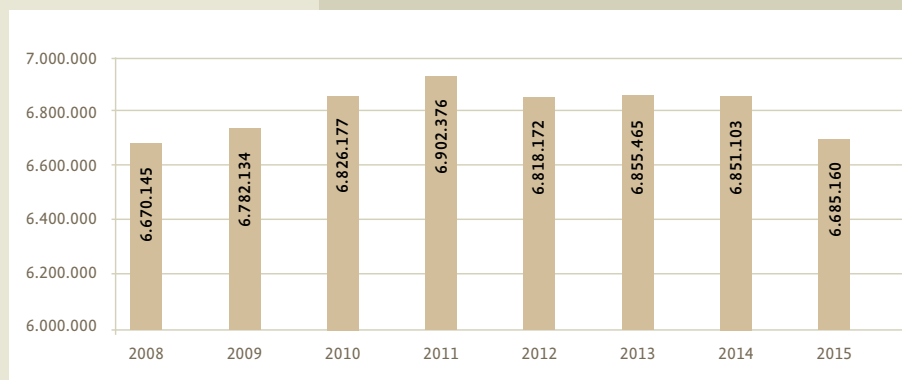
Lag die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Dezember 2014 noch bei 30,398 Mio., so konnte bis Dezember 2015 ein Anstieg um rund 780.000 auf nunmehr etwa 31,178 Mio. registriert werden. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg um 2,6 Prozent.

Betrachtet man die Entwicklung von gewerblichen Minijobs und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im

Rahmen einer Langzeitanalyse, stellt sich diese wie folgt dar:

Die Zahl der Minijobber im gewerblichen Bereich hat sich innerhalb der letzten acht Jahre von 6,67 Mio. im Dezember 2008 auf nunmehr 6,69 Mio. im Dezember 2015 erhöht (vgl. Abb. 2). Damit stieg dieser Wert um insgesamt 0,2 Prozent an. Zwischenzeitlich lag die Zahl der Minijobber im Jahr 2011 bei knapp über 6,90 Mio. Auf einem vergleichbaren Niveau verblieb dieser

Abb. 2: Entwicklung der Minijobber von Dez. 2008 bis Dez. 2015

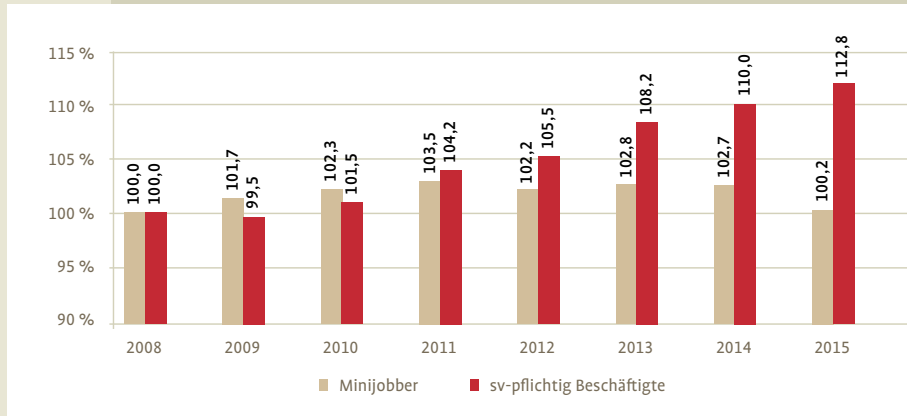


Quelle: Minijob-Zentrale

Wert über mehrere Jahre hinweg bis zum Ende des Jahres 2014. Erst danach kam es mit Einführung des Mindestlohnes zu dem bereits beschriebenen größeren Rückgang im Jahr 2015 um insgesamt knapp 166.000.

Stellt man dieser Historie die Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gegenüber, so ist festzustellen, dass bereits vor Einführung des Mindestlohnes jährlich Zuwachsraten festzustellen waren (vgl. Abb. 3). Seit dem Jahr 2009 bewegten sich die Zuwächse immer zwischen 1,3 und 2,7 Prozent. In einem vergleichbaren Rahmen bewegte sich die Zunahme nach Einführung des Mindestlohnes. Im Jahr 2015 erhöhte sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um insgesamt etwas mehr als 2,8 Prozent. Inwieweit sich im Jahr 2015 der absolute Zuwachs der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um mehr als 780.000 mit dem Rückgang der Minijobber um insgesamt 166.000 Beschäftigte erklären lässt, kann an dieser Stelle – wie bereits oben erörtert – nicht geklärt werden.

Abb. 3: Entwicklung der Minijobber und der sv-pflichtig Beschäftigten seit 2008 in Prozent



Quelle: Minijob-Zentrale

Detailanalyse

Ähnlich wie die Zahlen für alle Minijobber verläuft auch die Entwicklung der Minijobber nach dem Geschlecht (vgl. Abb. 4). Im gewerblichen Bereich verringerte sich sowohl die Zahl der weiblichen als auch der männlichen Minijobber. Der Rückgang bei den Frauen fiel mit 3,0 Prozent sogar noch ein wenig höher aus als bei den Männern. Hier reduzierte sich der Wert nur um 1,5 Prozent.

Betrachtet man die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nach Alterskohorten so fällt auf, dass in fast allen Bereichen ebenfalls zum Teil deutliche Rückgänge zu verzeichnen sind (vgl. Abb. 5). Eine Ausnahme bilden jedoch die älteren Altersklassen. Sowohl bei den 60 bis 65-Jährigen als auch bei den über 65-Jährigen nahm die Zahl der Minijobber im Jahresverlauf zu. Für diese beiden Altersgruppen scheint der Mindestlohn keine negativen Auswir-

Entwicklung der Minijobber nach Geschlecht

Dezember 2014 bis Dezember 2015

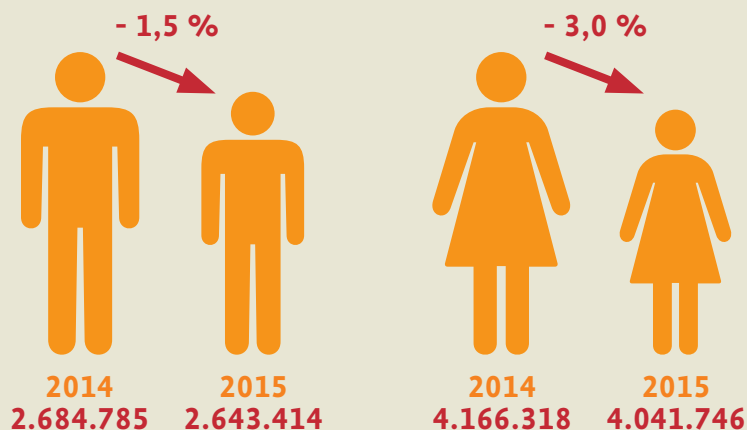


Abb. 4

Quelle: Minijob-Zentrale; Stand Februar 2016

kungen auf die Zahl der ausgeübten Minijobs zu haben.

Eine andere Entwicklung nahm im Jahresverlauf die Zahl der Minijobber differenziert nach der Staatsangehörigkeit der Beschäftigten (vgl. Abb. 6). Während die Zahl der Minijobber mit deutscher Staatsangehörigkeit im vergangenen Jahr von 6,05 Mio. auf 5,87 Mio. zurückging (-2,9 Prozent), nahm die Zahl der Minijobber mit ausländischer Staatsangehörigkeit um 1,2 Prozent zu und beläuft sich nunmehr auf etwas mehr als 810.000.

Besonders ausgeprägt ist ein Rückgang der Minijobber in den neuen Bundesländern zu beobachten (vgl. Abb. 7). Dieser war mit 8,4 Prozent in Sachsen-Anhalt mit Abstand am größten. Es folgen die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern (-5,6 Prozent), Sachsen (-5,6 Prozent), Thüringen (-4,2 Prozent) und Brandenburg (-4,2 Prozent). Am geringsten fiel dagegen nach Einführung des Mindestlohnes der Abbau von Minijobs im Stadtstaat Hamburg aus. Dort ging die Zahl der Minijobs

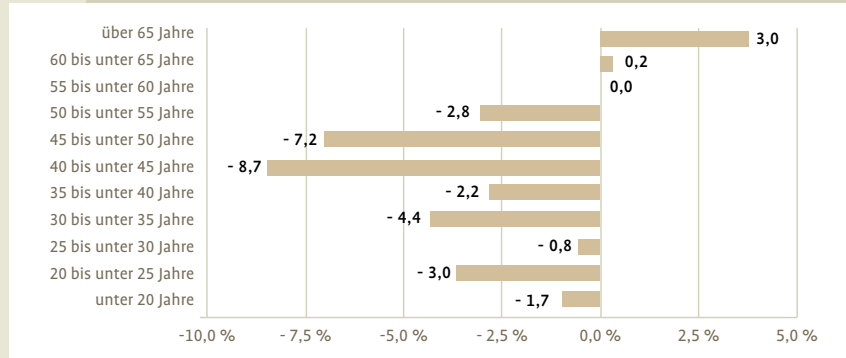
lediglich um 1,1 Prozent zurück. Auch in Bayern und Rheinland-Pfalz lag der prozentuale Rückgang bei unter 2,0 Prozent.

Vergleicht man für das vergangene Jahr bei einer Analyse der Wirtschaftszweige die Entwicklung von Minijobbern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, so fällt auf, dass es im Gastgewerbe einerseits die geringsten Rückgänge bei Minijobbern (-0,4 Prozent) und andererseits die größten Zuwächse bei den sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten (+6,5 Prozent) gab (vgl. Abb. 8). Eine ähnliche Entwicklung gab es bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen zu beobachten. In diese Wirtschaftsklasse fallen unter anderem die Beschäftigten in der Gebäudebetreuung sowie im Garten- und Landschaftsbau.

