128. Jahrgang · Januar I Februar 2018

Kompass

Integrierte Versorgung
Endlich 18!

ERSTATTUNGSANSPRÜCHE BEI KOSTEN FÜR ZYTOSTATIKA
HAUSHALT DER KBS FÜR DAS JAHR 2018
ÄNDERUNGEN IN DER SOZIALVERSICHERUNG ZUM 1. JANUAR

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Endlich 18!
Integrierte Versorgung bei der KNAPPSCHAFT

8 Änderungen der Umsatzbesteuerung für Zytostatika
Ein Überblick über die derzeit diskutierten Erstattungsansprüche

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

13 Der Kurs für das Jahr 2018
Haushalt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verabschiedet

23 15 Jahre Rentensplitting

30 Rechengrößen in der Sozialversicherung ändern sich zum 1. Januar 2018

BERICHTE UND INFORMATIONEN

33 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

34 64. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

35 12. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

36 55. Nachtrag zur Satzung der Deutschen RentenversicherungKnappschaft-Bahn-See

39 Personalnachrichten

39 Impressum

Titelbild:
Im Jahr 1999, kurz vor der Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber, gründete die KNAPPSCHAFT das erste integrierte Versorgungsnetz prosper Bottrop.

Foto: © jfunk - Fotolia.de

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

© jfunk - Fotolia.com

BETTINA AM ORDE, DIETER CASTRUP, STEFAN HÖRTER, INES RÜCKHARDT

Endlich 18!

Integrierte Versorgung bei der KNAPPSCHAFT

Im vergangenen Jahr wurde die Integrierte Versorgung prosper volljährig. Die 18 Jahre Netzarbeit werden getragen von derzeit rund 2.000 niedergelassenen Medizinern, den Ärzten in 20 Krankenhäusern sowie von zwischenzeitlich fast einer Viertelmillion teilnehmenden Versicherten. Zeit für einen Blick zurück und einen Blick in die Zukunft.

Die Ursprünge der Integrierten Versorgung

Knappschaftliches Verbundsystem

Besonderheit der KNAPPSCHAFT und Grundlage der knappschaftlichen Integrierten Versorgung ist das knappschaftliche Verbundsystem. Dazu gehören heute die Kranken-, die Pflege- und die Rentenversicherung, die Knappschaftskrankenhäuser beziehungsweise Beteiligungsgesellschaften und die Reha-Kliniken, der Sozialmedizinische Dienst, das Knappschaftsarztsystem, für das die KNAPPSCHAFT zudem die Funktion der kassenärztlichen Vereinigung übernimmt, sowie die Minijob-Zentrale und die Bundesfachstelle Barrierefreiheit.

Versorgungsnetz prosper gegründet

Mitte der 1990er Jahre stand das Verbundsystem in seiner damaligen Konstellation vor großen Herausforderungen. Zum einen war die früher enge Zusammenarbeit, vor allem zwischen der knappschaftlichen Krankenversicherung, den Knappschaftsärzten sowie den Knappschaftskrankenhäusern, eingeschlafen. Zum anderen sorgte die ungünstige Morbiditäts- und Kostenentwicklung in der knappschaftlichen Krankenversicherung für eine angespannte Finanzlage, in erster Linie ausgelöst durch das hohe Durchschnittsalter des Versichertenbestandes der geschlossenen, berufsständischen Versicherung des auslaufenden Bergbaus, die in einem erheblich über dem Durchschnitt der anderen gesetzlichen Krankenversicherungen liegenden Beitragssatz deutlich wurde.[1] „Als Gegenmaßnahme wurde beschlossen, [...] die auseinanderdriftenden Sektoren des knappschaftlichen Verbundsystems wieder zusammenzufügen, das heißt, Integrierte Versorgung zu etablieren".[2] Mit dem Projekt „Re-Vitalisierung des Verbundsystems" wurde im Jahr 1999, knapp vor der Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber, das erste integrierte Versorgungsnetz prosper Bottrop gegründet.[3]

Verknüpfung von Versicherung und Versorgung

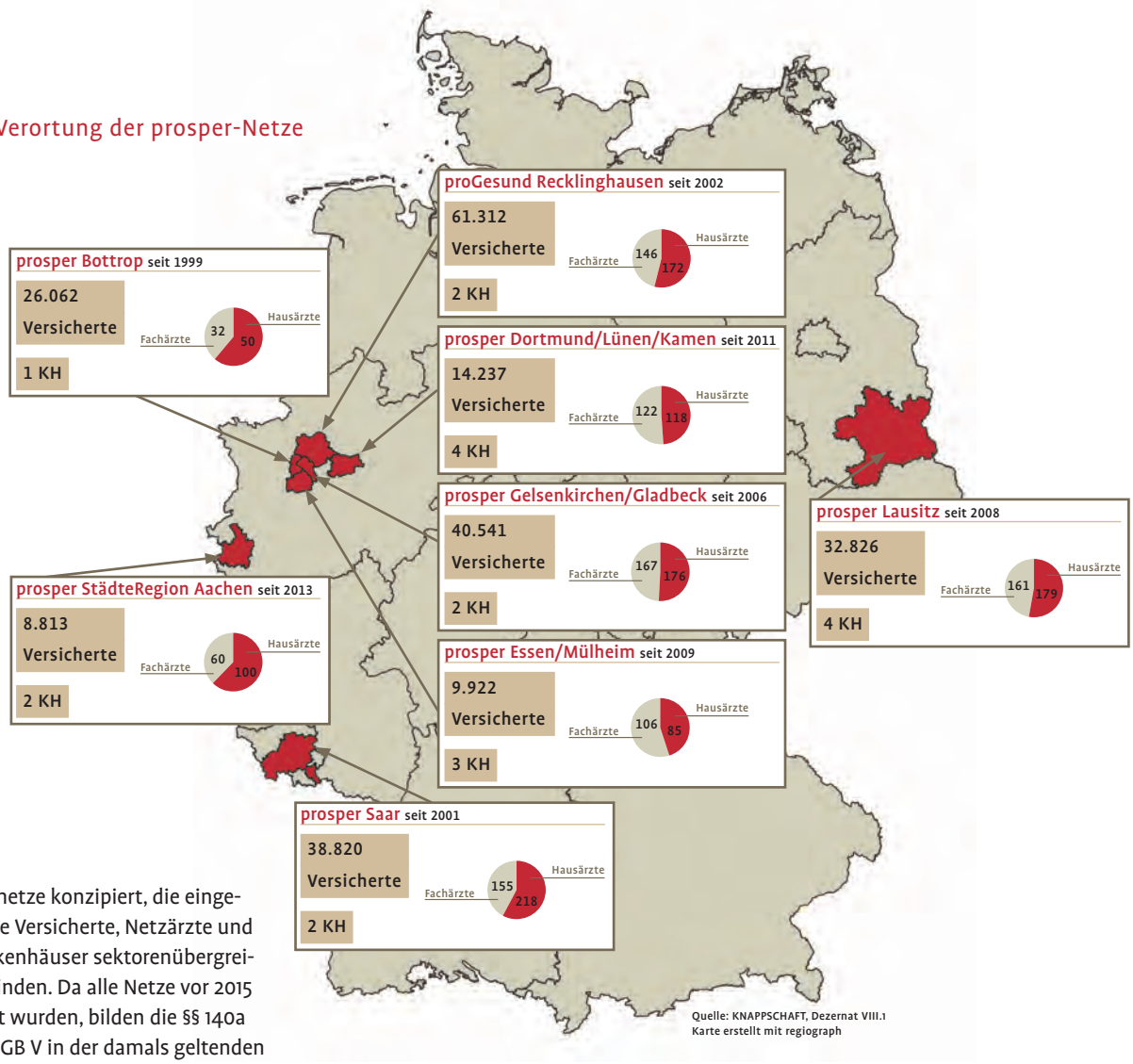
Im knappschaftlichen Verbundsystem finden sich viele gemeinsame Merkmale mit den Health Maintenance Organizations des amerikanischen Gesundheitswesens, die als Blaupause für die heutige populationsbezogene Integrierte Versorgung gelten. Grundgedanke der Health Maintenance Organizations ist eine engere Verknüpfung von Versicherung und Versorgung (sozusagen „Versicherung und Versorgung aus einer Hand") und damit auch von Finanzierung und Leistungserbringung („Integration") durch vertragliche Regelungen und Vergütungssysteme.[4] In der Integrierten Versorgung des deutschen Gesundheitswesens schließen sich Krankenkassen und Leistungserbringer verschiedener Versorgungsbereiche sektorenübergreifend zusammen.[5] Durch eine intensivierte Kommunikation, Kooperation und Koordination sollen die an den Sektorengrenzen entstehenden Versorgungsbrüche überwunden werden. Ziel ist es, die Versorgungsqualität für die teilnehmenden Versicherten zu verbessern und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.[6]

Die Grundidee der Integrierten Versorgung ist viel älter als der § 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), mit dem die Integrierte Versorgung im Jahr 2000 im deutschen Gesundheitswesen eingeführt wurde. Anleihen finden sich, wie aufgezeigt, sowohl im amerikanischen Gesundheitswesen als auch im knappschaftlichen Verbundsystem.[7] Bei Gründung des ersten prosper-Netzes wurde die enge Kooperation zwischen Kassen und Ärzten allerdings noch mit Argwohn in der Öffentlichkeit betrachtet und in der Presse hitzig diskutiert.

Struktur der Netze

Die prosper/proGesund-Netze sind als regional klar abgegrenzte Vollver-

Abb. 1: Verortung der prosper-Netze



Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1
Karte erstellt mit regiograph

sorgungsnetze konzipiert, die eingeschriebene Versicherte, Netzärzte und Netzkrankenhäuser sektorenübergreifend verbinden. Da alle Netze vor 2015 gegründet wurden, bilden die §§ 140a bis 140d SGB V in der damals geltenden Fassung die vertragliche Grundlage.[8]

Versicherte und Ärzte schreiben sich freiwillig in das Netz ein. Ziel ist es, Netzversicherte vornehmlich innerhalb des Netzes zu versorgen, das heißt durch Netz(fach)ärzte und im Netzkrankenhaus zu behandeln. Der Netzhausarzt steuert die Versorgung innerhalb des Netzes. Sind individuell erforderliche fachärztliche Disziplinen oder Fachabteilungen im Netz(Krankenhaus) nicht vorhanden, werden Netzversicherte auf Überweisung des Arztes hin außerhalb der Netzstrukturen versorgt.[9]

Acht Vollversorgungsnetze

Seit 1999 wurden nach und nach acht prosper-Vollversorgungsnetze gegründet (vgl. Abb. 1). Die Netze befinden sich in Versichertenschwerpunkten der KNAPPSCHAFT im Ruhrgebiet, der Region Aachen, im Saarland sowie in der Lausitz. Mitte 2017 waren rund 233.000 Versicherte in die Integrierte Versorgung prosper eingeschrieben. Sie werden von rund 2.000 Netzärzten – rund ein Drittel sind Knappschaftsärzte – ambulant betreut. Zu den Netzen gehören 20 Netzkrankenhäuser, bei denen es sich zum Großteil um knappschaftseigene Einrichtungen beziehungsweise um Beteiligungsgesellschaften handelt, sowie zwei Reha-Kliniken. Die Netze unterscheiden sich mitunter stark in der Zahl der eingeschriebenen Versicherten sowie in der Relation von teilnehmenden Haus- und Fachärzten zur Zahl der jeweiligen Netzversicherten.

Rahmenparameter für die Netzgründung

Aus der Erfahrung mit den Netzgründungen haben sich strukturelle Grundvoraussetzungen herauskristallisiert, die für die Gründung eines neuen, tragfähigen Integrierten Vollversorgungsnetzes erfüllt sein müssen. Diese Standortfaktoren betreffen die Versichertenkonzentration, die Größe der Hausarztpraxen und den Belegungsanteil im Netzkrankenhaus.

- Die Mindestgröße für eine methodisch gesicherte statistische Evaluation beträgt 5.000 teilnehmende Versicherte. Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist eine Mindestteilnehmerzahl zur Refinanzierung der Netzwerkadministration erforderlich. Da für ein aktives Netz überschaubare Entfernungen notwendig sind, sollte das Netzkrankenhaus innerhalb von 45 Minuten Fahrzeit zu erreichen und eine regionale Versichertenkonzentration von rund 70 Versicherten pro Quadratkilometer gegeben sein.

- Grundlage für den Netzerfolg sind Investitionen in die Netzarbeit wie die Teilnahme an Arbeitszirkeln, die Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Durchführung

von Patientenschulungen, die sich besonders für größere Hausarztpraxen lohnen. Als Richtgröße für einen positiven Kosten-Nutzen-Saldo gelten rund 50 Praxen mit einer kritischen Größe von mindestens 300 Behandlungsfällen von Knappschaftsversicherten im Quartal.

- Die wirkungsvolle Zusammenarbeit mit dem Netzkrankenhaus erfordert einen „Marktanteil" von rund 3.000 Krankenhauseinweisungen im Jahr in das geplante Netzkrankenhaus.

Diese Faktoren sind zwar Basis für die Funktion und Tragfähigkeit eines Netzes. Ihre Erfüllung garantiert aber kein erfolgreiches Netz. Denn es sind zwar in jedem Netz die gleichen Akteursgruppen beteiligt, regional unterschiedliche Interessenslagen und -konstellationen sorgen aber dafür, dass in jedem Netz auch unterschiedliche Kräfte wirken. Der Aufbau eines jeden neuen Netzes und auch sein dauerhafter Betrieb erfordern sehr viel (Vor-)Arbeit.

Inhalte und Ziele von prosper

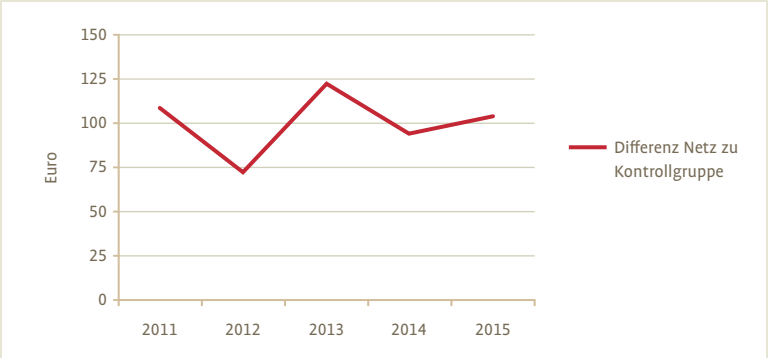
Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die inhaltliche Arbeit der prosper/proGesund-Netze erfolgt in Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln, in denen die Netzärzte Therapie- und Medikamentenempfehlungen erarbeiten und Behandlungspfade abstimmen. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der ambulant und stationär tätigen Mediziner des Netzes ermöglicht es, die ambulante Versorgung zu optimieren und Krankenhausfälle zu vermeiden. Die KNAPPSCHAFT unterstützt das Netz organisatorisch in seiner Arbeit, zum Beispiel durch die Netzwerkkoordinatoren. Gemeinsam mit den Netzärzten werden medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgungskonzepte entwickelt. Wichtig ist hierbei, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung immer gleichrangige Ziele sind.[10]

Erfolgsrechnung

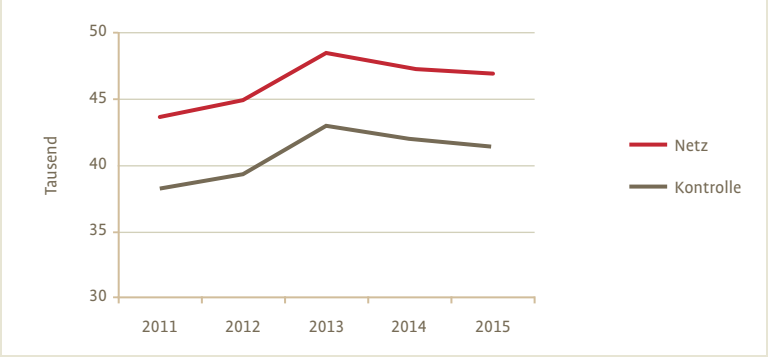
Die Wirtschaftlichkeit der Netze wird im Rahmen der Erfolgsmessung regelmäßig durch die KNAPPSCHAFT überprüft. Die jährliche Erfolgsrechnung ist nach wissenschaftlich anerkanntem, internationalem Standard konzipiert. Dem entsprechend erfolgt sie risikoadjustiert und regionalisiert. Die Kosten der Netzversicherten einer Region werden dabei mit einer risikogleichen, das heißt in ihrer Alters- und Morbiditätsstruktur übereinstimmenden Kontrollgruppe von nicht ins Netz eingeschriebe-

Abb. 2: Erfolg pro Teilnehmer in Euro



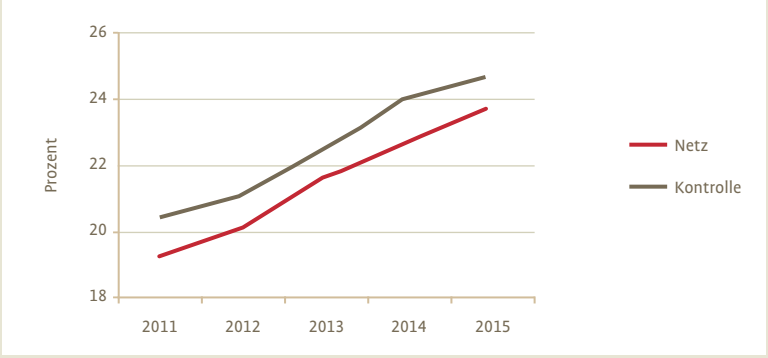
Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1

Abb. 3: Versicherte der Altersgruppen 65+ mit Influenzaimpfung



Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1

Abb. 4: Anteil der 65-Jährigen und Älteren mit Polymedikation



Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1

nen Versicherten aus der Netzregion verglichen. Zwar ist der Netzerfolg Schwankungen unterlegen (vgl. Abb. 2). Die Integrierte Versorgung prosper konnte aber in den vergangenen Jahren mit geringeren Kosten (zwischen rund 70 und rund 120 Euro je Versicherten) deutliche Einsparungen gegenüber der Regelversorgung erzielen.

Verbesserte Versorgungsqualität

Dass diese wirtschaftlichen Erfolge auch auf eine verbesserte Versorgungsqualität zurückzuführen sind, verdeutlicht der Blick auf verschiedene Kennzahlen. Die Impfquote der Influenzaschutzimpfungen bei 65-jährigen und älteren Versicherten – ein anerkanntes Kriterium für Versorgungsqualität[11] – weist in der Gruppe der Netzversicherten deutlich höhere Werte im Vergleich zur Regelversorgung auf (vgl. Abb. 3). Die Netzversicherten profitieren hier von der Investition in die Prävention schwerer Grippeerkrankungen.

Die verbesserte ambulante Versorgung soll am Beispiel der qualitätsvollen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung aufgezeigt werden, denn hier liegt auch ein besonderes Augenmerk der Kampagnen innerhalb der Netze. Im Rahmen des von Pharmazeuten der KNAPPSCHAFT entwickelten Medikationschecks werden unter Einverständnis des Versicherten die Verordnungen auf Probleme wie Wechselwirkungen, Über- und Unterdosierungen, Kontraindikationen sowie auf nicht altersadäquate Präparate (Medikamente der PRISCUS-Liste[12]) hin überprüft. Der Arzt erhält Hinweise auf Anpassungsmöglichkeiten in der Medikation, ohne dass dabei in seine Therapiefreiheit eingegriffen wird. Durch die Vermeidung von Medikationsfehlern wird die Arzneimittelversorgung für die Versicherten deutlich sicherer gestaltet und damit die Versorgungsqualität erhöht. Diese höhere Versorgungsqualität spiegelt sich auch in einer größeren allgemeinen Aufmerksamkeit der Mediziner für das Thema Arzneimittelsicherheit. So ist der Anteil der 65-Jährigen und Älteren mit Polymedikation, die allein schon aufgrund der hohen Zahl dauerhaft parallel verordneter Arzneimittel das Risiko für schädliche Arzneimittelwirkungen erhöht, bei den Netzversicherten deutlich geringer (vgl. Abb. 4).[13]

Höhere Wirtschaftlichkeit

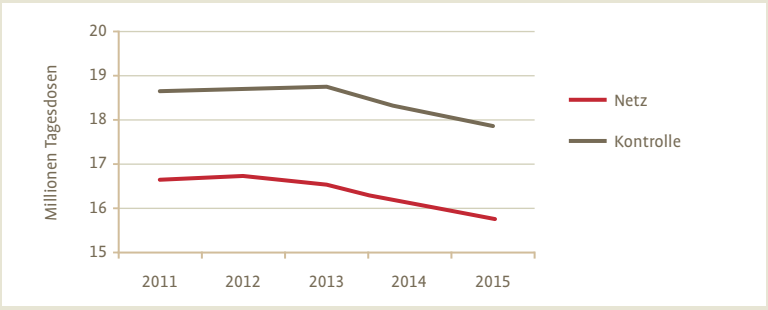
Bei der Arztberatung steht die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Vordergrund. Im Rahmen verschiedener Kampagnen werden Netzärzte bezüglich einer wirtschaftlicheren Arzneimittelversorgung beraten, ebenfalls unter Wahrung der Therapiefreiheit. Ein Beispiel sind die Arzneimittelgruppen der Me-too-Präparate[14] und Altoriginale[15]. Sie lassen sich durch preiswertere Alternativen austauschen, ohne dass die Versorgungssicherheit gefährdet oder die Qualität der Arzneimittelversorgung beeinträchtigt würde. Diese bedeutenden Wirtschaftlichkeitspotenziale kann die KNAPPSCHAFT gemeinsam mit den Netzärzten in der Integrierten Versorgung prosper tatsächlich heben: Netzteilnehmern werden im Schnitt deutlich weniger unwirtschaftliche Me-too-Präparate und Altoriginale verordnet als Versicherten in der Regelversorgung (vgl. Abb. 5).

