129. Jahrgang · Januar I Februar 2019

Kompass

Haushalt der KBS
Mehr als 50 Milliarden Euro

DER SOZIALGERICHTSPROZESS
KURZFRISTIGE MINIJOBS
NEUE RECHENGRÖSSEN AB 2019

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Mehr als 50 Milliarden Euro
Haushalt 2019 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See genehmigt

13 Der Sozialgerichtsprozess – Grundzüge des sozialgerichtlichen Verfahrens

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

17 Kurzfristige Minijobs – Was seit Januar 2019 gilt und warum sie auf dem Arbeitsmarkt wichtig sind

22 Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung ab 1. Januar 2019

BERICHTE UND INFORMATIONEN

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

26 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

26 Rezension
Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

27 69. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

30 70. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

31 Personalnachrichten

31 Impressum

Titelbild:
Mit ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2019 überschreitet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstmals den Schwellenwert von 50 Milliarden Euro.

Foto: © Nicolas Vega/EyeEm - gettyimages.de

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

© Nicolas Vega/EyeEm - gettyimages.de

ULRICH PASCHEK

Mehr als 50 Milliarden Euro

Haushalt 2019 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See genehmigt

Vorstand und Vertreterversammlung, die Selbstverwaltungsorgane der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), berieten in ihren Sitzungen am 22. und 23. November 2018 den Haushaltsplan 2019 und fassten die formellen Auf- beziehungsweise Feststellungsbeschlüsse. Nach weiteren Erörterungen mit den Bundesministerien für Arbeit und Soziales (BMAS), für Gesundheit (BMG) und der Finanzen (BMF) sowie unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des Bundesrechnungshofes (BRH) genehmigte die Bundesregierung den Haushalt in der Kabinettssitzung am 19. Dezember 2018. Mit dem Haushaltsplan wird erstmals der Schwellenwert von 50 Mrd. Euro überschritten. Das Haushaltsvolumen übersteigt den entsprechenden Gesamtbetrag des Jahres 2018 um 1,5 Mrd. Euro oder 2,9 Prozent.

Das Gesamtvolumen des Haushaltes 2019 teilt sich wie folgt auf die einzelnen Bereiche der KBS auf:

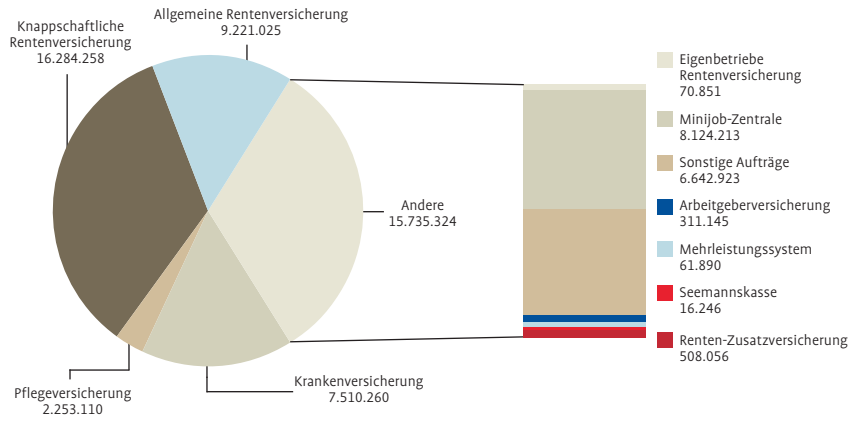
Leistungshaushalte
Für die originären Bereiche des Haushaltes des Verbundträgers, der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung, der knappschaftlichen und der allgemeinen Rentenversicherung, sind Ausgaben in Höhe von zusammen 35,3 Mrd. Euro vorgesehen. Der Betrag des Vorjahres wird damit um 1,2 Mrd. Euro oder 1,2 Prozent überschritten. Einen deutlichen Zuwachs erfahren insbesondere die beiden Rentenversicherungszweige des Trägers und auch die Pflegeversicherung.

Wirtschaftspläne, Sondervermögen
Für die neun Rehabilitationseinrichtungen der KBS, deren Planungen zu den Einnahmen und Ausgaben in sogenannten Wirtschaftsplänen als Anlage zum Haushaltsplan nachgewiesen werden, wird ein Gesamtvolumen von 70,9 Mio. Euro erwartet. Der Anstieg im Vergleich zum Vorjahr beträgt hier 2,5 Mio. Euro beziehungsweise 3,6 Prozent.

Den einzelnen Bereichen des Trägers sind zudem noch Sondervermögen zur Verwaltung zugewiesen. Zum Bereich der Krankenversicherung gehört das Sondervermögen der Arbeitgeberversicherung. Nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz wird den Arbeitgebern ein teilweiser oder vollständiger Ersatz ihrer Aufwendungen in Fällen der Entgeltfortzahlung bei Krankheit oder Mutterschaft ihrer Beschäftigten gewährt. Im Vergleich zum Vorjahr steigen die Ausgaben hierfür um insgesamt 7,0 Mio. Euro (+ 2,3 v. H.) auf 311,1 Mio. Euro an. Aus der Aufgabenstellung als Träger der allgemeinen Rentenversicherung heraus verwaltet die KBS die Sondervermögen der Seemannskasse

und der Renten-Zusatzversicherung. Der Ausgabenbetrag für die Seemannskasse steigt im Vergleich zum Vorjahr um 0,6 Mio. Euro (+ 3,8 v. H.) auf 16,2 Mio. Euro. Demgegenüber geht das Gesamtvolumen der Renten-Zusatzversicherung im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr um 17,1 Mio. Euro (- 3,3 v. H.) auf 508,1 Mio. Euro zurück. Faktisch als Sondervermögen wird der durch Satzungsrecht geregelte Bereich des sogenannten Mehrleistungssystems geführt. Hier werden für das Jahr 2019 Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 61,9 Mio. Euro erwartet. Es ergibt sich eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2018 um +0,8 Mio. Euro (+ 1,3 v. H.).

Abb. 1: Haushalt 2019 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See – in 1.000 Euro –



Quelle: KBS

Auftragsgeschäfte

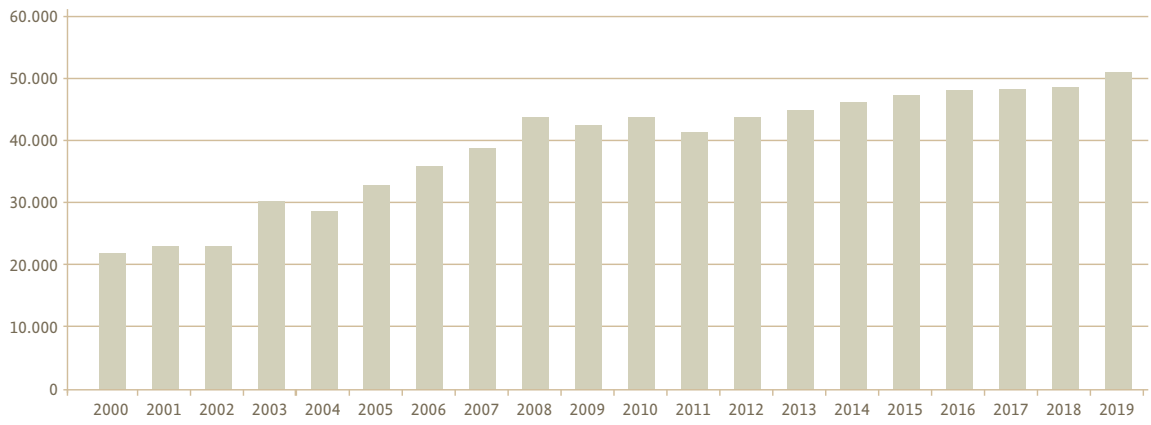
Neben dem Kerngeschäft der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie der Verwaltung der Sondervermögen sind der KBS noch weitere Aufgaben durch Gesetze übertragen worden, die den Haushalt in Einnahmen und Ausgaben durchlaufen und die in der Anlage des Haushaltsplans „Durchlaufende Posten“ zusammengefasst sind. Insgesamt erwartet die KBS hierzu Einnahmen und Ausgaben von 14,8 Mrd. Euro. Der Zuwachs des Gesamtvolumens im Vergleich zum Vorjahr beläuft sich auf 292,2 Mio. Euro (+ 2,0 v. H.). Von diesem Gesamtbetrag entfällt auf den Bereich der sogenannten Minijobs eine Summe von 8,1 Mrd. Euro (+ 151,3 Mio. Euro bzw. + 1,9 v. H.). Hinzu treten Aufträge für weitere Aufgaben (zum Beispiel aus den Bereichen der Unfallversicherungs- oder Sozialhilfeträger) mit einem weiteren Volumen von 6,6 Mrd. Euro.