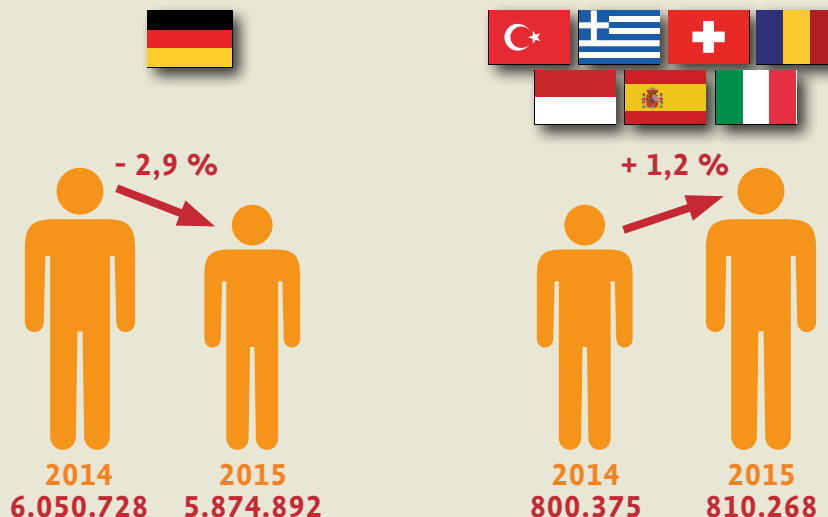
Besonders hoch ist die Zahl der Minijobber in den Branchen „Information und Kommunikation“ und im „Verarbeitenden Gewerbe“ zurückgegangen (-6,1 Prozent bzw. -5,7 Prozent).

Abb. 5: Entwicklung der Minijobber nach dem Alter von Dez. 2014 bis Dez. 2015



Quelle: Minijob-Zentrale

Entwicklung der Minijobber nach Staatsangehörigkeit
Dezember 2014 bis Dezember 2015



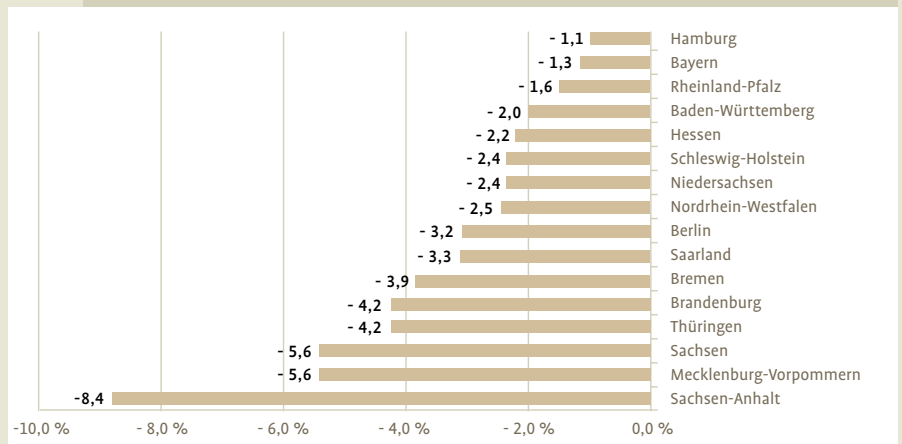
Quelle: Minijob-Zentrale; Stand Februar 2016

Abb. 6

In beiden Wirtschaftszweigen ist jedoch auch eine ansteigende Zahl von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu registrieren. In der Branche „Information und Kommunikation“ fällt dieser Zuwachs mit 2,9 Prozent sogar relativ hoch aus.

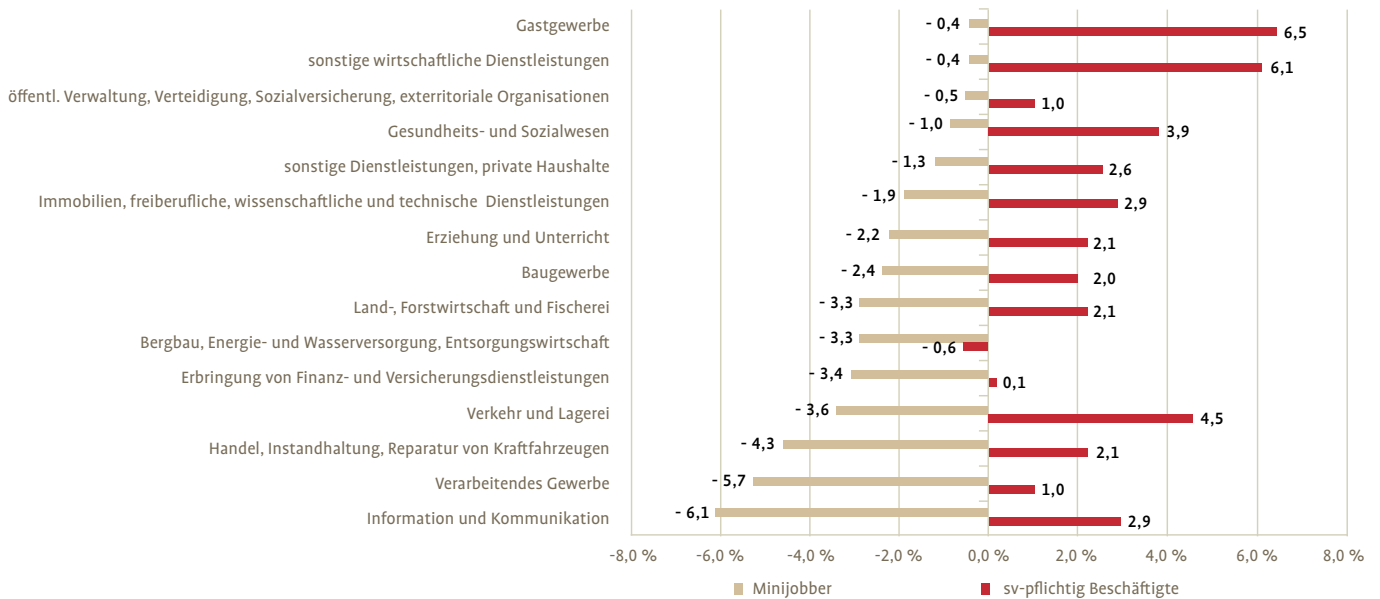
Nahezu unbeeinflusst durch die Einführung des Mindestlohnes blieb die Zahl der Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung (Wirtschaftszweig „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherungen, exterritoriale Organisationen“). Hier ging die Zahl der Minijobber lediglich um 0,5 Prozent

Abb. 7: Entwicklung der Minijobber nach Bundesländern von Dez. 2014 bis Dez. 2015



Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 8: Entwicklung der Minijobber nach Wirtschaftszweigen von Dez. 2014 bis Dez. 2015



Quelle: Minijob-Zentrale

zurück, die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stieg jedoch auch nur um 1,0 Prozent an.

Fazit

Auch ein Jahr nach Einführung des Mindestlohnes liegt die Zahl der Minijobber in Deutschland unter dem Vergleichswert aus Zeiten vor Einführung der neuen Lohnuntergrenze. Diese Beobachtung gilt im gewerblichen Bereich sowohl für beide Geschlechter, flächendeckend für alle

Bundesländer und Wirtschaftszweige. Lediglich bei einer Betrachtung der Alterskohorten und der Staatsangehörigkeit von Minijobbern fällt auf, dass es im Jahresverlauf auch Zuwächse bei der Zahl der Minijobber gegeben hat. Hierzu gehören insbesondere die älteren Minijobber und Minijobber mit ausländischer Staatsangehörigkeit.

Abschließend ist festzuhalten, dass der generelle Rückgang der Minijobber in Deutschland zwar einher geht mit einem Zuwachs der sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten. Ob diese beiden Entwicklungen aber miteinander in Verbindung stehen, lässt sich allein anhand des Datenmaterials der Minijob-Zentrale nicht beurteilen.

THORSTEN VENNEBUSCH
 KBS/Minijob-Zentrale
 Büro der Abteilungsleitung
 Hollestr. 7a-c
 45127 Essen

UWE OGRZEWALLA UND CARSTEN LERG

Rentenanpassung 2016

Hintergründe zur Ermittlung der Anpassungssätze und neue Rentenbeträge aus dem Leistungszuschlag

Die Renten werden zum 1. Juli 2016 in den alten Bundesländern um 4,25 Prozent und in den neuen Bundesländern um 5,95 Prozent angepasst. Der neue aktuelle Rentenwert beträgt 30,45 Euro (bisher: 29,21 Euro) und der aktuelle Rentenwert (Ost) 28,66 Euro (bisher: 27,05 Euro). Rechtsgrundlage für die Rentenerhöhung ist die „Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2016 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2016)“.

Berechnung der Renten

Indem die persönlichen Entgeltpunkte, der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert miteinander vervielfältigt werden, ergibt sich die Höhe einer monatlichen Rente (§ 64 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)). Für die neuen Bundesländer werden persönliche Entgeltpunkte (Ost) beziehungsweise der aktuelle Rentenwert (Ost) verwendet, solange die Einkommensverhältnisse in Deutschland nicht einheitlich sind (§ 254b SGB VI). Die Rentenanpassung findet statt, indem bisheriger aktueller Rentenwert und aktueller Rentenwert (Ost) durch den jeweils neuen Wert ersetzt werden (§§ 65, 254c SGB VI). Für Rentenbeträge der knappschaftlichen Rentenversicherung aus dem Leistungszuschlag werden die neuen Werte am Ende dieses Beitrags dargestellt.

Neuer aktueller Rentenwert und neuer aktueller Rentenwert (Ost) werden aus den drei Faktoren Lohnentwicklung, Altersvorsorgeaufwendungen und Nachhaltigkeitsfaktor ermittelt. Als Faktoren für die Lohnentwicklung werden für das Gebiet der alten Bundesländer und das der neuen Bundesländer getrennte Werte berechnet. Im Folgenden soll erläutert werden, wie die in diesem Jahr maßgebenden Faktoren zustande kommen und wie sie sich auf die Rentenanpassung auswirken.

Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter

Im Wesentlichen orientiert sich die Rentenanpassung an der Veränderung

der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (im Folgenden: Verdienste) des letzten Jahres gegenüber denen des vorletzten Jahres (§§ 68 Absatz 2, 255a Absatz 1 SGB VI). Herangezogen werden die Verdienste nach der Systematik der Volkswirtschaftlichen

tenversicherung beitragspflichtig. Die Verdienste nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen enthalten zum Beispiel auch die Beamtenbezüge und die versicherungspflichtigen Verdienste oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Abb. 1: Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (in Euro)

Verdienste im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2015	33.474	26.983
2014	32.563	25.929
2013	32.014	25.424

Abb. 2: Beitragspflichtige Verdienste je Arbeitnehmer (in Euro)

im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2014	30.129	24.805
2013	29.340	23.995

Gesamtrechnungen (ohne die Personen aus den sogenannten „Ein-Euro-Jobs“), die durch das Statistische Bundesamt ermittelt werden. Die Werte sind in der Abb. 1 dargestellt.

