

CASE MANAGEMENT IN DER PFLEGEBERATUNG BUNDESFACHSTELLE BARRIEREFREIHEIT ERÖFFNET HAUSHALTSJOB-BÖRSE DER MINIJOB-ZENTRALE SEHR GEFRAGT

BLICKPUNKT

3 Case Management in der Pflegeberatung

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale boomt 12 1.000.000ster Besucher auf der Homepage

Bundesfachstelle Barrierefreiheit bei der Deutschen 13 Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eröffnet

BERICH	HTE UND INFORMATIONEN
	Ruinenjahre
14	Der problematische Wiederaufbau der Ruhrknappschaft in den Jahren 1945 bis 1952
22	Wechsel in der Selbstverwaltung bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
22	Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
23	55. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Renten- versicherung Knappschaft-Bahn-See
25	56. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Renten- versicherung Knappschaft-Bahn-See (betreffend Anlage 7)
29	Personalnachrichten
31	Impressum

Titelbild:

Südwestecke der zerstörten Ruhrknappschaft 1944.

Foto: KBS



BETTINA AM ORDE, DIETER CASTRUP, DR. STEFAN HÖRTER, INES RÜCKHARDT, ANDREAS WÖHLER, MARIA STOLL

Case Management in der Pflegeberatung

Ende des Jahres 2014 waren in Deutschland rund 2,74 Millionen¹ Menschen pflegebedürftig. Von den derzeit rund 150.000 knappschaftlich krankenversicherten Pflegebedürftigen werden etwa 73 Prozent zu Hause durch Angehörige mit oder ohne Unterstützung eines Pflegedienstes betreut – etwas mehr als im bundesweiten Vergleich. Die komplexen Versorgungsabläufe mit oftmals zahlreichen beteiligten Akteuren, die unterschiedliche Leistungen verschiedener Kostenträger erbringen, erfordern häufig eine professionelle Koordination und Steuerung. Das im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bei der Knappschaft durchgeführte Case Management unterstützt Betroffene und Angehörige bei dieser Koordination mit dem Ziel, die häusliche Versorgung sicherzustellen.

1. Einleitung

Im Sinne des SGB XI ist pflegebedürftig, wer aufgrund von Erkrankung oder Behinderung dauerhaft nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen und daher bei täglichen Verrichtungen auf Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen ist (§ 14 SGB XI). Ursachen von Pflegebedürftigkeit sind häufig chronische und schwerwiegende Erkrankungen, Demenzen und Multimorbidität.² Betroffene und Angehörige stehen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit vor der Herausforderung, eine komplexe Situation bewältigen zu müssen. Versorgungsabläufe müssen koordiniert und gesteuert werden, damit die Versorgung auch langfristig sichergestellt ist.3 Die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure soll von

flächendeckenden Case Management-Strukturen, etabliert durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), unterstützt werden.⁴

Die Idee des Case Managements zur Steuerung von Versorgungsprozessen im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen ist allerdings nicht neu. In westlichen Industrieländern gilt Case Management "als zentraler Lösungsansatz für die vielfältigen Versorgungsund Steuerungsprobleme in modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen, damit zumeist aber auch ineffizienten Sozial- und Gesundheitssystemen..."⁵, so Ewers.

Seit Juni 2011 wird Case Management bei der Knappschaft in der Pflegeberatung als Baustein des Versorgungsmanagements eingesetzt.

2. Die Pflegeberatung

Die gesetzliche Grundlage der Pflegeberatung bildet der mit der Einführung des PfWG geschaffene § 7a SGB XI.

Danach haben seit dem Jahr 2009
Pflegebedürftige sowie Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) bereits ab Beantragung von Leistungen nach SGB XI Anspruch auf Pflegeberatung, das heißt "...auf individuelle Beratung und Hilfestellung (...) bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen

mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind" (§ 7a Absatz 1 SGB XI).

Die Pflegeberatung umfasst neben der Vermittlung von Informationen auch die individuelle Fallsteuerung in Form eines Case Managements. Nach § 7a Absatz 1 SGB XI sind folgende Aspekte vorgesehen:

- Ermitteln des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD),
- Erstellen eines individuellen Versorgungsplans mit bedarfsgerechten pflegerischen, medizinischen und sozialen Maßnahmen beziehungsweise Leistungen einschließlich dem Hinwirken auf deren Genehmigung und Umsetzung,
- Kontrolle der Durchführung und gegebenenfalls Anpassung des Versorgungsplans und
- Dokumentation und Auswertung des Prozesses in komplexen Fällen.

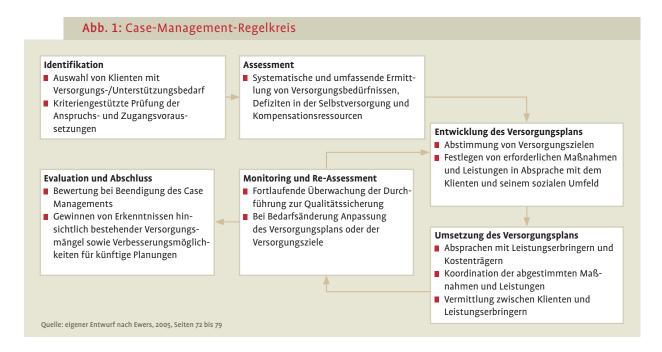
Die Beratung kann telefonisch oder persönlich, auch in Form eines Hausbesuches, sowie unter Einbezug von Angehörigen/Pflegepersonen erfolgen. Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI sowie dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) können direkt bei dem Pflegeberater gestellt werden. Zusätzlich muss Pflegeberatung in Pflegestützpunkten vorgehalten werden. Sie wird von Pflegefachkräften, Sozialversicherungsfachangestellten oder Sozialarbeitern mit einer Zusatzqualifikation, deren Inhalte durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) festgelegt sind, durchgeführt.7

2.1 Evaluation des GKV-SV

Der GKV-SV war gesetzlich zur wissenschaftlichen Evaluation der Pflegeberatung bereits bis zur Jahresmitte 2011 verpflichtet.⁸ Im Rahmen dieser Evaluation, gemeinsam durchgeführt von verschiedenen Sozialforschungsinstituten, wurden rund zwei Drittel aller Pflegekassen (mit etwa 90 Prozent der gesetzlich versicherten Pflegebedürf-

tigen) und rund 1.000 Haushalte mit Pflegebedürftigen sowie Experten im Rahmen von Interviews befragt. Die Ergebnisse der Evaluation lassen sich wie folgt zusammenfassen:9

- Die Pflegekassen haben unterschiedliche Beratungsstrukturen geschaffen. Pflegeberatung wird in Geschäftsstellen und in Pflegestützpunkten, aber auch in Form von telefonischer oder häuslicher Beratung und durch Kooperation mit oder durch Delegation an Dritte angeboten. Auch Wohlfahrtsverbände und ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen bieten Pflegeberatung an.
- Ein Großteil der befragten Pflegehaushalte hat die Pflegeberatung genutzt: Etwa 30 Prozent hatten eine ausführliche Beratung zur häuslichen Pflege und 15 Prozent ein Fallmanagement in Anspruch genommen. Die anderen nutzten lediglich das Informationsangebot (42 Prozent). 13 Prozent hatten keine Beratungseinrichtung aufgesucht.



- Umfangreichere Beratung suchen vor allem Haushalte, in denen Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe und/oder demenzieller Erkrankung leben. Mit größerer Beratungsintensität (Fallmanagement) wird auch ein breiteres Spektrum an Leistungen unterschiedlicher Kostenträger genutzt.
- Der Zugang zur Beratung muss verbessert werden: Das Angebot der Pflegeberatung und entsprechende Anlaufstellen scheinen vielen Betroffenen und ihren Angehörigen zu wenig bekannt. Zusätzlich wird der Beratungsnutzen unterschätzt. Bestätigt wird dies durch eine aktuelle repräsentative Bevölkerungsbefragung, die ermittelte, dass 40 Prozent der Befragten keine Kenntnis über ihren Anspruch auf Pflegeberatung hatten.¹º
- Die Kassen informieren unterschiedlich zum Pflegeberatungsangebot:
 Es wird zum Beispiel allgemein in Versichertenzeitschriften, beim eigenen Internetauftritt und/oder schriftlich nach Pflegeleistungsantrag informiert und/oder telefonischer Kontakt aufgenommen.
- Trotz des gesetzlichen Anspruchs auf Beratung im häuslichen Umfeld informieren die Kassen zum Teil unterschiedlich offensiv hinsichtlich der zugehenden Beratung.

2.2 Erfahrungen anderer Krankenund Pflegekassen

Informationen zur konkreten Anbindung der Pflegeberatung bei anderen Kranken- und Pflegekassen gibt es nur wenig. Evaluationen sind nicht bekannt. Folgende Hinweise konnten recherchiert werden:

 Die DAK-Gesundheit hat die Pflegeberatung an ihre bestehenden Versorgungsmanagementstrukturen angebunden, um beim Aufbau des neuen Angebots vorhandene Kenntnisse und Kontakte zu Vertragspart-

- nern und regionalen Leistungserbringern zu nutzen. Das Pflege-Case Management soll individuelle Versorgungskonzepte für die Versicherten entwickeln und ihre Versorgung koordinieren. "Optimal abgestimmte Pflegearrangements" sollen gleichzeitig der Kostenkontrolle und der Qualitätssicherung dienen, zum Beispiel indem Transparenz geschaffen und Mehrfachversorgung vermieden wird."
- Vor allem kleinere Betriebskrankenkassen beauftragen mit der Pflegeberatung aus Ressourcengründen externe kommerzielle Anbieter¹² wie die GWQ ServicePlus AG und die spectrum K GmbH, die über bundesweite Netzwerke an Pflegeberatern verfügen. Die GWQ delegiert die operative Umsetzung der Pflegeberatung an das "BKK Netzwerk Pflegeberatung" und befasst sich selbst mit der inhaltlichen Weiterentwicklung und Qualitätssicherung.¹³ Das Angebot von spektrum K umfasst die Ermittlung der häuslichen Pflegesituation, die Entwicklung von Versorgungsplänen und zum Teil auch die Durchführung von Fallmanagement.14

3. Case Management als Kern der Pflegeberatung

Der Gesetzgeber hat die Fallsteuerung der Pflegeberatung als Case Management ausgestaltet.15 Hierbei wird in einem kooperativen Prozess die Versorgung eines Patienten "... sektorübergreifend geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert [...]. Die Qualität und die Kosten-Effektivität der Versorgung sollen durch Kommunikationsprozesse und die optimale Nutzung der verfügbaren Ressourcen gefördert werden"16, so Amelung. Ziel eines Case Managements ist laut Monzer "die Organisation und Aufrechterhaltung eines Unterstützungssystems, das sich ... an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Personen orientiert."
Das Case Management basiert methodisch auf einer Abfolge verschiedener Arbeitsschritte, die im sogenannten Case-Management-Regelkreis zusammengefasst sind (vergleiche Abb. 1). Diese Grundbausteine finden sich auch in den Aufgaben der Pflegeberatung in § 7a Absatz 1 SGB XI wieder (vergleiche hierzu Kapitel 2).

Ziel der Pflegeberatung ist die im Sinne eines Case Managements angelegte (Mit-)Gestaltung und Steuerung einer effizienten medizinisch-pflegerischen Versorgung unter Einbindung aller erforderlichen Leistungserbringer und sonstiger Beteiligter.

3.1 Managed Care in der Krankenversicherung

Managed Care bezeichnet laut Kühn "die Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung, besonders auf die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten, zum anderen meint es die Integration der Funktionen Versicherung und Versorgung".19 Dabei wird das Versorgungsgeschehen durch Vergütungsregelungen und vertraglich vereinbartes Zusammenwirken von Leistungsträgern (Finanzierungsebene) und Leistungserbringern ("Integration") so beeinflusst, dass gleichzeitig die Versorgungskosten gesenkt und die Versorgungsqualität gesteigert werden.20

Von den zahlreichen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen, die die Einführung von Managed Care-Konzepten im deutschen Gesundheitswesen beförderten, können nur wenige kurz angerissen werden: Auf der Finanzierungsseite sind unter anderem sich verknappende Ressourcen, Kostensteigerungen sowie ein vermehrter

Wettbewerb zu verzeichnen. Auf der Ausgabenseite bestimmt zum Beispiel die demografische Alterung die Versorgungskosten einer wachsenden Zahl langfristig zu versorgender chronisch erkrankter und multimorbider Patienten.²¹ Zudem ist das deutsche Gesundheitswesen stark fragmentiert und durch zahlreiche Brüche an den Sektorengrenzen sowie innerhalb der Sektoren gekennzeichnet. Gerade die Versorgung vulnerabler Patientengruppen, wie die bereits genannten multimorbiden und chronisch Erkrankten, die umfassend abgestimmte Versorgungsstrategien erfordern, erfährt durch die starke sektorale Trennung Informations- und Ressourcenverluste. Case Management zielt auf die Überwindung dieser Brüche.22

Als Instrument zur Versorgungssteuerung sieht Managed Care unter anderem auch Disease Management vor. Disease Management hat jedoch die Versorgung eines Versichertenkollektivs mit häufig auftretenden chronischen Erkrankungen zur Aufgabe. Case Management hingegen befasst sich mit der Betreuung von komplexen, kostenintensiven Einzelfällen.23

3.2 Hochkostenfälle managen

Case Management wurde ursprünglich in den 1920er Jahren in den USA in der sozialen Arbeit etabliert, fand aber mit dem Bedeutungsgewinn der Managed Care-Konzepte in den 1980er Jahren auch in der Bundesrepublik immer häufiger im Bereich der Krankenversicherung Anwendung.24 Denn die Ausgaben im Gesundheitswesen sind auch durch Kostenkonzentrationen geprägt, wobei eine kleine Gruppe Versicherter, sogenannte Hochkostenversicherte oder Hochkostenfälle, sehr hohe Ausgaben verursacht:25

Hochkostenfälle sind gekennzeichnet durch chronisch-degenerative

Erkrankungen (unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Neubildungen), psychische Erkrankungen und/oder Multimorbidität.

- Die hohen Kosten der oftmals komplizierten Behandlungsverläufe sind hauptsächlich auf die stationäre Versorgung und Arzneimittelverordnungen zurückzuführen.
- Eigene Analysen zeigen, dass die teuersten 20 Prozent der Versicherten der Knappschaft im Jahr 2014 rund 75 Prozent der gesamten Leistungsausgaben verursachten.