Die Aufteilung des Gesamtvolumens des Haushaltes 2019 auf die genannten Bereiche ist in der Abb. 1 dargestellt. Die Entwicklung seit dem Jahr 2000 zeigt die Abb. 2.

Krankenversicherung

Nach der Bundestagswahl am 24. September 2017 verzögerte sich die Regierungsbildung infolge langanhaltender Koalitionsverhandlungen deutlich. Die Wahl von Dr. Angela Merkel zur Bundeskanzlerin erfolgte erst am 14. März 2018. Demzufolge nahm auch die Regierungs-

Abb. 2: Entwicklung des Haushaltsvolumens der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2000 bis 2019* – in Mio. Euro –



*bis 2004 Bundesknappschaft

Quelle: KBS

arbeit erst mit Verspätung Fahrt auf. Seitdem werden aus dem Geschäftsbereich des BMG heraus eine Reihe von gesetzlichen Neuregelungen angestoßen, die auf die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen, aber auch speziell auf die KNAPPSCHAFT, die Krankenversicherung in der KBS, nachhaltige Auswirkungen haben.

Versichertenentwicklung

Nachdem sich die Zuwanderung nach Deutschland abgeschwächt hat erwartet die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2019 nur noch einen Versichertenzuwachs um 0,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf 73,259 Mio. Versicherte. Bei dieser Prognose berücksichtigt der beim BVA gebildete Schätzerkreis ausdrücklich die Bereinigung der Versichertenzahlen bei sogenannten passiven Mitgliedschaften im Zuge der Umsetzung der entsprechenden Regelungen des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) zu den obligatorischen Anschlussversicherungen. Die Entwicklung der Zahl der Versicherten in der GKV ist der Abb. 3 zu entnehmen. Der Anteil der Versicherten der KNAPPSCHAFT an der Gesamtzahl der GKV ist in der Abb. 4 dargestellt.

Aufgrund ihres überdurchschnittlich alten Versicherungsbestandes erwartet die KNAPPSCHAFT für das Jahr 2019 weiterhin eine Anzahl von Versichertenverlusten durch Tod, die nicht in vollem Umfang durch Geburten und Neugewinnung von Mitgliedern kompensiert werden kann. Die Zahl der versicherungspflichtigen Rentner und ihrer Familienangehörigen wird im Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr voraussichtlich um 3,7 Prozent zurückgehen. Dagegen sollte die Zahl der Pflichtmitglieder im Vorjahresvergleich um 4,0 Prozent anwachsen. In der Summe führt dies zu einem voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Bestand für das Jahr 2019 von 1.568.000 Versicherten.

Finanzentwicklung 2018/2019

Der Schätzerkreis beim BVA, dem Experten aus dem BMG, dem BVA und des GKV-Spitzenverbandes angehören, gelangte nach einer Reihe von Expertenanhörungen in seiner Sitzung am 10./11. Oktober 2018 zu einer einvernehmlichen Einschätzung der Finanzentwicklung in den Jahren 2018 und 2019; im Herbst des Jahres 2017 war es noch zu einer unterschiedlichen Einschätzung der künftigen Entwicklung zwischen der Ministeriums-/Amtsseite beziehungsweise Krankenkassenseite gekommen. Entsprechend der Konjunktur- und der Versichertenentwicklung rechnet der Schätzerkreis mit folgenden Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen in den Jahren 2018/2019 (in Prozent):

Jahr	Allgemeine Krankenversicherung	Krankenversicherung der Rentner
2018	+ 4,3	+ 3,2
2019	+ 3,7	+ 5,5

Hierbei wurde hinsichtlich der Prognose für das Jahr 2019 die Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage durch das GKV-VEG berücksichtigt. Der Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung verharrt in den Jahren 2018 und 2019 auf einem konstanten Niveau von 14,5 Mrd. Euro.

Auf der Ausgabenseite erwartet der Schätzerkreis einen Anstieg der Leistungsausgaben je Versicherten um 3,4 Prozent im Jahr 2018 und um 3,7 Prozent im Jahr 2019. Da die Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent zuzüglich der weiteren Einnahmen der Krankenkassen nicht zur Ausgabendeckung ausreichen, rechnet der Schätzerkreis für das Jahr 2019 mit einer GKV-weiten Unterdeckung von 13,3 Mrd. Euro, aus der sich ein rechnerischer Zusatzbeitrag von 0,91 Prozent ergibt. Auf der Grundlage der Prognose des Schätzerkreises hat das BMG am 26. Oktober 2018 für das Jahr 2019 einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent bekannt gemacht.[1]

Auf der Basis der Prognose des Schätzerkreises hat die KBS ihre Schätzungen überprüft. Danach wird für die KNAPPSCHAFT ein Anstieg der Leistungsausgaben je Versicherten für die Jahre 2018 und 2019 um jeweils 3,5 Prozent erwartet. Die KNAPPSCHAFT hatte ihren Zusatzbeitragssatz infolge der günstigen Ergebnisentwicklung der jüngeren Vergangenheit zum 1. Oktober 2018 von 1,3 auf 1,1 Prozent reduziert. Unter Berücksichtigung der Versicherten- und der Ausgabenentwicklung in den Jahren 2018 und 2019 wird derzeit kein Spielraum für eine nächste Beitragssatzanpassung gesehen.

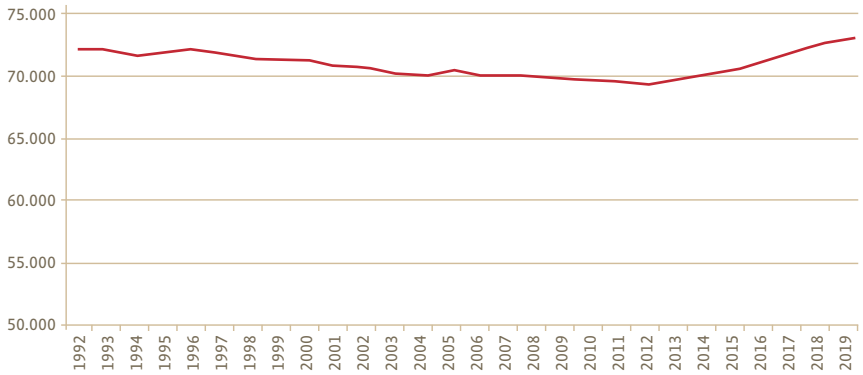
Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2018 mit einem Gesamtvolumen von 7,5 Mrd. Euro ist in der Abb. 5 dargestellt.

Die Verwaltungskosten der KNAPPSCHAFT werden als solche der knappschaftlichen Rentenversicherung behandelt.[2] Die KNAPPSCHAFT wiederum muss der knappschaftlichen Rentenversicherung den auf die erstgenannte entfallenden Anteil in einem Betrag erstatten. Um eine hinreichende Transparenz auch für die KNAPPSCHAFT zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber die KBS veranlasst, die Verwaltungskosten der KNAPPSCHAFT in der für die GKV üblichen Gliederung im Haushaltsplan darzustellen.[3] Nur so erhält die KNAPPSCHAFT Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben nach denselben

Kriterien wie alle anderen Krankenversicherungsträger. Wird dieser Nachweis seitens der KBS nicht erbracht oder vom BVA[4] nicht akzeptiert, so würde die KNAPPSCHAFT für 2019 lediglich GKV-durchschnittliche Zuweisungen für Verwaltungskosten erhalten. Damit würde das vermehrte Arbeitsaufkommen aufgrund der erhöhten Morbidität der Versicherten der KNAPPSCHAFT bei der Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten unberücksichtigt bleiben. Das BVA hat diesen Ausweis im Haushaltsplan 2019 mit Schreiben vom 13. November 2018 als ausreichend anerkannt und genehmigt. Der Anteil der Verwaltungskosten am Gesamtausgabenvolumen ist mit 4,0 Prozent im GKV-Vergleich auch weiterhin unterdurchschnittlich.