Teilt man die Verdienste des Jahres 2015 durch die des Jahres 2014, so erhält man deren Erhöhungssatz. Würde man diesen Erhöhungssatz unverändert für die Rentenanpassung übernehmen, bliebe ein Umstand unberücksichtigt: Nicht alle Personen, die in die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen einbezogen sind, sind mit ihrem Einkommen in der Ren-

Um die Einnahmesituation der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Anpassung zu berücksichtigen, werden als weitere Größe die beitragspflichtigen Verdienste je Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld herangezogen. Diese ergeben sich aus der Versichertenstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Zugrunde gelegt wird hier die Veränderung im Jahr 2014 gegenüber dem Jahr 2013. Die beitragspflichtigen Verdienste zeigt die Abb. 2.

Die „bereinigten“ Verdienste für das Jahr 2014 berechnen sich nach folgender Formel:

Für die alten Bundesländer

$$32.563 \text{ Euro} \times \frac{32.563}{32.014} \text{ Euro} \div \frac{30.129}{29.340} \text{ Euro} = 32.254 \text{ Euro}$$

Für die neuen Bundesländer

$$25.929 \text{ Euro} \times \frac{25.929}{25.424} \text{ Euro} \div \frac{24.805}{23.995} \text{ Euro} = 25.581 \text{ Euro}$$

Dieser Berechnungsschritt liefert ein treffenderes Ergebnis, weil die Verdienste des Jahres 2014 (32.563 Euro in den alten Bundesländern beziehungsweise 25.929 Euro in den neuen Bundesländern) nicht unverändert, sondern unter Berücksichtigung der beitragspflichtigen Verdienste und somit der Einnahmen der Rentenversicherung in die Rentenanpassung einfließen (Ergebnis: 32.254 Euro in den alten Bundesländern beziehungsweise 25.581 Euro in den neuen Bundesländern). Da sich durch die „Bereinigung“ ein geringerer Ausgangswert für das Jahr 2014 ergibt, verstärkt dies die positive Wirkung des Faktors Lohnentwicklung auf die Rentenanpassung.

Die Veränderung der Verdienste des Jahres 2015 gegenüber den (bereinigten) Verdiensten des Jahres 2014 wird im Folgenden berechnet und der für die Rentenanpassung maßgebende Erhöhungssatz ermittelt:

Für die alten Bundesländer

$$\text{Verdienste für 2015} \div \text{„bereinigte“ Verdienste für 2014} = 33.474 \text{ Euro} \div 32.254 \text{ Euro} = 1,0378$$

Für die neuen Bundesländer

$$\text{Verdienste für 2015} \div \text{„bereinigte“ Verdienste für 2014} = 26.983 \text{ Euro} \div 25.581 \text{ Euro} = 1,0548$$

Die isolierte Betrachtung der Lohn- und Gehaltsentwicklung ergibt einen für die Rentenanpassung maßgebenden Faktor von 3,78 Prozent für die alten Bundesländer und von 5,48 Prozent für die neuen Bundesländer. Die Werte beruhen zum Teil auf einem einmaligen statistischen Effekt, der auf die Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen im Jahr 2014 zurückgeht. Etwa ein Prozentpunkt der für die Rentenanpassung maßgebenden Lohnentwicklung lässt sich hierauf zurückführen. Dieser statistische Effekt wirkt zwar in diesem Jahr positiv auf die Rentenanpassung. Allerdings war die letzte Rentenanpassung entsprechend gedämpft, so dass es sich letztlich um einen Ausgleich handelt.

Faktor Altersvorsorgeaufwendungen

Bei der Anpassung sind die Belastungen der Beitragszahler angemessen zu berücksichtigen. Der sogenannte Faktor Altersvorsorgeaufwendungen (§ 68 Absatz 3 SGB VI) bildet Veränderungen beim Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung ab. Für die private Altersvorsorge werden gleichbleibende Vorsorgeaufwendungen unterstellt (4 Prozent).

Im Jahr 2014 betrug der Beitragssatz der allgemeinen Rentenversicherung 18,9 Prozent. Der Beitragssatz wurde im Jahr 2015 auf 18,7 Prozent abgesenkt.

Der Faktor Altersvorsorgeaufwendungen errechnet sich wie folgt:

$$\frac{100 - 4 - 18,7}{100 - 4 - 18,9} = \frac{77,3}{77,1} = 1,0026$$

Er erhöht somit die diesjährige Rentenanpassung um 0,26 Prozentpunkte.

Nachhaltigkeitsfaktor

Das Verhältnis von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern wird als Rentnerquotient bezeichnet. Wie sich dieser Quotient vom Jahr 2014 zum Jahr 2015 verändert hat, drückt der Nachhaltigkeitsfaktor aus (§§ 68 Absatz 4, 255a Absatz 3 SGB VI). Im Jahr 2014 betrug der Rentnerquotient 0,5258, im Jahr 2015 betrug er 0,5220. Die rechnerischen Größen spiegeln wider, dass ein stärkerer Anstieg bei den Beitragszahlern gegenüber den Rentenbeziehern im letzten Jahr stattgefunden hat.

Für die Bestimmung des Rentnerquotienten wird die Anzahl der sogenannten Äquivalenzrentner und der Äquivalenzbeitragszahler errechnet. Die Anzahl muss für die alten und neuen Bundesländer zunächst getrennt ermittelt werden, weil die Berechnungsmethode auf die unterschiedlichen aktuellen Rentenwerte zurückgreift und die in den neuen Bundesländern hochgewerteten Entgelte (Anlage 10 zum SGB VI) berücksichtigt. Die jeweiligen Ergebnisse werden jedoch anschließend addiert und Rentnerquotient und Nachhaltigkeitsfaktor einheitlich ermittelt.

Die Auswirkung auf die Anpassung wird mit der folgenden Formel errechnet:

$$\left(1 - \frac{0,5220}{0,5258}\right) \times 0,25 + 1 = 1,0018$$

Auch hier ergibt sich somit ein leicht positiver Effekt auf die Rentenanpassung (0,18 Prozentpunkte).

Berechnung des neuen aktuellen Rentenwertes und des aktuellen Rentenwertes (Ost)

Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung, des Faktors Altersvorsorgeaufwendungen und des Nachhaltigkeitsfaktors lässt sich als neuer aktueller Rentenwert beziehungsweise aktueller Rentenwert (Ost) ermitteln (§§ 68 Absatz 5, 255a Absatz 1 SGB VI):

$$\begin{aligned} \text{AR} &= 29,21 \text{ Euro} \times 1,0378 \times 1,0026 \\ &\quad \times 1,0018 = 30,4477 \text{ Euro} \\ \text{AR (Ost)} &= 27,05 \text{ Euro} \times 1,0548 \times 1,0026 \\ &\quad \times 1,0018 = 28,6580 \text{ Euro} \end{aligned}$$

Gerundet ergeben sich somit ein neuer aktueller Rentenwert von 30,45 Euro und ein aktueller Rentenwert (Ost) von 28,66 Euro (§ 123 Absatz 1 in Verbindung mit § 121 Absatz 2 SGB VI).

Anpassungssätze

Das Verhältnis, in dem der neue aktuelle Rentenwert (30,45 Euro) zu dem

bisherigen aktuellen Rentenwert (29,21 Euro) steht, beträgt 1,0425. Der Anpassungssatz für die alten Bundesländer beträgt damit 4,25 Prozent.

Für die neuen Bundesländer wird das Verhältnis aus dem neuen aktuellen Rentenwert (Ost) (28,66 Euro) zu dem bisherigen aktuellen Rentenwert (Ost) (27,05 Euro) gebildet. Das Ergebnis lautet 1,0595 und bedeutet einen Anpassungssatz in Höhe von 5,95 Prozent.

Rentenniveau nähert sich weiter an

Die zum wiederholten Male unterschiedlich hohe Rentenanpassung in den alten und in den neuen Bundesländern begründet sich aus den höheren Lohnzuwächsen in den neuen Bundesländern. Diese Entwicklung führt schrittweise dazu, dass sich das Rentenniveau dem der alten Bundesländer annähert. Ab 1. Juli beträgt das

Verhältnis zwischen aktuellem Rentenwert (Ost) und aktuellem Rentenwert 94,1 Prozent (bisher 92,6 Prozent).

Höhe des Leistungszuschlags

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

In den nachfolgenden Abbildungen wird die Höhe des Leistungszuschlags für Rentenbezugszeiten ab 1. Juli 2016 dargestellt.

Aus der Abb. 3 ergeben sich die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts von 30,45 Euro, des Zugangsfaktors von 1,0 und der Anzahl der zurückgelegten vollen Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage.

Abb. 3: Leistungszuschlag in den alten Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	5,07	2,79	3,05	0,51	1,02
7	0,2500	10,15	5,58	6,09	1,01	2,03
8	0,3750	15,22	8,37	9,14	1,52	3,05
9	0,5000	20,30	11,16	12,18	2,03	4,06
10	0,6250	25,37	13,96	15,23	2,54	5,08
11	0,8750	35,52	19,54	21,32	3,55	7,11
12	1,1250	45,67	25,12	27,41	4,57	9,14
13	1,3750	55,82	30,70	33,50	5,58	11,17
14	1,6250	65,97	36,28	39,59	6,60	13,20
15	1,8750	76,12	41,87	45,68	7,61	15,23
16	2,1250	86,27	47,45	51,77	8,63	17,26
17	2,3750	96,42	53,03	57,86	9,64	19,29
18	2,6250	106,57	58,61	63,95	10,65	21,32
19	2,8750	116,72	64,20	70,04	11,67	23,35
20	3,1250	126,87	69,78	76,13	12,68	25,38
21	3,5000	142,10	78,15	85,26	14,21	28,42
22	3,8750	157,32	86,52	94,40	15,73	31,47
23	4,2500	172,55	94,90	103,53	17,25	34,51
24	4,6250	187,77	103,27	112,67	18,77	37,56
25	5,0000	202,99	111,64	121,80	20,29	40,61
26	5,3750	218,22	120,02	130,94	21,82	43,65
27	5,7500	233,44	128,39	140,07	23,34	46,70
28	6,1250	248,67	136,77	149,21	24,86	49,74
29	6,5000	263,89	145,14	158,34	26,38	52,79
30	6,8750	279,12	153,51	167,48	27,91	55,83
31	7,2500	294,34	161,89	176,61	29,43	58,88
32	7,6250	309,57	170,26	185,75	30,95	61,92
33	8,0000	324,79	178,63	194,88	32,47	64,97
34	8,3750	340,02	187,01	204,02	33,99	68,01
35	8,7500	355,24	195,38	213,15	35,52	71,06