Die Versorgung der Hochkostenversicherten stellt die gesetzlichen Krankenkassen vor enorme Finanzierungsprobleme. Denn ihre tatsächlichen Versorgungskosten übersteigen häufig die risikoadjustierten Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Die resultierenden negativen Deckungsbeiträge können je nach Kassengröße existenzbedrohend sein. Dementsprechend resümieren Ismail und Busse: "Um nachhaltige Wettbewerbsvorteile zu erzielen, lautet der Auftrag an die Krankenkassen, eine gute Versorgungsqualität zu effizienten Konditionen sicherzustellen."26

Da in der Regel an der Versorgung dieser Versicherten zahlreiche Leistungserbringer mit zu koordinierenden Maßnahmen beteiligt sind, wurde Case Management von Krankenkassen bisher hauptsächlich zur zeitlich begrenzten, aber umfassenden Leistungssteuerung dieser Hochkostenversicherten eingesetzt.²⁷ Durch Versorgungsoptimierung und Qualitätsverbesserung soll das Case Management zur Stabilisierung der Leistungsausgaben beitragen, etwa durch Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte.28

3.3 Prävention in der Pflege

Managed Care-Konzepte messen der Prävention große Bedeutung bei, um hohe Versorgungskosten im Krankheitsfall zu vermeiden.29 Case Management ist aufgrund seiner vorausschauenden Planung geeignet, Präventionspotenziale nutzbar zu machen.30 Trotz des in den §§ 5 und 31 SGB XI festgelegten Grundsatzes "Prävention und Rehabilitation vor Pflege" hat die Diskussion um die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention erst seit wenigen Jahren auch Pflegebedürftige im Blick.31 Diese Mittel müssen vermehrt eingesetzt werden, da sich so die Ausweitung von Funktionseinbußen und Pflegebedürftigkeit eindämmen lassen. Der Gesundheitszustand kann in vielen Fällen verbessert werden und damit auch Lebensqualität und Wohlbefinden.32

Die Erbringung von Präventions- und Rehabilitationsleistungen in der Pflege gestaltet sich aufgrund einander überschneidender Zuständigkeiten in der Finanzierung zwischen SGB V und SGB XI bis heute sehr schwierig.³³ So wird auf politischer Ebene diskutiert, zum Beispiel vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und den Koalitionspartnern, Präventions- und Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige, anders als bisher, verstärkt auch durch die Pflegeversicherung zu finanzieren beziehungsweise die Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung gerechter aufzuteilen. Würden diejenigen Stellen für die Leistungen aufkommen, die auch von den Erfolgen profitieren, ließen sich derzeit bestehende Fehlanreize reduzieren.34

Bereits im Jahr 2002 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine umfangreiche Publikation zur Sicherung der Gesundheit älterer und pflegebedürftiger Menschen mit dem Titel "Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien" vorgelegt. Darin werden auch die Aufgabenbereiche und Ziele der Prävention im Alter und bei Pflegebedürftigkeit benannt:³⁵

- Identifikation von Risikofaktoren, die k\u00f6rperliche und psychische Erkrankungen, Funktionseinbu\u00dben und Behinderungen hervorrufen,
- Entwicklung von Präventionskonzepten, die auch bei bestehenden Erkrankungen zur Vermeidung beziehungsweise Reduzierung von Pflegebedürftigkeit und zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen,
- Sicherstellung von k\u00f6rperlicher und kognitiver Leistungsf\u00e4higkeit sowie von Wohlbefinden und sozialer Integration bei bestehenden chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebed\u00fcrftigkeit.

Zur Ermittlung und Umsetzung notwendiger Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Alter wird in der Literatur der präventive Hausbesuch zusammen mit einem geriatrischen Assessment³⁶ vorgeschlagen.³⁷ Das Case Management der Pflegeberatung greift dabei auf folgende bekannte Elemente des Hausbesuchs zurück: Bewertung von Bedarf, Defiziten und Ressourcen, Erstellung eines Versorgungsplans mit abgestimmten Interventionen sowie regelmäßige Umsetzungskontrolle (vergleiche Kapitel 2 und 4). Bei einer Beratung im häuslichen Umfeld lassen sich neben Risikofaktoren und Erkrankungen noch individueller und umfassender die Lebenssituation wie die Wohnung, das soziale Umfeld und der Lebensstil bei der Entwicklung erforderlicher medizinischer, pflegerischer und sozialer Interventionsmaßnahmen berücksichtigen. Der Fokus liegt auf frühzeitigem Handeln zur Stabilisierung der

Gesundheit und dementsprechend auch der Sicherung der selbstständigen Lebensweise in der eigenen Häuslichkeit.³⁸

3.4 Bedarf der Versorgungssteuerung

Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierenden vielschichtigen Problemlagen, Risiken und Herausforderungen, aber auch die vorhandenen Ressourcen und Interventionsmöglichkeiten zur Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen machen eine Steuerung der komplexen Versorgung sinnvoll und erforderlich.

Die Pflegeberatung ermöglicht Case Management, wenn Pflegebedürftige beziehungsweise ihre Angehörigen die Koordination der häuslichen Pflegesituation aufgrund ihrer Komplexität nicht mehr selbst leisten können oder dabei unterstützt werden wollen. Ausgehend vom individuellen Unterstützungsbedarf werden die erforderlichen Leistungen aufeinander abgestimmt und zusammengestellt, die Arbeit der beteiligten Akteure koordiniert und so die Versorgung dauerhaft sichergestellt.³⁹ Mit einem Case Management lassen sich die Präventionsmöglichkeiten erschließen.40 Ziel ist es dabei, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren und zu optimieren, einer Verschlechterung des Gesundheitszustands vorzubeugen, vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und den weiteren Verbleib des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung zu sichern.

4. Pflegeberatung bei der Knappschaft

Die Knappschaft greift die pflegepolitischen Diskussionen auf und nimmt

die Forderung nach besserer Vernetzung von Versorgungsstrukturen zum Anlass, die Pflegeberatung konsequent umzusetzen. In den folgenden Abschnitten werden der Prozess der Pflegeberatung im Detail betrachtet und die theoretischen Ansätze des Case Management an praktischen Beispielen erläutert. Die Abb. 2 gibt einen ersten Überblick zum Pflegeberatungsprozess im Sinne eines Case Managements.

4.1 Case Finding

Effiziente Pflegeberatung setzt da an, wo Optimierungsbedarfe bestehen. Beim Ressourceneinsatz ist daher zwischen Versicherten mit einem reinen Auskunftsersuchen wie zum Beispiel leistungsrechtlichen Fragestellungen und Versicherten mit bestehenden Versorgungsdefiziten zu differenzieren. Eine große Herausforderung der Pflegeberatung stellt somit das sogenannte "Case Finding" zur Identifizierung von Versicherten mit Steuerungspotentialen dar.

Die Knappschaft bedient sich dabei bereits bestehender Strukturen. Zum einen besteht die gesetzliche Vorgabe, innerhalb von zwei Wochen nach Antragsstellung des Versicherten auf bestimmte Pflegeleistungen Kontakt aufzunehmen (§ 7b Absatz 1 SGB XI). Dieses Informationsangebot der Knappschaft kann im Rahmen eines telefonischen Gespräches zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgebaut werden: Durch gezielte Fragestellungen filtert der Pflegeberater tieferliegende Beratungs- und Handlungsbedarfe hinsichtlich eines Case Managements heraus und unterbreitet gegebenenfalls proaktiv ein Angebot zur individuellen Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen.

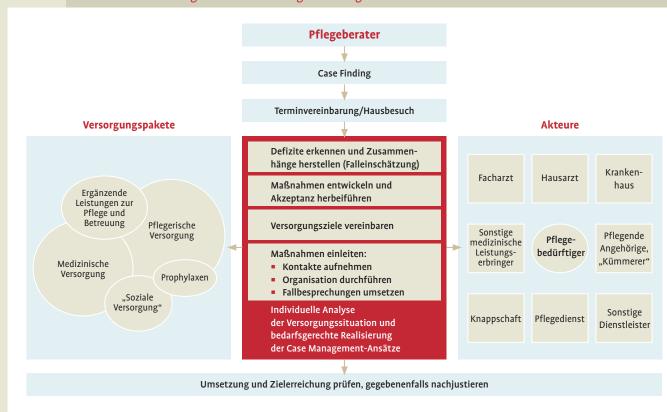


Abb. 2: Case Management in der Pflegeberatung

Quelle: eigene Darstellung

Zum anderen werden externe Hinweise auf Versorgungsdefizite herangezogen, um eine Pflegeberatung beim Versicherten anzuregen. So werden beispielsweise Beratungsbedarfe über den SMD im Rahmen der Gutachtenerstellung angezeigt oder ambulante Pflegedienste sowie Personen aus dem näheren Umfeld des Versicherten bitten die Knappschaft aufgrund drohender Verschlechterung der Versorgungssituation um Unterstützung.

4.2 Falleinschätzung

Nimmt der Versicherte das Angebot der Pflegeberatung in Anspruch, so wird die Beratung intensiv und detailliert vorbereitet. Neben den Informationen aus dem Erstgespräch mit dem Versicherten helfen die Ergebnisse der sozialmedizinischen Begutachtung die Versorgungssituation einzuschätzen. Einen vollständigen Eindruck gewinnt der Pflegeberater im Rahmen seines Hausbesuchs. Durch gezielte Gesprächsführung in vertrauter Umgebung und Inaugenscheinnahme der konkreten Versorgungssituation

werden Erkenntnisse hinsichtlich der medizinischen Versorgung (Arzt-Besuchsfrequenzen, Krankenhausaufenthalte, Medikamentenversorgung/ -gabe etc.) in Verbindung mit den pflegerischen Aspekten (Mobilität, Körperpflege, Ernährung, hauswirtschaftliche Versorgung) gewonnen. Der Hausbesuch ermöglicht dem Pflegeberater auch Einblicke in das Wohnumfeld beziehungsweise die Gestaltung des Alltagslebens.

Aufgabe des Pflegeberaters ist es, vorhandene medizinisch-pflegerische Versorgungsdefizite, Mängel in angrenzenden Versorgungsbereichen sowie Kommunikationsstörungen der beteiligten Akteure zu erkennen und dem Pflegebedürftigen in einem ersten Schritt transparent zu machen.

4.3 Entwicklung von Maßnahmen

Auf Basis der Falleinschätzung entwickelt der Pflegeberater selbstständig Maßnahmen und stimmt diese mit dem Pflegebedürftigen und gegebenenfalls mit seinen (pflegenden)

Angehörigen ab. Dabei gibt es keine Pauschallösung oder einen abschließenden Maßnahmenkatalog. Vielmehr werden unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten Handlungsschritte eingeleitet, welche geeignet sind, die individuelle Versorgungssituation zu verbessern. Gleichwohl sind diverse Handlungsfelder auszumachen, mit denen sich die Pflegeberatung regelmäßig befasst:

- Sicherstellung der selbstorganisier-
- Sicherung und Optimierung der professionellen Pflege und Betreuung,
- Sicherstellung der medizinischen haus- und fachärztlichen Versorgung,
- Prophylaktische Maßnahmen im Rahmen der Pflege,
- Bedarfsgerechte Ausstattung mit Heil- und Hilfsmitteln.
- Bedarfsgerechte ergänzende Leistungen zur Pflege (Mahlzeiten- und Fahrdienste),
- Erhaltung sozialer Integration und Lebensqualität in der häuslichen Umgebung (Vermittlung sozialer

- Kontakte, Nachbarschaftshilfen, Wohnumfeldverbesserungen etc.),
- Sonstiger Hilfebedarf (Regelung behördlicher Angelegenheiten, ergänzende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch und ähnliches).

Die oben genannten Handlungsfelder bieten eine Vielzahl möglicher Case Management-Ansätze für die Pflegeberatung. Beispielhaft soll auf die ersten drei Bereiche näher eingegangen werden.

4.3.1 Selbstorganisierte Pflege sicherstellen

Etwa 65 Prozent der ambulant Pflegebedürftigen der Knappschaft beziehen ausschließlich Pflegegeld und nehmen somit keinen professionellen Pflegedienst in Anspruch. Die Pflegeperson(en) stellen sich damit der Herausforderung, die Pflege selbstständig zu organisieren und im ausreichenden Maße sicherzustellen. Werden die körperlichen, zeitlichen oder psychischen Anforderungen der Pflege unterschätzt und reichen folglich die persönlichen Ressourcen nicht aus, entstehen Lücken in der Versorgung und Betreuung. Die Pflegeberatung empfiehlt daher Maßnahmen, die zur Entlastung der Pflegeperson und zur Erhöhung der Pflegequalität beitragen:

- Ermittlung und Einbindung weiterer Pflegepersonen,
- Unterstützung oder alleinige Durchführung der Pflege durch professionelle Anbieter,
- Organisation einer ergänzenden Betreuung im Alltag (Betreuungsdienste),
- Aktive Vermittlung von Schulungsangeboten wie Pflegekurse nach § 45 SGB XI,
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen oder Leistungen der Verhinderungspflege.

Sollte die Versorgung des Versicherten zu Hause nicht mehr sichergestellt werden können, unterstützt die Pflegeberatung in Abstimmung mit den pflegenden Angehörigen auch

die Unterbringung des Versicherten in institutionalisierten Wohnformen wie Betreutem Wohnen oder Pflegeheim.

4.3.2 Professionelle Pflege und Betreuung sichern und optimieren

Professionelle Leistungserbringer (Pflegedienste, Besuchs- und Begleitdienste) unterstützen die Pflegeperson bei der Bewältigung der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie bei der allgemeinen Betreuung. Gegenstand der Case Management-Maßnahmen ist unter anderem die Organisation einer bedarfsgerechten Pflege:

- Bedarfsgerechte Erweiterung oder Umstellung auf eine Pflegesachleistung, zum Beispiel wenn der pflegende Angehörige nicht mehr in der Lage ist, bestimmte Pflegeschritte auszuüben (vergleiche zu Kapitel 4.3.1),
- Organisation zusätzlicher Tagesbetreuung, insbesondere bei demenziell Erkrankten.

Seitens der Pflegeberatung wird zudem das persönliche Gespräch zum beteiligten Pflegedienst gesucht, wenn augenscheinlich Expertenstandards wie zum Beispiel Sturzprophylaxe nicht im ausreichenden Maße umgesetzt oder aus dem Umfeld des Versicherten sonstige Hinweise auf eine suboptimale Pflegeversorgung geäußert werden (z.B. wechselnde Einsatzzeiten, fehlende Pflegedokumentation). So werden erkannte Schwächen oder Lücken in der pflegerischen Versorgung transparent gemacht und kooperativ erörtert. Ziel ist es, Lösungen gemeinsam zu erarbeiten und in der Pflegeplanung umzusetzen.

4.3.3 Medizinische haus- und fachärztliche Versorgung sicherstellen

Pflegebedürftige Menschen haben aufgrund ihrer Multimorbidität einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf. Die Therapien der vorliegenden Grunderkrankungen müssen dauerhaft begleitet und aufeinander abgestimmt sein, so dass Krankheitsverschlechterungen und Hospitalisierungen auf das

unvermeidbare Maß reduziert werden. Wesentlich ist dabei die Sicherstellung regelmäßiger Arzt-/Patienten-Kontakte. Insbesondere bei bestehender Immobilität des Pflegebedürftigen müssen Lösungen gefunden werden, um die kontinuierliche ambulante medizinische Versorgung zu gewährleisten. Ebenso ist eine zeitnahe ärztliche Reaktion in akuten Krankheitssituationen erforderlich.

Die Pflegeberatung wird auch in diesem Handlungsfeld koordinierend tätig und greift unter anderem die folgenden Case Management-Ansätze auf:

- Mitteilung an den Hausarzt über Veränderungen der bestehenden Versorgungssituation,
- Initiierung von Hausarztbesuchen,
- Anregung zur Abstimmung eines Notfallplans und/oder einer Notfallmedikation.
- Anfrage zur Einbindung eines Facharztes in Ergänzung der hausärztlichen Behandlung,
- Abstimmung von Behandlungsterminen.

Einleitende Schritte werden mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen abgestimmt.

4.4 Durchführung der Maßnahmen

Die entwickelten Maßnahmen werden als Versorgungsziele, das heißt unter Bestimmung eines Zeithorizonts sowie den handelnden Personen im sogenannten Versorgungsplan festgehalten. Wie aus den im Abschnitt 4.3 aufgeführten Beispielen ersichtlich, ist der Pflegeberater in der Regel nicht nur für die Einleitung der Maßnahmen verantwortlich, womit seine Rolle als Case Manager verstärkt wird.

Denn Maßnahmen zu steuern, erfordert die Kenntnis über regionale Versorgungsstrukturen sowie ein umfangreiches Wissen über das breite Spektrum der Leistungserbringer und deren Leistungsportfolio. Die Akteure der verschiedenen Leistungssektoren sind entsprechend der Bedarfe des Pflegebedürftigen zu kontaktieren, um Maßnahmen kooperativ abzustimmen und deren Umsetzung zu koordinieren. Die Komplexität dieser Steuerungsaktivitäten ergibt sich aus der Vielzahl der beteiligten Ansprechpartner (vergleiche Abb. 3).

Dabei sind intermediäre Schritte beziehungsweise Ergebnisse mit dem Pflegebedürftigen und/oder dessen Angehörigen zu besprechen, Rückmeldungen aus den Kontakten werden an Beteiligte transportiert. Der Pflegeberater ist herausgefordert, die Schnittstellen und Aufgaben der Versorger sinnvoll miteinander zu verknüpfen sowie deren regelmäßige Kommunikation im Austausch um die effizienteste Versorgung des Pflegebedürftigen zu fördern.