Der größere Abstimmungsbedarf und die vermehrte Kommunikation, die die Integrierte Versorgung von den Netzärzten fordert, werden auch entlohnt. Die leistungsorientierte zusätzliche Vergütung wird aus den erzielten Einsparungen finanziert. Die Ausschüttung erfolgt individuell an die teilnehmenden Praxen anhand eines objektiven Kennzahlensystems, das die Leistung der Netzärzte für die wirtschaftlich und qualitativ optimierte Versorgung widerspiegelt.

Ausblick

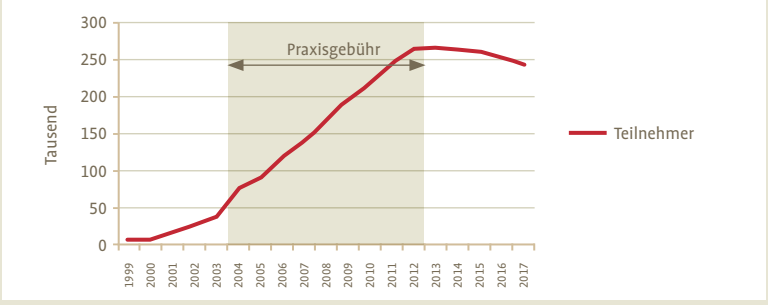
Die KNAPPSCHAFT hat mit dem Aufbau ihrer integrierten Vollversorgungsnetze eine Besonderheit geschaffen. In der GKV gibt es nur wenige vergleichbar große Projekte, wie zum Beispiel das

Abb. 5: Versorgung mit Me-too-Präparaten und Altoriginalen



Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1

Abb. 6: Entwicklung der Zahl der prosper/proGesund-Teilnehmer



Quelle: KNAPPSCHAFT, Dezernat VIII.1

Gesunde Kinzigtal der AOK Baden-Württemberg. Die aktuelle Entwicklung der Teilnehmerzahlen der Integrierten Versorgung prosper zeigt aber, dass ein Ausruhen auf dem Erreichten keine Option ist. Denn seit der Abschaffung der Praxisgebühr, die zwischen 2004 und 2012 zu einem Zustrom in die Netze geführt hatte, stagniert die Entwicklung der Teilnehmerzahlen (vgl. Abb. 6) und das, obwohl Versicherte seit 2013 für die Teilnahme an prosper/proGesund eine neue Prämie für ihr netztreues Verhalten empfangen.

Zur Beibehaltung des Erfolges und zur Stabilisierung der Versichertenzahl in den Netzen werden sich künftig die Hauptaktivitäten auf verschiedene Themenbereiche konzentrieren.

- Förderung der Versorgungsqualität:
  Die Stärkung der Versorgungsqualität ist neben der wirtschaftlicheren Versorgung Hauptaufgabe der besonderen beziehungsweise der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Nachhaltige Einsparungen lassen sich langfristig nur durch eine bessere Qualität erzielen. Die Messung der Versorgungsqualität und deren transparente Darstellung und Kommunikation sind anspruchsvolle Aufgaben. Dazu wird derzeit ein Kennzahlensystem entwickelt, das über die aktuell für die qualitätsorientierte Vergütung der Netzärzte verwendeten Performance-Kennzahlen hinausgeht.

- Stabilisierung des Versichertenbestandes:
  Eine nachgewiesen höhere Versorgungsqualität wird auch die Versicherten überzeugen und sich in steigenden Netz-Teilnehmerzahlen spiegeln. Mit ordentlicher, nachgewiesener und transparent gemachter Qualität als Mehrwert lässt sich prosper/proGesund auch stärker als Marketinginstrument für potenzielle Kunden einsetzen.

- Ausbau des Kampagnenmanagements:
  Bei der Entwicklung und Umsetzung von Kampagnen wurde bisher der Fokus auf den Arzneimittelbereich gelegt, denn Einsparpotenziale sind hier relativ einfach zu identifizieren, zu kommunizieren und auch zu realisieren. Solche erfolgreichen Konzepte müssen nun auch zur Optimierung anderer Leistungsbereiche entwickelt werden.

Zu guter Letzt kann das 18-jährige Bestehen der Integrierten Versorgung prosper/proGesund Anlass geben, altbekannte Strukturen und Prozesse zu hinterfragen um auch künftig offen zu sein für die Entwicklung und Umsetzung von innovativen Ideen und Konzepten zur Weiterentwicklung von prosper/proGesund. Rund um die Integrierte Versorgung prosper verfügt die KNAPPSCHAFT über umfangreiches Wissen und Erfahrung im operativen Management sowie im wissenschaftlich-analytischen Bereich, das zusammen mit dem medizinisch-pharmazeutischen Fachwissen und der juristischen Expertise in der Vertragsgestaltung sinnvoll und nutzbringend für eine hochwertigere Versorgung zu günstigeren Kosten und damit zum Vorteil der Versicherten eingesetzt werden kann.

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

FUSSNOTEN

[1] Greve G, 2000, Kooperation „ambulant-stationär“: Das Praxisnetz Bottrop. In: Kompass Jg. 110, Heft 7, Seiten 198 bis 202. Hier Seite 200.
[2] Greve G, 2000, Seite 200.
[3] Müller HA, Vössing C, 2004, Das Knappschafts-Projekt „prosper – Gesund im Verbund“. Integrierte Versorgung stellt Patienten zufrieden und spart Millionen. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, Seite 74 bis 80. Hier Seite 76.
[4] Kühn H, 1997, Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA, Wissenschaftszentrum Berlin Discussion Paper P97-202. Hier Seite 6 sowie Amelung VE, 2012, Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage. Wiesbaden. Hier Seiten 20 und 65f.
[5] Der Zusammenschluss kann sowohl eine (regional begrenzte) Vollversorgung als auch eine interdisziplinär fachübergreifende medizinische Versorgung zum Inhalt haben.
[6] Vergleiche Amelung VE et al., 2006, Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin. Hier Seite 25.
[7] Obwohl die Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen bereits im Jahre 2000 mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz eingeführt wurde, erlebte sie ihren Aufschwung erst durch die zwischen den Jahren 2004 und 2008 bestehende Anschubfinanzierung sowie weitere Reformen der Jahre 2004 und 2007.
[8] Seit 2015 ist die Integrierte Versorgung gemeinsam mit einigen anderen Versorgungsformen außerhalb der Regelversorgung im neuen § 140a SGB V „besondere Versorgungsformen“ geregelt.
[9] Vergleiche Müller & Vössing, 2004, Seite 76.
[10] Vergleiche Müller & Vössing, 2004, Seite 76.
[11] Vergleiche Szecsenyi J, Broge B, Stock J, 2009, Prävention. Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten, Qisa - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band E1, Version 1.0, hier Seite 74f.
[12] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA, 2010, Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste. In: Deutsches Ärzteblatt International, Jg. 107, Heft 31–32, Seiten 543 bis 551.
[13] Polymedikation ist hier definiert mit fünf und mehr dauerhaft, das heißt über 183 Tage im Jahr, parallel verordneten Arzneimitteln.
[14] Me-too-Präparate stehen zwar unter Patentschutz, stellen häufig aber keine wirkliche Innovation dar.
[15] Präparate, deren Patentschutz ausgelaufen ist.

FREYA HEITLAND UND ALEXANDER WIEMANN

Änderungen der Umsatzbesteuerung für Zytostatika

Ein Überblick über die derzeit diskutierten Erstattungsansprüche

Die im Mittelpunkt der Problematik rund um die Erstattungsansprüche der Krankenkassen stehende gerichtliche Entscheidung ist jene des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 24. September 2014 (V R 19/11). Der Vertrieb der bisher umsatzsteuerbefreiten Zytostatika durch die Krankenhausapotheken wurde mit der Umsatzsteuer-Richtlinie (UStR) 2005/2008 und dem Umsatzsteueranwendungserlass (UStAE) als steuerpflichtige Medikamentenlieferung eingestuft.

Das Urteil des BFH

In seinem Urteil vom 24. September 2014 entschied der BFH richtungsweisend, dass die Verabreichung von individuell für einen Patienten in der Apotheke des Krankenhauses hergestellten Zytostatika[1] im Rahmen einer ambulant in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung entgegen Abschnitt 100 Absatz 3 Nr. 4 UStR 2005 und Abschnitt 4.14.6 Absatz 3 Nr. 3 UStAE umsatzsteuerfrei ist. In Ergänzung dieser finanzgerichtlichen Entscheidung hat das Bundesministerium für Finanzen (BMF) mit Schreiben vom 28. September 2016 die Änderung des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses bekannt gegeben, um so für steuerrechtliche Klarheit zu sorgen. Danach sind ab dem 1. April 2017 ambulant verabreichte, patientenindividuell in einer Krankenhausapotheke desselben Unternehmens hergestellte Medikamente umsatzsteuerfrei. Vor dem 1. April 2017 wird es durch die Finanzverwaltung jedoch nicht beanstandet, wenn der Unternehmer seine Leistungen abweichend von Abschnitt 4.14.6 Absatz 2 Nr. 3 UStAE dem allgemeinen Steuersatz unterwirft. Die Entscheidung des BMF bestätigt demnach das Urteil des BFH nicht nur, sondern erweitert sogar dessen Anwendungsbereich über die reinen Zytostatika hinaus auf weitere patientenindividuell hergestellte Arzneimittel.

Auslegung des Urteils

Die Krankenkassen schlossen aus der vom BFH statuierten Umsatzsteuerfreiheit auf folgende Vorgehensweise:

- Zukünftige Abgaben der Krankenhausapotheken erfolgen im judizierten Umfang umsatzsteuerfrei.
- Die Preise hierfür werden entsprechend der steuerlichen Entlastung niedriger vereinbart.
- Für die Vergangenheit zahlen die Krankenhausapotheken an die Krankenkassen jene Anteile der Vergütung zurück, die die Apotheke selbst vom jeweiligen Finanzamt aufgrund der rückwirkenden Umsatzsteuerfreiheit erstattet bekommt.

Durch dieses Vorgehen wäre die Krankenhausapotheke von dem Vorgang finanziell nicht betroffen, sondern lediglich Bote der Ersparnis.

Die Krankenhausapotheken und Krankenhäuser folgerten hingegen:

- Es besteht die Möglichkeit für das jeweilige Krankenhaus die Erstattung der Umsatzsteuer bei der Finanzverwaltung zu realisieren.
- Die potentiellen Zinsgewinne durch die Umsatzsteuererstattung verbleiben in jedem Fall bei dem jeweiligen Krankenhaus.

Die Problematik welcher die Krankenhäuser – und damit im Ergebnis auch die Krankenkassen als Endempfänger der Rückzahlungen – bei dieser Rückabwicklung gegenüberstehen, ist also in erster Linie eine ökonomische. Um Zytostatika herstellen zu können, mussten die Krankenhäuser – neben dem Einkauf der entsprechenden Zubereitungsbestandteile – auch in die Errichtung der vorgeschriebenen Reinräume nicht unerheblich investieren. Für die Errichtung und den Unterhalt dieser Labore konnte anteilig Vorsteuer abgezogen werden. Mit dem Wegfall der Umsatzsteuerpflicht ist nun auch ein Vorsteuerabzug auf diese Investitionen nicht mehr möglich. Nach § 15a Umsatzsteuergesetz (UStG) ist der Vorsteuerabzug bei Wirtschaftsgütern, die teilweise im steuerpflichtigen Bereich und teilweise im steuerfreien Bereich eingesetzt werden vom Unternehmer (Krankenhaus) zu korrigieren. Wirtschaftsgüter sind hierbei innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren und Immobilien innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren zu berichtigen. Schon an diesem kurzen Anriss wird deutlich, wie komplex die Regelungen des § 15a UStG hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung sind und vor welche Herausforderung die Krankenhäuser mit einer solchen Rückabwicklung gestellt werden.

Versorgungsverträge

Die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten ist – ergänzend zum allgemeinen Arzneimittel- und Apothekenrecht – im jeweiligen Versorgungsvertrag geregelt.[2] Der Vertragsabschluss erfolgt auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und Apothekenverbänden und weist aus diesem Grund für die einzelnen Länder durchaus abweichende Abrechnungsmodalitäten auf.[3] Der

von den Apotheken beziehungsweise den jeweiligen Krankenhäusern mit den Krankenkassen abgerechnete Preis für Zytostatika setzt sich aus dem Einkaufspreis für die einzelnen Zubereitungsbestandteile und den Aufwendungen für Herstellung und Zubereitung, sogenannten „Zuschlägen“ beziehungsweise „Arbeitspreisen“, zusammen.[4] Mit Blick auf eine potentiell anfallende Umsatzsteuerpflicht kann ein solcher Versorgungsvertrag entweder als Brutto- oder als Nettopreisvereinbarung abgeschlossen werden (vgl. Abb. 1).

Bei der jetzigen Rechtslage ist die Annahme einer Bruttopreisvereinbarung für die Krankenkassen ungünstig, da bei einer solchen wohl keine Rückzahlungspflicht des jeweiligen Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse bestehen dürfte.

Diese entsteht auch dann nicht, wenn die Leistungserbringer tatsächlich eine Umsatzsteuererstattung ihres Finanzamtes erhalten haben; es verbleibt in einem solchen Fall bei dem fest vereinbarten Gesamtpreis.

Versorgungs- und Abrechnungskonzept

Viele Krankenhäuser übertrugen die Abrechnungen mit den gesetzlichen Krankenkassen an Abrechnungszentren.[5] Die Forderungen aus den Arzneimittellieferungen wurden hierfür an die Abrechnungszentren abgetreten. Zum besseren Verständnis wird das grundlegende Versorgungs- und Abrechnungskonzept kurz dargestellt (vgl. Abb. 2).

Verträge angepasst

Nach der rechtstheoretischen steuerrechtlichen Klärung verlagert sich die Diskussion nunmehr auf die tatsächliche Abrechnungskorrektur und die Neugestaltung der zugrunde liegenden Versorgungsverträge. Nach Vorgabe des BMF-Schreibens waren patientenindividuell hergestellte Medikamente ab dem 1. April 2017 steuerfrei abzurechnen. Im Jahr 2017 begannen die Beteiligten folgerichtig die Abrechnungsverträge an die neuen rechtlichen Vorgaben anzupassen. Derartige Vertragsanpassungen sind unerlässlich, um Streitigkeiten über das Ob und die Höhe der Zahlungsverpflichtungen der Krankenhäuser an die Krankenkassen zu klären. Systemgemäß wurden auch diese Anpassungen in den jeweiligen Ländern getroffen, so dass sich mittlerweile eine breite Landschaft verschiedenster Vertragsanpassungen ergeben hat.

Krankenkassen klagen

Um überhaupt einen (potentiellen) rechtlichen Anspruch auf eine Weiterreichung der Zahlungen der Finanzämter zu wahren, haben sich die Krankenkassen in den vergangenen Jahren mit der Einforderung von Verjährungsverzichtserklärungen der

Abb. 1: Brutto- und Nettopreisvereinbarungen

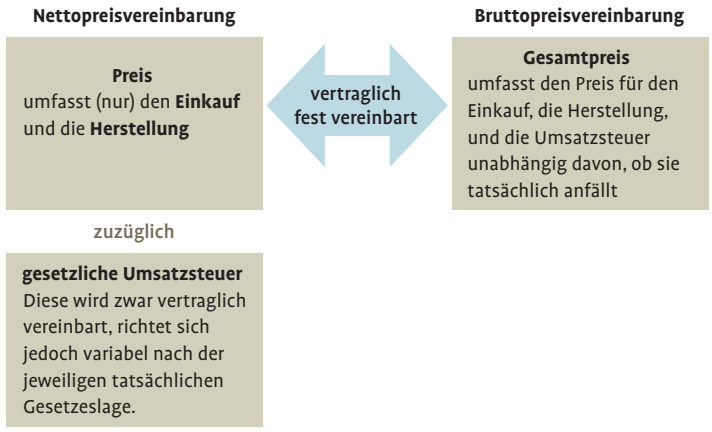
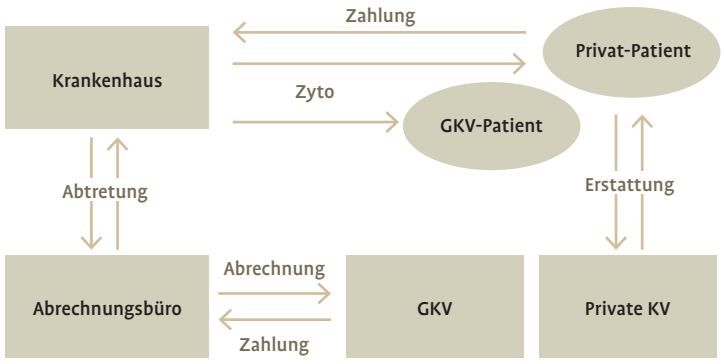


Abb. 2: Versorgungs- und Abrechnungskonzept



Krankenhäuser zum Streitgegenstand beholfen. Leider waren in der Vergangenheit nicht alle betroffenen Häuser bereit, eine entsprechende Erklärung zu unterzeichnen. Ob dies aufgrund mangelnder juristischer Beratung – bei einer Verjährungsverzichtserklärung handelt es sich schließlich in keiner Weise um ein Schuldanerkenntnis, sondern im vorliegenden lediglich um reine Prozessvermeidungsstrategie – oder aus anderen Überlegungen geschah, kann im Nachhinein dahin gestellt bleiben. Ergebnis dieser Weigerung war, dass sich private wie gesetzliche Krankenkassen zur Wahrung ihrer (potentiellen) Forderungen gezwungen fühlten, diese im Klageverfahren geltend zu machen.

Zum Zeitpunkt der Klageerhebungen – die frühesten datieren bereits auf das Jahr 2008 – war die rechtliche Erörterung jedoch noch weit vom heutigen Kenntnisstand der Beteiligten entfernt. Dies zog es nach sich, dass die klagenden Krankenkassen einen Anspruch in Höhe des vollen Umsatzsteuerbetrages von 19 Prozent geltend machten. Darüber, dass ein Anspruch auf einen solchen Betrag den Krankenkassen nicht zustehen dürfte, herrscht mittlerweile nahezu Einigkeit. Dies begründet sich schon darin, dass die Krankenhäuser diesen Betrag, wie die weiteren Ausführungen zeigen, nicht vollständig von den Finanzämtern erstattet bekommen werden.

Probleme der laufenden Klageverfahren

Aus den Abrechnungsmodellen (vgl. Abb. 1) ergeben sich auch die prozessualen Probleme der laufenden Klageverfahren. Es stellen sich insbesondere die folgenden Fragen:

- Richten sich die Klagen gegen den richtigen Adressaten?
- Wurde die Klageforderung der Höhe nach korrekt bemessen?
- Besteht ein Anspruch dem Grunde nach?
- Sind die angerufenen Sozialgerichte zuständig?
- Inwieweit ist ein Krankenhaus zur Mitwirkung bei der Abrechnung mit den Finanzämtern verpflichtet?
- Dürfen die Krankenhäuser nach Bekanntwerden des BFH-Urteils die steuerrechtliche Veranlagung der Vorjahre überhaupt schließen?

Anhand dieser schlaglichtartig aufgeworfenen Fragen wird bereits die Komplexität der von den Sozialgerichten zu treffenden Entscheidungen deutlich. Dieser Problematik ist man zunächst begegnet, indem man die Verfahren zum einen ruhend gestellt und zum anderen die Krankenkassen von den Krankenhäusern für jedes Jahr eine neue Verjährungsverzichtserklärung angefordert haben.

Dieses Vorgehen ist nicht nur langatmig und wenig zielführend, es ist auch rechtlich fragwürdig. Eine Ruhendstellung bedeutet normalerweise, dass das Verfahren weiter anhängig ist und nur zum jetzigen Zeitpunkt nicht betrieben wird. Einige Sozialgerichte vertreten jedoch die Auffassung, dass sechs Monate nach dem Ruhensbeschluss die Verjährung erneut zu laufen beginnt.