Abb. 4: Leistungszuschlag in den neuen Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	4,78	2,63	2,87	0,48	0,96
7	0,2500	9,55	5,25	5,73	0,96	1,91
8	0,3750	14,33	7,88	8,60	1,43	2,87
9	0,5000	19,11	10,51	11,46	1,91	3,82
10	0,6250	23,88	13,14	14,33	2,39	4,78
11	0,8750	33,44	18,39	20,06	3,34	6,69
12	1,1250	42,99	23,64	25,79	4,30	8,60
13	1,3750	52,54	28,90	31,53	5,25	10,51
14	1,6250	62,10	34,15	37,26	6,21	12,42
15	1,8750	71,65	39,41	42,99	7,16	14,33
16	2,1250	81,20	44,66	48,72	8,12	16,24
17	2,3750	90,75	49,91	54,45	9,07	18,15
18	2,6250	100,31	55,17	60,19	10,03	20,06
19	2,8750	109,86	60,42	65,92	10,98	21,98
20	3,1250	119,41	65,68	71,65	11,94	23,89
21	3,5000	133,74	73,56	80,25	13,37	26,75
22	3,8750	148,07	81,44	88,85	14,80	29,62
23	4,2500	162,40	89,32	97,44	16,24	32,49
24	4,6250	176,73	97,20	106,04	17,67	35,35
25	5,0000	191,06	105,08	114,64	19,10	38,22
26	5,3750	205,39	112,96	123,24	20,53	41,08
27	5,7500	219,72	120,84	131,84	21,97	43,95
28	6,1250	234,05	128,73	140,43	23,40	46,82
29	6,5000	248,38	136,61	149,03	24,83	49,68
30	6,8750	262,71	144,49	157,63	26,27	52,55
31	7,2500	277,04	152,37	166,23	27,70	55,42
32	7,6250	291,37	160,25	174,83	29,13	58,28
33	8,0000	305,70	168,13	183,42	30,56	61,15
34	8,3750	320,03	176,01	192,02	32,00	64,02
35	8,7500	334,36	183,89	200,62	33,43	66,88

Abb. 5: Leistungszuschlag in nach § 307a SGB VI umgewerteten Renten

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro			
		Versichertenrente	Witwenrente	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
11	0,2500	9,55	5,73	0,96	1,91
12	0,5000	19,11	11,46	1,91	3,82
13	0,7500	28,66	17,20	2,87	5,73
14	1,0000	38,21	22,93	3,82	7,64
15	1,2500	47,77	28,66	4,78	9,55
16	1,5000	57,32	34,39	5,73	11,47
17	1,7500	66,87	40,12	6,69	13,38
18	2,0000	76,42	45,86	7,64	15,29
19	2,2500	85,98	51,59	8,60	17,20
20	2,5000	95,53	57,32	9,55	19,11
21	2,8750	109,86	65,92	10,98	21,98
22	3,2500	124,19	74,52	12,42	24,84
23	3,6250	138,52	83,11	13,85	27,71
24	4,0000	152,85	91,71	15,28	30,57
25	4,3750	167,18	100,31	16,71	33,44
26	4,7500	181,51	108,91	18,15	36,31
27	5,1250	195,84	117,51	19,58	39,17
28	5,5000	210,17	126,10	21,01	42,04
29	5,8750	224,50	134,70	22,44	44,91
30	6,2500	238,83	143,30	23,88	47,77
31	6,6250	253,16	151,90	25,31	50,64
32	7,0000	267,49	160,50	26,74	53,51
33	7,3750	281,82	169,09	28,18	56,37
34	7,7500	296,15	177,69	29,61	59,24
35	8,1250	310,48	186,29	31,04	62,10

Die Abb. 4 beinhaltet die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts (Ost) von 28,66 Euro und eines Zugangsfaktors von 1,000 für Renten, die nach dem SGB VI berechnet wurden und denen ausschließlich Entgeltpunkte (Ost) für den Leistungszuschlag zugrunde liegen.

Wurden ständige Arbeiten unter Tage sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern zurückgelegt,

so werden die Entgeltpunkte aus dem Leistungszuschlag in dem Verhältnis als Entgeltpunkte (Ost) berücksichtigt, in dem die Kalendermonate mit ständigen Arbeiten unter Tage, die gleichzeitig Beitragszeiten mit Entgeltpunkten (Ost) sind, zu allen Kalendermonaten mit ständigen Arbeiten unter Tage stehen.

Die Abb. 5 zeigt die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag für nach § 307a

SGB VI umgewertete Bestandsrenten des Beitrittsgebietes.

UWE OGRZEWALLA
KBS/Dezernat II.1.3
DV-Verbindungsstelle
CARSTEN LERG
KBS/Dezernat II.2.3
Grundsatz Rente innerstaatlich
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

Minijob-Zentrale mit eigener Facebook-Seite

Schon seit längerer Zeit ist die Minijob-Zentrale in den sogenannten Neuen Sozialen Medien aktiv. Neben einem Account beim Kurznachrichtendienst Twitter gibt es einen eigenen Kanal bei YouTube, einen Blog und auch einen Google-Plus-Account der Haushaltsjob-Börse.

Die Erfahrungen, die dort gesammelt wurden, sind durchweg positiv. Die Tweets bei Twitter werden jährlich fast eine Million mal gelesen, die Blogbeiträge haben rund 500.000 Abrufe im Jahr und die neuen Videos mit den Spots der Haushaltsscheck-Kampagne wurden innerhalb von zwei Wochen fast 150.000 mal abgerufen.

Jetzt ist die Minijob-Zentrale auch den nächsten Schritt gegangen: Sie ist nun auch mit einer eigenen Seite auf Facebook zu finden.

Inhaltlich werden auf der Facebook-Seite regelmäßig Informationen und

Tipps rund um die Minijobs gegeben. So wurde beispielsweise eine neue Rubrik ins Leben gerufen. Regelmäßig beantworten darin Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Service-Center häufig gestellte Fragen. Andererseits werden dem Leser aber auch Einblicke in die vielfältigen Aufgaben der Minijob-Zentrale verschafft. Aktuell wurde

der erste Teil eines Erlebnisberichts aus dem Service-Center eingestellt. Andere Arbeitsbereiche der Minijob-Zentrale werden anschließend in ähnlicher Form vorgestellt.

Sie erreichen die neue Facebook-Seite der Minijob-Zentrale unter <https://www.facebook.com/MinijobZentrale/>.

Alle Social-Media-Kanäle der Minijob-Zentrale im Überblick:

Blog: <http://blog.minijob-zentrale.de/>

Twitter: <http://www.twitter.com/minijobzentrale>

YouTube: <http://www.youtube.com/user/MinijobZentrale>

Google+: <https://plus.google.com/+HaushaltsjobboerseDeInfo>

Facebook: <https://www.facebook.com/MinijobZentrale/>

MARCEL MÜLLER

Betriebliche Altersversorgung

Wie sind die Aufwendungen beitragsrechtlich zu behandeln?

Die betriebliche Altersversorgung hat infolge der Reformierung des Systems der Alterssicherung in den vergangenen Jahren weiter an Bedeutung gewonnen. Beiträge und Zuwendungen zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung, die aus einem Beschäftigungsverhältnis heraus geleistet werden, gehören dabei grundsätzlich zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie aber beitragsfrei sein. Daher lohnt sich ein Blick auf die Regelungen zur Freistellung von der Beitragspflicht während der Ansparphase.

1. Entwicklung

Vor der sogenannten Riester-Reform sollten Versicherte mit einer „erfüllten“ Erwerbs- und Versicherungsbiografie im Alter mit der gesetzlichen Rente ihren Lebensstandard sichern können. Das Sicherungsziel betrug für den sogenannten Eckrentner, der 45 Versicherungsjahre immer durchschnittlich verdient hat, rund 70 Prozent des durchschnittlichen Nettoeinkommens aller Beschäftigten. Zusammen mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) war die Riester-Reform ein systematischer Bruch: Durch den Abbau des Leistungsumfangs der gesetzlichen Rentenversicherung kann eine Lebensstandardsicherung auch bei langen Versicherungsbiografien nicht mehr erreicht werden. Eine zusätzliche Vorsorge wurde daher unabdingbar.¹ Das Sicherungsniveau vor Steuern soll bis 2020 nicht unter 46 Prozent und bis 2030 nicht unter 43 Prozent fallen.²

2. Durchführungswege

Seit mehr als 150 Jahren ist die betriebliche Altersversorgung Bestandteil der Versorgung im Alter. Der Gesetzgeber schuf 1974 mit Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) einen gesetzlichen Rahmen. Unter den Begriff „betriebliche Altersversorgung“ im Sinne des BetrAVG fallen alle arbeitgeberseitigen Leistungen für den Arbeitnehmer als auch arbeitnehmerfinanzierte

Leistungen zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversorgung in verschiedenen Durchführungsweegen. Die Leistungszusage kann entweder unmittelbar über den Arbeitgeber oder mittelbar über einen externen Versorgungsträger im Sinne des § 1b Absatz 2 bis 4 BetrAVG erfolgen. Der Arbeitgeber kann die betriebliche Altersversorgung über fünf Durchführungswege realisieren, davon zwei interne in Form der Direktzusage und der Unterstützungskasse und drei externe in Form der Direktversicherung, der Pensionskasse und des Pensionsfonds.

Die Wahl des Durchführungswegs obliegt dem Arbeitgeber. Auch können mehrere Durchführungswege nebeneinander gewählt werden. Die Anwartschaften der betrieblichen Altersversorgung werden in zwei verschiedenen Varianten erwirtschaftet:

- durch eine Umlagefinanzierung, das heißt, laufende Einnahmen decken die laufenden Ausgaben; ähnlich der Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung, oder
- im Kapitaldeckungsverfahren
 - durch Arbeitnehmerbeiträge (Entgeltumwandlung)
 - durch Arbeitgeberbeiträge (gegebenenfalls sind hier vom Beschäftigten Arbeitnehmer-Eigenbeiträge zu leisten)
 - durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge (sogenannte Mischfinanzierung).

Die fünf verschiedenen Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung werden nachfolgend kurz dargestellt:

2.1 Direktzusage

Als unmittelbare Zusage des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung handelt es sich hier nicht um eine Versicherung im eigentlichen Sinne. Der Arbeitgeber sagt dem Arbeitnehmer – gegebenenfalls auch für dessen Hinterbliebene – Leistungen zu, ohne dass sich der Arbeitgeber eines externen Versorgungsträgers zur Erfüllung der Zusage bedient.

2.2 Unterstützungskasse

Unterstützungskassen sind rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtungen. Sie gewähren dem Arbeitnehmer keinen eigenen Anspruch auf Versorgungsleistungen. Der Arbeitnehmer und gegebenenfalls dessen Hinterbliebene haben einen Anspruch gegen den Arbeitgeber.