4.5 Sicherung der Maßnahmen

Der Pflegeberater ist ebenso für die Qualitätssicherung des Case Managements verantwortlich. Durch eine intensive Nachbetreuung mit telefonischen und persönlichen Folgekontakten werden die Umsetzung und Wirkung der in den Versorgungsplan aufgenommenen Maßnahmen kontrolliert und gemeinsam eruiert, ob das geplante Versorgungsziel erreicht wurde. Sofern Ansätze zum Beispiel aus Gründen der fehlenden Compliance des Versicherten nicht wirksam werden, sollen neue Maßnahmen entwickelt und eingeleitet werden, um die festgestellten Defizite zu beheben.

Zur nachhaltigen Etablierung der installierten Versorgungsprozesse kann es in Einzelfällen Sinn machen, die Versorgungssituation nach einigen Monaten zu überprüfen. Zum Beispiel können Akutereignisse die Versorgungssituation kurzfristig verschlechtern, sodass neue Steuerungsprozesse einzuleiten sind. Letztlich sind alle an der Versorgung des Pflegebedürftigen Beteiligten aufgefordert, Anzeichen von Störungen in aktuellen Versorgungsprozessen zu erkennen und zu reagieren. Gegebenenfalls ist es sinnvoll, erneut die Pflegeberatung unterstützend hinzuzuziehen.

5. Fazit und Ausblick

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beinhaltet die individuelle Analyse der aktuellen Versorgungssituation des pflegebedürftigen Versicherten unter Berücksichtigung aller beteiligten Akteure, die Planung, die Umsetzung und schließlich die Überprüfung/Nachsteuerung der erforderlichen Maßnahmen. Die Erfahrungen der Knappschaft zeigen, dass die strukturellen Rahmenbedingungen der medizinisch-pflegerischen Versorgungsbereiche zahlreiche Ansätze zur Versorgungssteuerung und -optimierung bieten. Die Integration eines individuellen Fallmanagements in die knappschaftliche Pflegeberatung ist nicht nur – wie vom Gesetzgeber gefordert⁴¹ – sinnvoll, sondern auch in der Praxis umsetzbar. Nur durch die Bündelung aller zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Nutzung vernetzter Versorgungsstrukturen ist die optimale Versorgung bei komplexen Fallgestaltungen realisierbar. Die Knappschaft ist bestrebt, die Effektivität und Effizienz der eingesetzten Steuerungsmaßnahmen zu bewerten und arbeitet derzeit an der Entwicklung eines geeigneten Evaluationskonzeptes.





BETTINA AM ORDE

KBS/Geschäftsführung

DIETER CASTRUP

KBS/Vertrags- und Versorgungsmanagement in der Kranken- und Pflegeversicherung

DR. STEFAN HÖRTER,

INES RÜCKHARDT

KBS/Institut für Versorgungsforschung

ANDREAS WÖHLER,

MARIA STOLL

KBS/Versorgungsmanagement Programmentwicklung, Umsetzung, Steuerung/Koordination, Knappschaftsärzte

FUSSNOTEN

- ¹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 20. Januar 2016
- Robert Koch-Institut (RKI), 2004, Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, hier Seite 13f
- ³ GKV-Spitzenverband (GKV-SV) [Hrsg.], 2012, Pflegeberatung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 10. Berlin, hier Seite 12f
- ⁴ Klie T & Monzer M, 2008, Case Management in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41(2): 92 bis 105, hier Seite 92
- Ewers M, 2005, Case Management im Schatten von Managed Care. Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers M & Schaeffer D [Hrsg.], Case Management in Theorie und Praxis. 2. Auflage. Bern. Seiten 29 bis 52, hier Seite 30
- 6 vergleiche GKV-SV, 2012, Seite 56
- ⁷ § 7a Absätze 2 bis 4 SGB XI, GKV-SV, 2012, Seiten 15 und 89
- ⁸ § 7a Absatz 7 SGB XI a.F.
- ⁹ GKV-SV, 2012
- Monitor Pflege online, Pflegeberatung in Deutschland wenig bekannt, 2. Mai 2015, http://www.monitor-pflege.de/news/pflegeberatung-in-deutschland-wenig-bekannt
- ¹¹ Pajovic M, 2012, Die Implementierung des Case Managements im Rahmen der individuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei der DAK Gesundheit. In: Case Management 9(3): 128 bis 131, hier Seite 128f
- vergleiche Klie T, Künzel G & Hoberg R (2015), Case Managementstärkungsgesetz? Konzeptionelle und gesetzgeberische Optionen für die Verankerung der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene im PSG II. Wichtige Bausteine für eine Strukturreform. In: Case Management (1): 32 bis 40, hier Seite 33
- ¹³ GWQ ServicePlus AG, Produkte Pflegeberatung, http://www.gwq-serviceplus.de/produkte/einkaufsmanagement/pflegeberatung/unser-angebot und http://www.gwq-serviceplus.de/produkte/einkaufsmanagement/pflegeberatung/die-umsetzung (20. Juli 2016)
- spektrum K GmbH, Produkte Pflegeberatung. http://www.spectrumk.de/produkte/pflegeberatung (6. Juli 2015)
- vergleiche GKV-SV, 2012, Seite 56
- ¹⁶ Amelung VE, 2012, Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage. Wiesbaden, hier Seite 276
- $^{^{17}}$ Monzer M, 2013, Case Management Grundlagen. Heidelberg, hier Seite 1
- 18 Ewers M, 2005, Seite 72
- ¹⁹ Kühn H, 1997, Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA, Wissenschaftszentrum Berlin Discussion Paper P97-202, hier Seite 6
- ²⁰ Amelung VE, 2012, Seite 20
- ²¹ Amelung VE, 2012, Seite 16f sowie Ismail F & Busse R, 2013, Die Herausforderung für gesetzliche Krankenkassen bei der Steuerung der Versorgung von Hochkostenfällen. In: Burger S [Hrsg.], Alter und Multimorbidität. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg. Seiten 447 bis 463, hier Seite 450
- Ewers M & Schaeffer D, 2005, Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers M, Schaeffer D [Hrsg.], Case Management in Theorie und Praxis. 2. Auflage. Bern. Seiten 7 bis 28, hier Seite 7ff
- ²³ Amelung VE, 2012, Seiten 259 und 276
- ²⁴ Ewers M, 2005, Seiten 38 bis 41
- $^{\scriptscriptstyle 25}$ Ismail F & Busse R, 2013, Seite 451ff
- ²⁶ Ismail F & Busse R, 2013, Seite 456
- ²⁷ Amelung VE, 2012, Seite 276
- $\,^{\scriptscriptstyle 28}\,$ Ismail F & Busse R, 2013, Seite 458 $\,$
- vergleiche Amelung VE, 2012, Seite 165f
- Ewers M, 1996, Case Management. Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Wissenschaftszentrum Berlin Discussion Paper P96_208. Berlin. http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-208.pdf, hier Seite 43
- ³¹ Schaeffer D & Büscher A, 2009, Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42(6): 441 bis 451, hier Seite 441
- Schaeffer D & Büscher A, 2009, Seite 447 sowie Walter U, 2008, Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmey A, Schaeffer D [Hrsg.], Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. Seiten 245 bis 262; Garms-Homolová V, 2008, Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmey A, Schaeffer D [Hrsg.], Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. Seiten 263 bis 275; Kruse A, 2002, Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 146
- Hasseler M, 2006, Prävention als originäre Aufgabe der Pflege. Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler M & Meyer M [Hrsg.], Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover. Seiten 35 bis 58, hier Seite 39ff sowie Ärzte Zeitung online, Reha. Pflegebedürftige profitieren zu selten, 12. August 2015, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/rehabilitation/article/891796/reha-pflegebeduerftige-profitieren-selten.html
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin, hier Seite 275f; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2013, Deutschlands Zukunft gestalten. 18. Legislaturperiode; Staek F, 2016, Pflegekassen sollen für Reha zahlen. In: Ärzte Zeitung online, 11.03.2016. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/rehabilitation/article/906910/cdu-pflegekassen-sollen-reha-zahlen.
- ³⁵ Kruse A, 2002, Seiten If und 18f
- 36 ausführlich hierzu Nikolaus T, 2000, Grundlagen. In: Nikolaus T [Hrsg.], Klinische Geriatrie. Berlin. Seiten 161 bis 188
- ³⁷ vergleiche Kruse A, 2002 sowie Schmidt C, Gebert A & Weidner F [Hrsg.], 2009, Beraterhandbuch präventive Hausbesuche bei Senioren. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Hannover
- ³⁸ Kruse A, 2002, Seiten 103 und 146f
- ³⁹ GKV-SV, 2012, Seite 14
- vergleiche Ewers M, 1996, Seite 43
- ⁴¹ vergleiche Deutscher Bundestag Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PfWG)

Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale boomt

1.000.000ster Besucher auf der Homepage

Die Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale ist ein Service für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Privathaushalten, die Unterstützung für die Haus- und Gartenarbeit suchen oder ihre Hilfe anbieten wollen. Vor kurzem konnte der 1.000.000ste Zugriff gezählt werden.

Das kostenlose Stellenportal funktioniert wie ein Schwarzes Brett, das die Möglichkeit bietet, einfach und schnell eigene Jobangebote oder -gesuche aufzugeben. Dies gilt sowohl für Minijobs als auch für sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen. Im Oktober 2014 wurde die Haushaltsjob-Börse von der Bundesministerin für Arbeit und Soziales Andrea Nahles eröffnet.



Mit der Haushaltsjob-Börse vereinfacht die Minijob-Zentrale die oft zeitaufwändige und kostspielige Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe beziehungsweise einer passenden Beschäftigung im Privathaushalt. Dabei kommt ihr die erworbene Kompetenz als deutschlandweit zuständige Einzugs- und Meldestelle für Minijobs zugute.

Durch die enge Anbindung an die Minijob-Zentrale erfahren die Nutzer der Haushaltsjob-Börse zudem aus einer Hand alles Wissenswerte über Minijobs in Privathaushalten und deren Anmeldung. Interessierten wird auch erklärt, wie sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen bei der Krankenkasse zu melden sind.

Nicht zuletzt hofft die Minijob-Zentrale, die Zahl der angemeldeten Haushaltshilfen zu erhöhen. Derzeit sind knapp mehr als 300.000 Minijobs in Privathaushalten gemeldet.

Viele weitere Informationen unter www.haushaltsjob-boerse.de.



Auf der Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale finden sich zuverlässige Haushaltshilfen. Foto: Minijob-Zentrale

KBS ■

Bundesfachstelle arrierefreiheit

(v.l.) Direktor der KBS Heinz-Günter Held, Vorstandsvorsitzende der KBS Edeltraud Glänzer, Arbeits- und Sozialministerin Andrea Nahles, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Verena Bentele, Direktor der KBS Peter Grothues. Foto: Melanie Garbas



Bundesfachstelle Barrierefreiheit bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eröffnet

Hoher Besuch in der Regionaldirektion der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) in Berlin in der Wilhelmstraße. Arbeitsund Sozialministerin Andrea Nahles eröffnete in Anwesenheit von Vertretern zahlreicher Behindertenverbände persönlich die Bundesfachstelle Barrierefreiheit, die in der Regionaldirektion der KBS in Berlin angesiedelt und von Bochum gesteuert wird. Sie soll, so die Ministerin, Behörden, vor allem der öffentlichen Verwaltung, aber auch privaten Arbeitgebern den Weg zur Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen erleichtern. "Grundsätzlich sind Behörden und die öffentliche Verwaltung des Bundes durch das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) zur Barrierefreiheit verpflichtet. Das fängt an beim baulichen Zugang bis hin zur barrierefreien Information und Kommunikation. In der Vergangenheit ist hier schon Einiges passiert, gemäß dem Motto: ,Weniger behindern, mehr möglich machen'. (...) Trotzdem gibt es noch viel zu tun! Die Bundesfachstelle wird zum Beispiel auch dazu beraten, wie Mitarbeiter von Behörden am besten mit schwerhörigen und gehörlosen Bürgern kommunizieren können; denn nicht alle Gehörlosen verständigen sich in deutscher Gebärdensprache."

Die neue Dienststelle, die in der Endausbauphase elf Mitarbeiter beschäftigen soll, hat daneben die Aufgabe, das Wissen um Barrierefreiheit zu sammeln und zu vernetzen. Die Ministerin: "Darüber

hinaus wird sie zeitnah Experten – in erster Linie aus Verbänden von Menschen mit Behinderungen - benennen, die über einen Expertenkreis die Arbeit der Fachstelle begleiten sollen. Und schließlich muss die Bundesfachstelle sukzessive ein gutes, breit aufgestelltes bundesweites Netzwerk zum Thema Barrierefreiheit aufbauen, deren Mitglieder sich gegenseitig austauschen, unterstützen und so gemeinsam die Barrierefreiheit in den Verwaltungen und in unserer Gesellschaft vorantreiben." Eine gute Behindertenpolitik helfe der gesamten Gesellschaft, so die Ministerin. Sie erinnerte daran, dass die Stationsanzeigen in Bussen und Straßenbahnen eigentlich mal für Behinderte gemacht wurden. Heute profitierten alle Nutzer davon.

Die Tätigkeit ist ein völlig neues Aufgabengebiet für die KBS. Die Vorsitzende des Vorstandes Edeltraud Glänzer ist trotzdem sehr optimistisch: "Die Knappschaft-Bahn-See hat eine umfangreiche Expertise in sozialer Sicherung, sozialer Integration und sozialer Innovation. Wir können auch Behindertengleichstellung und Inklusion, da bin ich sicher!"

Der Aufbau klappte perfekt: Ein halbes Jahr hatte die KBS Zeit, die neue Institution einzurichten. Räume in der Berliner Regionaldirektion wurden umgebaut, ein Internetauftritt entworfen, Broschüren und Faltblätter geschrieben und gedruckt.

In der Geschäftsführung der KBS ist Direktor Peter Grothues für die Bundesfachstelle zuständig. Er hat nach zahlreichen Einstellungsgesprächen auch eine emotionale Bindung an die neue Aufgabe: "Eine blinde Bewerberin hat in einem Vorstellungsgespräch eine Aussage getroffen, die mich sehr bewegt hat: "Mit jeder Barriere, die ich nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann, verliere ich Lebensqualität!" Hier gibt es noch viel zu tun; die Einrichtung der Bundesfachstelle Barrierefreiheit ist hierfür ein Weg in die richtige Richtung."

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts wird insbesondere das BGG novelliert. Unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist es weiterentwickelt und an gesellschaftliche und technische Entwicklungen angepasst worden. Zu den Schwerpunkten der Novelle zählen insbesondere die Anpassung des Behinderungsbegriffs an die Vorgaben der UN-BRK und Verbesserungen der Barrierefreiheit innerhalb der Bundesverwaltung in den Bereichen Bauen und Informationstechnik. Ebenso regelt das Gesetz die Einrichtung der Bundesfachstelle Barrierefreiheit bei der KBS. Die Neuregelungen sind nach Unterzeichnung durch Bundespräsident Gauck am 27. Juli 2016 in Kraft getreten.