Erstattungsansprüche aus dem Vertragsverhältnis

Neben diesen prozessualen Problemen bleibt die Hauptfrage für den Juristen, ob die Krankenhäuser überhaupt zur Rückforderung gegenüber dem Finanzamt verpflichtet sind. Denn ohne eine solche Pflicht zur Rückforderung und eine damit verbundene potentielle Auszahlung, kann kein Anspruch der Krankenkassen auf Weiterreichung des vollen oder auch nur eines Teilbetrages bestehen.

Rechtsgrundlagen

In Betracht kommen für die vorliegenden Fälle zwei Rechtsgrundlagen. Zum einen der bürgerlich-rechtliche Leistungskondiktionsanspruch[6], zum anderen der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch [7]. Beide Rechtsinstitute erfassen denselben Gegenstand und sind aufgrund ihres Exklusivitätsverhältnisses voneinander abzugrenzen. Dies erfolgt anhand der Art des Rechtsverhältnisses[8], also ob das Rechtsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich zu qualifizieren ist. Das konkrete Rechtsverhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorliegenden findet – wie oben beschrieben – seine Grundlage in einem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken im Sinne des § 129a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dabei handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag. Aufgrund dieser Einordnung[9] sind die hier infrage stehenden Rückforderungsansprüche nicht zivilrechtlich, sondern nach den Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs zu prüfen.

Voraussetzungen

Zunächst muss für das Bestehen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs eine Vermögensverschiebung stattgefunden haben. Gemeint ist jedwede Verbesserung der Vermögenslage des Bereicherungsschuldners. Hier ist eine Vermögensverschiebung von den Krankenkassen an die Krankenhäuser (bzw. unmittelbar die Abrechnungszentren) durch Zahlung des Kaufpreises für die Zytostatika inklusive der darauf entfallenden Umsatzsteuer eingetreten.

Diese Vermögensverschiebung müsste ohne Rechtsgrund stattgefunden haben oder ein ursprünglich bestehender Rechtsgrund müsste später weggefallen sein. Für das Vorliegen eines solchen Rechtsgrundes kommt es entscheidend darauf an, ob die Beteiligten im zugrunde liegenden Vertrag einen Brutto- oder Nettopreis vereinbart haben (s.o.).

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Rechtsgrund für die von den Kranken-

kassen an das Krankenhaus gezahlte Umsatzsteuer akzessorisch mit dem Bestehen eines Rechtsgrundes für die Umsatzsteuerabführung im Umsatzsteuerverhältnis zwischen Finanzamt und Umsatzsteuerschuldner steht und fällt.

Nettopreisvereinbarungen fehlt es ergo am Rechtsgrund für die gezahlte Umsatzsteuer, sobald die Umsatzsteuerpflicht seitens des Fiskus verneint wird. Streitig bleibt, zu welchem Zeitpunkt dies mit „Außenwirkung“[10] geschehen ist. In dieser Frage besteht weder Einheitlichkeit in den bisher ergangenen gerichtlichen Entscheidungen noch zwischen den Beteiligten. Unstreitig ist, dass die Rechtslage jedenfalls durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt, hier den Jahresumsatzsteuerbescheid, beeinflusst wird. Dieser setzt den Steuerbetrag mit Bestandskraft bindend fest und entfaltet ab diesem Zeitpunkt Außenwirkung hinsichtlich der Frage des Bestehens oder des Fehlens eines Rechtsgrundes im Verhältnis der Beteiligten. Wird jedoch gegen den Jahresumsatzsteuerbescheid Einspruch eingelegt, fehlt es an der Bestandskraft und damit an der Grundlage für eine dem Bereicherungsanspruch stattgebende Entscheidung. Vielmehr ist infolge des Umsatzsteuerausweises und der Voranmeldung – unter Vorbehalt – gegenwärtig noch vom Bestehen eines Rechtsgrundes und damit dem Bestehen eines Schwebezustandes auszugehen.[11] Bis zur Rechnungsberichtigung besteht damit für die Krankenhäuser die Pflicht zur Zahlung des ausgewiesenen Betrags an das Finanzamt fort.[12]

Steuerrechtliche Erstattungsproblematik

Für ein besseres Verständnis der Erstattungsproblematik werden nachfolgend wesentliche Beispiele für die steuerrechtliche Veranlagung der Krankenhäuser dargestellt:

Beispiel 1

Für die zu korrigierenden Steuerjahre ist eine Festsetzungsverjährung eingetreten

Aufgrund der eingetretenen Festsetzungsverjährung kann die Veranlagung der Lieferungen von Arzneimitteln für gesetzlich versicherte Patienten durch eine korrigierte Steuererklärung nicht (mehr) geändert werden. Auch ein sozialrechtlicher Erstattungsanspruch, ist in diesen Fällen – wie oben dargestellt – nicht gegeben.

Beispiel 2

Es liegt ein Steuerbescheid vor; die Veranlagung erfolgte unter dem Vorbehalt der Nachprüfung

Aufgrund dieses Vorbehaltes kann die Finanzverwaltung die Vorsteuerbeträge trotz erlassenem Steuerbescheid nachträglich korrigieren. Die erste Problematik, welcher die Krankenhäuser bei dieser Aufarbeitung begegnen werden, ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Abrechnungsvarianten für privat und gesetzlich Versicherte, denn gegenüber dem Finanzamt ist nur eine einheitliche Rückabwicklung möglich.[13]

Die zweite Problematik ergibt sich aus der oben dargestellten notwendigen Vorsteuerkorrektur. Die Regelungen des § 15a UStG ermöglichen hierbei eine Korrektur des Vorsteuerabzuges bei Wirtschaftsgütern die teilweise im steuerpflichtigen Bereich (Lieferung von Zytostatika an ambulante Patienten) und teilweise im steuerfreien Bereich (z. B. Versorgung der stationären Patienten) eingesetzt werden. Wirtschaftsgüter sind hierbei innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren und Immobilien innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren zu korrigieren. Die Regelungen des § 15a UStG sind hinsichtlich Ihrer praktischen Anwendung sehr komplex.

Eine Korrektur der abgeführten Umsatzsteuern für die Belieferung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung ist über die Korrektur der umsatzsteuerlichen Veranlagung möglich. Für eine solche Korrektur ist jedoch erforderlich, dass noch keine Festsetzungsverjährung eingetreten ist. Der Bescheid wurde vorliegend unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erlassen, dieser entfällt mit Ablauf der Festsetzungsfrist.[14] Die Umsatzsteuererklärung wird in der Regel in dem Jahr abgegeben, welches dem Veranlagungsjahr folgt. Für Umsätze aus dem Jahr 2015 zum Beispiel im Jahr 2016. Die Festsetzungsfrist beträgt vier Jahre[15]. Sie beginnt mit Ablauf des Jahres in welchem die Steuerklärung abgeben wird. Beginn des Fristlaufes für Umsätze aus dem Jahr 2015 ist das Jahr 2017. Es entsteht in diesem Fall ein Zinsanspruch zugunsten des Krankenhauses. Die gezahlte Umsatzsteuer aus der Abrechnung der Medikamente sollte hierbei in der Regel die Vorsteuern aus dem Medikamenteneinkauf, den Investitionen und sonstigen Kosten überwiegen, so dass dem Krankenhaus auch bei einer Korrektur gegenüber der Finanzverwaltung keine Nachteile entstehen. Sollten jedoch die Vorsteuerbeträge überwiegen, entsteht ein Rückzahlungsanspruch der Finanzverwaltung gegen das Krankenhaus. Das Interesse des jeweiligen Krankenhauses an einer Korrektur gegenüber der Finanzverwaltung dürfte daher in diesen Fällen eher gering sein.

Beispiel 3

Ein Steuerbescheid liegt vor; die Veranlagung erfolgte unter dem Vorbehalt der Nachprüfung; zusätzlich wurde Einspruch eingelegt

In diesem Fall kann das zuständige Finanzamt – im Rahmen der Einspruchsentscheidung – Umsatz und Vorsteuer korrigieren. Im Übrigen gilt das zu Beispiel 2 Gesagte. Soweit Rechnungen mit offenem Steuerausweis erstellt wurden, muss das Krankenhaus jedoch berichtigte Rechnungen nach §§ 14 C Absatz 1 Satz 2,17 Absatz 1 UStG erstellen. Eine einfache Korrektur der Umsatzsteuererklärung reicht in diesen Fällen nicht aus.

Steuerrechtliches Fazit
Wie die Beispiele zeigen, entstehen aus der Abrechnungskorrektur für die Krankenhäuser in der Regel Zinsansprüche gegenüber der Finanzverwaltung.

Eine Korrektur von Abrechnungen der privat versicherten Patienten erfolgt auf einer anderen rechtlichen Grundlage. Hierbei ist nicht auszuschließen, dass die Finanzverwaltung nun Zinsansprüche gegenüber den Krankenhäusern hat. Ein „Rosinenpicken" wird die Finanzverwaltung jedoch nicht zulassen. Es ist davon auszugehen, dass eine Abstimmung mit der Finanzverwaltung nur erreicht wird, wenn sowohl die Fälle der privaten als auch der gesetzlichen Versicherung korrigiert werden. Das BMF-Schreiben ermöglicht hierbei die Zusammenfassung der Rechnungsberichtigung in einem Dokument. Die näheren Detailfragen für diese zusammenfassende Rechnungskorrektur müssen mit der Finanzverwaltung im Einzelfall abgestimmt werden.

Es dürfte sich daher in der Krankenhauslandschaft ein differenziertes Bild der möglichen Korrekturen ergeben. Abhängig insbesondere davon, ob die Steuererklärung bereits bestandskräftig ist. Auch eine Steuerkorrektur im Rahmen einer Betriebsprüfung wird in vielen Fällen möglich und oft pragmatisch sein.

Fazit

Im Rahmen der bilateralen Gespräche zwischen den Krankenversicherungen (private und gesetzliche) und den betroffenen Krankenhäusern werden diese strukturellen Unterschiede bei der Frage nach möglichen Erstattungsansprüchen zu berücksichtigen sein. Ein Dialog über individuelle Vergleichsvereinbarungen stellt daher den sinnvollsten Weg zur Klärung dieser komplexen Abrechnungsproblematik dar. Ob die bereits teilweise genutzte Alternative der Klärung im Klageweg überhaupt ähnlich erfolgsversprechend sein kann, bleibt abzuwarten. Gerade für die Krankenhäuser ist gut abzuwägen, ob die Weigerung das komplexe steuerrechtliche Erstattungsverfahren anzustoßen nicht andererseits die Gefahr beinhaltet, in späteren Jahren durch ein für das Haus negatives Sozialgerichtsurteil zur Erstattung der zu viel berechneten Vorsteuer herangezogen zu werden. Ein Erstattungsbetrag durch die Finanzverwaltung könnte dann nicht mehr als Ausgleich realisiert werden.

Wie so oft im Rahmen der komplexen Verflechtungen und Verpflichtungen der einzelnen Sozialrechtsträger zueinander, ist hier nach Ansicht der Autoren eine praxisnahe, für alle Seiten befriedigende Lösung nicht im (gerichtlichen) Streit, sondern vielmehr in gemeinsamen Gesprächen und Vergleichen zu finden.

Freya Heitland
KBS/Recht, Justitiariat
Wasserstr. 215
44799 Bochum
Alexander Wiemann
KBS/Finanzen, Zentrales Controlling
Büro der Abteilungsleitung
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

[1] Zytostatika sind Arzneimittel, welche die Zellteilung hemmen und zur Behandlung von Krebserkrankungen durch Chemotherapie eingesetzt werden. Chemotherapien gehören zu den zentralen Säulen der Krebstherapie, medizinisch wie ökonomisch haben Zytostatika damit eine hohe Bedeutung. Die Medikamente zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass jedes einzelne patientenindividuell hergestellt werden muss. Der Produktionsprozess erfolgt nach strengen Hygienevorgaben entsprechend der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) und der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV). Die Abgabe der Medikamente an den Patienten erfolgt im Rahmen einer allgemeinen vertriebsrechtlichen Regelung. Gesetzliche Grundlage für eine ambulante Abgabe der Medikamente durch Krankenhausapotheken ist § 14 Absatz 7 ApoG, welcher die Möglichkeit der Abgabe von Medikamenten von einer Krankenhausapotheke an ambulante Patienten des Krankenhauses statuiert.

[2] § 129a SGB V

[3] Auf die Problematik im Hinblick auf privatversicherte Patienten wird im Rahmen dieses Artikels nicht eingegangen.

[4] § 78 AMG und § 4 und 5 Arzneimittelpreisverordnung – AMPreisV- (für gesetzlich Versicherte wiederum in Verbindung mit dem jeweiligen Landesvertrag)

[5] § 300 Absatz 2 SGB V

[6] §§ 812 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

[7] Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch entspricht dogmatisch gesehen dem privatrechtlichen Bereicherungsanspruch im Sinne des §§ 812 ff. BGB. Zu Unrecht erfolgte öffentlich-rechtliche Vermögensverschiebungen sollen rückgängig gemacht werden. Es gibt spezialgesetzliche Ausprägungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches (bspw. § 49a VwVfG für Rückforderungen wegen eines aufgehobenen Verwaltungsakts). Nur soweit es keine spezialgesetzlichen Anspruchsgrundlagen gibt, ist auf den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch einzugehen! Dieser ist nicht gesetzlich normiert, nach ganz allgemeiner Ansicht aber gewohnheitsrechtlich anerkannt, nach anderer Ansicht beruht er auf einer Analogie zu §§ 812 ff. BGB.

[8] BSG 3. August 2006 – B 3 KR 7/06 R.

[9] Diese Einordnung ausführlich begründend: Greiner, Gutachten für die deutsche Krankenhausgesellschaft (2017) Seite 7 ff.

[10] Greiner, Gutachten für die deutsche Krankenhausgesellschaft (2017) Seite 17 f.

[11] § 18 UStG in Verbindung mit § 168 AO Festsetzung unter Vorbehalt

[12] § 14c Absatz 1 Satz 1 UStG

[13] vergleiche Penner, ZESAR 5./6.17, Seite 211

[14] § 164 Absatz 4 Abgabenordnung (AO)

[15] § 169 Absatz 2 Nr.2 AO

© vectorfusionart - Fotolia.com

ULRICH PASCHEK

Der Kurs für das Jahr 2018

Haushalt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verabschiedet

Nachdem die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) in ihren Sitzungen am 16. und 24. November 2017 den Haushaltsplan 2018 auf- beziehungsweise festgestellt hat, wurde er von der Bundesregierung – nach verschiedenen Abstimmungsgesprächen mit allen Beteiligten – im Rahmen der Kabinettssitzung am 10. Januar 2018 genehmigt. Im Jahr 2018 will die KBS 49,5 Mrd. Euro für soziale Sicherheit ausgeben. Der Anstieg dieses Gesamthaushaltsvolumens gegenüber dem Vorjahr beträgt 0,9 Mrd. Euro (= 1,8 v. H.). Die KBS ist damit im Hinblick auf das Finanzvolumen nach der Deutschen Rentenversicherung Bund der zweitgrößte Sozialversicherungsträger in Deutschland.

Die Planungen der KBS für das Jahr 2018 wurden im Vorfeld der Haushaltsplangenehmigung in einer Vielzahl von Abstimmungsgesprächen insbesondere mit den Bundesressorts (Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS, Bundesministerium für Gesundheit – BMG, Bundesministerium der Finanzen – BMF) sowie den Aufsichtsbehörden (Bundesversicherungsamt – BVA, Bundesrechnungshof – BRH) abgestimmt. In diesen Gesprächen wurden Überlegungen und Ansätze der KBS letztlich bestätigt.

Das Gesamtvolumen des Haushaltsplanes 2018 der KBS teilt sich im Wesentlichen auf folgende Bereiche auf:

Leistungshaushalte
Das Ausgabenvolumen des originären Haushaltes, also für die Leistungsbereiche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, allgemeine und knappschaftliche Rentenversicherung, beläuft sich auf 34,090 Mrd. Euro; somit wird der Vorjahresbetrag um 0,597 Mrd. Euro (= 1,8 v. H.) überschritten. Deutliche Veränderungen bei den Planungen im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich insbesondere in der Pflegeversicherung (- 4,8 v. H.) und der allgemeinen Rentenversicherung (+ 5,5 v. H.).

Wirtschaftspläne, Sondervermögen
Hinzu kommen die Ausgabenvolumina der Eigenbetriebe, also der Rehabilitationseinrichtungen, die in den Wirtschaftsplänen als Anlage zum Haushaltsplan gesondert nachgewiesen werden. Hier ergibt sich ein Gesamtbetrag von 68,359 Mio. Euro mit einem

Anstieg gegenüber dem Vorjahr aufgrund allgemeiner Preissteigerungen um 1,649 Mio. Euro beziehungsweise 2,5 v. H. Die drei Sondervermögen der KBS, die Arbeitgeberversicherung zum Ausgleich der Aufwendungen der Arbeitgeber für ihre Beschäftigten im Krankheits- beziehungsweise Mutterschaftsfall, die Seemannskasse und die Renten-Zusatzversicherung, weisen für das Jahr 2018 ein Haushaltsvolumen von insgesamt 844,970 Mio. Euro auf. Damit wird der Vorjahresbetrag um 36,080 Mio. Euro oder 4,1 v. H. unterschritten. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben des knappschaftlichen Mehrleistungssystems der Krankenversicherung umfasst ein Finanzvolumen von 61,086 Mio. Euro; dies ist ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 6,4 v. H.

Auftragsgeschäfte

Das Volumen der im Rahmen von Auftragsgeschäften übernommenen Aufgaben wird in der Finanzübersicht „Durchlaufende Posten“ mit insgesamt 14,475 Mrd. Euro ausgewiesen. Von dem Gesamtbetrag entfallen auf den Bereich des Einzugs der Pauschalabgaben für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (sog. Minijobs) 7,973 Mrd. Euro. Der Zuwachs beläuft sich gegenüber dem Vorjahr auf 267,380 Mio. Euro (3,5 v. H.). Des Weiteren sind hier die diversen Auftragsgeschäfte der verschiedenen Kassenabteilungen der KBS (z. B. Leistungen im Auftrag der Unfallversicherung oder von Sozialhilfeträgern) mit einem Gesamtvolumen von 6,502 Mrd. Euro etatisiert.

Die Aufteilung des Gesamtvolumens des Haushalts 2018 auf die genannten Bereiche ist in der Abb. 1 dargestellt. Die Entwicklung seit dem Jahr 2008 zeigt die Abb. 2.

Abb. 1: Haushalt 2018 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See - in 1.000 Euro -

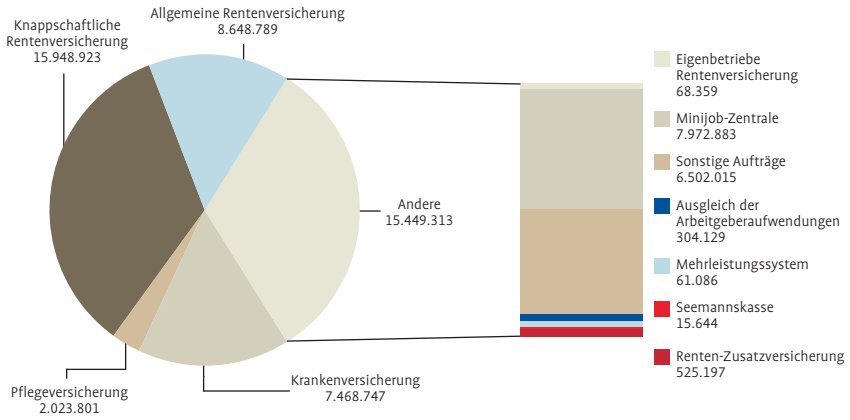
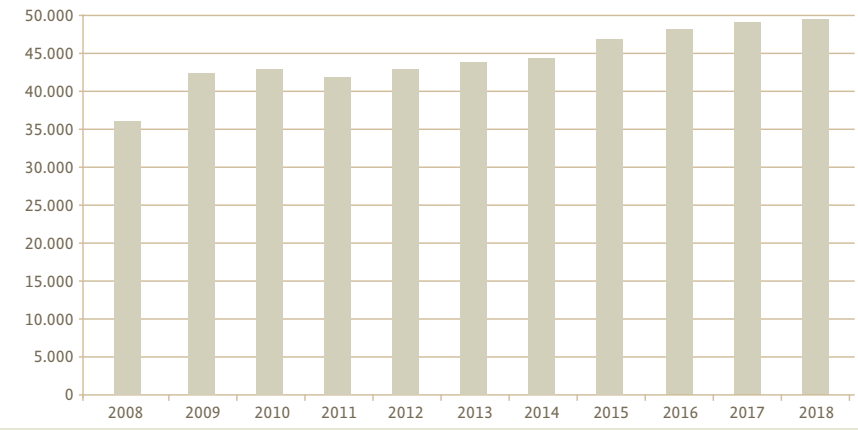


Abb. 2: Entwicklung des Haushaltsvolumens der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2008 bis 2018 - in Mio. Euro -



Krankenversicherung

Versichertenentwicklung

Die gesetzliche Krankenversicherung erwartet für das Jahr 2018 aufgrund der Bevölkerungsentwicklung einen Anstieg der Versichertenzahl um 1,0 v. H. Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen haben seit der Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge zum 1. Januar 2015 nach einem verhaltenen Start mittlerweile an Fahrt aufgenommen. Das BMG hat für das Jahr 2018 eine Schätzung akzeptiert, nach der der kassendurchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Jahr 2018 von vormals 1,1 auf 1,0 v. H. sinkt. Einige Kassen folgen dieser Annahme und senken ihren Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2018 moderat. Jedoch zeigen die Finanzergebnisse einzelner Krankenkassen, dass für diese ein nicht unerheblicher Druck auf den Zusatzbeitragssatz besteht. Daher ist anzunehmen, dass es im Jahr 2018 tendenziell eher zu Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes kommen wird.