2.3 Direktversicherung

Der Arbeitgeber schließt eine Lebensversicherung bei einem externen Versicherungsunternehmen zugunsten des Arbeitnehmers und gegebenenfalls seiner Hinterbliebenen ab. Beide sind im Leistungsfall anspruchsberechtigt.

2.4 Pensionskasse

Als rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtung gewährt sie dem Arbeitnehmer und gegebenenfalls seinen Hinterbliebenen einen Leistungsanspruch. Die Finanzierung erfolgt

entweder im Rahmen des Umlageverfahrens (speziell bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst in den alten Bundesländern) oder im Kapitaldeckungsverfahren. Eine der bekanntesten Pensionskassen ist die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Auch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See betreibt eine eigenständige Pensionskasse, die Renten-Zusatzversicherung.

2.5 Pensionsfonds

Sie sind rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtungen, aber keine Versicherungsunternehmen. Die Leistungen sehen Rentenleistungen und Auszahlungspläne vor, wobei das zu Beginn der Rentenphase vorhandene Kapital nicht auf einmal ausgezahlt werden darf. Anspruchsberechtigt sind der Arbeitnehmer und gegebenenfalls seine Hinterbliebenen. Pensionsfonds bieten im Vergleich zu Lebensversicherern höhere Renditen, allerdings sind damit auch größere Risiken verbunden.

3. Entgeltumwandlung

Wählt der Arbeitgeber keinen Durchführungsweg, kann der Arbeitnehmer beziehungsweise der Berufsauszubildende aufgrund des im Jahr 2002 eingeführten Anspruchs auf Entgeltumwandlung verlangen, dass bis zu vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der allgemeinen Rentenversicherung (West)³ im Durchführungsweg der Direktversicherung für den Aufbau eines betrieblichen Versorgungsanspruchs verwendet werden. Dieser Anspruch besteht allerdings nur gegenüber dem Arbeitgeber, bei dem der Arbeitnehmer beziehungsweise der Berufsauszubildende rentenversicherungspflichtig beschäftigt ist.⁴ Der Anspruch auf Entgeltumwandlung gilt auch für geringfügig entlohnte Beschäftigte, die rentenversicherungspflichtig sind.

Für Arbeitnehmer, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, besteht kein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltumwandlung. Gleichwohl können, wie

beschrieben, eine Entgeltumwandlung beziehungsweise andere Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung auch ohne gesetzlichen Anspruch durchgeführt werden.

4. Kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung (Neuzusagen)

4.1 Steuerrechtliche Behandlung

Laufende Beiträge und laufende Zuwendungen des Arbeitgebers für eine Direktversicherung, an eine Pensionskasse oder an einen Pensionsfonds gehören grundsätzlich zum steuerpflichtigen Arbeitslohn des Beschäftigten.⁵

Diese Beiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind jedoch steuerfrei, soweit sie im Kalenderjahr vier Prozent der BBG der allgemeinen Rentenversicherung (West), im Jahr 2016 sind das 2.976 Euro, nicht übersteigen (§ 3 Nummer 63 Einkommensteuergesetz (EStG)). Dabei muss die Leistungszusage eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans im Sinne des Gesetzes über die Zertifizierung von Altersvorsorge- und Basisrentenverträgen (Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz - AltZertG) vorsehen.

Der Steuerfreibetrag von 2.976 Euro erhöht sich pauschal um 1.800 Euro auf insgesamt 4.776 Euro, wenn es sich um eine sogenannte Neuzusage handelt. Eine solche liegt vor, wenn die Beiträge aufgrund einer Versorgungszusage geleistet werden, die nach dem 31. Dezember 2004 erteilt wurde. Voraussetzung für die Steuerfreiheit im beschriebenen Umfang ist, dass die Beiträge aus dem „ersten Dienstverhältnis“ heraus entrichtet werden. Die Steuerfreiheit ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Arbeitnehmer verlangt, dass die Voraussetzungen zur Riester-Förderung erfüllt werden.⁶

Der Steuerfreibetrag wird nicht gekürzt, auch wenn das Arbeitsverhältnis nicht während des ganzen Kalender-

jahres bestand oder nicht für das ganze Kalenderjahr Beiträge gezahlt wurden. Er kann bei einem unterjährigem Arbeitgeberwechsel beim neuen Arbeitgeber erneut in voller Höhe in Anspruch genommen werden. Dies gilt nicht bei einem Betriebsübergang nach § 613a Bürgerliches Gesetzbuch.⁷ Ein anteiliger Jahreswert wird also nicht ermittelt. Der jährliche Steuerfreibetrag in Höhe von 2.976 Euro (bzw. 4.776 Euro bei Neuzusagen) kann „en bloc“ (Aufzehung im Jahresverlauf) oder „pro rate“ (konstante monatliche Verteilung) in Anspruch genommen werden.

Der Beitrag, der den Freibetrag überschreitet, wird individuell versteuert. Nur bei Altzusagen im Sinne des § 40b EStG (alte Fassung), die vor dem 1. Januar 2005 erteilt wurden, kann der überschreitende Beitrag pauschal versteuert werden.

4.1.1 „Erstes Dienstverhältnis“

Unter den Begriff „erstes Dienstverhältnis“ im Sinne des § 3 Nummer 63 EStG kann jede Beschäftigung fallen, die nicht nach der Steuerklasse VI versteuert wird. Auch eine pauschal besteuerte geringfügig entlohnte Beschäftigung (§ 40a Absatz 2 EStG) gehört dazu, wenn sie das erste und somit das einzige Dienstverhältnis darstellt.

Bei einer geringfügig entlohnten Beschäftigung, die als erstes Dienstverhältnis ausgeübt wird, sind die Leistungen zur betrieblichen Altersversorgung ebenfalls steuerfrei, wenn der Arbeitnehmer nicht verlangt, dass die Voraussetzungen für die Riester-Förderung erfüllt werden. Wird eine weitere Beschäftigung aufgenommen, die nach Steuerklasse I bis V versteuert wird, kann die geringfügig entlohnte Beschäftigung nicht mehr das erste Dienstverhältnis bilden. Die Leistungen zur betrieblichen Altersversorgung sind dann nicht mehr steuerfrei.

Bei der Entscheidung, ob ein bestimmtes Dienstverhältnis das „erste

Dienstverhältnis“ bildet, spielt es keine Rolle, ob der Arbeitnehmer aus einem anderen Dienstverhältnis, in dem er zusätzlich steht, bereits Zukunftssicherungen erhält oder nicht.⁸

4.1.2 Rechtsprechung des BFH

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit seinem Urteil vom 9. Dezember 2010 (VI R 57/08) entschieden, dass unter den in § 3 Nummer 63 EStG normierten Begriff „Beiträge des Arbeitgebers“ alle Beiträge fallen, die vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer selbst geschuldet und an die Versorgungseinrichtung abgeführt werden. Darunter fallen auch Eigenbeiträge der Arbeitnehmer, da sie nicht aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Arbeitnehmer und der Versorgungseinrichtung entrichtet werden. Als Bestandteil des Arbeitgeberbeitrags werden sie vom Arbeitgeber zusammen mit seinem eigenen Anteil an die Pensionskasse abgeführt. Der Arbeitgeber ist hier alleiniger Beitragsschuldner.

Zuvor waren Arbeitnehmer-Eigenbeiträge zur betrieblichen Altersversorgung steuerpflichtig. Dies galt selbst dann, wenn der Arbeitgeber sie direkt an die Versorgungseinrichtung abgeführt hat.

Dabei ist zu beachten dass die Beitragsanteile des Arbeitgebers vorrangig steuerfrei sind. Insoweit ist die Steuerfreiheit der Arbeitnehmer-Eigenbeiträge im Rahmen des Höchstbetrages eingeschränkt.

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hat das Urteil rückwirkend für allgemein anwendbar erklärt.⁹ Bei der Umsetzung war Folgendes zu beachten:

- **Umsetzung ab 2012**
Die Arbeitnehmer-Eigenbeiträge sind grundsätzlich steuerfrei, soweit der Höchstbetrag nicht schon durch arbeitgeberseitige Leistungen ausgeschöpft wurde. Der Arbeitnehmer kann zugunsten der Riester-Förderung auf die Steuerfreiheit seiner

Eigenbeiträge verzichten. Dies gilt unabhängig davon, ob die Arbeitnehmer-Eigenbeiträge verpflichtende oder freiwillige Finanzierungsanteile darstellen.

- **Umsetzung ab 2011**
Wurden die Arbeitnehmer-Eigenbeiträge individuell versteuert und verzichtete der Arbeitnehmer auf die Riester-Förderung, war die Versteuerung dieser Arbeitslohnbestandteile durch den Arbeitgeber rückgängig zu machen. Dies war jedoch nur möglich, wenn die Lohnsteuerbescheinigung für das Jahr 2011 noch nicht ausgestellt und übermittelt wurde. Andernfalls war eine Korrektur nur im Rahmen der Einkommensteueranlagung möglich.
- **Umsetzung für 2010 und früher**
Die Lohnsteuerbescheinigung ist spätestens bis zum 28. Februar des jeweiligen Folgejahres auszustellen und zu übermitteln (§ 41b Absatz 1 Satz 2 EStG). Da das Urteil des BFH erst Ende 2011 für allgemein anwendbar erklärt wurde, war eine rückwirkende Steuerfreiheit für das Jahr 2010 und für frühere Jahre höchstens im Rahmen der noch nicht abschließend durchgeführten Einkommensteueranlagung möglich.

4.2 Versicherungsrechtliche Behandlung

Zum Arbeitsentgelt gehören alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung. Gleichgültig

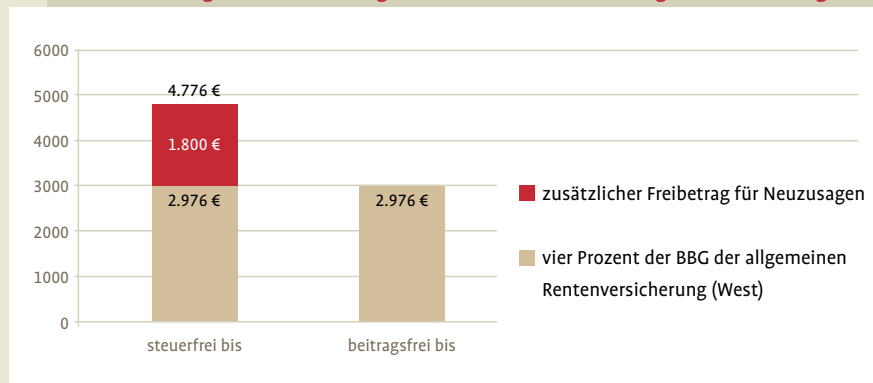
ist dabei, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden, und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden.¹⁰ Der Begriff Arbeitsentgelt ist demnach sehr weit gefasst. Beiträge und Zuwendungen des Arbeitgebers für eine Direktversicherung, an eine Pensionskasse oder an einen Pensionsfonds werden also bereits über die Grundnorm des § 14 SGB IV als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt erfasst.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) kann aber auf Grundlage des § 17 SGB IV per Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmte Entgeltbestandteile ausschließen. Dies ist für Beiträge und Zuwendungen zur Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds ganz oder teilweise möglich.¹¹ Die Regelungen der Verordnung sollen dabei weitgehend mit dem Steuerrecht übereinstimmen.¹²

Die steuerrechtlichen Regelungen werden im Bereich der Sozialversicherung aber nur teilweise nachvollzogen. Lediglich die Steuerfreiheit nach § 3 Nummer 63 Satz 1 EStG wird ins Sozialversicherungsrecht übertragen. Der zusätzliche Steuerfreibetrag in Höhe von 1.800 Euro gilt nicht für den Bereich der Sozialversicherung.