WB





Abb. 1, 2: Die Christstraße mit dem Mittelbau der Ruhrknappschaft 1938 und nach dem Bombenangriff 1944. (Fotos: Schnorbus, 1938, 1944)

ULRICH LAUF

Ruinenjahre

Der problematische Wiederaufbau der Ruhrknappschaft in den Jahren 1945 bis 1952

1945 stand die deutsche Sozialversicherung vor dem Bankrott. Ein Großteil ihres Vermögens war in wertlos gewordene Zwangsanleihen des Nazistaats angelegt worden. Allein dadurch gingen schätzungsweise 16,5 Milliarden Reichsmark verloren, ein Betrag, der ausgereicht hätte, alle Sozialleistungen ohne jede Beitragseinnahme für drei Jahre zu gewähren. Flüssige Mittel waren bei Kriegsende infolge des Wegfalls der Reichszuschüsse und der Lähmung der Wirtschaft kaum vorhanden. Erst nach und nach konnte die ärgste Not gelindert werden. Am Beispiel des Wiederaufbaus der Bochumer Ruhrknappschaft, das heißt der Wiederherstellung ihrer Verwaltungsgebäude und Krankenhäuser, der Sicherstellung der Sozialtransfers und der Restaurierung ihrer demokratischen Struktur, kann gezeigt werden, welch gewaltiger Anstrengungen es bedurfte, die herkömmliche gegliederte Sozialversicherung nach dem Krieg am Leben zu erhalten.

Kriegsende und Neubeginn

Die "Stunde Null"

Als die Soldaten der 35. US-Infantry Division am 10. April 1945, vier Wochen vor der Kapitulation der Deutschen Wehrmacht, in Bochum einrückten, fanden sie eine weitgehend zerstörte Stadt vor. Das Zentrum war zu 90 Prozent vernichtet. Vier Millionen Kubikmeter Schutt bedeckten das Stadtgebiet. Mehr als 4.000 Menschen hatten durch Bomben ihr Leben verloren, über 5.000 Verletzte warteten auf medizinische Versorgung. Der innerstädtische Verkehr und die Nachrichtenübermittlung waren zusammengebrochen, die Straßen weitgehend unpassierbar, Gas-, Strom- und Wasserversorgung stark in Mitleidenschaft gezogen, die vorhandenen Lebensmittelvorräte zerstört

oder geplündert, die meisten Betriebe stillgelegt.'

Dieses Bild des Chaos und Grauens war das Ergebnis des strategischen Luftkrieges der Alliierten gegen das Ruhrgebiet, die Waffenschmiede des Deutschen Reiches. Die Flächenbombardements richteten sich aber auch bewusst als moral bombing strategy gegen die Zivilbevölkerung. Bei insgesamt zwölf Großangriffen auf Bochum - die schwersten davon am 14. Mai 1943 und 4. November 1944 – wurde die Stadt in eine Trümmerwüste verwandelt. Auch die Ruhrknappschaft in Bochum-Ehrenfeld, die größte Bezirksknappschaft der Reichsknappschaft, war davon betroffen. Das Gebäude hatte bereits 1943 einen schweren Bombentreffer im nördlichen Lichthof abbekommen, der das gesamte

nördliche Treppenhaus zerstört hatte. Der brutale, apokalyptische Luftangriff auf Bochum mit über 700 britischen Lancasterbombern in den Abendstunden des 4. November 1944 zerstörte dann fast den gesamten Bau (Abb. 1 und 2). Von zahllosen Spreng- und Brandbomben getroffen brannte er an allen Ecken und Enden. Die Hinterfront mit den Rentenabteilungen, deren Aktenspeicher durch die gewaltigen Papiermassen dem Feuer reichlich Nahrung geboten hatten, glühte noch acht Tage nach dem Angriff.²

Nach den von den Alliierten getroffenen Vereinbarungen gehörte Bochum wie das gesamte Ruhrgebiet zur britischen Besatzungszone, die den nordwestlichen Teil Deutschlands umfasste. Bereits zwei Tage nach Eroberung der Stadt richtete sich der britische Militärbefehlshaber, Major Elliot, als Ortskommandant im Rathaus ein. Er hatte die Aufgabe, für Ruhe, Ordnung und Sicherheit zu sorgen, das öffentliche Leben wieder in Gang zu bringen, die Verkehrs- und Versorgungswege wiederherzustellen, die Fabriken zu öffnen und die Bevölkerung vor dem Verhungern zu bewahren. Letzteres überforderte die Besatzungsmacht bei Weitem, zumal 150.000 aus Bochum evakuierte Bürger, Kriegsgefangene und Flüchtlinge aus den östlichen Reichsgebieten in die zerstörte Stadt strömten. Trotz harter Strafandrohungen blühte der Schwarzmarkt, da genügend Nahrung anderweitig nicht zu beschaffen war. Die Lebensmittelrationierung, durch Gert Fröbe als "Otto Normalverbraucher" in dem Film "Berliner Ballade" von 1948 so eindringlich verkörpert, erlaubte nur eine völlig unzureichende Kalorienzufuhr. Das spürte auch die Belegschaft der Ruhrknappschaft, die in die Kategorie "Normalverbraucher an Lebensmitteln" fiel. 1947 erreichte die Versorgungskrise ihren Höhepunkt. Eine Hungerkatastrophe schien unabwendbar. Sie konnte nur verhindert werden, weil private Hilfe aus dem Ausland, vor allem aus den USA, mit Schul- und Kinderspeisungen sowie mit Hunderttausenden von CARE-Paketen halfen, die schlimmste Not abzuwenden.

Besser als mit der Versorgungskrise wurde die Bochumer Bevölkerung mit der Trümmerbeseitigung fertig. Für Männer zwischen 14 und 65 sowie für Frauen zwischen 15 und 50 Jahren bestand eine allgemeine Arbeitspflicht. Nur wer arbeitete, bekam Essensmarken. Erstaunlich war, mit wie viel Aufbauwillen und Improvisationsgeschick die Männer und insbesondere die "Trümmerfrauen" den Schutt des Krieges wegräumten. Das wichtigste Transportmittel bei der Enttrüm-

merung war dabei die Kleinbahn. In Bochum entstand ein ausgedehntes Schienennetz, das aus der Innenstadt zu den Schutthalden der Außenbezirke führte. Dennoch war bis 1952, sieben Jahre nach Kriegsende, erst die Hälfte des Schutts beseitigt.

Politischer Neubeginn

Eine der großen politischen Aufgaben, die sich die Briten in ihrer Zone gestellt hatten, war die Kontrolle des öffentlichen Lebens und die zunächst unnachgiebig betriebene Bestrafung belasteter Parteimitglieder der NSDAP; diese ging ab dem Frühjahr 1946 in ein geregeltes Entnazifizierungsverfahren (mit einem Unterausschuss bei der Ruhrknappschaft) über. Eine weitere war die "Erziehung" der Deutschen zur Demokratie. Während die Entnazifizierung immer mehr verwässerte, weil sich insbesondere die Beamten und Angestellten in der öffentlichen Verwaltung auf Dauer als unentbehrlich erwiesen, war der Demokratisierungsprozess erfolgreicher, denn er konnte an deutsche Traditionen anknüpfen. Bereits im August 1945 wurden politische Parteien offiziell zugelassen. Die ersten freien Kommunalwahlen in Bochum fanden nach dem Vorbild der britischen Kommunalverfassung am 13. Oktober 1946 statt. Unter den 190 Kandidaten für die neue Stadtvertretung befand sich auch der Vorstandsvorsitzende der Ruhrknappschaft, Fritz Victor (SPD), der für den Wahlkreis Altenbochum/Laer kandidierte; allerdings ohne Erfolg.3

Noch vor den ersten Parteigründungen hatten die Bochumer Berg- und Stahlarbeiter die Initiative zur Reorganisation demokratischer Gewerkschaften ergriffen. Die erste Zusammenkunft, an der auch wegen diverser Knappschaftsfragen der Vertrauensmann der versicherten Bergarbeiter bei der Ruhrknappschaft, Knappschafts-Amtmann Burmeister, teilnahm, fand am 23. April 1945 auf der Zeche Prinz-Regent in

Bochum-Weitmar statt. Man beschloss dort unter anderem die Gründung eines "Allgemeinen Industriearbeiterverbandes".⁴ Diese Aktivitäten wurden jedoch von der Besatzungsmacht gebremst, weil man einen zu starken kommunistischen Einfluss auf die Gewerkschaftsbewegung befürchtete. Auch die Idee einer Einheitsgewerkschaft für alle Industriearbeiter musste letztlich aufgegeben werden. So entstanden im Laufe des Jahres 1946 jeweils getrennte Gewerkschaften für die einzelnen Industrieverbände.

Im selben Jahr waren in der britischen Besatzungszone Länder gebildet worden. Das neue Land Nordrhein-Westfalen (NRW) entstand aus der preußischen Provinz Westfalen und der nördlichen Rheinprovinz (Regierungsbezirke Aachen, Köln und Düsseldorf) sowie dem Freistaat Lippe-Detmold. Damit wurde der rheinisch-westfälische Industriebezirk, die bedeutendste Industrieregion Europas, mit einem großen agrarischen Hinterland verbunden. Für die Ruhrknappschaft bedeutete das einen Wechsel der Aufsichtsbehörde: An die Stelle der Provinzialregierung Westfalen trat das Landesarbeitsministerium NRW.

Wirtschaftlicher Neubeginn

In wirtschaftlicher Hinsicht drängte die britische Besatzungsmacht darauf, die Güterproduktion möglichst schnell wieder in Gang zu bringen. Bochum lebte in erster Linie vom Bergbau und von der Schwerindustrie. Der Bergbau konnte unter der Aufsicht der North German Coal Control in Essen sehr schnell die Förderung wieder aufnehmen; bis 1948 war mit rund 31.000 Bochumer Bergleuten auf 19 Bergwerksbetrieben fast wieder die Vorkriegskapazität erreicht,⁵ wobei die Privilegierung des Bergmanns durch Sonderzuteilungen von Speck, Kaffee, Zigaretten, Zucker und Schnaps eine wichtige Rolle bei der Auffüllung der

Belegschaften spielte. Die Eisen- und Stahlindustrie wurde in die North German Iron and Steel Control überführt und beschäftigte bald 22.000 Arbeiter.⁶ Allerdings lag die Zukunft dieses Industriezweiges lange Zeit im Ungewissen, weil die Alliierten nur eine beschränkte Eisen- und Stahlproduktion der einstigen deutschen Waffenschmieden zulassen wollten. Demontagen gefährdeten zudem die Existenz der Industriewerke.

Dies änderte sich mit der Neuorientierung der amerikanischen Deutschlandpolitik. Mit dem aufziehenden Kalten Krieg wurde aus dem unterlegenen Kriegsgegner, der dauerhaft geschwächt werden sollte, ein potentieller Verbündeter und die deutsche Wirtschaft zu einem Eckpfeiler westlicher Stärke. Im Januar 1947 schlossen sich die amerikanische und die britische Besatzungszone zum Vereinigten Wirtschaftsgebiet zusammen (Bizone) und nahmen den industriellen Wiederaufbau Westdeutschlands in Angriff; Frankreich folgte etwas später (Trizone). Die neue Besatzungspolitik hatte zur Folge, dass Westdeutschland in die Förderung durch den Marshallplan, einem Hilfsprogramm für 16 westeuropäische Länder, einbezogen wurde (Abb. 3). Der Preis war die Einführung der freien Marktwirtschaft und die Absage an alle parteilichen und gewerkschaftlichen Sozialisierungshoffnungen. Die bisherigen monopolartigen Großkonzerne wurden aufgelöst, Kohle- und Stahlindustrie entflochten und später der Kontrolle der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (Montanunion) unterstellt. Im Mai 1949 wurde schließlich die Bundesrepublik Deutschland als teilsouveräner Staat mit Besatzungsstatut gegründet; ihre volle Souveränität errang sie erst 1955 durch die Pariser Verträge.

Mit der Wirtschaftsreform war die Währungsreform des Jahres 1948 verbunden. Ab 21. Juni 1948 war die DM alleingültiges Zahlungsmittel. Jeder Westdeutsche erhielt ein Kopfgeld von 40 DM, einen Monat später weitere 20 DM. Das Bargeld wurde im Verhältnis



Abb. 3: Der Marshallplan sah eine wirtschaftliche Stärkung Europas einschließlich Westdeutschlands vor. Von 1948 bis 1951 investierten die USA dafür 13 Milliarden Dollar. Mit dem Hilfsprogramm begann der Wiederaufbau der zerstörten Städte. (Quelle: Anschläge. 220 politische Plakate als Dokumente der deutschen Geschichte 1900 bis 1980, Nr. 196, Ebenhausen 1985)

100:10 umgestellt, Löhne, Renten und andere Sozialleistungen im Verhältnis 1:1, Bankguthaben im Verhältnis 100:6,5. Die vielen kleinen Sparer erlitten dadurch erhebliche Vermögensverluste. Die Ruhrknappschaft war gezwungen, einen Kredit in Höhe von 16,7 Mio. DM aufzunehmen, weil die Versicherten ihre Geldleistungen (insbesondere Krankengelder und Renten) in voller Höhe weiter beanspruchen konnten, die rückwirkend zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge aber bereits abgewertet waren. Dennoch ging es langsam aufwärts. Im Sog der weltweiten, durch den Koreakrieg 1950 ausgelösten Rüstungskonjunktur konnte die Schwerindustrie des Ruhrgebiets wichtige Exportmärkte für den zivilen Bedarf gewinnen und ihre Stellung auch nach dem Abklingen des Korea-Booms halten und ausbauen. Damit einher ging ein deutlicher Rückgang der Arbeitslosigkeit. Man konnte sich bald wieder etwas leisten. Die in vielen Familien aufbewahrten Fotografien aus dieser Zeit zeigen, dass ein bescheidener Wohlstand in die Wohnungen zurückgekehrt war (Abb. 4).

Der Wiederaufbau der Ruhrknappschaft

Schrittweise Beseitigung der Kriegsschäden

Der Bombenangriff vom 4. November 1944 hatte den Altbau der Ruhrknappschaft zur Ruine zersprengt, der Erweiterungsbau von 1926 war

dagegen – wenn auch mit erheblichen Brandschäden und ohne Dach - stehengeblieben. Beim Einmarsch der US-Truppen waren nur wenige Räume verfügbar und die Verwaltung war in andere Stadtteile, teils sogar in andere Städte, ausgewichen. Mit Hilfe der Bochumer Zeche Prinz-Regent und anderer Werksleitungen gelang es bis zum Frühjahr 1946, behelfsmäßig nahezu 4.000 gm Nutzraum im Erweiterungsbau und in einigen Teilen des Altbaus zu gewinnen, so dass ein Teil der in Schulen, Betrieben und Gaststätten ausgelagerten Verwaltung wieder zurückverlegt werden konnte. Der planmäßige Wiederaufbau wurde seit dem Sommer 1946 auf der Grundlage eines Vorentwurfs des Architekten Hans Landgrebe, Leiter der Bauabteilung der Ruhrknappschaft, vorangetrieben.⁷ Die Bochumer Baufirma Max Holland übernahm die einzelnen Bauabschnitte und Teile der Abbrucharbeiten, wozu neben eigenen Arbeitskräften anfangs auch Strafgefangene eingesetzt wurden.

Der erste Bauabschnitt umfasste den Südflügel an der Hugo-Schultz-Straße, der bis Oktober 1947 fertiggestellt und bezogen werden konnte. Dabei kam den Bauarbeiten zugute, dass die in Essen eingerichtete Versorgungszentrale des Deutschen Bergbaus die Ruhrknappschaft als Bedarfsträger anerkannt und in die Zuteilung von Baumaterial einbezogen hatte. Der zweite Abschnitt betraf den Nordflügel an der Weiherstraße, der im Herbst 1948 wie-



Abb. 4: Typisches Foto einer jungen Beamtenfamilie aus Bochum-Werne, 1951. (Fotosammlung U. Lauf)

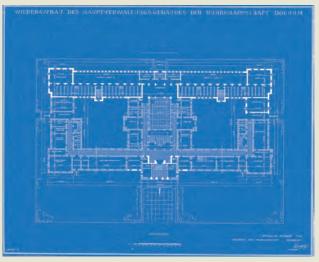


Abb. 5: Grundrissplan des Dritten Bauabschnitts (Wiederherstellung des Westflügels). Bearbeitender Architekt war Heinrich Kaulfuß, der auch das Verwaltungsgebäude der AOK Bochum von 1952 entwarf. (Quelle: KBS)

derhergestellt war. Anschließend wurde der Aufbau des Westflügels, in dem sich die Rentenabteilungen befunden hatten, in Angriff genommen (Abb. 5). Die Trümmerbeseitigung stellte sich hier am schwierigsten dar, weil die verbrannten Stahlgerüste der Aktenspeicher mit Beton und Mauerresten zu großen, nur mühsam zu zerlegenden Schlackenmassen verschmolzen waren. Die neue Betonfundamentierung konnte schließlich im Winter 1948/49 und der darauf errichtete Rohbau im April 1950 fertiggestellt werden. Vom Herbst 1950 bis zum Frühjahr 1951 wurden die neuen Büros bezogen.