Die KNAPPSCHAFT zeichnete sich in der Vergangenheit durch das Bestreben aus, den Beitragssatz stabil zu halten und kurzfristige Veränderungen zu vermeiden. Demzufolge ist auch im Jahr 2018 keine Anpassung ihres Zusatzbeitragssatzes im Vergleich zum Vorjahr erforderlich. Aufgrund der absehbaren Beitragssatzanpassungen anderer Kassen und des aktualisierten zeitgemäßen und kundenorientierten Leistungskatalogs der KNAPPSCHAFT dürften Versichertenhinzugewinne

im Verlauf des Jahres 2018 zu erwarten sein. Auf der anderen Seite sind bei der KNAPPSCHAFT nennenswerte Versichertenverluste durch die hohe Mortalität des Versichertenbestandes absehbar.

Insofern wurde auf der einen Seite bei der Kalkulation der Anzahl der zu betreuenden Mitglieder eine Verringerung der Zahl der versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragssteller um 2,9 v. H. unterstellt. Auf der anderen Seite wird auf der Basis der aktuellen Entwicklungen eine Zunahme der Zahl der Pflichtmitglieder um 0,3 v. H. erwartet. In der Summe führt dies zu einem jahresdurchschnittlichen Versichertenbestand von 1.614.000, was einer Verminderung gegenüber dem Jahr 2017 von 1,4 v. H. entspricht.

Finanzsituation 2018

Nachdem der Schätzerkreis seine Kalkulation zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt hatte, machte das BMG am 23. Oktober 2017 im Bundesanzeiger einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,0 Prozent für das Jahr 2018 bekannt.

Bei der Haushaltsplanung für das Jahr 2018 konnte die KNAPPSCHAFT auf die wesentlichen Eckdaten des Gesundheitsfonds und des Schätzerkreises zurückgreifen, da die Bundesressorts für den Haushaltsplan 2018 ihr Einverständnis erklärt hatten, von der gesetzlichen Sollvorgabe zur Vorlage des von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplanes abzuweichen.[1] Insofern war der Haushaltsplan erst in der zweiten Hälfte des Monats November 2017 der Bundesregierung zur Genehmigung vorzulegen.

Auf der Einnahmenseite wurden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowohl für Leistungsausgaben als auch für sonstige Ausgaben in Höhe von 6,929 Mrd. Euro etatisiert. Zur Deckung des Ausgabenüberschusses wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz der KNAPPSCHAFT von 1,3 v. H. berücksichtigt. Daraus resultieren weitere Einnahmen von 432,8 Mio. Euro.

Bei der Schätzung der Kostensteigerungsrate für das Jahr 2018 für Leistungsausgaben konnte im Schätzerkreis kein Einvernehmen erzielt werden. Während die Kassenseite einen Ausgabenanstieg um 3,5 v. H. je Versicherten erwartet, kalkuliert das BMG zusammen mit dem BVA lediglich mit einem Zuwachs um 3,1 v. H.

Die Zurückhaltung bei der Einschätzung für das Jahr 2018 auf Seiten des BMG/BVA ist vermutlich Konsequenz aus der Fehleinschätzung für das Vorjahr. Im Herbst 2016 erwartete der Schätzerkreis für das Jahr 2017 einen Anstieg der Leistungsausgaben um 3,9 v. H. Im Herbst 2017 reduzierte er seine Erwartung für das Jahr 2017 um 1,2 Prozent-Punkte auf 2,7 v. H. Allein diese Differenz ergibt GKV-weit ein Finanzvolumen von 2,750 Mrd. Euro, die zu einem großen Teil die Ergebnisentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 erklärt.

Aufgrund spezifischer Maßnahmen im Kostenmanagement, welche die KNAPPSCHAFT bereits im Jahr 2015 eingeleitet hat, wurde im Haushalt eine Kostensteigerung unterhalb der Erwartungen des Schätzerkreises von 3,2 v. H. unterstellt; und dies trotz gleichzeitig steigender Morbidität, woraus ein zusätzlicher Ausgabenanstieg resultiert.

Die Struktur der Einnahmen und der Ausgaben des Jahres 2018 mit einem Gesamtvolumen von 7,458 Mrd. Euro ist in der Abb. 3 dargestellt.

Der Anteil der Verwaltungs- und Verfahrenskosten an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung ist mit 4,0 v. H. – im Vergleich zu den übrigen gesetzlichen Krankenkassen – weiterhin unterdurchschnittlich. Nach der GKV-Finanzschätzung für 2018 wird im Durchschnitt mit einem Anteil von 5,0 v. H. ausgegangen. Um die Rechtsfolgen des § 318 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hinsichtlich der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds zu erreichen, hat die KBS die Verwaltungsausgaben in der Differenzierung des Kontenrahmens für die Träger der Krankenversicherung ausgewiesen. Das BVA hat diesen Ausweis mit Bescheid vom 14. November 2017 anerkannt und genehmigt. Damit erhält die KNAPPSCHAFT Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben nach denselben Kriterien wie alle anderen Krankenversicherungsträger. Wäre dieser Nachweis seitens der KBS nicht erbracht oder vom BVA nicht akzeptiert worden, würde die KNAPPSCHAFT für 2018 lediglich GKV-durchschnittliche Zuweisungen für Verwaltungskosten erhalten. Damit wäre das vermehrte Arbeitsaufkommen aufgrund der erhöhten Morbidität der Versicherten der KNAPPSCHAFT bei der Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten unberücksichtigt geblieben.

Das sogenannte Mehrleistungssystem, in dem die Einnahmen und Ausgaben von freiwillig versicherten Mitgliedern ausgewiesen sind, entwickelt sich bezogen auf die Teilnehmerzahl aufgrund seiner Abgeschlossenheit weiterhin rückläufig. In dieser Versicherung können Mitglieder eine Risikoabsicherung für Zweitbettzimmer-Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung bei einem Krankenhausaufenthalt erwerben. Aufgrund des Rückgangs der Zahl der Berechtigten, die an diesem System teilhaben können (der Anspruch zur Teilnahme an der Versicherung muss am 31. März 2007 bestanden haben), sinkt das Haushaltsvolumen im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr auf voraussichtlich 61,086 Mio. Euro (= - 6,4 v. H.).

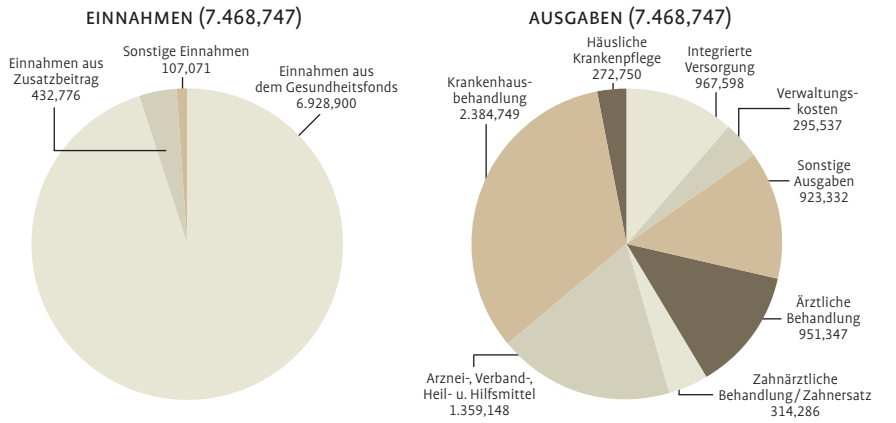
Pflegeversicherung

Das Haushaltsvolumen der Pflegeversicherung für das Jahr 2018 beläuft sich auf insgesamt 2,023 Mrd. Euro und wird damit im Vergleich zur Planung des Vorjahres um 4,8 v. H. (= 101,331 Mio. Euro) reduziert. Diese deutliche Absenkung korrigiert Einschätzungen aus der Umsetzung des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II). Aus diesem Gesetz, mit dem eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ein neues Begutachtungsassessment verbunden waren, resultieren zwar einerseits nennenswerte Leistungsverbesserungen, die zu einem Ausgabenanstieg führen. Pflegebedürftig sind ab dem 1. Januar 2017 Personen, die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen. Die bislang geltenden drei Pflegestufen wurden durch Pflegegrade abgelöst, die der Pflegebedürftigkeit des Einzelnen besser gerecht werden sollen. Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von einer geringen Beeinträchtigung (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5). Andererseits sind die Annahmen des Gesetzgebers hinsichtlich des Veränderungsvolumens der gesetzlichen Neuregelung nicht in vollem Umfang eingetreten.

Im Jahr 2018 werden in der Pflegeversicherung der KNAPPSCHAFT 168.200 Pflegebedürftige erwartet. Nach der Kalkulation im Zuge der Haushaltsplanung für 2018 werden davon 125.800 ambulant und 42.400 stationär pflegebedürftig sein.

Die Einnahmen wurden auf der Basis der erwarteten Mitgliederentwicklung und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes von 2,55 v. H. beziehungsweise 2,80 v. H. für kinderlose Mitglieder kalkuliert. Es ergeben sich Beitragseinnahmen in Höhe von 441,744 Mio. Euro. Aus der immer noch alterslastigen Versichertenstruktur resultiert eine Eigenfinanzierungsquote von lediglich 21,9 v. H. (Haushaltsplan 2017: 21,1 v. H.). Der Differenzbetrag zur Deckung der Ausgaben muss aus dem vom BVA verwalteten Ausgleichsfonds mit einem Volumen von 1,576 Mrd. Euro finanziert werden.

Abb. 3: Haushalt 2018 der Krankenversicherung - in Mio. Euro -

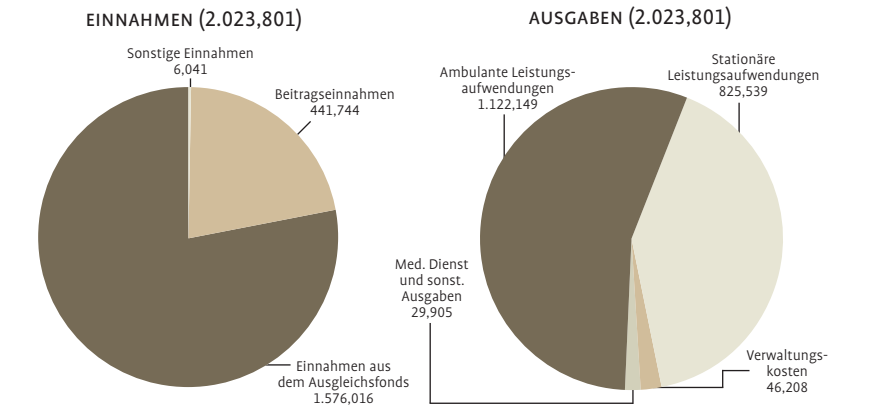


Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben ist in Abb. 4 dargestellt.

Als Verwaltungskostenerstattung an die Krankenversicherung sind insgesamt 46,208 Mio. Euro veranschlagt. Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten sind von den Pflegekassen in Höhe von 3,2 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkassen pauschal zu erstatten.[2] Dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Absatz 4 Satz 5 SGB XI und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b SGB XI (Zahlung bei Überschreitung der Begutachtungsfristen) zu vermindern. Der Erstattungssatz von 3,2 v. H. betrug im Vorjahr noch 3,5 v. H. Die Aufwendungen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 2,3 (Vorjahr: 2,6 v. H.) der Gesamtausgaben der Pflegekasse dar.

Für den Aufwand des Sozialmedizinischen Dienstes bei der Begutachtung, Qualitätssicherung und -kontrolle der Pflegefälle werden Mittel in Höhe von 26,465 Mio. Euro bereitgestellt.

Abb. 4: Haushalt 2018 der Pflegeversicherung - in Mio. Euro -



Knappschaftliche Rentenversicherung

Der Haushalt der knappschaftlichen Rentenversicherung ist mit 15,949 Mrd. Euro weiterhin der größte Einzeletat. Im Vergleich zum Vorjahr werden die Einnahmen und Ausgaben voraussichtlich um 1,5 v. H. (= 241,389 Mio. Euro) ansteigen.

Entsprechend den bei der Haushaltsaufstellung bekannten Eckwerten ging die KBS bei ihrer Planung für 2018 von einem Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung von 18,7 v. H. und daraus resultierend für die knappschaftliche Rentenversicherung von 24,8 v. H. aus. Mit der Verordnung zur Bestimmung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Jahr 2018 (Beitragssatzverordnung 2018 – BSV 2018) der Bundesregierung vom 22. November 2017 wurden diese Werte beginnend mit dem Jahr 2018 auf 18,6 beziehungsweise 24,7 v. H. reduziert.

Zum 1. Juli 2018 wird eine Rentenanpassung erwartet, die nach den Annahmen der Deutschen Rentenversicherung Bund, wie sie zum Zeitpunkt der Haushaltsplanerstellung vorlagen, rein rechnerisch 2,90 v. H. (West) beziehungsweise 3,03 v. H. (Ost) betragen wird.

Aufgrund der gegebenen Altersstruktur des bisherigen (bergbaunahen) Betreuungspotentials wurde weiterhin von einer Verringerung der Rentnerzahl ausgegangen. Durch einen Zuwachs der Rentner aus der Sonderzuständigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung (Ein-Monats-Regelung) ergibt sich nur eine Teilkompensation, so dass der Rentenbestand 2018 insgesamt leicht rückläufig sein wird. Es werden jedoch noch immer 989.000 Rentner durch ein eigenes Rentenzahlverfahren betreut.

Größte Einnahmeposition der knappschaftlichen Rentenversicherung ist der von der allgemeinen Rentenversicherung zu tragende Wanderversicherungsausgleich. Für anteilige Erstattungen der von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu Lasten der allgemeinen Rentenversicherung mitausgezahlten Leistungsanteile für Renten- und Zusatzleistungen (einschl. KVdR-Anteile) sowie Erstattungen für Leistungen zur Teilhabe werden insgesamt 7,285 Mrd. Euro (2017: 7,157 Mrd. Euro) erwartet. Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus der Zunahme der Rentenzahlfälle aus der sogenannten Ein-Monats-Regelung.

Der zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlte Bundeszuschuss stagniert nahezu im Vergleich zum Vorjahr; es wurde ein Betrag von 5,280 Mrd. Euro etatisiert. Die seit dem Jahr 2002 zu verzeichnende rückläufige Tendenz des Bundeszuschusses zur knappschaftlichen Rentenversicherung wird zurzeit durch die merklichen Rentenanpassungen, die nicht durch eine Bestandsverringerung kompensiert werden, gedämpft.

Insgesamt wird mit Rentenausgaben in Höhe von 14,548 Mrd. Euro gerechnet. Dies entspricht einem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 0,222 Mrd. Euro (+ 1,5 v. H.).

Die Kalkulation der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) basiert auf einem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 v. H. Hieraus errechnet sich ein von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu tragender „KVdR-Aufwand“ von 1.045,056 Mio. Euro, was einem leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 11,498 Mio. Euro entspricht.

Im Rahmen der Budgetregelung des § 220 Absatz 1 und 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) hat eine Abstimmung mit allen übrigen Rentenversicherungsträgern hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe stattgefunden. Das in diesem Rahmen ermittelte Nettovolumen für die knappschaftliche Rentenversicherung in Höhe von 139 Mio. Euro wurde bei der Etatisierung unterschritten. Veranschlagt wurde hier ein bedarfsgerechter Betrag von 131,505 Mio. Euro.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 0,7 v. H. an den Gesamtausgaben dar. Die gesetzliche Zielsetzung, die Verwaltungskosten bis zum Jahr 2010 um 10 v. H. der Ist-Ausgaben des Jahres 2004 zu senken, wurde im Einvernehmen aller Träger der Deutschen Rentenversicherung auch für die Folgejahre fortgeschrieben. Das hieraus resultierende Ausgabenbudget wird von der KBS eingehalten.

Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der knappschaftlichen Rentenversicherung ist in der Abb. 5 dokumentiert.

Allgemeine Rentenversicherung

Seit dem 1. Januar 2005 ist die heutige KBS für beide Versicherungszweige der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig, das heißt sowohl für die knappschaftliche als auch für die allgemeine Rentenversicherung. Als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist sie branchenbezogen zuständig für jene Versicherte, für die bisher die Zuständigkeit der Bahnversicherungsanstalt beziehungsweise der Seekasse gegeben war.[3] Für nach dem 30. September 2005 neu eingestellte Mitarbeiter des Trägers wird die Versicherung ebenfalls in der allgemeinen Rentenversicherung der KBS durchgeführt. Neben der branchenbezogenen Zuständigkeit werden der KBS in der allgemeinen Rentenversicherung ab dem 1. Januar 2005 zusätzlich Versicherte zur Erfüllung der Quotenregelung des § 127 SGB VI zugewiesen.

Alle Träger der allgemeinen Rentenversicherung bilden einen Finanzver-

Abb. 5: Haushalt 2018 der knappschaftlichen Rentenversicherung
- in Mio. Euro -

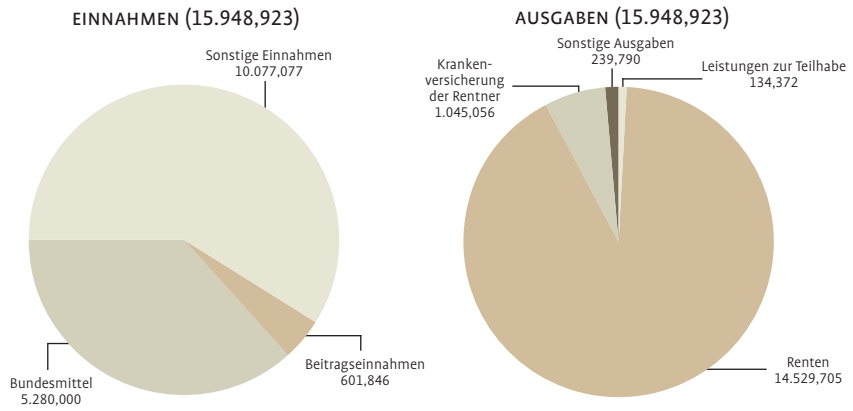
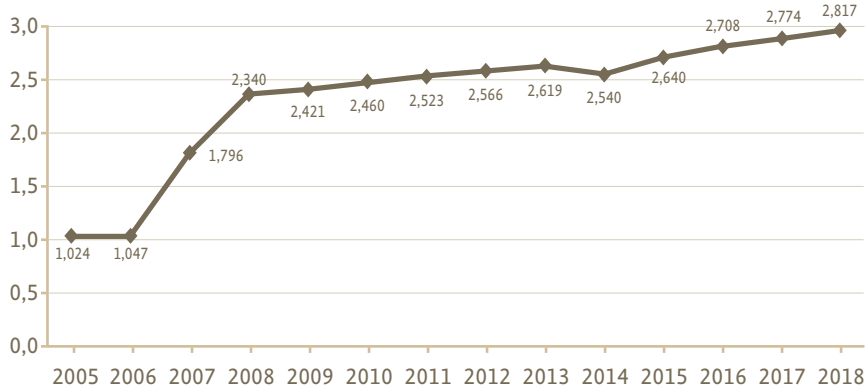


Abb. 6: Entwicklung des Beitragssatzanteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung 2005 bis 2018 – in Prozent –



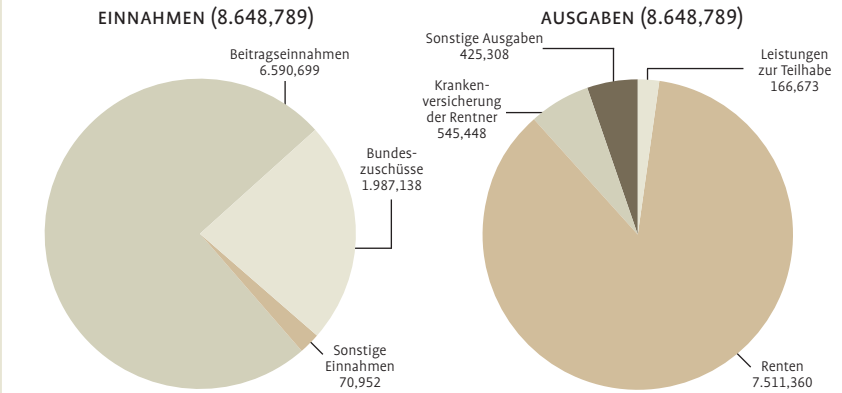
bund.[4] Sie tragen die Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung mit Ausnahme der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe, für Verwaltungs- und Verfahrenskosten sowie Investitionen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen. Bei den Einnahmen werden die Bundeszuschüsse, die Beitragszahlung des Bundes für Kindererziehungszeiten und die Erstattungen des Bundes – mit Ausnahme der Erstattung für Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI und die Erstattung nach § 290a SGB VI – sowie die gemeinsame Nachhaltigkeitsrücklage einschließlich der Erträge hieraus den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung ebenfalls nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen zugeordnet. Die Aufteilung erfolgt buchhalterisch.[5]

Die Weiterleitung von Beiträgen durch die Einzugsstellen an den Gesundheitsfonds, an die zuständigen Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit (BA) sowie die Aufteilung der Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung auf die einzelnen Träger regelt § 28k Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV). Danach leitet die Einzugsstelle den zuständigen Trägern die für diese gezahlten Beiträge arbeitstäglich weiter. Die Einzugsstellen teilen die Beiträge der allgemeinen Rentenversicherung nach einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgegebenen Schlüssel auf die Bundes- und Regionalebene auf. Der Verteilungsschlüssel 2018 berücksichtigt die Wanderung von Versicherten zwischen Bundes- und Regionalträgern am Jahresende 2015. Danach beträgt der Anteil für die Bundesträger (Deutsche Rentenversicherung Bund sowie KBS) 49,130 v. H. Auf die Regionalträger entfallen 50,870 v. H. der Beiträge. Von dem Anteil für die Bundesträger erhält die Deutsche Rentenversicherung Bund 94,265 v. H. und die KBS 5,735 v. H. Für den Anteil der KBS stellt dies im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 4,4 v. H. dar. Insgesamt erhält die KBS als Träger der allgemeinen Rentenversicherung 2,817 v. H. aller Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung. Beitragsabführungen erhält die allgemeine Rentenversicherung der KBS im Jahr 2018 von der trägereigenen Minijob-Zentrale, der Bahn-BKK und der Techniker Krankenkasse. Zudem verbleiben die Rentenversicherungsbeiträge der bei der KNAPPSCHAFT versicherten Beschäftigten im Hause, sofern sie nicht der knappschaftlichen Rentenversicherung gebühren. Die Entwicklung des Anteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung ist in der Abb. 6 dargestellt.