Das bedeutet, dass die steuerfreien Beiträge nur bis zur Höhe von vier

Abb. 1: Gegenüberstellung der steuer- bzw. beitragsfreien Beträge



Prozent der BBG der allgemeinen Rentenversicherung (West), 2016 also bis zu einem jährlichen Betrag von 2.976 Euro, nicht zum Arbeitsentgelt gehören¹³ (vergl. Abb. 1). Diese Entgeltbestandteile sind deshalb beitragsfrei in der Sozialversicherung (SV-Freibetrag). Sie werden auch nicht bei der Ermittlung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts zwecks Prüfung der Einhaltung der Geringfügigkeitsgrenze¹⁴, und bei der Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts¹⁵ berücksichtigt.

4.2.1 Steuerfreistellung durch Arbeitgeber

Einnahmen, Zuwendungen oder Leistungen zur betrieblichen Altersversorgung gehören nur dann nicht zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt (und sind damit beitragsfrei in der Sozialversicherung), wenn sie im Rahmen der Entgeltabrechnung vom Arbeitgeber tatsächlich und rechtlich zulässig steuerfrei behandelt wurden. Dieser Grundsatz war bisher ein „ungeschriebenes Gesetz“. Dies änderte sich zum 22. April 2015, als mit dem 5. SGB IV-Änderungsgesetz § 1 Absatz 1 Satz 2 Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV) entsprechend angepasst wurde. Dort heißt es jetzt:

„Dem Arbeitsentgelt sind die in Satz 1 Nummer (...) 9 (...) genannten Einnahmen, Zuwendungen und Leistungen nur dann nicht zuzurechnen, soweit diese vom Arbeitgeber oder von einem Dritten mit der Entgeltabrechnung für den jeweiligen Abrechnungszeitraum lohnsteuerfrei belassen (...) werden.“ Diese Änderung ist ausdrücklich keine Neuerung, sondern eine Klarstellung.¹⁶ Insofern hat der Gesetzgeber die Existenz des zuvor „ungeschriebenen Gesetzes“ bestätigt.

Die Steuerfreistellung durch den Arbeitgeber ist solange möglich, wie die elektronische Lohnsteuerbescheinigung nicht an das zuständige Finanzamt übermittelt wurde. Dies muss nach § 41b Absatz 1 EStG spätestens zum 28. Februar des Folgejahres erfolgen.

Eine Steuerfreistellung im Rahmen der Einkommensteueranlagung führt

ebenso, wie eine rechtlich mögliche, aber tatsächlich durch den Arbeitgeber nicht durchgeführte Steuerfreistellung, nach wie vor nicht zur Beitragsfreiheit. Diese Rechtsauffassung wird auch von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung geteilt.¹⁷

Allerdings sind zurzeit mehrere Verfahren bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit anhängig. Unter anderem hat das Sozialgericht (SG) Berlin mit Urteil vom 23. Dezember 2015 (S 112 KR 764/14) entschieden, dass steuerfreie Arbeitnehmer-Eigenbeiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung generell über § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 SvEV nicht zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt gehören. Dies gelte unabhängig von der lohnsteuerrechtlichen Behandlung durch den Arbeitgeber.

Die zum 22. April 2015 in Kraft getretene Einschränkung des § 1 Absatz 1 Satz 2 SvEV, wonach die Beitragsfreiheit nur bei lohnsteuerfreier Behandlung durch den Arbeitgeber gegeben ist, gelte nicht für den streitbefangenen Zeitraum im Jahre 2009. Das zuvor geltende „ungeschriebene Gesetz“, erkannte das SG Berlin nicht an. Es verwies hingegen in seiner Urteilsbegründung auf das Urteil des SG Dresden vom 8. Juli 2015 (S 15 KR 1000/12), welches ausführlich begründet, dass und warum den Regelungen der SvEV ein solches „ungeschriebenes Gesetz“ nicht zu entnehmen war. Das SG Berlin hat die Sprungrevision zugelassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Das Verfahren ist beim Bundessozialgericht (BSG) unter dem Aktenzeichen B 12 KR 6/16 R anhängig. Über den Ausgang des Verfahrens wird künftig zu berichten sein.

5. Direktzusage/Unterstützungskasse

Bei Rückstellungen des Arbeitgebers für die Erfüllung einer Direktzusage und bei Zuwendungen des Arbeitgebers an eine Unterstützungskasse handelt es sich weder um Arbeitslohn im Sinne des Steuerrechts, noch um

Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung. Der gesamte Betrag ist daher beitragsfrei. Die Höhe der Rückstellungen ist dabei nicht von Bedeutung.

Werden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in den Durchführungswegen Direktzusage oder Unterstützungskasse vom Arbeitnehmer durch Entgeltumwandlung finanziert, liegt ebenfalls kein Arbeitslohn im steuerrechtlichen Sinne vor; in der Sozialversicherung sind diese Arbeitnehmerbeiträge deshalb beitragsfrei, allerdings nur bis zu vier Prozent der BBG der allgemeinen Rentenversicherung (West), im Jahr 2016 sind das 2.976 Euro (§ 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IV).

Beispiel 1:

Zusätzlich zum Lohn/Gehalt verwendet der Arbeitgeber im Kalenderjahr 2016 einen Betrag in Höhe von 5.000 Euro jährlich als Rückstellungen für spätere Versorgungsverpflichtungen gegenüber seinem Arbeitnehmer.

Ergebnis:

Bei den vom Arbeitgeber finanzierten Rückstellungen in Höhe von 5.000 Euro handelt es sich nicht um Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung. Beiträge zur Sozialversicherung sind davon nicht zu zahlen.

Abwandlung: Die Rückstellungen in Höhe von 5.000 Euro werden vom Arbeitnehmer durch Entgeltumwandlung finanziert.

Ergebnis:

Vier Prozent der BBG der allgemeinen Rentenversicherung (West) in Höhe von 2.976 Euro sind beitragsfrei in der Sozialversicherung. Es verbleibt also neben dem gezahlten Arbeitsentgelt ein weiterer beitragspflichtiger Betrag von 2.024 Euro (5.000 Euro – 2.976 Euro).

6. Altzusagen

Beiträge an eine Pensionskasse oder an eine Direktversicherung im Rahmen einer Leistungszusage bis zum 31. De-

zember 2004 (sogenannte Altzusage) gehören grundsätzlich zum steuerpflichtigen Arbeitslohn. Diese Beiträge können aber bis zu einem jährlichen Betrag in Höhe von 1.752 Euro mit 20 Prozent pauschal versteuert werden (§ 40b EStG alte Fassung).

Im selben Umfang führt die Pauschalversteuerung nach § 40b EStG alte Fassung auch zur Beitragsfreiheit, wenn es sich um zusätzliche Leistungen des Arbeitgebers handelt, die neben dem laufenden Arbeitsentgelt gezahlt werden. Dies gilt auch für darin enthaltene Beiträge, die aus einer Entgeltumwandlung stammen (§ 1 Absatz 1 Nummer 4 SvEV).

Erfüllt die Altzusage im Durchführungsweg der Direktversicherung ebenfalls die Voraussetzungen zur Steuerfreiheit nach § 3 Nummer 63 EStG, kann der Arbeitnehmer auf diese zugunsten der Pauschalversteuerung verzichten. Es gilt dann der SV-Freibetrag in Höhe von 1.752 Euro. Die Entscheidung kann nicht widerrufen werden, solange das Arbeitsverhältnis besteht.

7. Umlagefinanzierte Pensionskasse

7.1 Steuerrechtliche Behandlung

Nach § 3 Nummer 56 EStG sind Beiträge zur umlagefinanzierten Pensionskasse kalenderjährlich bis zu zwei Prozent (bis 31. Dezember 2013: ein Prozent) der BBG der allgemeinen Rentenversicherung (West), im Jahr 2016 sind das 1.488 Euro, steuerfrei. Die Steuerfreiheit wird bis zum Jahr 2025 stufenweise auf vier Prozent angehoben (vgl. Abb. 2). Übersteigende Zuwendungen des Arbeitgebers können nach § 40b EStG pauschal besteuert werden.

Die steuerrechtliche Behandlung der Umlagezahlungen war bereits Gegenstand von Verfahren bei den Gerichten der Finanzgerichtsbarkeit. Zunächst hatte das Niedersächsische Finanzgericht mit Urteil vom 11. Januar 2007 (11 K 307/06) entschieden, dass diese Umlagezahlungen des Arbeit-

gebers nicht zum steuerpflichtigen Arbeitslohn gehören. Allerdings hat der BFH mit rechtskräftigem Urteil vom 7. Mai 2009 das vorinstanzliche Urteil aufgehoben (VI R 8/07). Es ist damit höchstrichterlich entschieden, dass Umlagezahlungen des Arbeitgebers an eine Zusatzversorgungskasse im Zeitpunkt ihrer Zahlung grundsätzlich Arbeitslohn darstellen. Eine Steuerfreistellung ist also nur im Rahmen des § 3 Nummer 56 EStG möglich.