Als vierter und letzter Bauabschnitt folgte 1950 die Wiederherstellung der Ostfassade an der Pieperstraße mit ihrem neuen Mittelbau (Abb. 6). Nach Beseitigung der auch hier noch vorhandenen erheblichen Schuttmassen

wurde der Turmbau bis zum Frühjahr 1951 rohbaufertig. Ende 1951 stand die gesamte Ostfassade, danach konnte der Innenausbau beginnen. Gleichzeitig mit der Wiederherstellung des Altbaus wurde auch der Erweiterungsbau endgültig instandgesetzt (Abb. 7) und um einen Anbau an der Westseite erweitert.

Die Beseitigung der Kriegsschäden und der Neuaufbau kosteten die Knappschaft vor der Währungsreform 1,3 Mio. RM und nach der Währungsreform 6,9 Mio. DM. Am 24. Oktober 1952 konnte das neue Hauptverwaltungsgebäude der Ruhrknappschaft (Abb. 8) in einer Festsitzung des Vorstandes der Verwaltung übergeben werden.

Die Kriegszerstörungen betrafen aber nicht nur die Hauptverwaltung der Ruhrknappschaft, sondern auch ihre Zahlstellen und Krankenhäuser.⁸ Allein bei den Dienstgebäuden der Knappschafts-Zahlstellen im Ruhrgebiet zählte man bis Kriegsende 55 Bombenschäden. Ein Teil der Gebäude wurde durch die Luftangriffe vollständig zerstört und musste nach dem Krieg durch Neubauten ersetzt werden, andere erhielten Bombentreffer, blieben aber noch für den Dienstbetrieb benutzbar. Die Knappschafts-Krankenhäuser in Recklinghausen, Bochum-Langendreer, Essen-Steele, Bottrop und Hamm erlitten teils leichte, teils schwerere Beschädigungen und wurden nach Kriegsende wiederhergestellt. Besonders hart traf es das Knappschafts-Krankenhaus Gelsenkirchen; es wurde gleich dreimal das Opfer von Bombenangriffen. Die Kureinrichtungen der Ruhrknappschaft blieben zwar von Kriegsschäden verschont, wurden aber von den Besatzungsmächten in der ersten Zeit nach dem Krieg ganz oder teilweise beschlagnahmt. Das völlig zerstörte Verwaltungsgebäude der Siegerländer Knappschaft, die auf Anordnung der britischen Militärregierung vom 24. Mai 1946 mit der Ruhrknappschaft zusammengelegt worden war,9 wurde 1949/50 wiederaufgebaut.

Für die Beseitigung der Kriegsschäden bei den Zweigstellen und Gesundheitseinrichtungen beziehungsweise den Neubau der Gebäude wandte die Ruhr-

Abb. 6: Die Ostfassade des Gebäudes im September 1950. (Foto: KBS)









Abb. 8: Das Hauptverwaltungsgebäude der Ruhrknappschaft 1952. (Foto: KBS)

knappschaft vor der Währungsreform 2 Mio. RM und nach der Währungsreform weitere 2,4 Mio. DM auf.10

Mühsame Aufrechterhaltung der Sozialleistungen

Dass die Verwaltungsarbeit trotz der schier unüberwindlich scheinenden Schwierigkeiten der ersten Nachkriegsmonate überhaupt wieder aufgenommen werden konnte, lag an einem Glücksfall. Die Ruhrknappschaft hatte nämlich bereits im August 1943 vorsorglich das Mitgliederkataster mit den Aufzeichnungen über die Versicherungszeiten und Lohnklassen in ein Salzbergwerk ausgelagert; im Oktober 1943 war zudem die Rentenstelle mit ihren Lochkartenmaschinen und den Unterlagen für das Rentenzahlgeschäft evakuiert worden. Damit waren wichtige Grundlagen für die Fortführung der Arbeit gerettet.

Das drängendste Problem war jedoch der Zusammenbruch des Zahlungsverkehrs und das Ausbleiben der Reichsmittel. Die Ruhrknappschaft gab pro Monat etwa 30 Mio. RM an Sozialleistungen aus, von denen 17 bis 18 Mio. RM vom Reich (insbesondere vom Reichsstock für Arbeitseinsatz) und von anderen Versicherungsträgern, 12 bis 13 Mio. RM durch Beiträge der Bergleute und Zechenbetriebe aufgebracht wurden. Ohne Reichszuschüsse und anfangs nur zögernd einlaufenden Beitragsüberweisungen reichten die verfügbaren Betriebsmittel nicht aus, um die Krankengelder und Renten in

der bisherigen Höhe zu zahlen. Die britische Militärregierung in Münster wies die Leitung der Ruhrknappschaft deshalb an, Leistungen vorerst nur in Höhe der aufkommenden Mittel zu gewähren. Die Leistungen der Krankenversicherung wurden daraufhin auf das gesetzliche Mindestmaß beschränkt oder deutlich reduziert, die Rentenzahlungen für die rund 250.000 Invaliden, Witwen und Waisen im Mai 1945 ausgesetzt und in den Monaten Juni und Juli drastisch auf ein Viertel beziehungsweise auf die Hälfte gesenkt, einige Rentenzahlungen wurden sogar zeitweilig oder dauerhaft (Bergmannstreuegeld) eingestellt.

Ein Schlaglicht auf die dramatische Situation wirft der Aufruf der Ruhrknappschaft an die Bergarbeiter vom 7. Juni 1945:

"Bergarbeiter!

Eure Knappschaft ist in Gefahr! In der knappschaftlichen Versicherung sind in den letzten Kriegsjahren Leistungen eingeführt worden, ohne dass für sie eine gesunde Deckung geschaffen wurde; sie wurden ausschließlich zu Lasten des Reiches gewährt. [...] Nach dem Ausbleiben dieser Zuschüsse müssen wir einstweilen allein mit den Beiträgen auskommen. Der Beitragseingang ist infolge des Rückgangs der Versichertenzahl und der vielen Fehlschichten im Ruhrbergbau ganz erheblich zurückgegangen. In der Krankenversicherung steht dem verminderten Beitragseingang eine

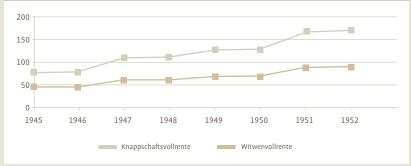
Steigerung der Zahl der Krankfeiernden gegenüber. Die Zahl der Krankfeiernden hat eine Höhe erreicht, wie sie in der knappschaftlichen Krankenversicherung noch nie vorhanden war (30 Prozent, der Verfasser). Wir wissen, dass die Überbeanspruchung des Bergmanns in den letzten Kriegsjahren und die Ernährung Krankheiten zur Folge haben mussten. Es ist aber auch bekannt, dass zahlreiche Bergleute in die Krankheit flüchten, um zu hamstern oder anderswo Arbeiten gegen Naturalien (Lebensmittel) verrichten zu können. Wenn die hohe Krankenziffer anhält, kann Krankengeld nur noch in Höhe von einem Viertel des Arbeitsverdienstes gezahlt werden. [...]

In der Rentenversicherung sind zurzeit mehr Rentenempfänger vorhanden als aktive, Beiträge zahlende Versicherte. Dieser unmögliche Zustand ist in erster Linie eine Folge der Kriegsanordnungen, wonach

- 1. jeder Hauer ohne Rücksicht auf Arbeitsleistung und Lohn die Knappschaftsrente erhielt, wenn er nach ärztlichem Urteil nicht mehr in der Lage war, Hauerarbeiten zu verrichten.
- 2. die Rente während des Krieges nicht entzogen werden durfte, auch wenn die Voraussetzungen für den Rentenbezug nicht mehr vorlagen.

Da die Rentenversicherung in erster Linie für Personen eingeführt ist, die ihren Lebensunterhalt nicht mehr durch

Abb. 9: Durchschnittliche monatliche Rentenhöhen (Knappschaftsvollrente, Witwenvollrente) in RM/DM in den Jahren 1945 bis 1952



(Quelle: Geschäftsbericht der Ruhrknappschaft Bochum 1954/55 mit einem Rückblick auf die Jahre 1945 bis 1953, Seite 116)

Arbeit verdienen können, muss in der knappschaftlichen Rentenversicherung wieder der alte Grundsatz gelten, wonach die Knappschaftsrente nur dem Bergmann zuerkannt wird, der weder die Hauerarbeit noch die sonstigen, mit der Kohlegewinnung und Kohlenförderung zusammenhängenden Arbeiten leisten kann. Alle Rentenempfänger werden in nächster Zeit daraufhin nachuntersucht, ob sie nach diesem Grundsatz die Rente weiter beziehen können. [...]"

Die finanzielle Situation der Ruhrknappschaft besserte sich etwas, als es gelang, die Militärregierung davon zu überzeugen, dass die fehlenden Reichszuschüsse aus allgemeinen Mitteln bestritten werden müssen. Von Mitte Juli 1945 an wurden daraufhin Gelder bei der Provinzialverwaltung in Münster flüssig gemacht. Sie ermöglichten es, die Renten ab August 1945 wieder etwas zu erhöhen. Verschiedene Sozialversicherungsdirektiven der Militärregierung brachten weitere Verbesserungen. Dennoch blieben die Rentenhöhen insgesamt sehr niedrig. 1946 betrug die durchschnittliche Knappschaftsvollrente monatlich 79 RM;12 der Vollhauer als höchstbezahlter Bergarbeiter erreichte im selben Jahr einen Monatslohn von 209 RM.13

Erst durch die Sozialversicherungsanordnung Nr. 2 des Zentralamtes für Arbeit vom 5. Februar 1947 wurde die Auszahlung der knappschaftlichen Renten wieder in voller Höhe gestattet, was einen Anstieg der durchschnittlichen Knappschaftsvollrente auf 110 RM bedeutete.14 Eine erste Anpassung der Renten an das nach der Währungsreform veränderte Lohn- und Preisgefüge erfolgte dann durch das vom Gemeinsamen Wirtschaftsrat verabschiedete Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz vom 17. Juni 1949 und durch das Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetz vom 30. Juli 1949¹⁵, eine weitere durch das Gesetz über die Gewährung von Zulagen in den gesetzlichen Rentenversicherungen vom 10. August 1951.16 Die Abb. 9 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Rentenhöhen in den Jahren 1945 bis 1952 am Beispiel der Knappschaftsvollrente und der Witwenvollrente.

Im selben Zeitraum stiegen die Jahresausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung von 184 Mio. RM auf 648 Mio. DM, die der knappschaftlichen Krankenversicherung von 47 Mio. RM auf 126 Mio. DM (Abb. 10). Der Mitgliederbestand erhöhte sich in dieser Zeit von rund 234.000 im Jahr 1945 auf rund 470.000 im Jahr 1952 (Abb. 11).

Daneben musste die Ruhrknappschaft die sozialrechtlichen Folgen der verbrecherischen Politik des Naziregimes auffangen. Dies geschah zum Beispiel durch das Gesetz über die Behandlung der Verfolgten des Nationalsozialismus in der Sozialversicherung vom 22. August 1949 Sowie durch die sozialrechtliche Eingliederung der Flüchtlinge und Vertriebenen über das Fremdrenten- und Auslandsrentengesetz vom 7. August 1953. Von 1946 bis 1950 war sie auch zuständig für die Versorgung der Kriegsopfer aus dem Bergbau.

Demokratisierung der Organisationsstruktur

Die Nationalsozialisten hatten den in ihren Augen "übertriebenen Parlamentarismus" in der Sozialversicherung mit dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934¹⁹ beseitigt. An die Stelle der Selbstverwaltungsorgane war entsprechend dem Führerprinzip ein Leiter mit alleiniger Entscheidungsbefugnis getreten, dem bis 1939 ein Beirat zur Seite stand. Die Leitung der Ruhrknappschaft lag bei Kriegsende in den Händen des 65-jährigen nationalsozialistischen Knappschaftsdirektors Dr. Wilhelm Utermann, der erkennbar nicht mehr in der Lage war, den Versicherungsträger unter den Bedingungen des Besatzungsregimes weiter zu führen. Der spätere Knapp-

Bibliografie

Abelshauser, Werner:

Der Ruhrkohlenbergbau seit 1945, München 1984.

Jäger, W./Tenfelde, K.:

Bildgeschichte der deutschen Bergarbeiterbewegung, München 1989.

Krämer, E./Haardt P.:

Das Siegerland und die ehemalige Siegerländer Knappschaft, Bochum 1960.

Landgrebe, Hans:

Der Wiederaufbau des Hauptverwaltungsgebäudes der Ruhrknappschaft in Bochum, in: Denkschrift zum Wiederaufbau des Hauptverwaltungsgebäudes 1952, Seiten 189 bis 194, Bochum 1952.

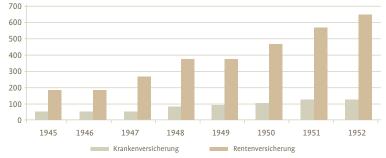
Risse, Wilhelm:

Die geschichtliche Entwicklung der Ruhrknappschaft bis zum Jahre 1952, in: Denkschrift zum Wiederaufbau des Hauptverwaltungsgebäudes 1952, Seiten 35 bis 188, Bochum 1952.

Wagner, J. V.:

Vom Trümmerfeld ins Wirtschaftswunderland. Bochum 1945 – 1955. Eine Dokumentation, Bochum 1989.





(Quelle: Mitteilungen der Ruhrknappschaft Bochum, Jahrgänge 1945 bis 1952)





(Quelle: Geschäftsbericht der Ruhrknappschaft Bochum 1954/55 mit einem Rückblick auf die Jahre 1945 bis 1953, Seite 107)

schaftsdirektor Peter Schein spricht 1959 in seiner Abschiedsrede davon, dass die britische Militärregierung zwei Vertreter der Ruhrknappschaft zum Rapport bestellte und keiner der beiden (die Namen verschwieg er diskret) in der Lage war, die Fragen der Besatzungsmacht über Organisation, Leistungen und Aufbringung der Mittel in der knappschaftlichen Versicherung befriedigend zu beantworten.20 Vermutlich handelte es sich bei den beiden Personen um Dr. Utermann und seinen ständigen Vertreter Direktor Lauken; Utermann ließ sich kurze Zeit später pensionieren, um einer Entlassung durch die Militärregierung zuvor zu kommen. Die weiteren Verhandlungen wurden nur noch mit dem hinzugezogenen Referenten Peter Schein, einem ausgewiesenen Experten und Verbindungsmann zur Reichsknappschaft in Berlin, geführt. Die Militärregierung

übertrug ihm nach der Pensionierung Utermanns die alleinige verantwortliche Leitung der gesamten Verwaltungsgeschäfte.