Auf der Basis einer gemeinsamen Finanzschätzung des BMAS und der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden für die allgemeine Rentenversicherung der KBS Beitragseinnahmen in Höhe von 6,591 Mrd. Euro geschätzt. Dies stellt im Vergleich zum Jahr 2017 eine Mehrung um 0,400 Mrd. Euro oder 6,5 v.H. dar. Zudem werden auf der Einnahmenseite rund 1,274 Mrd. Euro an allgemeinem Bundeszuschuss sowie 0,711 Mrd. Euro an zusätzlichem Bundeszuschuss erwartet.

Auf der Ausgabenseite werden 7,519 Mrd. Euro an Rentenausgaben sowie Netto-Ausgaben von 159,569 Mio. Euro für den Bereich Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht etatisiert. Das Finanzvolumen der allgemeinen Rentenversicherung beträgt insgesamt 8,649 Mrd. Euro. Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur ist in der Abb. 7 dargestellt.

Abb. 7: Haushalt 2018 der allgemeinen Rentenversicherung
- in Mio. Euro - (Brutto)



Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 1,4 v. H. der Gesamtausgaben dar. In Bezug auf die Ausgabendeckelung für diesen Bereich gilt das für die knappschaftliche Rentenversicherung Ausgeführte entsprechend.

Verwaltungs- und Verfahrenskosten

Eine nachhaltige Änderung bei der Technik der Veranschlagung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten hat das BMAS durch eine Kontenrahmenänderung ab dem Jahr 2017 bewirkt. Zum einen sind die Einnahmen und Ausgaben des Sozialmedizinischen Dienstes nicht mehr gesondert zu veranschlagen, sondern gemeinsam mit den übrigen Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Zum anderen wird für die Rentenversicherung – im Gegensatz zur Krankenversicherung – eine noch konsequentere Umsetzung des Bruttoprinzips angeordnet. Alle Verwaltungseinnahmen und Erstattungen für Verwaltungszwecke sind seit dem Jahr 2017 nicht mehr im Kapitel 7 des Haushaltsplanes, sondern auf Titeln des Kapitels 3 zu veranschlagen.

Minijob-Zentrale

Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde zum 1. April 2003 der damaligen Bundesknappschaft unter anderem durch Änderung des SGB IV die Zuständigkeit für den Einzug der Pauschalabgaben bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen übertragen. Die KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist damit aktuell Einzugsstelle der Pauschalbeiträge für rund 7,0 Mio. geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bei rund 2,3 Mio. Arbeitgebern. Seit dem 1. Januar 2006 wird dies auch für den Einzug des Beitrages zur gesetzlichen Unfallversicherung für die in Privathaushalten geringfügig Beschäftigten, die nach § 28 Absatz 7 SGB IV zu melden sind (sog. Haushaltsscheck-Verfahren), auf der Basis einer Verwaltungsvereinbarung mit dem Bundesverband der Unfallkassen praktiziert. Zudem wird aufgrund der Regelungen im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz – UVMG) die Umlage zum Insolvenzgeld ab dem 1. Januar 2009 durch die Krankenkassen und die Zentrale Stelle für Melde- und Beitragswesen (Minijob-Zentrale) eingezogen.[6]

Das Volumen der einzuziehenden pauschalen Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird für das Jahr 2018 auf insgesamt 7,782 Mrd. Euro geschätzt. Diese Beiträge sind in der dafür vorgesehenen gesonderten Anlage zum Haushaltsplan, in den sogenannten durchlaufenden Posten, nachgewiesen, da diese Gelder lediglich an den Gesundheitsfonds sowie die Träger der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, an die BA sowie an den Bund und die Kirchen weiterzuleiten sind und nicht in eigener Zuständigkeit bewirtschaftet werden. Wie sich der vorgenannte Gesamtbetrag zusammensetzt zeigt Abb. 8.

Diese Beitragseinnahmen der Minijob-Zentrale umfassen einen Anteil am GRV-Gesamtbeitragsvolumen von 1,7 v. H. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass der Anteil dieser Einnahmen am Gesamtbeitragssatz der Rentenversicherung von 18,6 v. H. rund 0,3 Prozentpunkte ausmacht. Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt beträgt der entsprechende Wert für den Anteil am Gesamtbeitragsvolumen 1,5 v. H. beziehungsweise bezogen auf den Anteil am Beitragssatz mehr als 0,2 Prozentpunkte.

Die Verwaltungskosten der Minijob-Zentrale werden im Rahmen der Kostenstellenrechnung erfasst und damit

Abb. 8: Pauschalabgaben für Minijobs

	Mio. Euro
Beitragseinnahmen Krankenversicherung	3.101,698
Beitragseinnahmen Rentenversicherung	3.931,863
Umlagen nach dem AAG	248,592
Beitragseinnahmen Unfallversicherung	13,230
Einnahmen Insolvenzgeldumlage	31,402
Steuereinnahmen incl. Kirchensteuer	455,021
zusammen: 7.781,806	

verursachungsgemäß zugeordnet. Diese Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen Einnahmen aus der Beitragseinzugsstellenvergütung der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie der BA und Erstattungen des Bundeszentralamtes für Steuern sowie sonstige Verwaltungseinnahmen gegenüberstehen.

Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2018 stehen für stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in den neun Reha-Kliniken der knappschaftlichen beziehungsweise der allgemeinen Rentenversicherung der KBS insgesamt 1.322 Betten und 75 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Aufwendungen umfassen in 2018 voraussichtlich insgesamt 68,359 Mio. Euro.

Investitionen

Im Haushaltsplan 2018 sind Investitionen in einer Größenordnung von 100,829 Mio. Euro vorgesehen. Diese Mittel sind eingeplant, um die Rehabilitationskliniken baulich und technisch zu optimieren, in der Verwaltung insbesondere den Bereich Datenverarbeitung.

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Auf der Grundlage des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) vom 22. Dezember 2005[7], das ab 1. Januar 2006 in Kraft ist, erbringt die KBS Versicherungsleistungen für rund 2,371 Mio. am Verfahren beteiligte Arbeitgeber. Damit dürfte die Arbeitgeberversicherung der KBS die größte Deutschlands sein. Bei der Haushaltsplanung 2018 wurde von folgenden Umlagesätzen ausgegangen: Im Bereich des Umlageverfahrens bei Krankheit beträgt der Umlagesatz 0,9 v. H., bei Mutterschaft 0,24 v. H. Mit diesen Umlagesätzen liegt die KBS deutlich unter dem bundesdurchschnittlichen Umlageniveau. Zu Beginn des Jahres 2018 konnte der Umlagesatz U2 (Mutterschaft) von vormals 0,30 auf 0,24 v. H. reduziert werden.

Der Erstattungssatz für Krankheitsfälle beträgt 80 v. H. und bei Mutterschaft 100 v. H. des fortgezahlten Entgelts. Insgesamt wird mit einem Finanzvolumen von rund 299,729 Mio. Euro im Jahr 2018 gerechnet. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr (+ 0,8 v. H.) resultiert aus einem leichten Anstieg der Erstattungen im Bereich des Umlageverfahrens U1 und einem Rückgang im Bereich des Umlageverfahrens U2.

Renten-Zusatzversicherung

Nach § 16 Gesetz zu Übergangsregelungen zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) wurde das Satzungsrecht der Bahnversicherungsanstalt zum 1. Oktober 2005 auf die KBS übergeleitet. Die entsprechenden Einnahmen, Leistungsaufwendungen und Verwaltungsausgaben der Renten-Zusatzversicherung werden in einem Sondervermögen getrennt von dem sonstigen Vermögen der KBS verwaltet. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben ist in einer Anlage zum Haushaltsplan der KBS zu führen, die nicht des Genehmigungsverfahrens nach § 71 SGB IV, sondern der Genehmigung des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur bedarf.

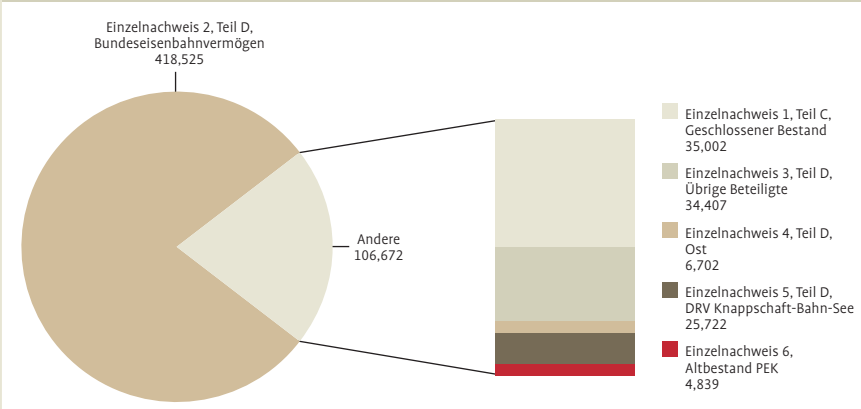
Bedingt durch die unterschiedliche Finanzierung wurde der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung in sechs Einzelnachweise untergliedert. Insgesamt sind in der Renten-Zusatzversicherung Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 525,197 Mio. Euro veranschlagt. Dies bedeutet einen Rückgang von 13,054 Mio. Euro oder 2,4 v. H. Die Finanzvolumina der sechs Einzelnachweise verdeutlicht Abb. 9.

Die Einnahmen und Ausgaben des sogenannten Geschlossenen Bestandes, in dem die Versicherungsfälle vor dem 1. August 1979 nachgewiesen sind, werden im Einzelnachweis 1 dokumentiert. Nach den Übergangsbestimmungen C der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS trägt das Bundeseisenbahnvermögen alle dem Teil C entstehenden Ausgaben. Für das Jahr 2018 erwartet die KBS Einnahmen und Ausgaben von 35,002 Mio. Euro. Bei diesen Ansätzen wurde ein Rückgang der Empfänger von Zusatzrenten von geplanten 7.370 im Jahr 2017 auf 6.275 berücksichtigt. Relativ am deutlichsten wird der Rückgang bei den Versichertenrenten ausfallen. Bei den Hinterbliebenenrenten dürfte die Abnahme der Zahlfälle gemäßigter sein.

Im Einzelnachweis 2 (Bundeseisenbahnvermögen) sind alle Leistungsfälle ab dem 1. August 1979 von Versicherten etatisiert, die Arbeitnehmer der ehemaligen Deutschen Bundesbahn waren oder durch die Bahnreform auf das Bundeseisenbahnvermögen beziehungsweise auf die Deutsche Bahn AG übergegangen sind. Die nicht durch Einnahmen gedeckten Ausgaben werden durch einen Zuschuss zu Lasten des Bundeshaushaltes (Bundeszuschuss) aufgebracht.[8] Insgesamt rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von 418,525 Mio. Euro. Dabei wurden 89.672 Rentenempfänger berücksichtigt.

Im Einzelnachweis 3 (Übrige Beteiligte) werden alle Versicherungsfälle ab dem 1. August 1979 von Arbeitnehmern der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, der Wasserwirtschafts- und Schifffahrtsverwaltungen der Länder Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein berücksichtigt. Darüber hinaus sind die pflichtversicherten Arbeitnehmer der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, des Eisenbahn-Waisenhortes und der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt, die ab dem 1. April 1999 neu eingestellt

Abb. 9: Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung 2018 - in Mio. Euro -



wurden und nicht aus dem Bereich des Bundeseisenbahnvermögens kamen, hier versichert. Für den Deckungsabschnitt vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2021 wurde ein Umlagesatz von 10,81 v. H. festgelegt. Für das Jahr 2018 erwartet die KBS Einnahmen von 33,141 Mio. Euro und Ausgaben von 34,407 Mio. Euro. Hieraus resultiert ein eingeplanter Fehlbetrag von 1,266 Mio. Euro, der aus dem vorhandenen Vermögen gedeckt werden kann. Die Zahl der Bezieher von Versichertenrenten dürfte im Verlauf des Jahres 2018 nahezu konstant bleiben.

Der Einzelnachweis 4 (Ost) beinhaltet alle Versicherungsfälle ab dem 1. Januar 1997, die pflichtversicherte Arbeitnehmer der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, des Bundeseisenbahnvermögens, der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, des Eisenbahn-Waisenhortes und der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt im Tarifgebiet Ost sind. Die Finanzierung dieses Bestandes erfolgt in einem sogenannten Kombinationsmodell. Der Umlagesatz für die Arbeitgeber beträgt 2,0 v. H. Die Beiträge für den kapitalgedeckten Bereich (Beitragssatz 6,24 v. H.) werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Vor dem Hintergrund dieses besonderen Finanzierungsverfahrens rechnet die KBS mit einem Überschuss von 4,759 Mio. Euro. Die voraussichtlichen Einnahmen betragen 6,702 Mio. Euro. Demgegenüber stehen erwartete Ausgaben von 1,943 Mio. Euro für 1.131 Rentenzahlfälle.

Die Versicherungsfälle, die ab dem 1. Oktober 2005 pflichtversicherte Arbeitnehmer der KBS oder ihrer Beteiligungsgesellschaften sind, werden im Einzelnachweis 5 etatisiert. Die Finanzierung erfolgt in einem Kapitaldeckungsverfahren. Der Beitragssatz beträgt 6,8 v. H. ab Beginn des Jahres 2017. Hiervon werden 3,99 v. H.-Punkte von den Arbeitgebern getragen, der restliche Beitragssatzanteil von den Arbeitnehmern. Insgesamt erwartet die KBS Einnahmen von 25,722 Mio. Euro und Ausgaben von 0,496 Mio. Euro, also einen Überschuss von 25,226 Mio. Euro. Derzeit geht die KBS von lediglich 231 Rentenzahlfällen für das Jahr 2018 aus.

Im Einzelnachweis 6 (Altbestand Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen) sind alle Versicherungsfälle der Abteilungen D (Bund) und E (Freistaat Bayern) der Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen nachgewiesen. Diese Versicherungsverhältnisse wurden auf die ehemalige Bahnversicherungsanstalt übertragen.[9] Hierfür rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 4,839 Mio. Euro. Erwartet wird ein Rückgang der Zahlfälle von 255 im Jahr 2017 auf 223 im Jahr 2018.

Seemannskasse

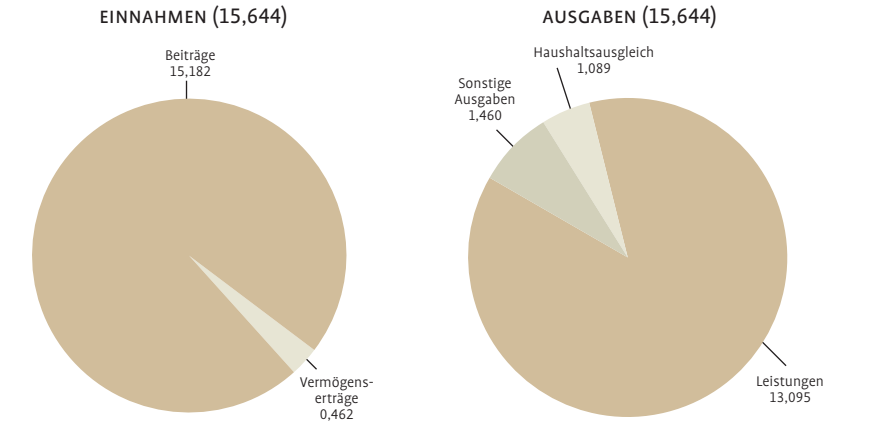
Nach den §§ 137a ff. SGB VI, die durch das UVMG in das SGB VI aufgenommen wurden, wurde die Seemannskasse (SMK) ab dem 1. Januar 2009 durch die KBS übernommen und fortgeführt. Zum gleichen Zeitpunkt ging das Vermögen der SMK mit allen Rechten und Pflichten über. Die SMK wurde 1974 als zusätzliches soziales Sicherungssystem für Seeleute gegründet. Sie ergänzt mit dem Überbrückungsgeld, auch „Seemannsrente“ genannt, und den Zahlungen nach Erreichen der Regelaltersrente die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit den speziellen Anforderungen und Bedingungen der Schifffahrt Rechnung.

Das veranschlagte Ausgabevolumen für das Jahr 2018 beläuft sich auf 14,555 Mio. Euro, was einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 11,7 v. H. bedeutet. Der Umlagesatz wurde ab Beginn des Jahres 2016 auf 4,0 v. H. festgelegt; er bleibt im Jahr 2018 konstant. Es wird damit gerechnet, dass die anhaltende Schifffahrtskrise zu einem deutlichen Rückgang der deutschen Handelsflotte führt und damit auch zu einer rückläufigen Zahl deutscher Seeleute. Aufgrund der sich daraus ergebenden negativen Konsequenzen für die Finanzentwicklung der SMK – sinkende Einnahmen bei steigender Leistungsinanspruchnahme – wurde aus Gründen der kaufmännischen Vorsicht der Umlagesatz mit 4,0 v. H. beibehalten, sodass das vorhandene Vermögen unvermindert bestehen bleibt. Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Seemannskasse ist der Abb. 10 zu entnehmen.

Bundesfachstelle Barrierefreiheit

Im Rahmen der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes

Abb. 10: Bewirtschaftungsplan 2018 der Seemannskasse - in Mio. Euro -



(BGG) hat die KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung unter der Fachaufsicht des BMAS im Jahr 2016 die Bundesfachstelle Barrierefreiheit errichtet.

Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit ist zentrale Anlaufstelle zu Fragen der Barrierefreiheit für die Behörden des Bundes und Landesbehörden, die Bundesrecht ausführen und soll in diesem Rahmen ihre Aufgaben wahrnehmen. Darüber hinaus berät sie auch Wirtschaft, Verbände und Zivilgesellschaft auf Anfrage.

Die originären Verwaltungs- und Verfahrenskosten, die im Rahmen des Aufbaus und Betriebes der Bundesfachstelle Barrierefreiheit entstehen, werden im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens durch entsprechende Einnahmen finanziert und sind somit erfolgsneutral.

Für das Haushaltsjahr 2018 wurden für den Betrieb der Bundesfachstelle Barrierefreiheit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 1,100 Mio. Euro etatisiert.

Projekt „Modellvorhaben Reha Pro“

Mit In-Kraft-Treten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)[10] am 1. Januar 2017 hat das BMAS die KBS beauftragt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation administrativ und zuwendungsrechtlich abzuwickeln.