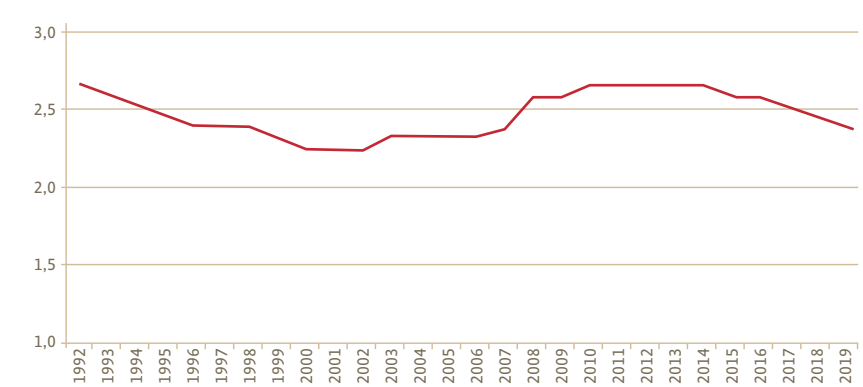
Vor der Öffnung der KNAPPSCHAFT für alle GKV-Mitgliederkreise konnte diese einem beschränkten Personenkreis erweiterte Leistungen bei einem Krankenhausaufenthalt (Zweibettzimmer-Unterbringung und Chefarztbehandlung) mittels einer entsprechenden Satzungsregelung gewähren. Mit der Öffnung der KNAPPSCHAFT und ihrer Etablierung als für alle wählbare Krankenkasse war dieses System zu schließen. Den vorhandenen Mitgliedern in diesem System wurde ein Wahlrecht hinsichtlich ihres weiteren Verbleibs eingeräumt. Insgesamt werden hier Leistungsaufwendungen mittels gesonderter Prämienzahlungen der verbliebenen Versichertengemeinschaft in Höhe von 61,9 Mio. Euro finanziert.

Abb. 3: Entwicklung der Zahl der Versicherten der GKV 1992 bis 2019
– in Tausend –



Quelle: 1992 bis 2017 BMG, 2018 bis 2019 Prognose Schätzerkreis

Abb. 4: Entwicklung des Anteils der KNAPPSCHAFT an der Zahl der Versicherten der GKV 1992 bis 2019
– in vom Hundert –



Quelle: 1992 bis 2017 BMG, 2018 bis 2019 Prognose Schätzerkreis/KNAPPSCHAFT

Pflegeversicherung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II) wurden die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich verbessert. Bei allen Pflegekassen haben mehr Menschen die unterschiedlichen Leistungsverbesserungen in Anspruch genommen als ursprünglich erwartet. Die Entwicklung der Zahl der Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland ist in der Abb. 6 dargestellt.

Im Jahr 2019 werden für die Pflegeversicherung der KNAPPSCHAFT 176.100 Pflegebedürftige erwartet, davon werden 134.300 ambulant und 41.800 stationär pflegebedürftig sein; für den Haushalt 2018 waren lediglich 168.200 Leistungsempfänger erwartet worden.

Zur Finanzierung der Mehrausgaben sieht das BMG die Notwendigkeit, den Beitragssatz zum 1. Januar 2019 anzuheben. Unter Berücksichtigung dieser Maßnahme wurden die Einnahmen der Pflegeversicherung der KNAPPSCHAFT auf Basis der erwarteten Mitgliederentwicklung und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes von 3,05 Prozent beziehungsweise 3,30 Prozent für kinderlose Mitglieder kalkuliert; es ergeben sich Beitragseinnahmen in Höhe von 533,3 Mio. Euro. Aus der immer noch alterslastigen Versichertenstruktur resultiert eine Eigenfinanzierungsquote von lediglich 23,7 Prozent (Haushaltsplan 2018: 21,9 Prozent). Der Differenzbetrag zur Deckung der Ausgaben muss aus dem vom BVA verwalteten Ausgleichsfonds mit einem Volumen von 1.713,2 Mio. Euro finanziert werden.

Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben ist in Abb. 7 dargestellt.

Als Verwaltungskostenerstattung an die Krankenversicherung sind insgesamt 50,8 Mio. Euro veranschlagt. Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten sind nach Maßgabe des pauschal von den

Pflegekassen in Höhe von 3,2 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkassen zu erstatten.[5] 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 ist. Die Aufwendungen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen – wie im Vorjahr – lediglich einen Anteil von 2,3 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegekasse dar.

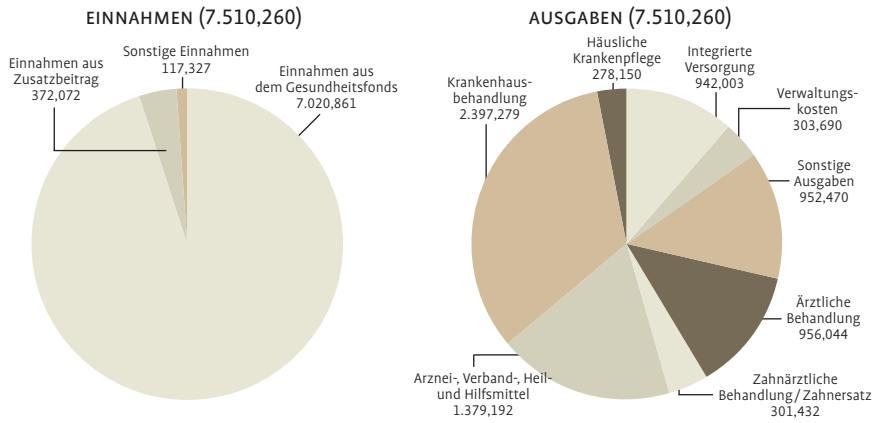
Für den Aufwand des Sozialmedizinischen Dienstes bei der Begutachtung, Qualitätssicherung und -kontrolle der Pflegefälle werden Mittel in Höhe von 27,2 Mio. Euro bereitgestellt.

Knappschaftliche Rentenversicherung

Mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 16,3 Mrd. Euro ist der Einzelplan der knappschaftlichen Rentenversicherung weiterhin der größte Einzeletat. Das Volumen verändert sich im Vergleich zum Vorjahr um + 572,2 Mio. Euro (+ 6,6 v. H.).

Bei der Haushaltsveranschlagung orientierte sich die KBS an den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese erwartete im Sommer 2018 eine Verminderung des Beitragssatzes zur allgemeinen Rentenversicherung auf 18,3 Prozent und – entsprechend – für die knappschaftliche Rentenversicherung von 24,3 Prozent. Infolge der aktuellen Reformberatungen zum Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung ist für das Jahr 2019 von unveränderten Beitragssätzen von 18,6 Prozent in der allgemeinen und 24,7 Prozent in der knappschaftlichen Rentenversicherung auszugehen. Dies wird im Rahmen des Haushaltsvollzugs umzusetzen sein. Nach den

Abb. 5: Haushalt 2019 der Krankenversicherung – in Mio. Euro –



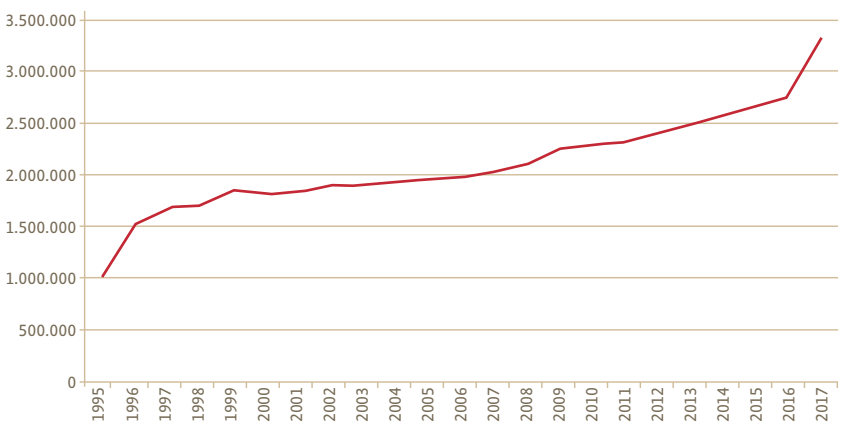
Quelle: KBS

Annahmen anlässlich der Haushaltsplanung wurde eine Rentenanpassung zum 1. Juli 2019 um 3,47 Prozent (West) beziehungsweise 4,2 Prozent (Ost) berücksichtigt.