Schein sollte der Militärregierung Vorschläge für eine demokratische Neuorganisation der Ruhrknappschaft machen. In einem von ihm ins Leben gerufenen Arbeitsausschuss aus Werksvertretern und ehemaligen führenden Gewerkschaftsfunktionären wurde ein Papier erarbeitet, das im Wesentlichen die Wiedereinführung der Selbstverwaltung in disparitätischer Besetzung, wie sie bei der Knappschaft vor 1933 bestand, enthielt. Die dafür notwendigen Wahlen ließen sich jedoch nicht realisieren, weil wirtschaftliche Vereinigungen, denen das Vorschlagsrecht zufiel, noch nicht vorhanden waren. Die Militärregierung teilte deshalb kurzerhand das Gebiet der Ruhrknappschaft in sechs Stimmbezirke auf, innerhalb derer die Betriebsausschüsse der Zechen Wahlmänner benennen sollten; die Wahlmänner hatten dann aus ihrer Mitte ein Vorstandsmitglied als Versichertenvertreter zu wählen. Zu diesen Versichertenvertretern traten vier vom deutschen Kohlenbergbau benannte Werksvertreter sowie der nach Bochum zurückgekehrte Gewerkschafter und frühere Vorsitzende der Reichs- und Ruhrknappschaft, Fritz Victor, der im Einvernehmen mit der Militärregierung und den gewählten Vorstandsmitgliedern den Vorsitz im vorläufigen Knappschaftsvorstand übernahm. Der elfköpfige Vorstand, dem als Gründungsmitglied auch der spätere Bundespräsident Dr. Gustav Heinemann, seinerzeit Justitiar der Rheinischen Stahlwerke in Essen, angehörte, trat am 26. Februar 1946 zu seiner ersten Sitzung zusammen (Abb. 12); die zugesagte Teilnahme eines Vertreters der britischen Militärregierung scheiterte an den vereisten Straßen von Münster bis Bochum.

Der Vorstand wurde wenig später durch einen Vertreter der Bergbauangestellten sowie drei Vertreter der aufgelösten Siegerländer Knappschaft erweitert. Um das vor 1933 bestehende Stimmenverhältnis zwischen Versicherten- und Werksvertretern von 3:2 wiederherzustellen, erhöhte man 1949 die Zahl der Versichertenvertreter auf zwölf und die Zahl der Werksvertreter auf acht (Abb. 13). Fritz Victor wurde am 13. April 1949 unter dramatischen Umständen, auf die noch näher einzugehen ist, als Vorsitzender abgesetzt und im Juni 1949 durch Karl Höfner, dem Leiter der Sozialabteilung der Industriegewerkschaft (IG) Bergbau, ersetzt. Eigentlich sollte der vorläufige Vorstand nur eine beratende Funktion haben. Praktisch hatte er jedoch die gleiche Stellung wie vor 1933 inne, da seine Beschlüsse fast ausnahmslos von der Militärregierung gebilligt wurden.

Mit dem Selbstverwaltungsgesetz von 1951 in der Neufassung vom 13. August 1952²¹ erhielt die Verfassung der Ruhrknappschaft ihre endgültige

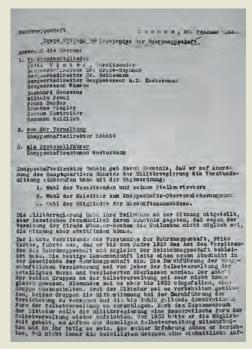


Abb. 12: Das Protokoll der ersten Sitzung des vorläufigen Vorstandes der Ruhrknappschaft am 26. Februar 1946. (Quelle: KBS)



Abb. 13: Der 20-köpfige Vorstand der Ruhrknappschaft mit dem neuen Vorstandsvorsitzenden Karl Höfner und den ständigen Teilnehmern an den Sitzungen aus der Verwaltung, ca. 1949/50. (Foto: KBS)

Struktur. An die Stelle der früheren Bezirksversammlung trat eine 60-köpfige Vertreterversammlung, die im Verhältnis 2:1 aus Versichertenvertretern und Werksvertretern bestand. Die Versichertenvertreter, unter denen sich auch Gewerkschaftssekretäre der IG Bergbau befanden, wurden von den aus Wahlen hervorgegangenen Knappschaftsältesten der Arbeiter und Angestellten

gewählt. Die Vertreterversammlung wählte ihrerseits einen 21-köpfigen, im gleichen disparitätischen Verhältnis zusammengesetzten Vorstand, der den Versicherungsträger nach außen hin vertrat und seine Geschäfte besorgte, soweit diese nicht der Vertreterversammlung vorbehalten oder dem Geschäftsführer übertragen waren.

Damit war die demokratische Struktur der Ruhrknappschaft auf gesetzlicher Grundlage wiederhergestellt.

ULRICH LAUF Gerstenkamp 7 45701 Herten

Teil II erscheint in der Ausgabe Kompass November/Dezember 2016

FUSSNOTEN

- ¹ Zur Situation Bochums in den ersten Nachkriegsjahren vergleiche die ausführliche Dokumentation von Wagner 1989.
- ² Näheres bei Risse 1952, Seite 150 ff.
- ³ Wagner 1989, Seite 276, 284.
- ⁴ Jäger/Tenfelde 1989, Seite 178. A. a. O. ist auch die erste Seite des Sitzungsprotokolls abgebildet.
- ⁵ Wagner 1989, Seite 35.
- ⁶ Ders., Seite 36.
- Näheres bei Landgrebe 1952, Seite 189 ff.
- Näheres bei Risse 1952, Seite 152 ff.
- Der Wortlaut des Dekrets der britischen Militärregierung ist abgedruckt bei Krämer/Haardt 1960, Seite 23.
- Geschäftsbericht 1954/55, Seiten 43/44.
- ¹ Mitteilungen der Ruhrknappschaft Bochum, Jg. 1945, Seite 11.
- Geschäftsbericht 1954/55, Seite 116.
- Abelshauser 1984, Seite 31.
- Geschäftsbericht 1954/55, Seite 116.
- 15 Gesetzblatt des Vereinigten Wirtschaftsgebietes 1949, Seite 99 und Seite 202.
- BGBl. I Seite 505.
- Gesetzblatt des Vereinigten Wirtschaftsgebietes 1949, Seite 263.
- BGBl. I Seite 848.
- RGBl. I Seite 577.
- Broschüre: Festsitzung des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der BRD aus Anlass des 50-jährigen Dienstjubiläums des Geschäftsführers der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften, Knappschaftsdirektor Peter Schein (kurz: Verabschiedung Peter Schein), Bochum 1959, Seite 39.
- BGBl. I Seite 427.



Edeltraud Glänzer, stellvertretende (alternierende) Vorsitzende des Vorstandes



Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob, Vorsitzender des Vorstandes



V.l.: Udo Kummerow, Frank Vanhofen, stellvertretender (alternierender) Vorsitzender der Vertreterversammlung, Robert Prill, Vorsitzender der Vertreterversammlung

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

Der Vorsitz in den Selbstverwaltungsorganen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wechselt jährlich am 1. Oktober. Die Vorsitzenden des Vorstandes und der Vertreterversammlung müssen dabei verschiedenen Gruppen angehören.

Das Amt des Vorstandsvorsitzenden wurde turnusgemäß dem Arbeitgeber-

vertreter Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob übertragen, der die Versichertenvertreterin Edeltraud Glänzer ablöste.

Nachdem der bisherige stellvertretende (alternierende) Vorsitzende der Vertreterversammlung Udo Kummerow auf eigenen Wunsch von seinem Amt mit Wirkung zum 31. Juli 2016 entbunden wurde, ist Robert Prill einstimmig

von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern ab 1. August zu seinem Nachfolger gewählt worden. Als Vertreter der Versicherten übernahm Robert Prill nun den Vorsitz der Vertreterversammlung und löste den Arbeitgebervertreter Frank Vanhofen ab.

KBS

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 1. September 2016 folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschuss Cottbus IV

Rudi Ecke, geboren 1928, Mücheln, wurde von seinem Amt als 2. Stellvertreter des Mitglieds Erika Rohnke im Widerspruchsausschuss Cottbus IV, mit Wirkung zum 1. Oktober 2016, entbunden.

Widerspruchsausschuss Cottbus VII

Karl-Heinz Degenkolbe, geboren 1934, Merseburg, wurde von seinem Amt als 2. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jürgen Biermann im Widerspruchsausschuss Cottbus VII, mit Wirkung zum 31. Dezember 2016, entbunden.

KBS

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

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 54. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. § 14 Ziffern 15, 27 und 32 werden wie folgt geändert:

"§ 14 Aufgaben des Vorstandes

Der Vorstand verwaltet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 35 Abs. 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Er ist für alle Angelegenheiten zuständig, die nicht durch Gesetz oder sonstiges für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See maßgebendes Recht der Vertreterversammlung oder der Geschäftsführung vorbehalten sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:

1.-14. unverändert

15. Beförderung und Entlassung von DO-Angestellten sowie deren Weiterbeschäftigung über das 65. Lebensjahr hinaus und Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die mindestens dem Eingangsamt der Laufbahn des höheren Dienstes vergleichbar sind mit Ausnahme der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie in den Reha-Kliniken Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Chefärztinnen und Chefärzten, Leitenden Oberärztinnen und Leitenden Oberärzten, Ärztinnen und Ärzte, denen aufgrund ausdrücklicher Anordnung die medizinische Verantwortung für einen selbstständigen Funktionsbereich übertragen worden ist sowie Verwaltungsleiterinnen und Verwaltungsleiter,

16.-26. unverändert

27. Abschluss, Änderung und Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen über Grundstücke oder über andere Gegenstände, die von besonderer Bedeutung oder Zeitdauer sind; in Angelegenheiten der ehemaligen Eigenbetriebe der Knappschaft Abschluss, Änderung und Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen über Grundstücke oder über andere Gegenstände, die von besonderer Bedeutung oder Zeitdauer sind, sofern im Einzelfall das 1,4-fache des Höchstbetrages nach § 85 Abs. 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch überschritten wird,

28.-31. unverändert

32. Vergabe von Bauaufträgen sowie von Aufträgen zur Beschaffung aller zweckdienlichen Einrichtungen und Ausstattungen, soweit im Einzelfall ein Viertel des nach § 85 Abs. 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch maßgebenden Höchstbetrages überschritten wird,

33.-38. unverändert"

2. § 18 Abs. 4 Ziffern 2, 8 und 9 werden wie folgt geändert:

" 18 Geschäftsführung

- (4) Den Mitgliedern der Geschäftsführung obliegen insbesondere
 - 1. unverändert
 - 2. die Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die den Laufbahnen des einfachen, mittleren oder gehobenen Dienstes entsprechen, in den Reha-Kliniken zusätzlich die Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung und Kündigung von Beschäftigten in Entgeltgruppen, die der Laufbahn des höheren Dienstes entsprechen, sofern diese nicht dem Vorstand vorbehalten sind. Im Bereich der Gesellschaften in privatrechtlicher Form, an denen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beteiligt ist und denen Beschäftigte zur Arbeitsleistung überlassen werden, ist die Geschäftsführung für alle Beschäftigten zuständig.

3.-7. unverändert

- 8. die Vergabe von Bauaufträgen sowie von Aufträgen zur Beschaffung aller zweckdienlichen Einrichtungen und Ausstattungen, soweit im Einzelfall ein Viertel des nach § 85 Abs. 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch maßgebenden Höchstbetrages nicht überschritten wird,
- 9. der Abschluss, die Änderung und die Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen über Grundstücke oder über andere Sachen, die nicht von besonderer Bedeutung oder Zeitdauer sind, in Angelegenheiten der ehemaligen Eigenbetriebe der Knappschaft der Abschluss, die Änderung und die Kündigung von Miet- und Pachtverhältnissen über Grundstücke oder über andere Sachen, die von besonderer Bedeutung oder Zeitdauer sind, sofern im Einzelfall das 1,4-fache des Höchstbetrages nach § 85 Abs. 2 und 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch nicht überschritten wird.

10.-12. unverändert"

3. § 20 wird wie folgt geändert:

"§ 20 Eigenbetriebe

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist Trägerin von Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Die Satzung findet Anwendung, soweit sie oder die für die Reha-Kliniken erlassenen Satzungen keine ausdrücklich abweichenden Regelungen enthalten."

4. Ziffer 1.5 der Anlage 2 zu § 42 der Satzung wird wie folgt geändert:

"Anlage 2 zu § 42 der Satzung - Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane, der Besonderen Ausschüsse, der Regionalausschüsse und des Beirats für die Angelegenheiten der Seemannskasse

1.5 Pauschalbetrag für Zeitaufwand

Ein Pauschalbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 70,00 Euro wird je Sitzungstag (einschl. der Tage der Vorbesprechungen) der Organe der Selbstverwaltung sowie bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme für Tage, an denen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane im Auftrag eines Organs tätig werden, gezahlt.

Der Pauschalbetrag wird unabhängig von der Dauer der Sitzung und der Anzahl der Sitzungen einmal je Tag gezahlt.

Für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben wird ein Pauschbetrag nicht gewährt."

5. Ziffern 1.2.1 und 1.2.2 der Anlage 3 zu § 42 der Satzung werden wie folgt geändert:

"Anlage 3 zu § 42 der Satzung - Entschädigungsregelung für die Versichertenältesten

1.2.1 Beträge für die Aufnahme von Anträgen auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung

18,00 Euro für einen aufgenommenen Versicherten-/Hinterbliebenenrentenantrag

9,00 Euro für einen aufgenommenen Antrag auf Kontenklärung

9,00 Euro für einen aufgenommenen verkürzten Antrag auf Versichertenrente, wenn bereits eine Versichertenrente gezahlt wird.

1.2.2 Beträge für die Aufnahme von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) aus der Rentenversicherung und von Anträgen an die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung

9,00 Euro Anträge auf Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung und an die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung"

Artikel 2

- 1. Artikel 1 Nrn. 1 bis 3 treten am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Internet auf der Internetseite www.kbs.de in Kraft.
- 2. Artikel 1 Nrn. 4 und 5 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2016 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 12. Mai 2016.

Vanhofen

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung am 12. Mai 2016 beschlossene 55. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird mit Ausnahme von Artikel I Nrn. 1 bis 3 und insoweit Artikel II gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V sowie § 41 Absatz 4 Satz 3 des Sozialgesetzbuches IV jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 18. Juli 2016 112-7990.0-2544/2005 Bundesversicherungsamt Im Auftrag (van Doorn)

56. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (betreffend Anlage 7)

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 55. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert (Letzter die Anlage 7 betreffender Satzungsnachtrag war Nachtrag 48).

Artikel 1

- 1. In der Inhaltsübersicht werden nach dem Gliederungspunkt "§ 186 Beiträge im Kapitaldeckungsverfahren" die Gliederungspunkte "§ 187 Finanzieller Ausgleich beim Ausscheiden aus einem kapitalgedeckten Abrechnungsverband", "§ 187a Einmalbetrag" und "§ 187b Optionen zur Zahlung des Einmalbetrages" eingefügt.
- 2. § 143 (Kündigung einer Beteiligung) wird um folgenden Absatz 5 ergänzt:
 - "(5) 'Im Falle des Ausscheidens aus dem Abrechnungsverband I West bzw. Abrechnungsverband I Ost (Versorgungskonto I) richtet sich der vom ausgeschiedenen Beteiligten zu zahlende finanzielle Ausgleich nach den §§ 144 bis 144 c. ²Im Falle des Ausscheidens aus dem Abrechnungsverband II bzw. dem Abrechnungsverband I Ost (Versorgungskonto II) richtet sich der vom ausgeschiedenen Beteiligten zu zahlende finanzielle Ausgleich nach den §§ 187 bis 187b."
- 3. § 176 Absatz 5 (Aufbringung der Mittel, Vermögen) wird aufgehoben und erhält folgende neue Fassung:
 - "(5) Das Vermögen ist, soweit es nicht für Ausgaben benötigt wird, nach den Grundsätzen der für regulierte Pensionskassen geltenden gesetzlichen Regelungen einschließlich der zugehörigen Anlageverordnung anzulegen."
- 4. § 181 Absatz 2 Buchstabe b) wird aufgehoben und erhält folgende Fassung:
 - "die Beteiligten nach § 140 Buchst. b, c, d und Abs. 2 in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 31. Dezember 2001 9,40 v. H., vom 1. Januar 2002 bis 31. Dezember 2006 8,84 v. H., vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2011 11,02 v. H., vom 1. Januar 2012 bis 31.12.2016 11,97 v. H. und ab 1. Januar 2017 10,81 v. H."
- 5. § 184 Absatz 2, Satz 5 der Anlage 7 zur Satzung der DRV KBS wird § 184 Absatz 2, Satz 6 der Anlage 7 zur Satzung der DRV KBS.