7.2 Versicherungsrechtliche Behandlung

Wie bei den Neuzusagen kann das BMAS auch für Umlagezahlungen bestimmen, dass diese ganz oder teilweise nicht zum Arbeitsentgelt gehören und damit beitragsfrei in der Sozialversicherung sind. § 17 SGB IV enthält hierzu eine Verordnungsermächtigung. Diese hat das BMAS genutzt und die SvEV erlassen, sich hierbei aber nicht gänzlich an den Regelungen des Steuerrechts orientiert.¹⁸

Danach gehören in der Sozialversicherung die steuerfreien Umlagezahlungen grundsätzlich nicht zum Arbeitsentgelt, wenn sie neben dem laufenden Arbeitsentgelt zusätzlich gezahlt werden. Dies gilt nicht bei Versorgungszusagen der Pensionskasse, die ausdrücklich eine allgemein erreichbare Gesamtversorgung von mindestens 75 Prozent des gesamtversorgungsfähigen Arbeitsentgelts

vorsehen und die Versorgungsbezüge der Entwicklung der Arbeitsentgelte anpassen.¹⁹ Hier erhöht sich das beitragspflichtige Arbeitsentgelt um einen Hinzurechnungsbetrag.

7.2.1 Berechnung des Hinzurechnungsbetrags

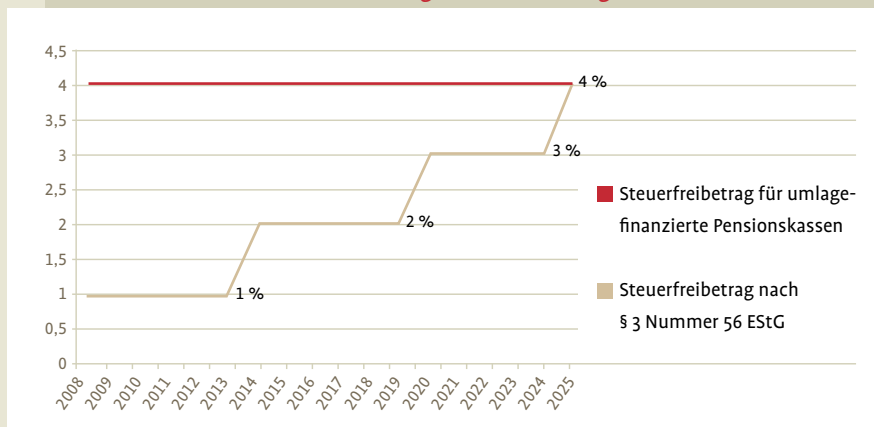
Dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt hinzuzurechnen ist ein Betrag aus der Summe des pauschal versteuerten Anteils und des steuerfreien Anteils der Umlagezahlung, höchstens jedoch 100 Euro monatlich, und zwar bis zur Höhe von 2,5 Prozent des für ihre Bemessung maßgebenden Engeltts. Hiervon ist der pauschale SV-Freibetrag in Höhe von monatlich 13,30 Euro abzuziehen. Nicht ausgeschöpfte Teile des SV-Freibetrags können nicht in andere Monate übertragen werden. Das Ergebnis stellt dann den beitragspflichtigen Hinzurechnungsbetrag nach § 1 Absatz 1 Satz 3 SvEV dar.

Immer beitragspflichtiges Arbeitsentgelt ist nach § 1 Absatz 1 Satz 4 SvEV der Betrag, der in Summe (steuerfreier plus pauschal versteuerter Anteil der Umlagezahlung) 100 Euro monatlich übersteigt.

Die Beispiele auf Seite 27 zeigen, wie das beitragspflichtige Arbeitsentgelt berechnet wird.

Die sozialversicherungsrechtliche Behandlung der Umlagezahlungen war bereits mehrfach Streitgegenstand

Abb. 2: Stufenweise Anhebung der Steuerfreigrenze



Beispiele 2 bis 5: So wird der Hinzurechnungsbetrag und das beitragspflichtige Arbeitsentgelt ermittelt

Berechnung des beitragspflichtigen Entgeltanteils nach § 1 Absatz 1 Satz 4 SvEV			
	Angestellter, bei der VBL versichert	Angestellter, bei der VBL versichert	Geringfügig entlohnter Beschäftigter, bei der VBL versichert
monatliches Entgelt (zusatzversorgungspflichtig)	2.600,00 €	1.300,00 €	450,00 €
Arbeitgeber-Beitrag an die Pensionskasse	6,45 % von 2.600 € = 167,70 €	6,45 % von 1.300 € = 83,85 €	6,45 % von 450 € = 29,03 €
1. davon steuerfrei nach § 3 Nr. 56 EStG	1/12 von 1.488 € = 124,00 €* 167,70 € - 124,00 € = 43,70 €	83,85 €	29,03 €
2. davon vom Arbeitgeber pauschal versteuert nach § 40b EStG	167,70 € - 124 € = 43,70 €	0,00 €	0,00 €
Summe 1. und 2. übersteigt den Betrag von 100 Euro um	167,70 € - 100 € = 67,70 €	0,00 €	0,00 €
	Der Betrag von 67,70 Euro ist beitragspflichtiges Entgelt.	Es verbleibt kein (zusätzliches) beitragspflichtiges Entgelt.	Es verbleibt kein (zusätzliches) beitragspflichtiges Entgelt.
Berechnung des Hinzurechnungsbetrages nach § 1 Absatz 1 Satz 3 SvEV			
Grenzbetrag von 100 € : 6,45 x 100 =	1.550,39 €** x 2,5 % = 38,76 €	1.300 € x 2,5 % = 32,50 €	450,00 € x 2,5 % = 11,25 €
abzüglich Freibetrag von	13,30 €	13,30 €	13,30 €
	25,46 €	19,20 €	0,00 €
	Der Betrag von 25,46 € ist ebenfalls beitragspflichtiges Entgelt.	Der Betrag von 19,20 € ist beitragspflichtiges Entgelt.	Es ergibt sich kein zusätzliches beitragspflichtiges Entgelt.
Das beitragspflichtige Entgelt beträgt somit	2.600 € + 67,70 € + 25,46 € = 2.693,16 €	1.300 € + 19,20 € = 1.319,20 €	450,00 € + 0,00 € = 450,00 €

* monatlicher Höchstbetrag bei ganzjähriger „pro rata“-Verteilung

** Dieser Betrag ist das höchstmögliche Entgelt, das der Bemessung zugrunde gelegt werden kann. Damit wird der Grenzbetrag von 100 Euro erreicht (1.550,39 € x 6,45 % = 100 €).

bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit. So hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) mit Urteil vom 20. Februar 2014 (L 5 KR 295/12) entschieden, dass diese arbeitgeberseitigen Zahlungen zurecht teilweise dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt zuzurechnen sind, da sie bereits vom Arbeitsentgeltbegriff erfasst und über § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4a SvEV teilweise beitragsfrei gestellt werden. Dass diese Arbeitsentgeltbestandteile direkt an eine Zusatzversorgungskasse fließen, ist laut LSG NRW nicht von Belang. Zweifel an der Rechtmäßigkeit der SvEV lagen für das LSG NRW nicht vor.

Bis zum 31. Dezember 2006 wurden diese Umlagezahlungen über § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 Arbeitsentgeltverordnung (ArEV) ebenfalls teilweise dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt hinzugerechnet. Hierzu

hat das BSG mit Urteil vom 24. Juni 1987 (12 RK 6/84) bereits entschieden, dass die auf Grundlage des § 17 SGB IV erlassene Verordnung vorsehen kann, dass bestimmte Einnahmen ganz oder teilweise nicht dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind. Verfassungsrechtliche Bedenken ergaben sich für das BSG damals nicht. Die grundsätzliche Arbeitsentgelteigenschaft wurde somit bereits 1987 höchstrichterlich festgestellt.

8. Mehrere Durchführungswege

Werden mehrere Durchführungswege nebeneinander praktiziert (z. B. Direktzusage beziehungsweise Versorgung über eine Unterstützungskasse neben Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds), gelten für jeden Durchführungsweg die in den einzelnen Gesetzen oder Verordnungen genannten Grenzbeträge.

Sofern aber mehrere in den maßgebenden Einzelschriften gemeinsam genannte Durchführungswege wie Direktzusage und Unterstützungskassenversorgung (§ 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IV) oder Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 SvEV, § 3 Nummer 63 EStG) nebeneinander praktiziert werden, kann der Freibetrag je Einzelschrift nur einmal berücksichtigt werden.

9. Abfindung von Anwartschaften

Anwartschaften der betrieblichen Altersversorgung können ohne arbeitsrechtliche Grundlage vorzeitig abgefunden werden. Zudem können bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung Rückkaufwerte ausgezahlt werden. Die bisher erwirtschaftete betriebliche Altersversorgung wird

hier vor Eintritt des Leistungsfalls als Abfindung an den Arbeitnehmer ausbezahlt, um beispielsweise persönliche finanzielle Engpässe zu kompensieren.

Eine Abfindung bei vorzeitiger Kündigung sieht das BetrAVG nicht vor. Vielmehr sollen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zur Alterssicherung verwendet werden. Geschieht dies nicht, wird der Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung die Grundlage entzogen.

In der Rechtsprechung und in der Rechtslehre hat sich jedoch der Grundsatz herausgebildet, dass ein Versicherungsverhältnis stets vorausschauend beurteilt werden muss und nachträglich nicht verändert werden darf.²⁰ Somit verbleibt es bei der (gegebenenfalls teilweisen) Beitragsfreiheit für die während der Ansparphase steuer- und beitragsfrei gestellten Beiträge und Zuwendungen zum Aufbau betrieblicher Altersversorgung. Bei der gezahlten Abfindung beziehungsweise des Rückkaufwertes handelte es sich gleichwohl nach Auffassung der Spitzenorganisationen der Sozial-

versicherung um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.²¹ Deshalb war es bisher nach den Maßgaben des § 23a SGB IV zu verbeitragen.

Allerdings vertritt das LSG Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 24. März 2015 (L 11 R 1130/14) eine gegenteilige Auffassung. Nach dortiger Ansicht werden Abfindungszahlungen von Anwartschaften der betrieblichen Altersversorgung während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses vom Arbeitsentgeltbegriff in der Sozialversicherung nicht erfasst. Daher ist eine Verbeitragung nach § 23a SGB IV als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nicht möglich. Zur Begründung verwies das LSG Baden-Württemberg auf ähnliche Rechtsprechung des BSG.²² Das LSG Baden-Württemberg führte weiter aus, dass es sich im verhandelten Einzelfall zwar nicht um Arbeitsentgelt handelt, allerdings sei der Auszahlungsbetrag als Kapitaleistung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 3 zweite Alternative Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) der Beitragspflicht der Versorgungsbezüge in der Kranken- und Pflegeversicherung zu unterwer-

fen. Dass diese Kapitaleistung nicht mehr zur Alterssicherung, sondern zur Deckung anderer Bedarfe verwendet wird, ist laut Urteilsbegründung für die Beitragspflicht als Versorgungsbezug nicht relevant.