Entsprechend der Altersstruktur des Rentnerbestandes wird auch für das Jahr 2019 von sinkenden Rentnerzahlen ausgegangen. Für das Jahr 2019 rechnet die KBS mit einer jahresdurchschnittlichen Zahl von 977.700 Rentenzahlungen im Monat, wobei 678.600 dem bisherigen bergbaunahen Betreuungspotenzial und 299.100 dem Personenkreis der sogenannten Ein-Monats-Regelung zuzuordnen sind.

Beitragseinnahmen werden in Höhe von 547,8 Mio. Euro erwartet. Im Rahmen des Wanderungsausgleichs, der die Versichertenverluste nach dem 1. Januar 1991 ausgleicht,[6] werden Einnahmen von 2.783,1 Mio. Euro erwartet. Aus dem Wanderversicherungsausgleich für anteilige Erstattungen der von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu Lasten der allgemeinen Rentenversicherung mitausgezahlten Leistungsanteile für Renten- und Zusatzleistungen sowie Erstattungen für Leistungen zur Teilhabe sind weitere Einnahmen von 7.593,7 Mio. Euro vorgesehen. Der langfristig rückläufige Bundeszuschuss[7] nimmt für das Jahr 2019 ein Volumen von 5.310,0 Mio. Euro an. 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.

Abb. 6: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 1995 bis 2017
– in vom Hundert –



Quelle: BMG

Insgesamt wird mit Rentenausgaben in Höhe von 14,8 Mrd. Euro gerechnet; dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg von 216,0 Mio. Euro (+ 1,5 v. H.).

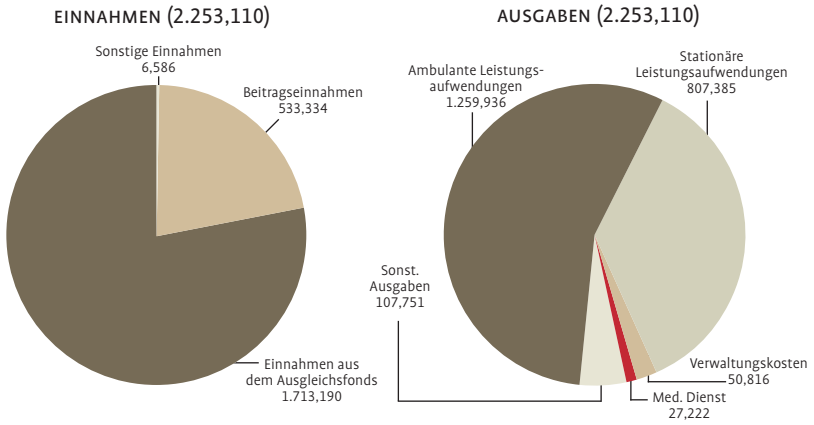
Ein deutlicher Ausgabenzuwachs ist bei den Beiträgen zur Krankenversicherung festzustellen. Während bislang nur der allgemeine Beitragssatz paritätisch von Rentnern und Rentenversicherungsträger finanziert wurde, gilt dieser Grundsatz ab dem 1. Januar 2019 auch für den Zusatzbeitrag. Dieser wurde bislang ausschließlich von den Rentnern getragen. Dadurch erhöht sich das Ausgabenvolumen von 1.045,1 Mio. Euro im Jahr 2018 auf 1.135,4 Mio. Euro im Jahr 2019. Der prozentuale Anstieg beträgt bei der Ausgabeposition im Vergleich zum Vorjahr 8,6 Prozent.

Im Rahmen der Budgetregelung des § 220 Absatz 1 und 2 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 144 Mio. Euro wurde bei der Etatisierung unterschritten. Bei Gesamtausgaben für Leistungen zur Teilhabe von 136,4 Mio. Euro sind budgetrelevante 133,6 Mio. Euro veranschlagt.

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.

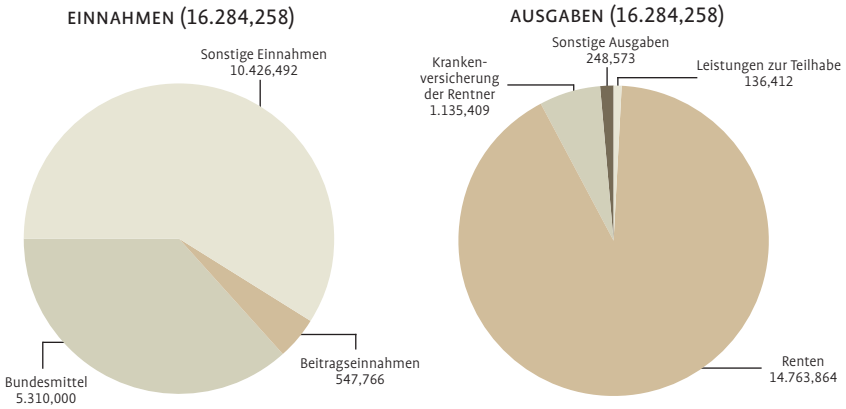
Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der knappschaftlichen Rentenversicherung ist in der Abb. 8 dokumentiert.

Abb. 7: Haushalt 2019 der Pflegeversicherung – in Mio. Euro –



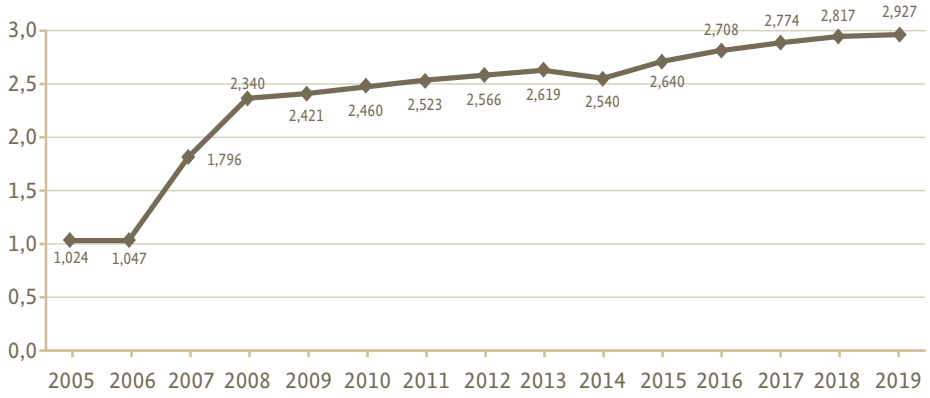
Quelle: KBS

Abb. 8: Haushalt 2019 der knappschaftlichen Rentenversicherung – in Mio. Euro –



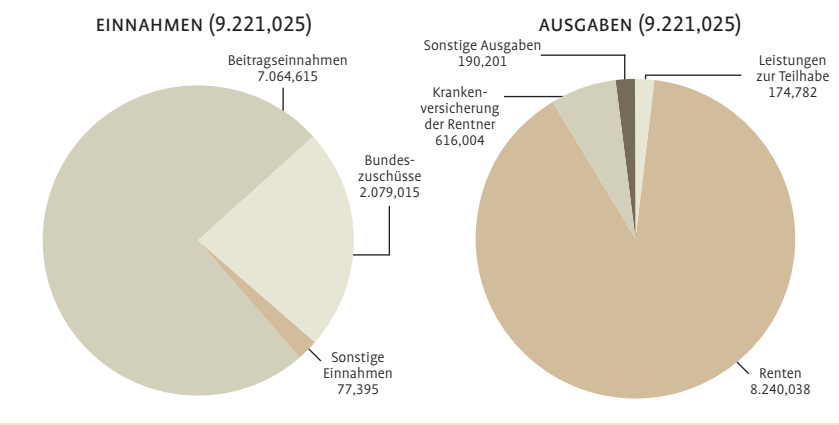
Quelle: KBS

Abb. 9: Entwicklung des Beitragssatzanteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung 2005 bis 2019 – in Prozent –



Quelle: KBS

Abb. 10: Haushalt 2019 der allgemeinen Rentenversicherung
– in Mio. Euro – (Brutto)



Quelle: KBS

Allgemeine Rentenversicherung

Alle Träger der allgemeinen Rentenversicherung bilden einen Finanzverbund.[8] In dessen Rahmen tragen sie die Ausgaben für Renten, Beitragserstattungen, die zu tragenden Beiträge zur Krankenversicherung und die sonstigen Geldleistungen, soweit es sich bei diesen nicht um Leistungen zur Teilhabe, Verwaltungs- und Verfahrenskosten oder Investitionen handelt, nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam. Auf der Einnahmenseite werden die Bundeszuschüsse, Beitragszahlungen des Bundes für Kindererziehungszeiten und Erstattungen des Bundes, soweit es sich nicht um die Erstattung für Kinderzuschüsse oder um die durch den Träger der Versorgungslast im Beitrittsgebiet nach § 290a SGB VI handelt, ebenso nach dem Verhältnis der Beitragseinnahmen verteilt. Diese Aufteilung erfolgt buchhalterisch.[9]

Das Verhältnis der Beitragseinnahmen wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund anhand von gesetzlich bestimmten Kriterien festgelegt.[10] Der Verteilungsschlüssel für das Jahr 2019 basiert auf den Versichertenzahlen zum Jahresende 2016. Danach beträgt der Anteil für die Bundesträger (Deutsche Rentenversicherung Bund sowie KBS) 48,840 v. H., auf die Regionalträger entfallen 51,160 v. H. der Beiträge. Von dem Anteil für die Bundesträger erhalten die Deutsche Rentenversicherung Bund 94,008 v. H. und die KBS 5,992 v. H. Für den Anteil der KBS stellt dies im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 3,3 v. H. dar. Insgesamt erhält die KBS als Träger der allgemeinen Rentenversicherung 2,927 v. H. aller Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung.