6. § 184 Absatz 2, Satz 5 erhält folgende Fassung:

"Für den Deckungsabschnitt vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2021 werden von den Beteiligten nach Abs. 1

im Jahr Zuwendungen in Höhe von 2017 bis 2021 je 4.540.000,00 €

erhoben."

7. Nach § 186 (Beiträge im Kapitaldeckungsverfahren) werden folgende Paragraphen eingefügt:

"§ 187 Finanzieller Ausgleich beim Ausscheiden aus einem kapitalgedeckten Abrechnungsverband

- (1) Im Falle des Ausscheidens aus dem Abrechnungsverband II bzw. dem Versorgungskonto II hat der ausgeschiedene Beteiligte für die auf ihm lastenden Verpflichtungen einen finanziellen Ausgleich für nicht gedeckte Fehlbeträge und Unterfinanzierungsrisiken aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse zu erbringen, wenn zum Zeitpunkt des Ausscheidens ein bilanzieller Fehlbetrag vorliegt.
- (2) 'Der finanzielle Ausgleich ist in Form eines Einmalbetrages (§ 187a) zu leisten, sofern sich der ausgeschiedene Beteiligte nicht bis spätestens einen Monat nach Zugang der Mitteilung über die Höhe des Einmalbetrags durch schriftliche Erklärung gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die Zahlung nach einer der in § 187b vorgesehenen Optionen entscheidet. ²Insolvenzfähige Beteiligte können die ratenweise Tilgung im Rahmen der Zahlungsoptionen nach § 187b Abs. 1 und die Einmalzahlung nach § 187b Abs. 1 Buchst. c nur wählen, wenn sie bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt
 - a) eine unwiderrufliche Verpflichtungserklärung einer oder mehrerer juristischen Personen des öffentlichen Rechts, deren Insolvenzfähigkeit durch Gesetz ausgeschlossen ist,
 - b) eine unwiderrufliche Deckungszusage eines im Inland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmens oder
 - c) eine selbstschuldnerische Bankbürgschaft eines im Inland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen und mit einer Institutssicherung versehenen Kreditinstituts
 - in Höhe des nach § 187a berechneten Einmalbetrages (Sicherungsbetrag) vorlegen. ³Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See kann ein anderes Sicherungsmittel zulassen. ⁴Tritt die Insolvenzfähigkeit während des Zahlungszeitraums nach § 187b ein, hat der ausgeschiedene Beteiligte unverzüglich eine Satz 2 entsprechende Absicherung beizubringen.
- (3) ¹Ist der ausgeschiedene Beteiligte durch eine Ausgliederung ganz oder teilweise aus einem anderen Beteiligten des Abrechnungsverbandes hervorgegangen, sind ihm auch Ansprüche und Anwartschaften aufgrund früherer Pflichtversicherungen über den aus gliedernden Beteiligten zuzurechnen. ²Kann nicht festgestellt werden, welche der bei dem ausgliedernden Beteiligten entstandenen Ansprüche und Anwartschaften dem ausgegliederten Bereich zuzuordnen sind, werden diese dem durch Ausgliederung entstandenen Beteiligten in dem Verhältnis zugerechnet, das dem Verhältnis der Zahl der ausgegliederten Beschäftigten zur Gesamtzahl der Beschäftigten entspricht, die am Tag vor der Ausgliederung über den ausgliedernden Beteiligten pflichtversichert waren. ³Für die Höhe der Ansprüche und Anwartschaften nach Satz 2 kann die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Durchschnittsbeträge errechnen. ⁴Der Barwert der Verpflichtung nach Satz 2 vermindert sich um jeweils ein Zwanzigstel für je zwölf der in der Zeit zwischen dem Beginn und dem Ende der Beteiligung im Abrechnungsverband II bzw. Versorgungskonto II zurückgelegten vollen Monate. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn ein Beteiligter Pflichtversicherte von einem anderen Beteiligten des Abrechnungsverbandes im Wege der Ausgliederung übernommen hat.
- (4) Werden aufgrund von Vereinbarungen zwischen einem Beteiligten im Abrechnungsverband II mit einem Arbeitgeber, der dort nicht Beteiligter ist, entweder Arbeitsverhältnisse übertragen oder von diesem Arbeitgeber mit ausgeschiedenen Pflichtversicherten des Beteiligten Arbeitsverhältnisse begründet, so ist der Beteiligte verpflichtet, für die ausgeschiedenen Pflichtversicherten und die dem übertragenen Bestand zuzuordnenden Ansprüche und Anwartschaften den auf sie entfallenden Anteil am Einmalbetrag nach § 187b Absatz 1 bis 3 zu zahlen; kann nicht festgestellt werden, welche Ansprüche und Anwartschaften dem übertragenen Bestand zuzuordnen sind, sind die Ansprüche und Anwartschaften in dem Verhältnis zuzurechnen, das dem Verhältnis der Zahl der übernommenen Beschäftigten zur Gesamtzahl der am Tag der Personalübernahme über den Beteiligten pflichtversicherten Beschäftigten entspricht.

²Satz 1 gilt nicht, wenn der andere Arbeitgeber eine besondere Beteiligungsvereinbarung nach Absatz 3 der Ausführungsbestimmungen zu § 141 Abs. 3 geschlossen hat."

"§ 187a Einmalbetrag

- (1) Der Einmalbetrag berechnet sich durch Multiplikation der Unterfinanzierungsquote mit der Summe des Barwertes der auf den ausgeschiedenen Beteiligten entfallenden Verpflichtungen im Abrechnungsverband II bzw. Versorgungskonto II (Verpflichtungsbarwert) und einer Pauschale zur Deckung zukünftiger Verwaltungskosten in Höhe von 2 v. H. dieses Barwerts. Die Unterfinanzierungsquote ergibt sich aus der Differenz der Zahl 1 zur Ausfinanzierungsquote.

 Joie Ausfinanzierungsquote ergibt sich aus dem Verhältnis des zum Stichtag des letzten Jahresabschlusses vor dem Ausscheiden des Beteiligten vorhandenen Teilvermögens des Abrechnungsverbandes II bzw. Versorgungskontos II zur Summe des Barwertes der Verpflichtungen des Abrechnungsverbandes II bzw. Versorgungskontos II (Gesamtverpflichtungsbarwert) und einer Pauschale zur Deckung zukünftiger Verwaltungskosten in Höhe von 2 v. H. dieses Barwerts.

 Das Teilvermögen entspricht dem Betrag der Verlustrücklage zuzüglich der versicherungstechnischen Rückstellungen abzüglich eines bilanziellen Fehlbetrages des Abrechnungsverbandes II bzw. Versorgungskontos II.
- (2) Für die Ermittlung des Verpflichtungsbarwertes und Gesamtverpflichtungsbarwertes sind zum Zeitpunkt der Beendigung der Beteiligung im Abrechnungsverband II bzw. Versorgungskonto II zu berücksichtigen
 - a) Ansprüche von Betriebsrentenberechtigten, künftige Ansprüche von deren Hinterbliebenen und ruhende Ansprüche, sowie
 - b) Versorgungspunkte aus unverfallbaren Anwartschaften.
- (3) 'Die Verpflichtungsbarwerte sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen vom Verantwortlichen Aktuar zu ermitteln. ²Zur Gewährleistung ausreichender Sicherheiten ist als Rechnungszins der zum Zeitpunkt des Ausscheidens in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegte Zinssatz zugrunde zu legen, höchstens jedoch ein Zinssatz von 2,75 v. H. ³Als Sterbetafeln sind die Heubeck-Richttafeln 2005 G mit den an die Verhältnisse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See angepassten Modifikationen zu verwenden. ⁴Die jährliche Anpassung der Betriebsrenten nach § 160 wird einkalkuliert.
- (4) Die Kosten für die versicherungsmathematischen Berechnungen hat der ausscheidende Beteiligte zu tragen.
- (5) Der Einmalbetrag ist innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu zahlen. Liefert der ausgeschiedene Beteiligte die für die Berechnung des Einmalbetrags notwendigen Daten erst nach dem Zeitpunkt des Ausscheidens, wird der auf den Zeitpunkt der Beendigung der Beteiligung berechnete Betrag mit dem Rechnungszins des Absatzes 3 Satz 2 bis zum Ablauf des Monats der Datenlieferung aufgezinst."

"§ 187b Optionen zur Zahlung des Einmalbetrages

- (1) Der ausgeschiedene Beteiligte kann für die Erfüllung des nach § 187a berechneten Betrages anstelle der Einmalzahlung zwischen folgenden Optionen wählen:
 - a) 'Der ausgeschiedene Beteiligte kann den Einmalbetrag zuzüglich einer Verzinsung in Höhe des Zinssatzes gemäß § 187a Abs. 3 Satz 2 sowie einer zusätzlichen jährlichen Verwaltungskostenpauschale von 2 v. H. des pro Jahr zu zahlenden Betrages in maximal 20 gleichen Jahresraten tilgen (ratenweise Tilgung); die Jahresrate ist jeweils vorschüssig zum Jahrestag der Beendigung der Beteiligung fällig. ²Der ausgeschiedene Beteiligte kann jeweils zum Ende eines Geschäftsjahres verlangen, dass der Umfang einer Insolvenzsicherung nach § 187 Abs. 2 Satz 2 auf den Betrag der Restschuld zum Ende des nachfolgenden Geschäftsjahres zuzüglich der in diesem Jahr fälligen Jahresrate beschränkt wird.
 - b) 'Der ausgeschiedene Beteiligte kann sich bei einer Einmalzahlung oder ratenweisen Tilgung auch für die nachträgliche Neuberechnung des nach § 187a ermittelten Betrages des zum Zeitpunkt des Ausscheidens vereinbarten Nachberechnungszeitraumes entscheiden. ²In diesem Fall können während des vereinbarten Nachberechnungszeitraumes sowohl der ausgeschiedene Beteiligte als auch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach jeweils fünf Jahren durch schriftliche Erklärung verlangen, dass der zu entrichtende Betrag zum Ende des Kalenderjahres, das dem Verlangen folgt, auf der Grundlage der dann gemäß § 187a Abs. 3 maßgebenden Berechnungsparameter neu berechnet und dem unter Berücksichtigung der laufenden Durchschnittsverzinsung und Rentenzahlungen fortgeschriebenen Verpflichtungsbarwert (Vergleichswert) gegenübergestellt wird. ³Ist der neu

ermittelte Betrag geringer, als der Vergleichswert, hat die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See dem ausgeschiedenen Beteiligten den Differenzbetrag zu erstatten; im umgekehrten Fall ist der ausgeschiedene Beteiligte verpflichtet, den Differenzbetrag innerhalb eines Monats ab Zugang der Mitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu zahlen. ⁴Zum Ende des Zahlungszeitraums wird nach den gleichen Grundsätzen eine Schlussrechnung erstellt.

- (c) 'Der ausgeschiedene Beteiligte kann bei seiner Entscheidung für die Option der nachträglichen Neuberechnung gemäß Buchstabe b verlangen, dass für die Ermittlung des von ihm nach § 187a zu zahlenden Betrages der maßgebende Rechnungszins um den Faktor 1,66 erhöht wird und sich dadurch der anfänglich zu zahlende Betrag reduziert.

 Der Erhöhungsfaktor wird für die Erstberechnung und die nachträglichen Neuberechnungen zugrunde gelegt. Bei dieser Option werden Differenzbeträge zugunsten des Beteiligten nicht ausgezahlt, sondern bis zur Schlussrechnung vorgetragen. Die Schlussrechnung erfolgt zum Ende des Nachberechnungszeitraums mit den dann maßgebenden Rechnungsgrundlagen ohne Berücksichtigung des Erhöhungsfaktors.
- (2) ¹Die nach Absatz 1 anfallenden Zahlungen sind vom ausgeschiedenen Beteiligten jeweils innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilungen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu zahlen. ²Auf laufende jährliche Zahlungen können Vorauszahlungen erhoben werden. ³Ist der ausgeschiedene Beteiligte mit den Zahlungen mehr als drei Monate im Verzug, ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ebenfalls berechtigt, die ausstehenden Raten fällig zu stellen bzw. die Schlussrechnung nach Absatz 1 zu erstellen.
- (3) Die Kosten für die versicherungsmathematischen Berechnungen hat der ausgeschiedene Beteiligte zu tragen.
- (4) ¹Der Sicherungsbetrag (§ 187 Abs. 2 Satz 2), den der ausgeschiedene Beteiligte zu erbringen hat, entspricht im Falle der Optionen des Absatzes 1 Buchst. a und b dem Einmalbetrag (§ 187a) zuzüglich der in Absatz 1 geregelten Verzinsung sowie der Verwaltungskostenpauschale nach Absatz 1 Buchst. a Satz 1.²Soweit eine Neuberechnung nach Absatz 1 vorgenommen wurde, ist der Sicherungsbetrag bei allen Zahlungsmodalitäten unter Berücksichtigung der bereits gezahlten Raten jeweils auf den neu ermittelten Betrag anzupassen. ³Auf Verlangen des ausgeschiedenen Beteiligten erfolgt eine anteilige Kürzung des Sicherungsumfangs nach Entrichtung der jeweiligen Gesamtsumme der jährlichen Zahlung (Absatz 1). ⁴Der ausgeschiedene Beteiligte kann bei einer ratenweisen Tilgung jeweils zum Ende eines Geschäftsjahres verlangen, dass der Umfang einer Insolvenzsicherung auf den Betrag der Restschuld zum Ende des nachfolgenden Geschäftsjahres zuzüglich der in diesem Jahr fälligen Jahresrate beschränkt wird. ⁵Wählt der Beteiligte die Option nach Abs. 1 Buchst. c, wird die Insolvenzsicherung nicht mit dem um 1,66 erhöhten Rechnungszins, sondern mit dem Rechnungszins nach § 187a Abs. 3 berechnet."

Artikel 2

Artikel 1 Nrn. 4, 5, 6 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft.

Artikel 1 Nr. 3 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2016 in Kraft.

Artikel 1 Nrn. 1, 2 und 7 treten mit Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 12. Mai 2016 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 12. Mai 2016.