Auf Basis der neuen Rechtsgrundlage des § 11 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) „Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation“ werden im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung Modellvorhaben durch das BMAS gefördert, die den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit unterstützen. Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre befristet.

Für das Haushaltsjahr 2018 werden auf der Basis der Verwaltungsvereinbarung zwischen BMAS und KBS zur Durchführung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation für diese Organisationseinheit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 1,539 Mio. Euro etatisiert. Die Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen entsprechende Einnahmen aus der Beteiligung des Bundes gegenüberstehen.

Ulrich Paschek
KBS/Finanzen, Zentrales Controlling
Knappschaftstr. 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

1 § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB IV
2 § 46 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
3 § 129 SGB VI
4 § 219 Absatz 1 SGB VI
5 § 227 SGB VI
6 § 358 in Verbindung mit § 361 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)
7 BGBl. I, Seite 3686
8 § 183 Absatz 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS
9 Artikel 2 § 2 des Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze
10 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung vom 29. Dezember 2016, BGBl. I, Seite 3240

©baona-iStockphoto.com

CARSTEN LERG

15 Jahre Rentensplitting

In der Ausgabe November/Dezember 2017 des Kompass wurde in einem ersten Teil über die Entwicklung des Rechts zum Rentensplitting berichtet.[1] Abschließend hierzu behandelt der zweite Teil zunächst die Möglichkeit, die Auswirkungen des Rentensplittings in Härtefällen rückgängig zu machen. Die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür wurden zweimal verändert. Mit diesem Thema wird die Betrachtung der Rechtsentwicklung abgeschlossen. Dann wird der Frage nachgegangen, welche Argumente Ehegatten abwägen sollten, bevor sie sich für oder gegen das Rentensplitting entscheiden. Einzelne Gestaltungsmöglichkeiten, die das Rentensplitting eröffnet, werden dabei kritisch hinterfragt.

9. Tod des ausgleichsberechtigten Ehegatten

Wenn der ausgleichsberechtigte Ehegatte nach Durchführung des Rentensplittings verstirbt, muss der andere Ehegatte dennoch grundsätzlich die Minderung seiner Rente hinnehmen. Insbesondere wenn der verstorbene Ehegatte noch gar nicht oder nur für kurze Zeit von dem Zuschlag aus dem Rentensplitting profitiert hat, wäre die Beibehaltung des Abschlags für die Betroffenen nur schwer nachvollziehbar. Deshalb hielt der Gesetzgeber es für notwendig, die seinerzeit gültige Härtefallregelung des Versorgungsausgleichs[2] für das Rentensplitting nachzuvollziehen.[3] Hierfür wurde die Rechtsnorm des § 120b SGB VI eingeführt. Wurden aus dem Versicherungskonto des begünstigten Ehegatten keine oder nur geringfügige Leistungen erbracht, kann die Kürzung der Rente des verwitweten Ehegatten auf Antrag rückgängig gemacht werden. Dies galt zunächst auch für seine Hinterbliebenen.

Im Folgenden wird die rechtliche Entwicklung dieser Regelung dargestellt. Unverändert wird sie mit der Maßgabe angewandt, dass der (insgesamt) ausgleichspflichtige Ehegatte[4] nicht nur seine Abschläge an Entgeltpunkten verliert, sondern – soweit vorhanden – auch seine im Wege des Einzelsplittings erworbenen Zuschläge an Entgeltpunkten. Seine Rente wird also in der Höhe berechnet, wie sie sich ohne Rentensplitting ergeben hätte.

9.1 Regelung ab 1. Januar 2002

Die Härtefallregelung kam zur Anwendung, wenn aus dem Versicherungskonto des verstorbenen, ausgleichsberechtigten Ehegatten keine Leistungen aus dem Rentensplitting erbracht worden waren.[5] Außerdem waren die Voraussetzungen dann erfüllt, wenn solche Leistungen den Grenzbetrag nicht überschritten und keine Waisenrente mehr gezahlt wurde. Im Fall der Zahlung von Waisenrente musste das Ende abgewartet werden. Der Grenzwert umfasste den Zweijahresbetrag einer Vollrente wegen Alters aus dem Rentensplitting. Der Betrag war bezogen auf das Ende eines Leistungsbezugs ohne Zugangsfaktor zu berechnen.

Für die Prüfung, ob der Grenzbetrag überschritten wurde, waren sämtliche Leistungen aus dem Versicherungskonto des verstorbenen Ehegatten, die aus dem Rentensplitting erbracht wurden, heranzuziehen. Berücksichtigung fanden neben Versicherten- auch Hinterbliebenenrenten, Beitragsanteile des Rentenversicherungsträgers zur Kranken- und Pflegeversicherung, Beitragserstattungen und Leistungen zur Teilhabe.

Wurde der Grenzbetrag eingehalten, waren die Voraussetzungen der Härtefallregelung erfüllt. In diesem Fall sah die Regelung jedoch vor, die erbrachten Leistungen auf die Erhöhung der Rente des ausgleichspflichtigen Ehegatten aus dem Rentensplitting anzurechnen. In Anlehnung an die Härtefallregelung des § 4 VAHRG wurde die Rentenminderung ab dem Zeitpunkt rückgängig gemacht, ab dem die Rente des ausgleichspflichtigen Ehegatten oder seiner Hinterbliebenen um den Abschlag aus dem Rentensplitting gekürzt worden war, und zwar unabhängig davon, wann dieser den Antrag gestellt hatte. Die Anrechnung bewirkte jedoch, dass Nachzahlungsbeträge nicht in voller Höhe ausgezahlt wurden oder dass die Rente erst erhöht wurde, wenn der ermittelte Anrechnungsbetrag aufgebraucht war.

Beim Rentensplitting des verwitweten Ehegatten gestand man diesem die Anwendung der Härtefallregelung zu, wenn er das Rentensplitting herbeigeführt hatte, obwohl er (insgesamt) ausgleichsverpflichtet zugunsten des verstorbenen Ehegatten war. Hierauf wird noch weiter eingegangen. In diesem Fall wurde die Kürzung nicht rückwirkend, sondern erst nach Wegfall

der geleisteten Erziehungsrente, die erst durch das Rentensplitting in Anspruch genommen werden konnte, rückgängig gemacht.[6]

9.2 Regelung ab 1. September 2009

Das Recht zum Versorgungsausgleich wurde zum 1. September 2009 reformiert.[7] In diesem Zusammenhang ist auch die Härtefallregelung verändert worden. Die Nachfolgevorschrift des § 37 VersAusglG lässt die sogenannte „Anpassung" zu, wenn der ausgleichsberechtigte Ehegatte nicht mehr als 36 Kalendermonate Rentenleistungen aus dem Versorgungsausgleich bezogen hat, wobei Leistungen an Hinterbliebene nicht mehr zu berücksichtigen sind. Auf die Höhe der gezahlten Leistungen kommt es nicht mehr an. Für Hinterbliebene des belasteten Ehegatten ist eine Anpassung nicht mehr zulässig.

Die neue Anpassungsregelung wurde zeit- und inhaltsgleich in das Recht des Rentensplittings übernommen und § 120b SGB VI entsprechend geändert.[8] Waisenrenten, die beim Rentensplitting beider Ehegatten aus der Versicherung des verstorbenen Ehegatten geleistet werden, stehen somit einer Anpassung nicht mehr entgegen. Hinterbliebene des ausgleichspflichtigen Ehegatten verschlechtern sich, weil sie das Rentensplitting nicht mehr rückgängig machen können.[9] Für die Praxis ist die Neuregelung besser zu handhaben, da die Voraussetzungen einfach(er) geprüft werden können und außerdem erbrachte Leistungen nicht mehr angerechnet werden.

Nach dem neuen Recht erfolgt die Anpassung allerdings erst ab dem Folgemonat der Antragstellung. Auch hier wurde die beim Versorgungsausgleich geltende Regelung für das Rentensplitting übernommen.[10]

Für die Rentenversicherungsträger stellte sich die Frage, ob die Anpassungsregelung weiterhin auch beim Rentensplitting des verwitweten Ehegatten anzuwenden ist, wenn dieser durch das Rentensplitting belastet ist.[11] Nach dem neuen Recht wären die Anspruchsvoraussetzungen des § 120b SGB VI in jedem Fall erfüllt, da aus dem Konto des verstorbenen Ehegatten nur Waisenrenten aus dem Rentensplitting erbracht werden können. Außerdem war zu bedenken, ob es dem Wesen der Anpassungsregelung entspricht, wenn die Härte, der sie begegnen soll, bereits bei der Entscheidung über das Rentensplitting bekannt ist. Die Rentenversicherungsträger haben entschieden, § 120b SGB VI ab 1. September 2009 nur noch beim Rentensplitting beider Ehegatten anzuwenden.[12]

9.3 Regelung ab 1. Januar 2012

Die von den Rentenversicherungsträgern vertretene Rechtsauffassung, beim Rentensplitting des verwitweten Ehegatten § 120b SGB VI nicht anzuwenden, wurde durch Einfügung des § 120b Absatz 1 Satz 2 SGB VI gesetzlich festgeschrieben.[13] Dies ist der Tatsache geschuldet, dass seit 1. September 2009 nur noch eigene Rentenleistungen, die durch das Rentensplitting zu erhöhen sind, bei der Prüfung, ob eine Anpassung zulässig ist, berücksichtigt werden. Eigene Rentenleistungen aus dem Rentensplitting sind aber beim verstorbenen Ehegatten von vornherein ausgeschlossen.

Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich Folgendes:[14]

„Im Falle eines nach § 120a Absatz 3 Nummer 3 einseitig durchgeführten Rentensplittings nach dem Tod des anderen Ehegatten steht somit schon im Zeitpunkt der Durchführung des Rentensplittings fest, dass die Voraussetzungen der Härtefallregelung nach § 120b vorliegen. In solchen Fällen muss daher vom Sinn und Zweck der Härtefallregelung eine Berufung auf diese Regelung ausgeschlossen werden. (...)"

Die Anpassung ist hiernach von der Zielsetzung bestimmt, einer Härte zu begegnen, die bei Entscheidung über das Rentensplitting nicht bekannt war. Gemeint sind Fälle, bei denen der Betroffene bei Durchführung des Rentensplittings beider Ehegatten nicht wissen konnte, dass sein Partner durch Versterben von dem ihm zuteil gewordenen Zuschlag aus dem Rentensplitting nicht adäquat profitieren kann. Wäre ihm dies bekannt gewesen, hätte er das Rentensplitting nicht gewählt.

Beim Rentensplitting des verwitweten Ehegatten kann dieser seine Willenserklärung über das Rentensplitting in Kenntnis aller Umstände abgeben. Daher scheidet eine Anpassung nach § 120b SGB VI für ihn aus.

Abschließend bleibt festzustellen, dass § 120b SGB VI immer nur die Auswirkungen des Rentensplittings auf die Höhe der Rente durch das Einzelsplitting beseitigt. Die Durchführung des Rentensplittings an sich wird nicht rückgängig gemacht. Der Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente bleibt weiterhin ausgeschlossen.

10. Für und Wider Rentensplitting

10.1 Rentensplitting beider Ehegatten

Vor der Entscheidung für ein Rentensplitting müssen die Ehegatten prüfen,

1. ob sie sich darüber einig sind, dass sie ihre während der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften als gemeinschaftliche Lebensleistung betrachten und gleichmäßig untereinander aufteilen möchten und
2. ob wenigstens bei einem Ehegatten die Altersrente mit der Erhöhung aus dem Rentensplitting höher ist als die Altersrente ohne Erhöhung aus dem Rentensplitting zuzüglich einer zu erwartenden Witwen-/Witwerrente.

Punkt 1 kommt deswegen besondere Bedeutung zu, weil die Ehegatten nicht

wissen, wer von beiden zuerst verstirbt. Stirbt der ausgleichsberechtigte Ehegatte zuerst, hat der andere Ehegatte – wie in den Ausführungen zu § 120b SGB VI dargestellt – nur begrenzt die Möglichkeit, die Auswirkungen des Rentensplittings rückgängig zu machen.

Zu Punkt 2 ist zu sagen, dass derzeit in den meisten Fällen für den verwitweten Ehegatten die Inanspruchnahme einer Witwen-/Witwerrente neben der eigenen Altersrente eine höhere Versorgung gewährleistet.

Die Verhältnisse bei durchschnittlich versicherten Ehegatten[15] veranschaulicht das Beispiel 1.

Das Rentensplitting sollte in den Fokus der Ehegatten geraten, wenn sie davon ausgehen müssen, dass im Todesfall eine Witwenrente (um bei dem ersten Beispiel zu bleiben) nicht oder nur in geringer Höhe gezahlt wird. Dieser Fall tritt ein, wenn die Witwe über hohes eigenes Einkommen verfügt oder zu erwarten hat.[16] Dies gilt auch, wenn sie mit dem Bezug einer Hinterbliebenenrente der Unfallversicherung zu rechnen hat.[17]

Von dem Bezug einer Witwenrente kann auch dann nicht ausgegangen werden, wenn die Ehefrau aus dem ersten Beispiel beabsichtigt, nach dem Tod ihres Mannes erneut zu heiraten. Die Schwierigkeit beim Rentensplitting beider Ehegatten besteht darin, dass dieses sich im Regelfall nominal erst im Todesfall eines Ehegatten auswirkt. Die Ehegatten müssen sich also im Rahmen fiktiver Berechnungen und persönlicher Überlegungen damit auseinandersetzen, was wäre, wenn der jeweils andere Ehegatte verstirbt.

Zu Lebzeiten beider Ehegatten ändert sich durch ein Rentensplitting im Allgemeinen nichts, da das gemeinsame Renteneinkommen gleich bleibt. Auswirkungen auf das gemeinsame Renteneinkommen können sich aber ergeben, wenn beide Altersrenten unterschiedliche Zugangsfaktoren haben oder beim Zusammentreffen mit Leistungen der Unfallversicherung.[18]

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die obigen Ausführungen nur allgemeiner Art sind und eine individuelle Beratung durch den Rentenversicherungsträger einschließlich notwendiger Probeberechnungen nicht ersetzen können.

Beispiel 1

Durchschnittliche Altersrente eines Mannes in Deutschland im Jahr 2016:	1.221,00 Euro [1]
Durchschnittliche Altersrente einer Frau in Deutschland im Jahr 2016:	741,00 Euro [1]
Witwenrente der Frau (55 % von 1.221,00 Euro)[2]:	671,55 Euro
Freibetrag für die Einkommensanrechnung West 2016:	803,88 Euro
Freibetrag für die Einkommensanrechnung Ost 2016:	756,62 Euro

Höhe der anzurechnenden Altersrente:
741 Euro x 0,14 = 103,74 Euro; 741 Euro – 103,74 Euro = 637,26 Euro

Der jeweilige Freibetrag für die Einkommensanrechnung wird durch die Altersrente nicht überschritten.

a) Gesamtversorgung der Witwe (Hinterbliebenenversorgung):
741 Euro + 671,55 Euro = **1.412,55 Euro**

Hat die Frau Kinder erzogen, fällt das Ergebnis für sie günstiger aus, da sie Zuschläge (§ 78a SGB VI) erhält, die den Versorgungssatz der Witwenrente auf über 55 Prozent erhöhen.

b) Zuschlag aus dem Rentensplitting:[3]
1.221 Euro – 741 Euro = 480 Euro; 480 Euro : 2 = 240 Euro

Gesamtversorgung der Witwe bei Rentensplitting:[4]
741 Euro + 240 Euro = **981 Euro**

Auf die Berechnung der Beträge für den Fall, dass die Ehefrau zuerst verstirbt, wird an dieser Stelle verzichtet. Der Ehemann kann als Ausgleichsverpflichteter schon wegen der Minderung der Altersrente vom Rentensplitting nicht profitieren.

Ergebnis:
Den hier beschriebenen durchschnittlich Versicherten ist vom Rentensplitting abzuraten.

1 Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2017, Seite 202/203
2 vereinfachend gerechnet
3 In der Annahme, dass alle Anwartschaften in der Ehezeit erworben wurden.
4 In der Annahme, dass beide Altersrenten mit demselben Zugangsfaktor berechnet sind.

10.2 Rentensplitting des verwitweten Ehegatten

Man sollte zunächst davon ausgehen, dass der verwitwete Ehegatte relativ einfach entscheiden kann, ob das Rentensplitting für ihn günstiger ist, da der Tod des anderen Ehegatten bereits eingetreten ist und er seine Versorgungssituation kennt. Dem wird auch die Rechtslage insoweit gerecht, als der verwitwete Ehegatte sich zunächst seine Hinterbliebenenrente bescheiden lassen kann. Anschließend hat er ein Jahr Zeit sich gegebenenfalls für das Rentensplitting zu entscheiden.[19, 20]

Wenn der verwitwete Ehegatte keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente hat, oder diese wegen Zusammentreffens mit Einkommen auf Dauer nicht geleistet wird, ist das Rentensplitting zu empfehlen. Das gilt aber nur, wenn der verstorbene Ehegatte die höheren Anwartschaften in der Splittingzeit

erworben hat. Die Höhe des Zuschlags aus dem Rentensplitting ist in diesem Fall nicht entscheidend.

Auch wenn bei der obigen Konstellation eine Witwen/-Witwerrente gezahlt wird, kann das Rentensplitting sinnvoll sein. Dies gilt, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass diese Rente nicht dauerhaft geleistet wird. Der Fall tritt ein, wenn der verwitwete Ehegatte eine Wiederheirat beabsichtigt oder im Alter hohe eigene Einkünfte erwartet, zum Beispiel aus der eigenen Alterssicherung oder aus Vermögen. Je älter der hinterbliebene Ehegatte in einem solchen Fall ist, und je höher der Zuschlag aus dem Splitting, desto eher kann das Rentensplitting günstig sein. In jedem Fall sind individuelle Probeberechnungen erforderlich.

Bezieht der hinterbliebene Ehegatte bereits auf Dauer eine eigene Rente, zum Beispiel wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, sollte er sich berechnen lassen, ob diese Rente zuzüglich Zuschlag aus dem Splitting höher wäre als die Rente ohne Splitting aber neben der Hinterbliebenenrente. Auch in diesem Fall muss berücksichtigt werden, ob das nach § 97 SGB VI anzurechnende eigene Einkommen tendenziell gleich bleiben wird. Ist zu einem späteren Zeitpunkt mit höheren eigenen Einnahmen zu rechnen, ist eine vorausschauende Probeberechnung der Hinterbliebenenrente erforderlich.

10.2.1 Verwitweter Ehegatte mit Kindererziehung

Erzieht der verwitwete Ehegatte minderjährige Kinder[21], kann er Anspruch auf Erziehungsrente haben, wenn er sich für das Rentensplitting entscheidet.[22] Diese Regelung kompensiert den Wegfall der Witwen-/Witwerrente durch das Rentensplitting für verwitwete Elternteile.

Die Gesetzesbegründung hierzu lautet:[23]

„Wie für Scheidungsfälle ab 1. Juli 1977 soll auch in den Fällen des Rentensplittings unter Ehegatten eine Erziehungsrente bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres entsprechend der Regelung des Absatzes 1 gewährt werden können, wenn der Ehepartner verstorben ist und der überlebende Partner regelmäßig noch keine Versichertenrente bezieht, aber wegen Kindererziehung eine Erwerbstätigkeit oftmals nur unter Einschränkungen möglich ist."

Die Erziehungsrente, die sich aus der Versicherung des verwitweten Ehegatten berechnet, kann höher sein als die Witwen-/Witwerrente. Dennoch sollte in einem solchen Fall eine Entscheidung für das Rentensplitting nicht allein mit der Begründung getroffen werden, dass die Erziehungsrente die höhere Leistung ist. Denn die Erziehungsrente ist eine befristete Rente, die mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes eingestellt wird (sofern es sich nicht um ein behindertes Kind handelt). Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht hingegen grundsätzlich unbefristet, nachdem das 47. Lebensjahr vollendet wurde. Auch die Erziehungsrente unterliegt der Einkommensanrechnung und ihr Anspruch endet, wenn die Witwe oder der Witwer wieder heiratet.

Der verwitwete Ehegatte kann sich für die Erziehungsrente und damit für das Rentensplitting entscheiden obwohl er in der Splittingzeit die höheren Rentenanwartschaften erworben hat, er also ausgleichsverpflichtet ist. Vor diese Überlegung wird er gestellt, wenn die Erziehungsrente trotz Abschlag aus dem Rentensplitting höher ist als die Witwen-/Witwerrente. In einem solchen Fall ist eine Entscheidung zugunsten des Rentensplittings langfristig mit Nachteilen für den Versicherten verbunden, da er den Abschlag aus dem Rentensplitting zeitlebens behält. Dem stehen kurzfristige Vorteile durch den Bezug einer gegenüber der Witwen-/Witwerrente höheren Erziehungsrente gegenüber. Die Erhöhung einer Waisenrente aus dem Konto des verstorbenen Ehegatten kann dies regelmäßig nicht kompensieren, da sie mit einem niedrigen Rentenartfaktor berechnet wird und außerdem nicht unbefristet geleistet wird.