Beitragsabführungen erhält die allgemeine Rentenversicherung der KBS im Jahr 2019 von der trägereigenen Minijob-Zentrale, der Bahn-BKK und der Techniker Krankenkasse. Zudem verbleiben die Rentenversicherungsbeiträge, sofern sie nicht der knappschaftlichen Rentenversicherung gebühren, der bei der KNAPPSCHAFT versicherten Beschäftigten im Hause. Die Entwicklung des Anteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung ist in der Abb. 9 dargestellt.

Auf der Basis der Finanzschätzung zwischen dem BMAS und der Deutschen Rentenversicherung Bund unter Beteiligung des BVA werden für die allgemeine Rentenversicherung insgesamt Beitragseinnahmen von 241,4 Mrd. Euro erwartet, von denen 7,1 Mrd. Euro auf die allgemeine Rentenversicherung der KBS entfallen. Von dem allgemeinen Bundeszuschuss von 45,6 Mrd. Euro und dem zusätzlichen Bundeszuschuss von 26,1 Mrd. Euro entfallen 1,3 beziehungsweise 0,8 Mrd. Euro auf die allgemeine Rentenversicherung der KBS.

Auf der Ausgabenseite werden Rentenausgaben von 8,2 Mrd. Euro erwartet. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg um 456,6 Mio. Euro oder 5,9 v. H.

Auch in der allgemeinen Rentenversicherung erhöht sich der Ausgabenbetrag für die Krankenversicherung der Rentner infolge der Einführung der paritätischen Finanzierung auch des Zusatzbeitragssatzes deutlich. Fielen hierfür nach der Planung im Jahr 2018 noch 545,4 Mio. Euro an, stieg der Betrag für das Jahr 2019 auf 616,0 Mio. Euro (+ 12,9 v. H.).

Im Rahmen der Budgetregelung[11] hat auch eine Abstimmung hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe der allgemeinen Rentenversicherung der KBS stattgefunden. Das in diesem Rahmen ermittelte Nettovolumen in Höhe von 227 Mio. Euro wurde bei der Etatisierung unterschritten. Bei Gesamtausgaben für Leistungen zur Teilhabe von 174,8 Mio. Euro sind budgetrelevante 168,0 Mio. Euro veranschlagt.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 1,3 v. H. an den Gesamtausgaben dar. Das aus dem gemeinsamen Willen der Rentenversicherungsträger zur

Abb. 11: Pauschalabgaben für Minijobs

	Mio. Euro
Beitragseinnahmen Krankenversicherung	3.252,592
Beitragseinnahmen Rentenversicherung	4.121,026
Umlagen nach dem AAG*	230,763
Beitragseinnahmen Unfallversicherung	17,790
Einnahmen Insolvenzgeldumlage	19,601
Steuereinnahmen incl. Kirchensteuer	482,441
zusammen:	**8.124,213**

*Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz)

Reduzierung der Verwaltungsausgaben resultierende Ausgabenbudget wird von der KBS auch als Träger der allgemeinen Rentenversicherung eingehalten.

Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der allgemeinen Rentenversicherung ist in der Abb. 10 dokumentiert.

Minijob-Zentrale

Im Rahmen ihrer Aufgabenstellung für den Einzug der Pauschalabgaben bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird die KBS (Minijob-Zentrale) für rund 7,1 Mio. geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bei rund 2,3 Mio. Arbeitgebern Pauschalabgaben und Beiträge in Höhe von insgesamt 8,1 Mrd. Euro erheben und an den Gesundheitsfonds, die Rentenversicherung (siehe Abschnitt: Allgemeine Rentenversicherung), Berufsgenossenschaften, das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt), die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die eigene Arbeitgeberversicherung weiterleiten. Wie sich die Beiträge verteilen, zeigt die Abb. 11.

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 einer Kostenstellenrechnung erfasst und damit verursachungsgemäß zugeordnet. Diese Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen Einnahmen aus der Beitragseinzugsstellenvergütung der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie der BA und Erstattungen des BZSt sowie sonstige Verwaltungseinnahmen gegenüberstehen.

Reha-Kliniken/Eigenbetriebe

In den neun Rehabilitationskliniken der KBS, die als sogenannte Eigenbetriebe geführt werden, stehen im kommenden Jahr 1.324 Betten und 75 ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung. Für dieses Jahr wurden Aufwendungen in Höhe von 70,9 Mio. Euro eingeplant.

Investitionen

Im Jahr 2019 plant die KBS in DV-Projekte zu investieren und Baumaßnahmen in den Verwaltungsgebäuden und Rehabilitationskliniken in einer Größenordnung von insgesamt 129,1 Mio. Euro durchzuführen.

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen ist die KBS als Träger der Krankenversicherung für den Ausgleich der Aufwendungen von 2,441 Mio. Arbeitgebern in Krankheits- beziehungsweise Mutterschaftsfällen ihrer Beschäftigten zuständig. Bei Umlagesätzen von 0,9 v. H. im Umlageverfahren bei Krankheit (U 1) beziehungsweise 0,24 v. H. im Umlageverfahren bei Mutterschaft (U 2) dürfte die Arbeitgeberversicherung der KNAPPSCHAFT die günstigste in ganz Deutschland sein.

Der Erstattungssatz für Krankheitsfälle beträgt 80 v. H. Hier verzichtete die KNAPPSCHAFT auf die Möglichkeit, den Erstattungssatz zugunsten verminderter Umlagesätze zu reduzieren. Der Erstattungssatz für Mutterschaftsfälle beträgt 100 v. H. des fortgezahlten Entgelts. Insgesamt rechnet die KNAPPSCHAFT mit Ausgaben im Umlageverfahren U 1 von 195,3 Mio. Euro und im Umlageverfahren U 2 von 115,8 Mio. Euro.

Renten-Zusatzversicherung

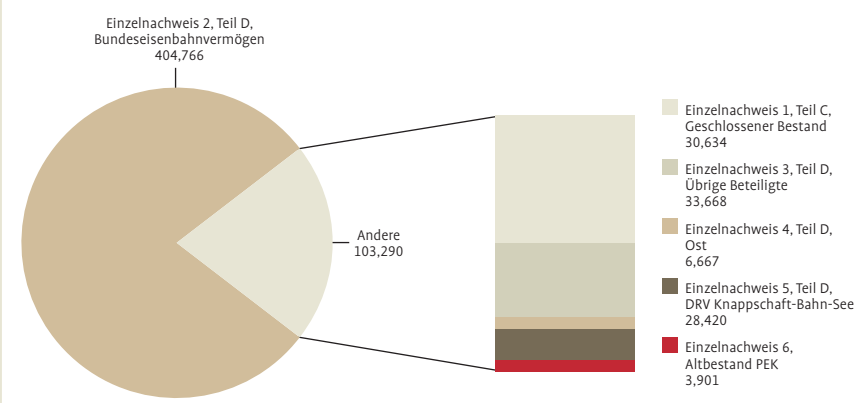
Im Zuge der Organisationsreform in der deutschen Rentenversicherung übernahm die KBS aus dem Geschäftsbereich der Bahnversicherungsanstalt die Durchführung einer Renten-Zusatzversicherung. Die entsprechenden Einnahmen und Ausgaben werden nach dem Gesetz zu Übergangsregelungen zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung in einem Sondervermögen getrennt vom sonstigen Vermögen der KBS verwaltet. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung als Anlage zum Haushaltsplan wird von den Selbstverwaltungsorganen der KBS auf- beziehungsweise festgestellt. Er bedarf jedoch nicht der Genehmigung der Bundesregierung. Diese erfolgt durch das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur.