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung haben sich darauf verständigt, den genannten Urteilen grundsätzliche Bedeutung beizumessen. Werden Anwartschaften der betrieblichen Altersversorgung abgefunden, sind diese ausschließlich über § 229 SGB V und § 57 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als Versorgungsbezug beitragspflichtig. Sie sind somit kein Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung.

MARCEL MÜLLER
KBS/Dezernat VII.1.1
Grundsatz Versicherungs-,
Beitrags- und Melderecht
Hollestraße 7b
45127 Essen

FUSSNOTEN

¹ vergleiche Buntenbach, Annelie, Die sozialpolitische Bedeutung der Rentenversicherung aus Sicht der Gewerkschaften, in: Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Kapitel 35

² § 154 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI)

³ im Jahr 2016 = 2.976 Euro (jährlich)

⁴ § 1a Absatz 1 in Verbindung mit § 17 Absatz 1 BetrAVG

⁵ § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 EStG

⁶ § 1a Absatz 3 BetrAVG in Verbindung mit § 10a beziehungsweise Abschnitt XI EStG

⁷ vergleiche Wolf, Stefan, F. Steuerrechtliches Umfeld der Pensionskasse, in: Pensionskassen - Grundlagen und Praxis, Rdn. 853

⁸ Urteil des BFH vom 12. August 1996 - BStBl 1997 II, 143

⁹ Rundschreiben des BMF vom 25. November 2011 - IV C 5 - S 2333/11/10003 - (BStBl I Seite 1250)

¹⁰ § 14 Absatz 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)

¹¹ § 17 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB IV

¹² § 17 Absatz 1 Satz 2 SGB IV

¹³ § 17 SGB IV in Verbindung mit § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 SVEV

¹⁴ § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV

¹⁵ § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V

¹⁶ Begründung der Bundesregierung zum Entwurf des Fünftens Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Bundestags-Drucksache 18/3699)

¹⁷ vergleiche Besprechungsergebnis des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs vom 14./15. November 2012, Tagesordnungspunkt 2

¹⁸ § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4a in Verbindung mit Satz 3 und 4 SVEV

¹⁹ § 1 Absatz 1 Satz 3 und 4 SVEV

²⁰ z. B. Urteile des BSG vom 27. September 1961 - 3 RK 12/57, vom 25. Januar 1995 - 12 RK 51/93 - und 7. Februar 2002 - B 12 KR 13/01

²¹ vergleiche Gemeinsames Rundschreiben „Beitragsrechtliche Beurteilung von Beiträgen und Zuwendungen zum Aufbau betrieblicher Altersversorgung“ vom 25. September 2008, Textziffer 10

²² Urteil vom 25. August 2004 - B 12 KR 30/03 R - sowie vom 25. April 2012 - B 12 KR 26/10 R

Rezension

Die Unfallversicherung in der betrieblichen Praxis

Das Buch ist aus der Schriftenreihe „Das Recht der Wirtschaft“, Gruppe Arbeitsrecht, von Horst Marburger, Richard Boorberg Verlag, München. 3. Auflage 2016, 114 Seiten, 13,80 Euro, ISBN 978-3-415-05689-3.

Nahezu jeder ist durch die gesetzliche Unfallversicherung bei Arbeits- und Wegeunfällen, bei Berufskrankheiten und Folgeschäden solcher Versicherungsfälle abgesichert.

Die Unternehmen haben gegenüber den Unfallversicherungsträgern

umfangreiche Mitteilungs- und Auskunftspflichten und sind im Umlageverfahren allein beitragspflichtig. Dafür sind sie gegenüber Versicherten, von Ausnahmen abgesehen, von ihrer Haftung befreit.

Leistungen erbringt ausschließlich der Unfallversicherungsträger. Die Versicherungsträger (zumeist Berufsgenossenschaften) haben einen umfangreichen Leistungskatalog. Dazu gehören unter anderem:

- Prävention,
- Heilbehandlung,

- berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen,
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit,
- jährlich anzupassende Renten.

Die Unfallversicherung in der betrieblichen Praxis informiert über alle wichtigen Fragen und gibt so Unternehmen wie auch Versicherten einen Überblick über ihre Rechte und Pflichten.

DD ■

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

Vorstand

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 21. April 2016 Dr. Joachim Geisler von seinem Amt als 1. Stellvertreter des

Mitglieds Heinz-Ferdi Gottschalk im Vorstand – auf Arbeitgeberseite – entbunden. Der Listenträger hat bisher

noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

KBS ■

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Gruppe der Versicherten Widerspruchsausschuss Chemnitz VII

In seiner Sitzung am 21. April 2016 hat der Vorstand Dr. Udo Theile von seinem Amt als 1. Stellvertreter des Mitglieds

Helga Enick im Widerspruchsausschuss Chemnitz VII mit Wirkung zum 5. Mai 2016 entbunden. Der Listenträger hat

bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

KBS ■

Personalnachrichten

50-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte
Else Böhm 1.5.2016

40-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtmann
Heinrich Grosse Bley 1.5.2016

Sozialversicherungsfachangestellte
Monika Hindersmann 7.5.2016

Kinderkrankenschwester
Birgit Wiegand 10.5.2016

Verwaltungsangestellter
Wolfgang Benning 15.5.2016

Sozialversicherungsfachangestellte
Dagmar Mielke-Rohrand 23.5.2016

Regierungsamtmann
Aloysius Grüger 17.6.2016

Verwaltungsangestellte
Doris Hippchen 28.6.2016

25-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtmann
Uwe Ahnert 1.5.2016

Hausgehilfin
Anette Bannenber 1.5.2016

Anstreicher
Jürgen Bartz 1.5.2016

Regierungsamtsrat
Martin Buhk 1.5.2016

Verwaltungsangestellte
Karola Rümmler 1.5.2016

Raumpflegerin
Danuta Ulonska 1.5.2016

Stationshilfe
Gertrud Vanoli 1.5.2016

Verwaltungsangestellter
Matthias Vockeroth 1.5.2016

Verwaltungsangestellter
Klaus Behrmann 2.5.2016

Verwaltungsangestellte
Kerstin Melcher 2.5.2016

Verwaltungsangestellte
Angela Müller 2.5.2016

Sozialversicherungsfachangestellte
Simone Wenzel 2.5.2016

Verwaltungsangestellte
Anita Morek 4.5.2016

Angestellte im Schreibdienst
Ulrike Lewandowski 5.5.2016

Chefarzt
Prof. Dr. Dr. Harald Eufinger 6.5.2016

Verwaltungsangestellter
Rolf-Dieter Schurig 7.5.2016

Verwaltungsangestellte
Monika Tomaschewski 7.5.2016

Stationshilfe
Brigitte Mohnke 8.5.2016

Raumpflegerin
Annemarie Rosin 8.5.2016

Verwaltungsangestellte
Veronika Ahnert 15.5.2016

Regierungsamtsrat
Kilian Amrein 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Barbara Behrenz 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Manja Behrle 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Martina Benson 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Antje Berthold 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Elke Bretschneider 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Angela Büttner 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Angelika Erdmann 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Kerstin Erdmann 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Ilonka Falkenberg 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Carmen Feldnigl 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Angela Haase 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Marion Hanff 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Renate Henkel 15.5.2016

Verwaltungsangestellter
Lothar Herling 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Dagmar Hesse 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Jana Hickisch 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Nicole Hornung 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Manuela Huscher 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Elke Knobloch 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Silvia Kögel 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Elke Kräker 15.5.2016

Verwaltungsangestellter
Mario Kröpfl 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Ramona Kuroпка 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Thea Leupolt 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Heike Loth 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Andrea Mährländer 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Heike Noack 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Meike Noack 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Ute Noske 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Kathrin Pannwitz 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Elke Pfeifer 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Jana Pfeiffer 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Anke Pielmeier-Pawlik 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Sieglinde Popp 15.5.2016

Verwaltungsangestellte
Petra Reichelt 15.5.2016

Pflegepersonal Gabriele Rosteck	15.5.2016	Verwaltungsangestellte Monika Hübner	21.5.2016	Verwaltungsangestellter Thomas Kötterheinrich	7.6.2016
Verwaltungsangestellte Gabriele Schmidt	15.5.2016	Sozialhelferin Birgit Bartsch	1.6.2016	Verwaltungsangestellte Winnie Müller	13.6.2016
Verwaltungsangestellte Renate Schulz	15.5.2016	Oberarzt Andreas-Daniel Düring	1.6.2016	Pflegepersonal Klaudia Juszczus	15.6.2016
Verwaltungsangestellte Gabriele Schulze	15.5.2016	Verwaltungsangestellte Carmen Ebert	1.6.2016	Assistenzärztin Beata Oczadly-Tomanek	17.6.2016
Verwaltungsangestellter Mike Sohr	15.5.2016	Verwaltungsangestellte Petra Haase	1.6.2016	Medizinisch-technische Assistentin Michaela Teutrine	17.6.2016
Verwaltungsangestellte Helena Stelzer	15.5.2016	Raumpflegerin Teresa Korsch	1.6.2016	Regierungsoberinspektor Frank Bersin	19.6.2016
Verwaltungsangestellte Rita Trinks	15.5.2016	Verwaltungsangestellter Christof Krieger	1.6.2016	Verwaltungsangestellte Kerstin Oswald	19.6.2016
Verwaltungsangestellte Claudia Türpe	15.5.2016	Verwaltungsangestellte Steffi Krüger	1.6.2016	Lagerarbeiter Hans-Günter Viehweg	24.6.2016
Verwaltungsangestellte Karola Wittenberg	15.5.2016	Verwaltungsangestellte Margit Lauche	1.6.2016	Regierungsamtsrätin Michaela Walter	24.6.2016
Verwaltungsangestellte Anett Kositz	17.5.2016	Verwaltungsangestellte Sabine Nocka	1.6.2016	Stationssekretärin Angelika Wojtalewicz	24.6.2016
Regierungsoberinspektor Karsten Bierwagen	18.5.2016	Handwerker Klaus-Dieter Ortman	1.6.2016	Verwaltungsangestellte Beate Becks	25.6.2016
Verwaltungsangestellte Heike Reichel	18.5.2016	Verwaltungsangestellter Hans-Michael Sach	1.6.2016		
Regierungsamtmann Uwe Wagenknecht	18.5.2016	Verwaltungsangestellte Monika Sanderhoff	1.6.2016		
Verwaltungsangestellte Angela Guhse	19.5.2016	Angestellte im Schreibdienst Sabine Waschke	1.6.2016		

Rög ■

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Bettina am Orde,
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80020/80030

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

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

Druck:
Graphische Betriebe der
Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

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

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

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E