10.2.2 Persönliche Beratung sinnvoll

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der verwitwete Ehegatte sich nur bei einer Konstellation einfach für das Rentensplitting entscheiden kann. Sie liegt vor, wenn sich für ihn zu keiner Zeit ein zahlbarer Betrag einer Witwen-/Witwerrente ergibt und er durch das Rentensplitting einen Zuschlag erhält.

Das gilt grundsätzlich auch dann, wenn Waisenrenten gezahlt werden. Denn Waisenrenten werden nicht um einen Abschlag vermindert, solange der verwitwete Ehegatte keine eigene Rente bezieht.[24] Bezieht er eine eigene Rente, die sich durch das Rentensplitting erhöht, dann ist die Verminderung der Waisenrente(n) aufgrund des niedrigen Rentenartfaktors gering und damit regelmäßig nicht entscheidend. Die Verminderung von Waisenrenten kann nur im Ausnahmefall die Entscheidung beeinflussen, zum Beispiel wenn überdurchschnittlich viele Waisen vorhanden sind.

Sobald sich für den hinterbliebenen Ehegatten ein zahlbarer Betrag einer Witwen- oder Witwerrente ergibt, sollte dieser sich mit weiteren Fragen auseinandersetzen, insbesondere

- wie sich sein eigenes Einkommen, das auf die Hinterbliebenenrente angerechnet wird, zukünftig entwickelt,
- ob es für ihn denkbar ist, wieder zu heiraten,
- ob er Anspruch auf Erziehungsrente hat, und
- wie sich das Rentensplitting auf seine gegenwärtige oder zukünftige eigene Rente auswirkt.

Der Rentenversicherungsträger zeigt im Rahmen einer persönlichen Beratung die jeweiligen Vor- und Nachteile auf und erstellt die erforderlichen Probeberechnungen.

10.2.3 Sonderfall

Hat der verstorbene Ehegatte bis zu seinem Tod die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, sollte geprüft werden, ob sie durch den Splittingzuwachs erfüllt werden kann. Ist das der Fall, kann durch das Rentensplitting der Anspruch auf Waisenrente(n) realisiert werden. Der überlebende Ehegatte nimmt allerdings einen Abschlag aus dem Rentensplitting in Kauf. Er kann gegebenenfalls eine Erziehungsrente erhalten.

Die Erziehungsrente stellt hier einen echten Mehrwert dar, weil ein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente nicht besteht. Der Nachteil, der sich aus dem Abschlag an Entgeltpunkten bei der Witwe/dem Witwer ergibt, wird umso besser kompensiert, je mehr Waisen vorhanden sind, und je jünger diese sind, je länger also insgesamt Waisenrente (und ggf. Erziehungsrente) bezogen werden kann. Die Entscheidung dürfte maßgeblich durch die Höhe des Abschlags aus dem Rentensplitting bestimmt werden.
Hier sollte im Auge behalten werden, dass dieser Abschlag auch eine spätere Altersrente des verwitweten Ehegatten mindert.

Entscheidet sich der verwitwete Ehegatte gegen das Rentensplitting, obwohl damit die Wartezeit für die Waisenrente erfüllbar wäre, hat er das Recht auf Beitragserstattung aus dem Konto seines verstorbenen Ehegatten.[25]

10.2.4 Tod des Ehegatten vor dem 1. Januar 2008

Wenn der Ehegatte vor dem 1. Januar 2008 verstorben ist, gilt nach § 120d Absatz 1 Satz 3 SGB VI die Einjahresfrist nicht. Der verwitwete Ehegatte kann zunächst Witwen-/Witwerrente beziehen und sich gegebenenfalls für das Rentensplitting entscheiden, wenn ein Umstand eintritt, der zu deren Wegfall führt (z. B. Wiederheirat, Hinzutritt von Einkommen).[26]

10.2.5 Kritische Betrachtung

Der verwitwete Ehegatte ist in der Entscheidung zum Rentensplitting nicht eingeschränkt. Die Gestaltungsmöglichkeiten, die beide zu Lebzeiten des anderen Ehegatten gehabt hätten, stehen dem Überlebenden nach dem Tod des anderen auch allein zu. Insbesondere kann er das Rentensplitting sowohl zu seinen Gunsten als auch zu seinen Lasten realisieren.

Erzieht der hinterbliebene Ehegatte minderjährige Kinder, hat er zusätzlich die Option, durch das Rentensplitting den Anspruch auf eine Erziehungsrente zu erlangen. Wie oben beschrieben, wurde ihm dieses Recht eingeräumt, da er möglicherweise zum Zeitpunkt des Rentensplittings noch keine eigene Rente bezieht. Durch den Wegfall der Hinterbliebenenrente entstünde eine Versorgungslücke, da angenommen wird, dass er durch die Kindererziehung nur eingeschränkt erwerbstätig sein kann.

Beispiel 2:

Tod des Ehemannes am 15. Juli 2017

Die im Jahr 1979 geborene Witwe hat Anspruch auf Witwenrente in Höhe von 600 Euro (nach Anrechnung von eigenem Einkommen).

Sie hat in der Splittingzeit die höheren Anwartschaften erworben, so dass sie im Rahmen des Rentensplittings 4 Entgeltpunkte der allgemeinen Rentenversicherung an ihren verstorbenen Ehemann abgeben muss.

Der Rentenversicherungsträger hat im Rahmen einer Probeberechnung die Höhe der Erziehungsrente mit 700 Euro ermittelt (nach Anrechnung von eigenem Einkommen und unter Berücksichtigung des Abschlags aus dem Rentensplitting).

Für ein am 15. Januar 2010 geborenes Kind wird Halbwaisenrente in Höhe von 100 Euro gezahlt.

Die Witwe erklärt am 10. Dezember 2017 das Rentensplitting. Der Bescheid über das Rentensplitting wird im Januar 2018 bestandskräftig.

Ergebnis:

Der Anspruch auf Witwenrente entfällt zum 1. Februar 2018.

Auf Antrag wird ab 1. Februar 2018 Erziehungsrente in Höhe von 700 Euro gezahlt.

Die Halbwaisenrente erhöht sich ab 1. Februar 2018 um 11,07 Euro.[1]

Vorteile für die Hinterbliebenen	Nachteile für die Hinterbliebenen
Höhere Erziehungs- und Waisenrente bis zum Monat der Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes am 14. Januar 2028 ergibt insgesamt etwa 13.328 Euro[2]	Kein Anspruch auf Rente wegen Todes für die Witwe ab 1. Februar 2028. Jährlicher Verlust durch die fehlende Witwenrente mindestens 7.200 Euro[3] Die spätere Altersrente der Witwe mindert sich um 4 persönliche Entgeltpunkte durch den Abschlag aus dem Rentensplitting.[4] Bei einer angenommen Bezugszeit von 20 Jahren beträgt der Verlust etwa 29.789 Euro.[5]
Erhöhungen des aktuellen Rentenwerts durch Rentenanpassungen sind nicht berücksichtigt. Die Hochrechnungen bei Erziehungs- und Witwenrente erfolgen unter der Annahme, dass das anzurechnende Einkommen gleich bleibt.	

1 4 EP x 0,892 x 0,1 x 31,03 Euro
2 100 Euro x 12 Monate x 10 Jahre + 11,07 Euro x 12 Monate x 10 Jahre
3 600 Euro x 12 Monate
4 In der Annahme, dass der Zugangsfaktor 1,0 beträgt
5 4 EP x 1,0 x 1,0 x 31,03 Euro x 12 Monate x 20 Jahre

Der Gesetzgeber hat die Erziehungsrente offensichtlich als Ersatz für die wegfallende Hinterbliebenenrente vorgesehen, solange noch keine andere Rente aus eigener Versicherung bezogen werden kann.[27] Auch hier hat man sich am Versorgungsausgleich in Scheidungsfällen orientiert, der einen Anspruch auf Erziehungsrente begründen kann.[28]

Dass der Gesetzgeber das Ziel verfolgt hat, die Entscheidung zum Rentensplitting davon abhängig zu machen, ob die Erziehungsrente oder die Hinterbliebenenrente die höhere Leistung ist, ist nicht erkennbar. Darüber hinaus wurde bereits oben festgestellt, dass die beiden Renten schon ihrer Art nach nicht miteinander vergleichbar sind.

Faktisch beeinflusst es den verwitweten Ehegatten sicherlich in seiner Entscheidung, wenn die Erziehungsrente höher ist als die Witwen-/Witwerrente und er somit kurzfristig eine höhere Rente erhalten kann. Dies ist nachzuvollziehen. Darüber hinaus müssen aber alle Vor- und Nachteile des Rentensplittings in die Entscheidung einbezogen werden. Das Rentensplitting an sich muss für den verwitweten Ehegatten vorteilhaft bleiben, zum Beispiel weil er einen Zuschlag an Entgeltpunkten aus dem Rentensplitting erhält.

In der Praxis treten aber Fälle auf, bei denen die Entscheidung für das Rentensplitting allein von dem Ziel des verwitweten Ehegatten geleitet ist, eine höhere Erziehungsrente zu erlangen. Dies verdeutlicht das Beispiel 2.

Beispiel 2 zeigt, dass die Witwe mit der Entscheidung für das Rentensplitting langfristig ihre Einkommenssituation verschlechtert, insbesondere im Alter. Dies liegt in erster Linie daran, dass ihre spätere Altersrente um den Abschlag aus dem Rentensplitting gemindert wird. Eine adäquate Gegenleistung auf Seiten des zum Zeitpunkt der Erklärung bereits verstorbenen Ehegatten steht dem nicht gegenüber.

Der Rentenversicherungsträger wird den verwitweten Ehegatten auf die langfristig negativen Folgen des Rentensplittings in der im Beispiel aufgezeigten Konstellation hinweisen. Gleichwohl bleibt das Rentensplitting eine persönliche Entscheidung der Witwe/des Witwers.

Fraglich ist, ob der Gesetzgeber die Entscheidungsfreiheit des hinterbliebenen Ehegatten bewusst nicht einschränkt, oder ob es sich hier um eine Regelungslücke handelt.

Anhaltspunkte könnten sich aus der Änderung des § 120b SGB VI zum 1. Januar 2012 ergeben (siehe Abschnitt 9.3), die Gesetzesbegründung lautet im Weiteren:[29]

„(...) Andernfalls würde die Härtefallregelung es ermöglichen, zum Beispiel bei Vorhandensein von Waisen mittels Rentensplitting eine Erhöhung von Waisenrenten zu erreichen und das Rentensplitting dann wieder beliebig rückgängig machen zu können, um die spätere eigene Rente wieder zu erhöhen. Vergleichbare Optimierungsmöglichkeiten bestünden im Hinblick auf Erziehungsrenten, wenn die Voraussetzungen hierzu durch das Rentensplitting herbeigeführt werden könnten (wenn diese Rente gegebenenfalls höher wäre als eine Witwen-/Witwerrente) und anschließend das Rentensplitting ebenfalls wieder rückgängig gemacht werden könnte. Mit der Änderung wird verhindert, dass – der Intention der Härtefallregelung zuwiderlaufend – solche Optimierungsmöglichkeiten durch Berufung auf die Härtefallregelung bestehen."

Mit der Gesetzesänderung wird verhindert, dass die Anpassungsregelung des § 120b SGB VI den verwitweten Ehegatten in die Lage versetzt, die jeweils günstigste Option für sich zu erlangen, die darin besteht, sich zunächst für das Rentensplitting zu entscheiden, um die Erziehungsrente zu erhalten. Nach dem Ende des Anspruchs soll er nicht die Härtefallregelung dazu nutzen können, um den Abschlag aus dem Rentensplitting rückgängig zu machen. Wie bereits unter Abschnitt 9.3 erläutert, würde dies dem Sinn und Zweck der Härtefallregelung zuwiderlaufen.

Es handelt sich hier nur um eine klarstellende Regelung. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der Gesetzgeber keinen weiteren Handlungsbedarf sieht, das Rentensplitting zu eigenen Lasten des hinterbliebenen Ehegatten zu unterbinden.

Ob man der Begründung weiterhin entnehmen kann, dass diese Form des Rentensplittings für die Witwe/den Witwer unattraktiv gemacht werden soll, ist spekulativ. Dies wäre auch wirkungslos, da die Rentenversicherungsträger bereits vor dem 1. Januar 2012 die Härtefallregelung nicht angewandt haben. Wie die Praxis zeigt, hält dies dennoch nicht davon ab, das Rentensplitting zu eigenen Lasten zu erklären, um den Anspruch auf Erziehungsrente zu erlangen.

Nun könnte man fragen, ob diese Form des Rentensplittings des verwitweten Ehegatten gegen Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG)[30] verstößt. In der Literatur wird deutlich, dass dies strittig ist.[31] Das Rentensplitting zu eigenen Lasten führt zwar dazu, dass eigentumsrechtlich geschützte Rentenanwartschaften verloren gehen, geschieht aber aufgrund eigener Entscheidung des verwitweten Ehegatten. Die Rechtsnorm, die eine freiwillige Gestaltungsmöglichkeit zulässt, sollte aber mit dem Grundgesetz im Einklang stehen. Dies wird zumindest hinsichtlich des Gleichheitssatzes (Artikel 3 GG) so gesehen.[32] Bejaht man dies auch für Artikel 14 Absatz 1 GG, würde das Argument, der verwitwete Ehegatte sei ja nicht verpflichtet, ein Rentensplitting durchzuführen, nicht tragen.

Nach Auffassung des Autors sollte durch eine Gesetzesänderung das

Rentensplitting für den verwitweten Ehegatten in solchen Fällen unattraktiv gemacht werden. Dies könnte dadurch geschehen, dass der Anspruch auf Erziehungsrente nach § 46 Absatz 3 SGB VI dann ausgeschlossen wird, wenn das Rentensplitting ausschließlich mit dem Ziel erklärt wurde, einen Anspruch auf Erziehungsrente zu erlangen. Wie die obigen Ausführungen zeigen ist davon dann auszugehen, wenn das Rentensplitting durch den verwitweten Ehegatten erklärt wird, obwohl dieser einen Abschlag an Entgeltpunkten aus dem Splitting hat.

Ohne Anspruch auf Erziehungsrente gäbe es für die Witwe/den Witwer keinerlei Motiv, das Rentensplitting zu wählen. Eine Versorgungslücke tritt nicht ein, weil Anspruch auf Witwen-/Witwerrente besteht.

Als Ausnahmeregelung sollte jedoch der Anspruch auf Erziehungsrente dann zulässig sein, wenn auf Seiten des verstorbenen Ehegatten die Wartezeit für Hinterbliebenenrenten erst durch das Rentensplitting erfüllt werden kann, und minderjährige oder behinderte Kinder erzogen werden. Es wurde bereits oben dargestellt, dass in diesem Fall die Erklärung des Rentensplittings zu eigenen Lasten durchaus sinnvoll sein kann. Hier wiegt neben der Realisierung von Waisenrentenansprüchen als Argument für das Rentensplitting, dass der verwitwete Ehegatte eine Erziehungsrente erhalten kann, während er ohne Rentensplitting keine Leistung aufgrund des Todes seines Ehegatten aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten hätte.

11. Fazit

Das Rentensplitting ist nur für bestimmte Personenkreise sinnvoller als der Bezug einer Witwen-/Witwerrente. Durchschnittlich versicherte Ehegatten bleiben über die klassische Hinterbliebenenversorgung besser abgesichert. Die Bedeutung des Rentensplittings wird erst dann zunehmen, wenn die Ehegatten, die unter das neue Hinterbliebenenrentenrecht fallen, die Regelaltersgrenze erreichen. Die Entscheidung über das Rentensplitting muss wohl überlegt unter Abwägung aller Umstände getroffen werden. Dafür ist in jedem Fall eine umfangreiche individuelle Beratung durch den jeweiligen Rentenversicherungsträger erforderlich.

Carsten Lerg
KBS/Rentenversicherung
Service „Verfahren und Recht“
Pieperstr. 14-28
44789 Bochum

FUSSNOTEN

[1] Kompass 11/12 2017, Seiten 3 bis 9
[2] § 4 VAHRG
[3] Drucksache 14/4595, Seite 54. Die Regelung war im Entwurf des Altersvermögensgesetzes als § 120d SGB VI vorgesehen.
[4] bis 31. August 2009 auch seine Hinterbliebenen
[5] Die Möglichkeit bestand zum Beispiel dann, wenn der verstorbene Ehegatte noch keine Altersrente bezogen hatte und keine Waisenrente zu zahlen war.
[6] Beratungsergebnis zu Top 11 der Arbeitstagung 1/2003 der Renten- und Beitragsdezernenten der nord-/westdeutschen Landesversicherungsanstalten, der Seekasse, der Bahnversicherungsanstalt, der Bundesknappschaft und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
[7] Gesetz zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs vom 3. April 2009 (BGBl. I Seite 700)
[8] Drucksache 16/10144, Seite 100
[9] Soweit sie nicht über § 88 Absatz 2 SGB VI geschützt sind.
[10] § 38 Absatz 2 in Verbindung mit § 34 Absatz 3 VersAusglG
[11] Für die Durchführung des Rentensplittings des verwitweten Ehegatten zulasten des verstorbenen Ehegatten hatte die Anpassungsregelung ihre Bedeutung zum 1. September 2009 ohnehin verloren, da Waisen für die Anpassung nicht mehr berechtigt sind.
[12] Beratungsergebnis zu Top 16 der Arbeitstagung 1/2009 der Beitrags- und Rentendezernenten der südwestdeutschen Regionalträger und der Deutschen Rentenversicherung Bund
[13] Viertes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I Seite 3057)
[14] Drucksache 17/6764, Seite 22
[15] In der Annahme, dass die Frau als eigenes Einkommen nur die Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung hat.
[16] § 97 SGB VI
[17] § 93 SGB VI
[18] vergleiche hierzu Berdysz, Kompass 1/2 2003, Abschnitt 6.2.1
[19] § 120d Absatz 1 Satz 2 bis 5 SGB VI; die Jahresfrist wird durch anhängige Verwaltungsverfahren unterbrochen und beginnt nach Abschluss neu.
[20] Im Falle der Durchführung des Rentensplittings würde die Rente nach § 46 Absatz 2b SGB VI zu diesem Zeitpunkt eingestellt.
[21] Dies gilt auch für die Sorge für behinderte Kinder, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben.
[22] § 47 Absatz 3 SGB VI
[23] Drucksache 14/4595, Seite 45
[24] § 101 Absatz 5 SGB VI
[25] § 210 Absatz 1 Nr. 3 SGB VI
[26] vergleiche hierzu Berdysz, Kompass 1/2 2003, Abschnitt 6.3
[27] siehe Fußnote 23
[28] § 47 Absatz 1 SGB VI
[29] siehe Fußnote 14
[30] Artikel 14 GG: (1) Das Eigentum und das Erbrecht werden gewährleistet. Inhalt und Schranken werden durch die Gesetze bestimmt.
[31] vergleiche Ruland, „Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa“, 2002, Seite 592
[32] vergleiche Köbl, Ursula, „Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken“, Nr. 12/2000, Seite 448

ANDRÉ FASEL

Rechengrößen in der Sozialversicherung ändern sich zum 1. Januar 2018

Neben der jährlichen Anpassung der Berechnungsgrundlagen für die Berechnung der Beiträge zur Sozialversicherung wird 2018 der Beitragssatz zur Rentenversicherung und der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung reduziert. Diese beiden Absenkungen wirken sich nicht nur in den jeweils betroffenen Versicherungszweigen aus. Darüber hinaus verändern sie auch den Faktor „F“ bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen in der Gleitzone.

Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Beitragssätze seit dem 1. Januar 2015 festgeschrieben. Für alle gesetzlichen Krankenkassen beträgt der allgemeine Beitragssatz bundeseinheitlich 14,6 Prozent. Er gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder eine Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben. Der ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent gilt für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Sowohl die nach dem allgemeinen als auch nach dem ermäßigten Beitragssatz berechneten Krankenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte vom Versicherten und vom Arbeitgeber getragen.