Aufgrund verschiedener Finanzierungsmechanismen gliedert sich der Nachweis in sechs Einzelnachweise. Insgesamt werden für das Jahr 2019 Einnahmen und Ausgaben von 508,1 Mio. Euro veranschlagt.

Die Einnahmen und Ausgaben des Geschlossenen Bestandes im Sinne des Teil C der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS, in dem Versicherungsfälle aus der Zeit vor dem 1. August 1979 zusammengefasst sind, sind Gegenstand des Einzelnachweises 1. Hier werden Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 30,6 Mio. Euro erwartet. Die Ausgaben werden vom Bundeseisenbahnvermögen getragen und betreffen im Wesentlichen die Zahlung von voraussichtlich jahresdurchschnittlich 395 Versicherten- und 5.036 Hinterbliebenenrenten.

Im Einzelnachweis 2 (Bundeseisenbahnvermögen) werden die Leistungen für die Versicherungsfälle aus der Zeit nach dem 31. Juli 1979 etatisiert. Es handelt sich hierbei um Arbeitnehmerinnen und -nehmer der ehemaligen Deutschen Bundesbahn

Abb. 12: Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung 2019 – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

oder solche, deren Beschäftigungsverhältnis durch die Bahnreform auf das Bundeseisenbahnvermögen beziehungsweise auf die Deutsche Bahn AG übergegangen ist. Die Ausgaben, die nicht durch Umlagen oder Eigenbeteiligung gedeckt sind, werden durch einen Bundeszuschuss finanziert. Insgesamt rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 404,8 Mio. Euro für jahresdurchschnittlich 87.360 monatliche Rentenzahlungen.

Die Versicherungsfälle aus der Zeit nach dem 31. Juli 1979 aus den Bereichen der Wasser- und Schifffahrtsverwaltungen des Bundes und der Länder Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sowie der Bahn-Sozialversicherungsträger werden im Einzelnachweis 3 (Übrige Beteiligte) abgewickelt. Hier erwartet die KBS bei Einnahmen von 33,1 Mio. Euro jahresdurchschnittlich 8.207 Rentenzahlungen mit einem Ausgabenvolumen von 33,7 Mio. Euro. Der Fehlbetrag von 0,6 Mio. Euro kann aus dem vorhandenen Vermögen gedeckt werden.

Der Einzelnachweis 4 (Ost) beinhaltet alle Versicherungsfälle aus der Zeit ab dem 1. Januar 1997 von pflichtversicherten Beschäftigten 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. 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 4,554 Mio. Euro. Die voraussichtlichen Einnahmen betragen 6,7 Mio. Euro. Demgegenüber stehen erwartete Ausgaben von 2,1 Mio. Euro für 1.187 Rentenzahlfälle.

Einnahmen und Ausgaben für Versicherungsfälle, die ab dem 1. Oktober 2005 pflichtversicherte Beschäftigte der KBS oder ihrer Beteiligungsgesellschaften sind, werden im Einzelnachweis 5 etatisiert. Die Finanzierung erfolgt in einem Kapitaldeckungsverfahren. Der Beitragssatz beträgt 6,8 v. H. Hiervon werden 3,99 v. H.-Punkte von den Arbeitgebern getragen, der restliche Beitragssatzanteil von den Arbeitnehmern. Insgesamt erwartet die KBS Einnahmen von 28,4 Mio. Euro und Ausgaben von 0,6 Mio. Euro, also einen Überschuss von 27,8 Mio. Euro. Derzeit geht die KBS von lediglich 276 Rentenzahlfällen für das Jahr 2019 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.[12] Hierfür rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 3,9 Mio. Euro. Erwartet wird ein Rückgang der Zahlfälle von 223 im Jahr 2018 auf 179 im Jahr 2019.

Die Finanzvolumina der sechs Einzelnachweise werden in der Abb. 12 zusammengefasst.

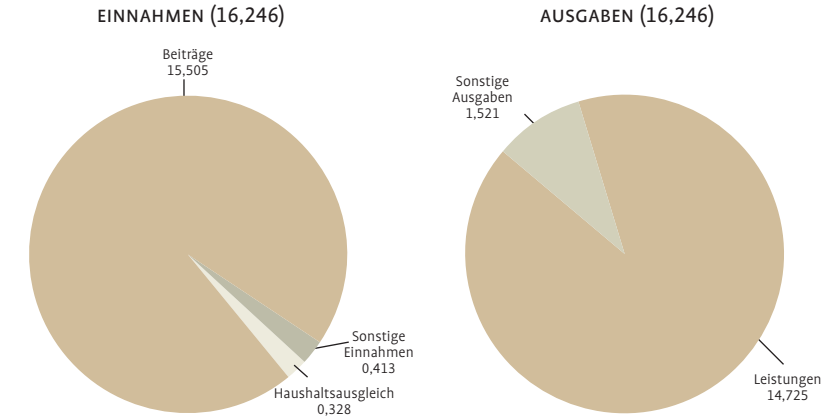
Seemannskasse

Die 1974 als zusätzliches soziales Sicherungssystem für Seeleute gegründete Seemannskasse ergänzt mit dem Überbrückungsgeld, auch „Seemannsrente“ genannt, und den Zahlungen vor und nach Erreichen der Regelaltersrente die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und trägt damit den speziellen Anforderungen und Bedingungen der Seeschifffahrt Rechnung.

Das veranschlagte Ausgabevolumen für das Jahr 2019 beläuft sich auf 16,2 Mio. Euro, was einen Zuwachs gegenüber dem Vorjahr um 11,6 v. H. bedeutet. Der Umlagesatz wurde ab Beginn des Jahres 2016 auf 4,0 v. H. festgelegt. Er bleibt im Jahr 2019 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 Seemannskasse – sinkende Einnahmen bei steigender Leistungsinanspruchnahme – wurde aus Gründen der kaufmännischen Vorsicht der Umlagesatz mit 4,0 v. H.

beibehalten, so dass das vorhandene Vermögen unvermindert bestehen bleibt. Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Seemannskasse ist der Abb. 13 zu entnehmen.

Abb. 13: Bewirtschaftungsplan 2019 der Seemannskasse – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

Bundesfachstelle Barrierefreiheit

Die Bundesfachstelle für Barrierefreiheit wurde im Jahr 2016 im Rahmen der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) bei der KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung unter der Fachaufsicht des BMAS errichtet. Sie 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. Weiterhin soll sie ab dem Jahr 2019 auch die Aufgaben einer Überwachungsstelle des Bundes für Barrierefreiheit von Informationstechnik übernehmen.

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 2019 wurden für den Betrieb der Bundesfachstelle Barrierefreiheit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 2,1 Mio. Euro etatisiert.

Projekt „Modellvorhaben Reha Pro“

Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ab dem 1. Januar 2017 ist die KBS vom BMAS mit der administrativen und zuwendungsrechtlichen Abwicklung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation beauftragt worden.

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 2019 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 1,4 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] § 242a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
[2] § 71 Absatz 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)
[3] § 318 SGB V
[4] § 318 Satz 2 SGB V
[5] § 46 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
[6] § 223 Absatz 6 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI)
[7] § 220 SGB VI
[8] § 219 Absatz 1 SGB VI
[9] § 227 Absatz 1 Satz 2 SGB VI
[10] § 28k Absatz 1 Sätze 2 und 3 SGB IV
[11] § 220 Absatz 1 und 2 SGB VI
[12] Artikel 2 § 2 des Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze

DIETER GABBERT

Der Sozialgerichtsprozess – Grundzüge des sozialgerichtlichen Verfahrens

Zum Schutz der sozialen Rechte können sich Bürger an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit wenden, um die Rechtmäßigkeit der Entscheidungen der Sozialverwaltungen sowie der Sozialversicherungsträger überprüfen zu lassen. Im ersten Teil dieses Beitrages sind die Zuständigkeiten der verschiedenen Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit und deren Aufbau dargestellt worden. Der nachfolgende Beitrag gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Klagearten sowie die hierbei zu beachtenden Prozessvoraussetzungen.