Vanhofen

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Hiermit genehmige ich gemäß § 95 Absatz 1 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Verbindung mit § 133 Absatz 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung die in der Vertreterversammlung am 12.05.2016 beschlossene Satzungsänderung des 56. Satzungsnachtrages zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Bonn, 03. 08. 2016 Z 12/2113.2/5 Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Im Auftrag Waltraud Schütz

Personalnachrichten

50-jähriges Dienstjubiläum

Rudolf Felix Kirchmeier	1.9.2016
40-jähriges Dienstjubilä	ium
Sozialversicherungsfachange	estellter
Uwe Beckmann	1.9.2016
Regierungsoberinspektorin	
Petra Beermann	1.9.2016
Regierungsamtsrat	1.7.2010
Otto Böttcher	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Cornelia Brasch	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Bernhard Deilmann	
	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Jürgen Drabinski	1.9.2016
Regierungsamtfrau	
Friederike Eßer	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Hardy Formann	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	estellter
Klaus-Peter Gerber	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Christina Grimm	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Heike Grochocki	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Hans-Peter Guenther	1.9.2016
Regierungsoberinspektorin	
Gabriele Hammer	1.9.2016
Regierungsamtsrätin	
Marion Holl	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Annette Kern	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Susanne Koller	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Birgit Konsolke	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Juliane Lanzky	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Dieter Ludwig	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Gabriele Mosler	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Michael Mros	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Horst Müller	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Ralf Nowotny	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange	
Andreas Perschel	1.9.2016
Cozialversicherungsfachange	

1.9.2016

Armin Quinten

So jamiges Dienstjabna	dili	D	
Regierungsoberinspektor	1 0 2016	Regierungsamtsrat	1 0 2016
Rudolf Felix Kirchmeier	1.9.2016	Klaus Roth	1.9.2016
40-jähriges Dienstjubilä	ium	Bürogehilfin	1 0 2016
		Cornelia Scheyda	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange		Regierungsoberamtsrat	
Uwe Beckmann	1.9.2016	Berthold Schultz	1.9.2016
Regierungsoberinspektorin	1 0 2016	Verwaltungsangestellte	
Petra Beermann	1.9.2016	Martina Stening	1.9.2016
Regierungsamtsrat	1 0 2016	Sozialversicherungsfachar	-
Otto Böttcher	1.9.2016	Michael Wagner	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange		Regierungsamtfrau	
Cornelia Brasch	1.9.2016	Gabriele Werner	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange		Krankenbesucher	
Bernhard Deilmann	1.9.2016	Matthias Wrobel	1.9.2016
Sozialversicherungsfachange		Bürogehilfin	
Jürgen Drabinski	1.9.2016	Ilona Wruß	1.9.2016
Regierungsamtfrau		Verwaltungsangestellter	
Friederike Eßer	1.9.2016	Heinz-Lothar Möbs	7.9.2016
Verwaltungsangestellter		Sozialversicherungsfachar	ngestellter
Hardy Formann	1.9.2016	Rudolf Preuss	9.9.2016
Sozialversicherungsfachange	estellter	Verwaltungsangestellte	
Klaus-Peter Gerber	1.9.2016	Ulrike Werner	15.9.2016
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellter	
Christina Grimm	1.9.2016	Ralf Popp	23.9.2016
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellter	
Heike Grochocki	1.9.2016	Jürgen Volmert	29.9.2016
Verwaltungsangestellter		Krankenschwester	
Hans-Peter Guenther	1.9.2016	Silvia Schubert	30.9.2016
Regierungsoberinspektorin		Küchenhilfe	
Gabriele Hammer	1.9.2016	Angelika Allsopp	1.10.2016
Regierungsamtsrätin		Bademeisterin	
Marion Holl	1.9.2016	Angelika Brenke	1.10.2016
Verwaltungsangestellte		Krankenschwester	
Annette Kern	1.9.2016	Waltraud Groß	1.10.2016
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte	
Susanne Koller	1.9.2016	Ulrike Kotzur	1.10.2016
Verwaltungsangestellte		Krankenpflegehelferin	1.10.2010
Birgit Konsolke	1.9.2016	Ute Otte	1.10.2016
Verwaltungsangestellte		Stationsleitung	1.10.2010
Juliane Lanzky	1.9.2016	Walter Speicher	1.10.2016
Verwaltungsangestellter	1.7.2010	Verwaltungsangestellter	1.10.2010
Dieter Ludwig	1.9.2016	Rüdiger Stinner	1 10 2016
Verwaltungsangestellte	1.7.2010	Krankenschwester	1.10.2016
Gabriele Mosler	1.9.2016	Claudia Wichlacz	1 10 2016
Verwaltungsangestellter	1.7.2010		1.10.2016
Michael Mros	1.9.2016	Verwaltungsangestellte	1 10 2016
Sozialversicherungsfachange		Beate Wozniak	1.10.2016
Horst Müller	1.9.2016	Verwaltungsangestellte	2 10 2016
		Daisy Kienz	2.10.2016
Sozialversicherungsfachange	1.9.2016	Krankenschwester	2 10 227 -
Ralf Nowotny		Gabriele Vonau	2.10.2016
Sozialversicherungsfachange		Diätassistentin	
Andreas Perschel	1.9.2016	Josefine Schmidt	15.10.2016
Sozialversicherungsfachange		25-jähriges Dienstink	iläum
Helga Prinz	1.9.2016	25-jähriges Dienstjub	IIaUIII
Sozialversicherungsfachange	estellter	Krankenschwester	

Miroslawa Bella

1.9.2016

Verwaltungsangestellte	
Kathrin Berger	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Christine Bromund	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Gisela Heuss	1.9.2016
Regierungsoberinspektorin	1.7.2010
Ulrike Huesmann	1.9.2016
Regierungsamtmann	1.7.2010
Ronny Detlef Hütter	1.9.2016
Krankenpfleger	1.7.2010
Jörg Kerz	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	1.7.2010
Bärbel Kis	1.9.2016
Pflegehelferin	1.9.2010
Iris Klinkenberg	1.9.2016
	1.7.2010
Verwaltungsangestellte	1 0 2016
Beate Kruse	1.9.2016
Assistenzarzt	102011
Dr. Martin Kümmerling	1.9.2016
Krankenschwester	1 0 207 1
Olivia Loibl	1.9.2016
Kinderkrankenschwester	
Wilma Malinowski	1.9.2016
Regierungsamtfrau	
Kerstin Möller	1.9.2016
Angestellte im Schreibdienst	
Katrin Neumann	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Blasius Niedermeier	1.9.2016
Regierungshauptsekretär	
Daniel Nikolay-Lehnitzke	1.9.2016
Küchenhilfe	
Hava Özcan	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Petra Pilz	1.9.2016
Verwaltungsangestellter	
Roberto Randelli	1.9.2016
Krankenschwester	
Kerstin Schubert	1.9.2016
Servicekraft	
Ute Schubert	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Elke Schulz	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Christiane Schwartz	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Ilona Vogel	1.9.2016
Verwaltungsangestellte	
Brigitte Zumach	1.9.2016
Regierungsobersekretärin	1.7.2010
Susanne Konrad	2.9.2016
Regierungsamtfrau	2.7.2010
Rosemarie Krist	2.9.2016
	2.7.2010
Verwaltungeangeetallta	
Verwaltungsangestellte Renate Iker	4.9.2016

Sozialversicherungsfachang	ectellte	Pagiarungsoharinspaktorin		Verwaltungsangestellte	
Sozialversicherungsfachange		Regierungsoberinspektorin	16 0 2016	Verwaltungsangestellte	1 10 2016
Corrina Gramse-Lyzek	7.9.2016	Lydia Rapp	16.9.2016	Martina Fajferic	1.10.2016
Verwaltungsangestellte Silke Dau	0.0.2016	Regierungsamtmann	16 0 2016	Regierungsoberinspektorin	1 10 2016
Registraturangestellte	9.9.2016	Matthias Schäpers	16.9.2016	Kathrin Feldhege	1.10.2016
Monika Diedrich	0.0.2016	Regierungsamtfrau Anne Schmorleiz	16.9.2016	Verwaltungsangestellte Silke Flache	1 10 2016
	9.9.2016		16.9.2016	Medizinisch-technische Geh	1.10.2016
Verwaltungsangestellte	0.0.2016	Regierungsoberinspektorin Andrea Schneider	16.9.2016	Alexandra Flachmeier	
Kerstin Hennig Verwaltungsangestellte	9.9.2016		16.9.2016		1.10.2016
0 0	0.0.2016	Regierungsamtfrau	16 0 2016	Regierungsamtsrat	1 10 2016
Birgit Schiemank Verwaltungsangestellte	9.9.2016	Claudia Sindern	16.9.2016	Michael Formanski Verwaltungsangestellte	1.10.2016
0 0	0.0.2016	Regierungsamtsrat	16 0 2016	• •	1 10 2016
Annemarie Wolf	9.9.2016	Frank Sommeling Regierungsamtfrau	16.9.2016	Theresia Fuhrmeister Programmiererin	1.10.2016
Verwaltungsangestellter Volker Börner	10.9.2016	Stefanie Spanke	16.9.2016	Birgit Gallmeister	1 10 2016
Sozialversicherungsfachange		Regierungsoberinspektorin	16.9.2016	Regierungsamtfrau	1.10.2016
		Barbara Stranghöner	16 0 2016		1 10 2016
Ursula Heering	11.9.2016		16.9.2016	Birte Gerling	1.10.2016
Verwaltungsangestellter	12 0 2016	Regierungsamtfrau Stephanie Thölert-Fahl	16 0 2016	Verwaltungsangestellte	1 10 2016
Michael Feßke	13.9.2016		16.9.2016	Grit Gsuck	1.10.2016
Regierungsamtfrau	1602016	Regierungsoberinspektorin	1602016	Verwaltungsangestellte	1 10 2016
Alexandra Ast	16.9.2016	Melanie Wachholz	16.9.2016	Irena Günther	1.10.2016
Regierungsinspektorin	1602016	Regierungsamtsrätin	1602016	Regierungsamtsrätin	1 10 2016
Anika Blome	16.9.2016	Nathalie Walczak	16.9.2016	Stefanie Haeske	1.10.2016
Regierungsamtfrau	1602016	Regierungsoberinspektor	1602016	Krankenschwester	1 10 2016
Simone Borchert	16.9.2016	Mario Welz	16.9.2016	Dagmar Hainsch	1.10.2016
Regierungsamtsrat	1602016	Regierungsamtfrau	1602016	Krankenschwester	1 10 2016
Markus Borowski	16.9.2016	Nicole Witt-Kaczmarek	16.9.2016	Claudia Halac	1.10.2016
Regierungsamtfrau		Regierungsoberamtsrätin		Verwaltungsangestellte	
Nicole Burghardt	16.9.2016	Anja Bachmann	17.9.2016	Katja Heinemann	1.10.2016
Regierungsamtfrau		Regierungsoberinspektor		Verwaltungsangestellte	
Petra Engels	16.9.2016	Oliver Fromm	17.9.2016	Iris Heinritz	1.10.2016
Regierungsamtsrat		Verwaltungsangestellte		Krankenpfleger	
Christian Fingerhut	16.9.2016	Sarah Rikus	17.9.2016	Marco Horst	1.10.2016
Regierungsoberamtsrat		Regierungsamtmann		Bürogehilfin	
Stephan Friedel	16.9.2016	Matthias Schmahl	17.9.2016	Alexandra Isken	1.10.2016
Regierungsoberinspektorin		Verwaltungsangestellte		Regierungsamtfrau	
Michaela Gärtner	16.9.2016	Petra Kaupisch	18.9.2016	Bianca Jankuhn	1.10.2016
Regierungsamtfrau		Regierungsamtmann		Verwaltungsangestellte	
Grit Gebauer	16.9.2016	Bernd Vogel	25.9.2016	Bärbel Kaboth	1.10.2016
Medizinisch-technische Assi		Verwaltungsangestellte		Regierungsoberinspektorin	
Marion Göbel	16.9.2016	Anja Girbert	26.9.2016	Marion Kubasik	1.10.2016
Regierungsamtfrau		Sozialversicherungsfachange		Stv. Ltd. OP Krankenschwest	
Katja Göbel	16.9.2016	Silke Kardinal	28.9.2016	Dagmar Kuhlmann	1.10.2016
Regierungsamtsrat		Regierungsdirektorin		Verwaltungsangestellte	
Carsten Goschnick	16.9.2016	Claudia Neugebauer	28.9.2016	Barbara Kummer	1.10.2016
Regierungsamtmann		Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte	
Thorsten Grotehusmann	16.9.2016	Karin Balisch	1.10.2016	Sigrid Lehmann	1.10.2016
Regierungsamtmann		Krankenschwester		Regierungsoberinspektorin	
Andreas Hahn	16.9.2016	Simone Brey	1.10.2016	Angela Maas	1.10.2016
Regierungsamtfrau		Krankenschwester		Verwaltungsangestellte	
Heike Klengler	16.9.2016	Güler Cetin	1.10.2016	Ines Mehner	1.10.2016
Regierungsoberinspektorin		Verwaltungsangestellter		Regierungsamtmann	
Daniela Knappe	16.9.2016	Mark Josef Eisgruber	1.10.2016	Volker Mehr	1.10.2016
Regierungsamtsrätin		Registraturangestellter		Verwaltungsangestellte	
Tanja Laerbusch	16.9.2016	Rüdiger Emmerich	1.10.2016	Birgit Melzer	1.10.2016
Regierungsamtsrätin		Regierungsoberinspektorin		Verwaltungsangestellte	
Nicole Meyer	16.9.2016	Steffi Erben	1.10.2016	Sylvia Michler	1.10.2016
Regierungsoberinspektor		Medizinisch-technische Assi	stentin	Verwaltungsangestellte	
Marco Neumann	16.9.2016	Grit Eska	1.10.2016	Iris Müller	1.10.2016
·					

Ärztin		Regierungsamtfrau		Verwaltungsangestellte	
	.10.2016	Yvonne Schulte	1.10.2016	Ingrid Huy	7.10.2016
Regierungsoberinspektorin		Verwaltungsangestellte		Regierungsinspektorin	
	.10.2016	Annett Stein	1.10.2016	Rita Ridder	7.10.2016
Krankenschwester		Verwaltungsangestellte		Regierungsamtfrau	
	.10.2016	Cathleen Straßberger	1.10.2016	Birgit Jankowski	10.10.2016
Verwaltungsangestellter		Krankenschwester		Verwaltungsangestellte,	
	.10.2016	Andrea Szafranek	1.10.2016	Jeannette von der Ehe	11.10.2016
Angestellte im Schreibdienst		Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellter	
	.10.2016	Renate Tacke	1.10.2016	Günter Gorski	12.10.2016
Verwaltungsangestellte		Regierungsinspektorin		Verwaltungsangestellte	
	.10.2016	Maren Tautorus	1.10.2016	Kathrin Apfelbeck	15.10.2016
Regierungsamtmann		Verwaltungsangestellte		Regierungsamtfrau	
	.10.2016	Silke Thoms	1.10.2016	Andrea Bernhard	15.10.2016
Regierungsoberinspektorin		Medizinisch-technische Ass	sistentin	Verwaltungsangestellte	
Silke Pöttgen 1.	.10.2016	Gabriele Upton	1.10.2016	Nicole Ochmann	15.10.2016
Regierungsamtsrat		Krankenschwester		Servicekraft	
Marc Prietzel 1.	.10.2016	Gülbahar Varol	1.10.2016	Sabine Oelke	15.10.2016
Regierungsamtfrau		Regierungsamtfrau		Verwaltungsangestellte	
Uta Ramacher 1.	.10.2016	Eva Vogel	1.10.2016	Gabriela Franke	21.10.2016
Regierungsamtsrat		Regierungsamtfrau		Verwaltungsangestellte	
Christian Ramacher 1.	.10.2016	Michaela Voß	1.10.2016	Silvana Klein	21.10.2016
Verwaltungsangestellte		Krankenpfleger		Verwaltungsangestellter	
	.10.2016	Johann Walery	1.10.2016	Olaf Klemke	21.10.2016
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachan	gestellte
Steffi Reinert 1.	.10.2016	Birgit Wohlfahrt	1.10.2016	Petra Klein	25.10.2016
Regierungsinspektorin		Regierungsamtfrau		Regierungsoberinspektorir	1
Stefanie Reinhard 1.	.10.2016	Stephanie Wozniak-Klee	1.10.2016	Marion Garner	27.10.2016
Regierungsamtmann		Krankenschwester		Verwaltungsangestellte	
Thomas Reinhart 1.	.10.2016	Ayse Yilmaz	1.10.2016	Heike Eckardt	28.10.2016
Krankenschwester		Verwaltungsangestellte		Regierungsamtsrätin	
Jana Richter 1.	.10.2016	Manuela Zeegers	1.10.2016	Britta Thomas	28.10.2016
Regierungsamtfrau		Stationssekretärin		Verwaltungsangestellte	
Birgit Rozowski 1.	.10.2016	Simone Ziervogel	1.10.2016	Claudia Köhler	30.10.2016
Regierungsamtmann		Stationssekretärin		Sozialversicherungsfachan	gestellte
Marco Rudnik 1.	.10.2016	Brigitte Tramel	2.10.2016	Silke Gerding	31.10.2016
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte	
Silke Sablotny 1.	.10.2016	Annett Köhler	3.10.2016	Anna Sagan	31.10.2016
Regierungsamtsrat		Medizinaldirektor			
Michael Schönauer 1.	.10.2016	Dr. Detlef Schmidt	3.10.2016		
Stv. Stationsleitung		Krankenschwester			
9	.10.2016	Silke Koschut	6.10.2016		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 Einsendungen keine Gewähr.

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

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E