Zum allgemeinen beziehungsweise ermäßigten Beitragssatz in der Krankenversicherung kann jede Krankenkasse noch einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Dieser ist von den Versicherten allein zu tragen. Die KNAPPSCHAFT steht seit Jahren für eine seriöse und verlässliche Finanzpolitik. Diesem Credo bleibt sie auch in 2018 treu. Daher bleibt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag der KNAPPSCHAFT unter Berücksichtigung der zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben mittlerweile im dritten Kalenderjahr bei stabilen 1,3 Prozent und sichert weiterhin ein umfangreiches Leistungsangebot für ihre Versicherten.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen (1,0 Prozent) gilt nur für Versicherte, deren Beiträge regelmäßig von Dritten getragen werden. Dies sind:

- versicherungspflichtige Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Kurzarbeitergeld,
- Jugendliche in einer sogenannten Einstiegsqualifizierung und Auszubildende, die monatlich nicht mehr als 325 Euro Arbeitsentgelt erhalten,
- Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden,
- Teilnehmer an einem gesetzlich geregelten freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr oder am Bundesfreiwilligendienst,
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft während des Wehrdienstes oder während einer Eignungsübung für angehende Zeitsoldaten erhalten bleibt,
- Jugendliche, die sich in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen in einer Einrichtung der Jugendhilfe auf einen besseren Einstieg in das Berufsleben vorbereiten,
- Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder ähnliche Entgeltersatzleistungen von der Unfallversicherung, einem Rehabilitationsträger oder aus der Kriegsopferversorgung,
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation für Menschen, die nach Krankheit oder Unfall wieder ins Berufsleben zurückkehren oder Arbeitslosigkeit vermeiden wollen),
- Behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Anstalten und Einrichtungen, die für ihre Arbeit monatlich nicht mehr als 609 Euro (2018) Entgelt erhalten.

Pflegeversicherung

Der Gesamtbeitrag in der Pflegeversicherung beträgt weiterhin 2,55 Prozent. Der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte bleibt ebenso unverändert bei 0,25 Prozentpunkten. Hieraus ergibt sich ein Beitragsanteil für den Arbeitgeber von 1,275 Prozent und für den Versicherten von 1,275 Prozent beziehungsweise für kinderlose Versicherte von 1,525 Prozent. Im Freistaat Sachsen haben Arbeitgeber einen Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 0,775 Prozent und Arbeitnehmer in Höhe von 1,775 Prozent (ggf. zuzüglich Beitragszuschlag für kinderlose Arbeitnehmer in Höhe von 0,25 Prozent) zu zahlen.

Krankenversicherungsfrei und damit auch nicht in der Pflegeversicherung versichert sind Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Unterschieden wird hierbei zwischen der allgemeinen und der besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenze. Im Jahr 2018 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze 59.400 Euro. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze wird auf 53.100 Euro angehoben. Sie gilt für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren.

Abb. 1: Größen des Versicherungs- und Beitragsrechts ab 1. Januar 2018

	Beitragssätze in Prozent		monatliche Höchstbeiträge in Euro für freiwillig Versicherte
Krankenversicherung			
allgemeiner Beitragssatz[1] insgesamt	14,60		
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,60		380,55
- Arbeitgeber	7,30		323,03
ermäßigter Beitragssatz[2] insgesamt	14,00		
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,30		367,28
- Arbeitgeber	7,00		309,75
Pflegeversicherung grundsätzlich[3] [4]	2,55		112,84
kinderlose Arbeitnehmer insgesamt	2,80		
- Arbeitnehmer	1,525		67,48
- Arbeitgeber	1,275		56,42
knappschaftliche Rentenversicherung	24,70		
- Arbeitnehmer	9,30		
- Arbeitgeber	15,40		
allgemeine Rentenversicherung[4]	18,60		
Arbeitslosenversicherung[4]	3,00		
Seemannskasse[4]	4,00		
geringfügig entlohnte Beschäftigte	**im gewerblichen Bereich**	**im Privathaushalt**	
Krankenversicherung	13,00	5,00	
Rentenversicherung	18,60	18,60	
- Arbeitnehmer[5]	3,70	13,70	
- Arbeitgeber	15,00	5,00	

Umlagesätze		
Umlage 1 = Krankheit, Kur[6]	0,90	
Umlage 2 = Mutterschutz[7]	0,24	
Insolvenzgeldumlage	0,06	
Gleitzone		
Faktor	0,7547	
vereinfachte Gleitzonenformel	1,2759625 x Arbeitsentgelt - 234,5681	

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße - § 18 SGB IV -						
- Kranken- und Pflegeversicherung	36.540,00	3.045,00	101,50	36.540,00	3.045,00	101,50
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	36.540,00	3.045,00	101,50	32.340,00	2.695,00	89,83
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	59.400,00	-	-	59.400,00	-	-
- besondere Grenze[8]	53.100,00	-	-	53.100,00	-	-
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	53.100,00	4.425,00	147,50	53.100,00	4.425,00	147,50
- knappschaftliche Rentenversicherung	96.000,00	8.000,00	266,67	85.800,00	7.150,00	238,33
- allgemeine Rentenversicherung	78.000,00	6.500,00	216,67	69.600,00	5.800,00	193,33
- Arbeitslosenversicherung	78.000,00	6.500,00	216,67	69.600,00	5.800,00	193,33
- Seemannskasse	78.000,00	6.500,00	216,67	69.600,00	5.800,00	193,33
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen	-	450,00	15,00	-	450,00	15,00
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	30,45	1,02	-	26,95	0,90
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	325,00	10,83	-	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.308,00	609,00	20,30	7.308,00	609,00	20,30
- Rentenversicherung	29.232,00	2.436,00	81,20	25.872,00	2.156,00	71,87
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	-	609,00	20,30	-	609,00	20,30
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	-	609,00	20,30	-	539,00	17,97
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.308,00	609,00	20,30	7.308,00	609,00	20,30
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	7.308,00	609,00	20,30	6.468,00	539,00	17,97
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung[9]	-	246,00	-	-	246,00	-
- für freie Unterkunft	-	226,00	-	-	226,00	-
Beköstigungssatz[10]	-	246,00	-	-	246,00	-

[1] Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld / [2] Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld / [3] Im Freistaat Sachsen ergibt sich folgende Beitragstragung: Arbeitgeber 0,775 %, Arbeitnehmer 1,775 % (ggf. zuzüglich Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %) / [4] Die Beiträge werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen / [5] Befreiung auf Antrag beim Arbeitgeber / [6] Erstattungssatz = 80 % / [7] Erstattungssatz = 100 % / [8] Gilt nur für Personen, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresentgeltgrenze versicherungsfrei und privat krankenversichert waren / [9] Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 97,00 Euro, auf das Frühstück 52,00 Euro / [10] Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 96,00 Euro monatlich (täglich 3,20 Euro), auf das Frühstück 51,00 Euro monatlich (täglich 1,70 Euro)

Zum 1. Januar 2018 werden auch die Beitragsbemessungsgrenze zur Kranken- und Pflegeversicherung angehoben. Diese belaufen sich nunmehr bundesweit auf 4.425 Euro monatlich beziehungsweise 53.100 Euro jährlich.

Renten- und Arbeitslosenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung wird der seit 2015 gültige Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkte auf 18,6 Prozent gesenkt. Ausgehend vom vorläufigen Durchschnittsentgelt der allgemeinen Rentenversicherung für 2018 in Höhe von jährlich 37.873 Euro ergibt sich hieraus eine Entlastung von 38,87 Euro pro Jahr und pro Arbeitnehmer. Diese kommt aufgrund der paritätischen Beitragslastverteilung zu gleichen Teilen dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber zu Gute.

In der Arbeitslosenversicherung bleibt der Beitragssatz unverändert bei 3,0 Prozent.

In der allgemeinen Rentenversicherung und in der Arbeitslosenversicherung wird im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenzen weiterhin zwischen den alten und den neuen Bundesländern unterschieden. Insofern ist auch im Jahr 2018 die Bemessung der Höchstbeträge nach dem Rechtskreis zu differenzieren. In den alten Bundesländern steigen die Beitragsbemessungsgrenzen der allgemeinen Rentenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung 2018 auf 6.500 Euro monatlich beziehungsweise 78.000 Euro jährlich. In den neuen Bundesländern sind 2018 höchstens 5.800 Euro monatlich beziehungsweise 69.600 Euro jährlich beitragspflichtig.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2018 im Rechtskreis West 8.000 Euro monatlich beziehungsweise 96.600 jährlich; die Beitragsbemessungsgrenze Ost liegt bei monatlich 7.150 Euro beziehungsweise jährlich 85.800 Euro.

Gleitzone

Bei einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt in Höhe von 450,01 Euro bis 850 Euro finden die besonderen Regelungen der Gleitzone Anwendung. Hierbei wird im Hinblick auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und der Beitragslastverteilung das tatsächliche ermittelte Arbeitsentgelt mittels der Gleitzonenformel angepasst.

Die Beitragsbemessungsgrundlage ermittelt sich nach folgender Formel:

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

Der in der Formel enthaltene Faktor „F“ wird ermittelt, indem der Wert 30 durch den durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitrag dividiert wird.

Durchschnittlicher Gesamtsozialversicherungsbeitrag
= Summe der maßgeblichen Beitragssätze in der
- Krankenversicherung (inkl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages),
- Pflegeversicherung (ohne die besondere Regelung für das Land Sachsen),
- Arbeitslosenversicherung
- Rentenversicherung

Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz beträgt ab 1. Januar 2018:

14,6 % + 2,55 % + 18,6 % + 3,0 % + 1,0 % = **39,75 %**

Das ergibt folgenden Faktor F:

30 : 39,75 % = **0,7547**

Beitragssatzsteigerungen oder -senkungen, wie 2018 in der Rentenversicherung und beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenversicherung, beeinflussen also auch die Bemessungsgrundlage für Arbeitsentgelte innerhalb der Gleitzone.

Durch Einsetzen des Faktor „F“ und Umstellen der Formel, erhält man für 2018 die folgende verkürzte Gleitzonenformel:

Beitragsbemessungsrundlage = 1,2759625 x Arbeitsentgelt - 234,5681

Alle Rechengrößen der Sozialversicherung entnehmen Sie der Abb. 1.

Beitragsnachweise einreichen und Beitragsfälligkeit

Zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge hat ein gewerblicher Arbeitgeber der jeweiligen Einzugsstelle der Gesamtsozialversicherungsbeiträge (der gesetzlichen Krankenkassen oder der Minijob-Zentrale) einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zu übermitteln. Hiermit kündigt der Arbeitgeber der Einzugsstelle die voraussichtliche Höhe seiner Beitragsschuld für den laufenden Entgeltabrechnungszeitraum an. Ebenso kann er mit dem Beitragsnachweis Daten für den Vormonat korrigieren.

Als Einreichungsfrist für den Beitragsnachweises gilt ein bundeseinheitlicher Zeitpunkt. Fristgerecht wurde dieser eingereicht, wenn er der Einzugsstelle spätestens am zweiten Arbeitstag vor Fälligkeit der Beiträge

vorliegt. Somit muss dieser vor 0:00 Uhr des fünftletzten Bankarbeitstages eines Monats bei der Einzugsstelle eingehen. Das heißt für Unternehmen: Sie müssen die Nachweise spätestens im Laufe des Vortags übermitteln. Liegt der Einzugsstelle der Beitragsnachweis nicht termingerecht vor, muss diese die Beiträge schätzen. Diese Schätzung bildet im SEPA-Basislastschriftmandat zunächst auch die Grundlage für den Bankabruf. Diese Schätzung gilt dann, bis der ordnungsgemäße Nachweis übermittelt wurde. In der Abb. 2 sind die spätesten Termine genannt. Der Beitragsnachweis und die Beiträge müssen zur fristgerechten Zahlung/Einreichung um 24:00 Uhr der genannten Termine bei der Einzugsstelle eingehen.

Aufgrund der nicht bundesweiten Feiertage Fronleichnam am 31. Mai 2018 und dem Reformationstag am 31. Oktober 2018 verschieben sich die Daten für die Fälligkeit und der Einreichungsfrist für die Einzugsstellen in den Ländern, in denen es gesetzliche Feiertage sind, zeitlich nach vorne.

Beitragsnachweise für Minijobber sind bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einzureichen. Private Arbeitgeber, die einen Minijobber im sogenannten Haushaltsscheck-Verfahren angemeldet haben, brauchen keinen monatlichen Nachweis abzugeben. Die Minijob-Zentrale nimmt die notwendigen Abbuchungen im Lastschriftverfahren vor. Da die Minijob-Zentrale, als Einzugsstelle ihren Sitz in Essen hat, gelten die Einreichungsfristen und Fälligkeitstermine für das Land Nordrhein-Westfalen. Die einzelnen Termine können der Abb. 2 entnommen werden.

Mindestlohn

Seit dem 1. Januar 2015 gilt in Deutschland der Mindestlohn. Dieser beträgt nach seiner ersten Anhebung seit dem 1. Januar 2017 bundesweit 8,84 Euro. Nach dem Mindestlohngesetz ist der Mindestlohn alle zwei Jahre durch die Mindestlohnkommission, ein Gremium in dem Arbeitgeber und Gewerkschaften paritätisch vertreten sind, anzupassen. Deshalb kann der Mindestlohn erst zum 1. Januar 2019 wieder geändert werden.

Abb. 2: Fälligkeits- und Übermittlungstermine für Beitragsnachweise im Jahr 2018

	Übermittlung des Beitragsnachweises	Fälligkeitstag
Januar	24.	29.
Februar	21.	26.
März	22.	27.
April	23.	26.
Mai	23./24[1)]	28./29.[1)]
Juni	24.	27.
Juli	24.	27.
August	26.	29.
September	23.	26.
Oktober	23./24.[2)]	26./29.[2)]
November	25.	28.
Dezember	18.	21.

1) Es gilt der frühere Termin, wenn die Einzugsstelle ihren Sitz in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz oder Saarland hat (gesetzlicher Feiertag Fronleichnam am 31. Mai 2018).
2) Es gilt der frühere Termin, wenn die Einzugsstelle ihren Sitz in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen hat (gesetzlicher Feiertag Reformationstag am 31. Oktober 2018).

André Fasel
KBS/Minijob-Zentrale
Grundsatz Versicherungs- und Beitragsrecht
Hollestraße 7b-c
45127 Essen

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 24. November 2017 folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschüsse

Chemnitz I
– Gruppe der Versicherten –
Ursula Steinbach wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Gisbert Schöne im Widerspruchsausschuss Chemnitz I entbunden. Eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

Chemnitz III
– Gruppe der Versicherten –
Heidi Arlt wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Annerose Müller im oben genannten Widerspruchsausschuss entbunden. Als Nachfolger wurde Peter Hopfinger, geboren 1957, Zeitz, zum neuen 1. Stellvertreter des Mitglieds Annerose Müller gewählt.

Cottbus III
– Gruppe der Versicherten –
Hans-Jürgen Kirschner wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Cottbus III entbunden. Eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

KBS

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

Vertreterversammlung

Gruppe der Versicherten

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 16. November 2017 Rüdiger Piatkowski (mit Wirkung zum 23. September 2017) von seinem Amt als Mitglied in der Vertreterversammlung entbunden. Als Nachfolger wurde André Nagel vorgeschlagen. Durch Beschluss wurde festgestellt, dass André Nagel, geb. 1966, Rostock, als gewählt gilt und Mitglied in der Gruppe der Versicherten der Vertreterversammlung geworden ist.

Vorstand

Gruppe der Arbeitgeber

Ebenfalls in oben genannter Sitzung hat der Vorstand Simone Mouget (mit Wirkung zum 1. Oktober 2017) von ihrem Amt als 2. Stellvertreterin des Mitglieds Katharina Rinke im Vorstand entbunden. Ein Nachfolger oder eine Nachfolgerin wurde noch nicht benannt.

KBS

64. 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 63. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

In § 10 Absatz 3 der Anlage 6 (zu § 94 der Satzung) wird die Zahlenangabe „0,30“ durch die Angabe „0,24“ ersetzt.

Artikel 2

Der 64. Nachtrag tritt am 1.1.2018 in Kraft.

Einstimmig beschlossen von den Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber in der Sitzung der Vertreterversammlung am 24. November 2017.

Frank Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von den Arbeitgebervertretern der Vertreterversammlung am 24. November 2017 beschlossene 64. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 5. Dezember 2017
213-59022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Beckschäfer)

12. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Seemannskasse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Januar 2009 in der Fassung des 11. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. In § 20 Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „monatlich im Voraus“ gestrichen.

2. § 20 wird um die folgenden Absätze 4 und 5 ergänzt:

   „(4) Die laufenden Leistungen nach § 9 Nr. 1 bis 3 und 5 bis 6 werden am Ende des Monats fällig, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.
   (5) Bei Beginn der laufenden Leistungen nach Absatz 4 vor dem 1. Juli 2018 werden diese und alle nachfolgenden Leistungen zu Beginn des Monats fällig, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.“

3. § 24 Absatz 1 Satz 4 wird gestrichen.

4. Nach § 24 Absatz 1 Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

   „Die Rücklage wird mindestens in zweifacher Höhe des Betrages, der nach dem Haushaltsplan auf einen Monat entfallenden Ausgaben gebildet; sie soll das Fünfzehnfache des Betrages, der nach dem Haushaltsplan auf einen Monat entfallenden Ausgaben nicht übersteigen. Ein darüber hinausgehender Betrag ist durch ein wissenschaftliches Gutachten zu begründen. Das Gutachten ist spätestens alle fünf Jahre zu aktualisieren.“

5. § 24 Absatz 1a wird gestrichen.

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 und 2 treten am 1.7.2018 in Kraft.

2. Artikel 1 Nrn. 3 – 5 treten am Tag nach der Veröffentlichung im Internet unter „www.kbs.de“ in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 24. November 2017.

Frank Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See am 24. November 2017 beschlossene 12. Nachtrag zur Satzung der Seemannskasse wird gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB IV in Verbindung mit § 90 Abs. 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 11. Dezember 2017
411 - 69341.00 - 2831/2008

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Ritter-Fischbach)

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 <u>Beträge für die Aufnahme von Anträgen auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung</u>

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 für 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. 1. 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)

Nachträgliche Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 12. Mai 2016 beschlossene 55. Nachtrag zur Satzung vom 1. Dezember 2005 wird auch hinsichtlich Artikel 1 § 14 Ziffer 1. Nr. 15 und Nr. 32 und Nr. 2. § 18 Nr. 2 und Nr. 8 und insoweit Artikel 2 zum Inkrafttreten gemäß § 195 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch in Verbindung mit § 90 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch genehmigt.

Bonn, den 18. Dezember 2017
112-7990.0-2544/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Popoff)

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Krankenschwester für den Operationsdienst Katja Costa	1.1.2018
Raumpflegerin Rita Gotzhein	1.1.2018
Oberregierungsrat Kurt Meyer	1.1.2018
Regierungsamtsrat Michael Bömelburg	5.1.2018
Verwaltungsangestellter Hans-Jürgen Scheffler	11.1.2018
Verwaltungsangestellte Angela Teltow	11.1.2018
Regierungsoberinspektorin Ursula Hornung	16.1.2018
Verwaltungsangestellte Monika Dunschen	1.2.2018
Regierungsamtmann Bernd Hartwecker	1.2.2018
Regierungsoberamtsrat Uwe Hesse	1.2.2018
Regierungsamtsrätin Andrea Komac	1.2.2018
Regierungsamtsrätin Silvia Punzet	1.2.2018
Regierungsamtfrau Gabriele Vedder	1.2.2018
Hausgehilfin Eugenia de Almeida Pereira	2.2.2018
Krankenschwester Lucia Klein	11.2.2018

25-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte Regina Bauer	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Christine Brokop	1.1.2018
Technischer Angestellter Hans-Jürgen Dröge	1.1.2018
Krankenschwester Astrid Frevel	1.1.2018
Medizinisch-technische Assistentin Ute Glas	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Petra Hertlein	1.1.2018
Programmiererin Ulrike Höchemer	1.1.2018
Verwaltungsangestellter Siegfried Kolditz	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Tanja vom Kolke	1.1.2018
Küchenhilfe Dorothea Koßmann	1.1.2018
Medizinisch-technische Assistentin Silke Krippner	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Angelika Nielsen	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Marion Selter	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Eva-Maria Simon	1.1.2018
Verwaltungsangestellte Ricarda Stanke	2.1.2018
Sozialversicherungsfachangestellter Knut Czaplok	5.1.2018
Sozialversicherungsfachangestellter Andreas Mezori	15.1.2018
Verwaltungsangestellte Christine Wolter	15.1.2018
Diätassistentin Christa Brockmann	17.1.2018
Verwaltungsangestellte Renate Nolte	19.1.2018
Verwaltungsangestellte Karen Zander-Haist	24.1.2018
Angestellte Sabine Frese	28.1.2018
Verwaltungsangestellter Dirk Magens-Greve	29.1.2018
Sozialversicherungsfachangestellter Kurt Gärtner	1.2.2018
Verwaltungsangestellter Andre Heuser	1.2.2018
Medizinisch-technische Assistentin Petra Kölsch	1.2.2018
Servicekraft Eleni Kostidou	1.2.2018
Verwaltungsangestellte Marion Pechtl	1.2.2018
Nachtwächter Klaus-Dieter Fahning	4.2.2018
Sozialversicherungsfachangestellte Andrea Keizers	6.2.2018
Arzthelferin Iris Bruckwilder	8.2.2018
Verwaltungsangestellte Katja Syndikus	11.2.2018
Sozialversicherungsfachangestellte Gülbahar Tavukcu	14.2.2018
Verwaltungsangestellte Ulrike Schumann	15.2.2018
Pharmazeutisch-technische Assistentin Christiane Riepe	20.2.2018

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