3. Klagearten

Die im Sozialgerichtsgesetz vorgegebenen Klagearten[1] entsprechen dem jeweiligen Rechtsschutzbegehren des Klägers, damit dieser seine verschiedenen Ziele vor dem Sozialgericht verfolgen kann. Das Sozialgerichtsgesetz (SGG) sieht dafür folgende Klagearten vor:

3.1 Anfechtungsklage

Mit der Anfechtungsklage nach § 54 Absatz 1 SGG strebt der Kläger die vollständige oder teilweise Aufhebung oder Abänderung eines Verwaltungsaktes an, durch den ihm eine Verpflichtung auferlegt oder eine früher bewilligte Leistung oder Statusfeststellung ganz oder teilweise entzogen worden ist. Zudem muss der Kläger durch den Verwaltungsakt oder durch die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsakts beschwert sein. Dies ist immer dann der Fall, wenn der Bescheid oder dessen Ablehnung oder Unterlassung rechtswidrig gewesen ist. Die Anfechtungsklage ist ein Sonderfall der Gestaltungsklage. Hat ein entsprechendes Vorverfahren stattgefunden, so ist Gegenstand der Klage der Ursprungsbescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids.[2]

3.2 Verpflichtungsklage

Mit der Verpflichtungsklage kann der Kläger die Verurteilung des Beklagten zur erneuten Bescheidung eines abgelehnten Antrags, der eine Ermessensleistung betrifft, begehren.[3] Voraussetzung ist, dass die Verwaltung das ihr im Gesetz eingeräumte Ermessen fehlerhaft ausgeübt hat. Die Verpflichtungsklage ist als Sonderfall der Leistungsklage einzustufen. Die Verwaltung wird dann durch Urteil verpflichtet, den Antrag des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Das Gericht darf den Beklagten nur dann sofort zur Leistung verurteilen, wenn keine Gründe ersichtlich sind, die eine Ablehnung des Antrags rechtfertigen könnten.

3.3 Leistungsklage

Mit der reinen oder echten Leistungsklage nach § 54 Absatz 5 SGG kann die Verurteilung zu einer Leistung begehrt werden, wenn diese nicht den vorherigen Erlass eines Verwaltungsakts voraussetzt. Mit dieser Klageart können jedoch nur Ansprüche geltend gemacht werden, auf die ein Rechtsanspruch besteht – die Anspruchsgewährung folglich nicht im Ermessen der Verwaltung steht. Hauptanwendungsfälle sind etwaige Erstattungsstreitigkeiten zwischen verschiedenen Sozialleistungsträgern oder Klagen auf Zahlung von Sozialleistungen, die durch Abtretung oder Pfändung erworben worden sind.

3.4 Kombination Anfechtungs- mit Leistungsklage

Häufigste Klageart ist jedoch die Kombination einer Anfechtungsklage mit einer Leistungsklage. Mit dieser Klage kann neben der vollständigen oder teilweisen Aufhebung des Verwaltungsakts – in der Gestalt des Widerspruchsbescheids – gleichzeitig auch die beantragte Leistung (Geld- oder Sachleistung, Statusfeststellung, etc.) verlangt werden.[4] Diese Kombination ist nur möglich, wenn die Bewilligung der beantragten Leistung nicht im Ermessen der Verwaltung steht und der Kläger auf diese Leistung einen Rechtsanspruch hat. Bei Geldleistungen und Statusfeststellungen handelt es sich in der Regel nicht um Ermessensleistungen.[5]

3.5 Untätigkeitsklage

Die Untätigkeitsklage gewährleistet, dass die Verwaltung den Antragsteller nicht durch Untätigkeit in seinen Rechten beeinträchtigt.[6] Voraussetzung ist, dass über einen Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsakts oder über einen Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden worden ist.[7] Liegt ein zureichender Grund dafür vor, dass der beantragte Verwaltungsakt noch nicht erlassen ist, so setzt das Gericht das Verfahren bis zum Ablauf einer von ihm bestimmten Frist aus.[8] Die Untätigkeits-

klage ist jedoch lediglich auf Bescheiderteilung als solche gerichtet, auf einen bestimmten Bescheidinhalt zielt sie nicht ab.

3.6 Feststellungsklage

Mit der Feststellungsklage nach § 55 Absatz 1 SGG kann der Kläger unter anderem die Feststellung des Bestehens (positive Feststellungsklage) oder des Nichtbestehens (negative Feststellungsklage) eines bestimmten Rechtsverhältnisses begehren. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Sozialversicherungspflicht einer bestimmten Beschäftigung oder die Beitragspflicht zu einem bestimmten Zweig der Sozialversicherung. Auch die Feststellung, welcher Versicherungsträger der Sozialversicherung zuständig ist, kann mit dieser Klageart herbeigeführt werden. Ebenso kann mit dieser Klage auch die Feststellung der Nichtigkeit eines Bescheids begehrt werden. Ein Rechtsschutzbedürfnis ist jedoch nur dann gegeben, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Art an der baldigen Feststellung hat.

3.7 Selbstverwaltungsklage

Abschließend ist die sogenannte Selbstverwaltungsklage zu nennen.[9] Mit dieser Klage kann eine Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts die Aufhebung einer Anordnung der Aufsichtsbehörde begehren, wenn sie behauptet, dass die Anordnung das Aufsichtsrecht überschreitet.

4. Klagefrist

Die Klage ist binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes zu erheben.[10] Hat die Bekanntgabe jedoch im Ausland stattgefunden, so beträgt die Klagefrist drei Monate. Für den Fall, dass ein Vorverfahren stattgefunden hat, beginnt die Frist mit der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids.[11]

Bei Bekanntgabe durch einfachen oder eingeschriebenen Brief gilt der Bescheid als am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben, es sei denn, er ist nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen. Wird über ruhend gestellte Widersprüche nach § 85 Absatz 4 SGG durch eine öffentlich bekannt gegebene Allgemeinverfügung entschieden, so wird die Klagefrist zum Schutz der Adressaten dieser öffentlich bekannt zu gebenden Widerspruchsbescheide auf ein Jahr ausgeweitet.[12] Diese Frist beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem seit dem Tag der letzten Veröffentlichung[13] zwei Wochen verstrichen sind.

§ 89 SGG sieht weder für die Feststellungsklage noch die reine Leistungsklage die Bindung an eine besondere Frist vor. Die Untätigkeitsklage kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit Antragstellung beziehungsweise von drei Monaten seit Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, wenn ein Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsakts ohne zureichenden Grund nicht in angemessener Frist sachlich beschieden worden ist.[14] Liegt jedoch ein zureichender Grund dafür vor, dass der beantragte Verwaltungsakt noch nicht erlassen ist, so setzt das Gericht das Verfahren bis zum Ablauf einer von ihm bestimmten Frist aus. Diese kann verlängert werden.[15]

Hat der Kläger die Klagefrist ohne eigenes Verschulden versäumt, ist die Klage dennoch als fristgerecht erhoben zu behandeln, wenn sie binnen eines Monats nach Wegfall der Gründe für das Fristversäumnis erhoben wird (sog. „Wiedereinsetzung in den vorigen Stand").[16] Ein eigenes Verschulden liegt insbesondere nicht vor bei nicht zu erwartender überlanger Postlaufzeit oder vorübergehender (bis zu sechs Wochen dauernder) Abwesenheit von der Wohnung. Das Verschulden eines Bevollmächtigten muss sich der Kläger als eigenes Verschulden anrechnen lassen.

5. Klageerhebung

Die Klage ist grundsätzlich bei dem örtlich zuständigen Sozialgericht schriftlich oder mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten zu erheben.[17] Die Klagefrist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Klageschrift innerhalb der Frist statt bei dem zuständigen Gericht der Sozialgerichtsbarkeit bei einer anderen inländischen Behörde eingegangen ist. Ebenso gilt die Frist als gewahrt, wenn die Klage bei einem Versicherungsträger oder bei einer deutschen Konsular-Behörde eingeht. Handelt es sich um die Versicherung von Seeleuten, so kann die Klage auch bei einem deutschen Seemannsamt im Ausland eingehen.[18]

Ob tatsächlich Klage erhoben werden soll, ist durch Auslegung der schriftlichen oder protokollierten Erklärung zu ermitteln. Dabei sind alle eingereichten Unterlagen – auch eine Prozessvollmacht – zu berücksichtigen. Hierbei kommt es grundsätzlich nicht darauf an, wie der Kläger seine Erklärung bezeichnet hat. Zulässig sind auch Bezeichnungen wie etwa Beschwerde, Widerspruch oder Berufung. Es genügt, wenn zum Ausdruck kommt, dass der Erklärende die Überprüfung eines bestimmten Handelns oder Unterlassens der Verwaltung durch das Sozialgericht begehrt. Hierzu ist erforderlich, dass

der Kläger deutlich macht, dass er entweder mit der Entscheidung der Behörde unzufrieden ist oder er weiterhin eine abgelehnte Leistung begehrt oder um Feststellung eines Sachverhalts bittet. Der Ausdruck allgemeiner Unzufriedenheit reicht für eine Klageerhebung jedoch nicht aus.[19]

Um den Sozialgerichten die Erledigung der eingehenden Klagen zeitnah zu ermöglichen, muss die Klage den Kläger, den Beklagten und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen.[20] Zur Bezeichnung des Beklagten genügt die Angabe der Behörde. Der früheren Soll-Vorschrift zur Angabe der Beteiligten und zum Streitgegenstand lag die Überlegung zugrunde, dass bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit auch rechtlich ungewandte Personen Rechtsschutz suchen und deswegen ein bestimmter Inhalt der Klageschrift nicht zwingend vorgeschrieben werden sollte. Aufgrund des Gesetzes zur Änderung des SGG und des Arbeitsgerichtsgesetzes wurden die Anforderungen an die Klageerhebung und Klagebegründung erhöht und § 92 Absatz 1 SGG in eine Muss-Vorschrift umgewandelt. Damit werden die Sozialgerichte in die Lage versetzt, die ihnen nach dem Amtsermittlungsgrundsatz obliegende Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung nach § 106 SGG (besser) zu erfüllen. Die Klage soll zudem einen bestimmten Antrag enthalten und von dem Kläger oder einer zu seiner Vertretung befugten Person mit Orts- und Zeitangabe unterzeichnet sein.

Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, die angefochtene Verfügung und der Widerspruchsbescheid sollen in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Entspricht die Klage diesen Anforderungen nicht, hat der Vorsitzende den Kläger zu der erforderlichen Ergänzung innerhalb einer bestimmten Frist aufzufordern.[21] Sind diese Anforderungen nicht erfüllt, kann der Richter dem Kläger für die Ergänzung der Klage eine Frist mit ausschließender Wirkung setzen.[22] Für die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gilt § 67 SGG entsprechend.

Die Fristsetzung des § 82 Absatz 2 VwGO wurde in das SGG übernommen, um es dem Gericht zu ermöglichen, eine mangelhafte Klage zu sanktionieren. Bei der Ermessensausübung sind die im sozialgerichtlichen Verfahren herrschenden Grundsätze der Barriere- und Formfreiheit zu beachten.[23] Das Gericht ist verpflichtet, eine am Einzelfall orientierte, sachgerechte und begründete Entscheidung zu treffen, die etwa das Vorhandensein oder Fehlen anwaltlicher Vertretung oder die intellektuellen Möglichkeiten eines unvertretenen Klägers berücksichtigt.[24]

6. Die Beteiligten

Beteiligte am Verfahren sind nach der Aufzählung des § 69 SGG der Kläger, der Beklagte sowie gegebenenfalls der Beigeladene. Kläger und Beklagte sind die Hauptbeteiligten des sozialgerichtlichen Verfahrens, sie werden auch als Parteien bezeichnet. Das sozialgerichtliche Verfahren ist ebenso wie die anderen Verfahren kontradiktorisch ausgestaltet; es muss mithin zwingend einen Kläger und einen Beklagten geben. Kläger ist derjenige, der mit der Klage Rechtsschutz durch die staatlichen Gerichte begehrt. Beklagter ist der als Verpflichteter in Anspruch genommene, das heißt derjenige, der vom Kläger in der Klageschrift als Beklagter bezeichnet wird.[25] In der Regel wird dies die juristische Person des öffentlichen Rechts oder die Behörde sein, die den Bescheid erlassen hat beziehungsweise von der ein Bescheid oder eine sonstige Leistung begehrt wird. Eine ungenaue Bezeichnung des Beklagten ist unschädlich, sie wird vom Gericht korrigiert. Mit der Zustellung des Beiladungsbeschlusses gemäß § 75 Absatz 3 SGG beginnt die Beteiligteneigenschaft der Beigeladenen am Verfahren. Sie endet mit der Aufhebung des Beschlusses. Die Verfahrensordnungen für die sogenannten öffentlich-rechtlichen Gerichtszweige unterscheiden die einfache und die notwendige Beiladung. Die Rechtsstellung des Beigeladenen ergibt sich im Einzelnen aus § 75 SGG. Danach kann das Gericht von Amts wegen oder auf Antrag andere, deren berechtigte Interessen durch die Entscheidung berührt werden, beiladen. Die Vorschriften über die Beiladung treten an die Stelle der Streithilfe und Streitverkündung, die die §§ 66 bis 74 ZPO vorsehen, da es diese im sozialgerichtlichen Verfahren nicht gibt.[26]

7. Vertretung durch Prozessbevollmächtigte

In den Verfahren der Tatsacheninstanzen, also vor dem Sozialgericht und vor dem Landessozialgericht, besteht kein Zwang zur Vertretung durch einen Bevollmächtigten, die Beteiligten können den Rechtsstreit mithin selbst führen.[27] Die Beteiligten können sich aber in jeder Lage des Verfahrens durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen.[28] Vor dem Bundessozialgericht besteht jedoch Vertretungszwang.[29]

§ 73 Absatz 2 SGG enthält eine abschließende Aufzählung der Personen oder Vereinigungen, die als Prozessbevollmächtigte in Frage kommen. Andere

als die Genannten können nicht als Prozessbevollmächtigte auftreten, sondern allenfalls unter den Voraussetzungen des § 73 Absatz 7 SGG als Beistand zugelassen werden.

Die Prozessvollmacht ist schriftlich zu den Gerichtsakten einzureichen. Sie ermächtigt zur Prozessführung im Namen des vertretenen Beteiligten und muss erkennen lassen, wer bevollmächtigt ist, wer bevollmächtigt hat und wozu bevollmächtigt worden ist. Die Erteilung wird als Prozesshandlung angesehen. Die Vollmacht kann zudem nachgereicht werden[30], sodass diese nicht zwingend von Beginn an vorliegen muss. Das Fehlen der Vollmacht führt also nicht zur endgültigen Unwirksamkeit der Prozesshandlung. Das Gericht kann für die Nachreichung eine Frist bestimmen. Ist das Gericht von Amts wegen zur Berücksichtigung des Mangels der Vollmacht verpflichtet, muss das Gericht den Bevollmächtigten unter Fristsetzung zur Nachreichung auffordern und zudem auf die drohende Abweisung der Klage beziehungsweise Verwerfung des Rechtsmittels als jeweils unzulässig hinweisen. Ein Mangel der Vollmacht kann in jeder Lage des Verfahrens geltend gemacht werden. Das Gericht hat den Mangel der Vollmacht hingegen von Amts wegen zu berücksichtigen, wenn nicht als Bevollmächtigter ein Rechtsanwalt auftritt. Ist ein Bevollmächtigter bestellt, sind die Zustellungen oder Mitteilungen des Gerichts an ihn zu richten.

Dieter Gabbert
KBS/Minijob-Zentrale
Grundsatz Versicherungs,- Beitrags,- und Melderecht
Hollestraße 7 b-c
45127 Essen

Teil III erscheint in der Ausgabe Kompass März/April 2019.

FUSSNOTEN

1 Das Klagesystem des SGG entspricht dem der Zivilprozessordnung (ZPO), der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und der Finanzgerichtsordnung (FGO).
2 § 95 SGG.
3 § 54 Absatz 1 SGG.
4 § 54 Absatz 1 und Absatz 4 SGG.
5 Herold-Tews/Merkel, a.a.O. Rdnr. 94 f.
6 Herold-Tews/Merkel, a.a.O. Rdnr. 116 f.
7 § 88 SGG.
8 § 88 Absatz 1 Satz 2 SGG.
9 § 54 Absatz 3 SGG.
10 § 87 Absatz 1 SGG.
11 § 87 Absatz 2 SGG.
12 § 87 Absatz 1 Satz 3 SGG.
13 Die öffentliche Bekanntgabe erfolgt über den Internetauftritt der Behörde, im elektronischen Bundesanzeiger und in mindestens drei überregional erscheinenden Tageszeitungen.
14 § 88 SGG.
15 Wird innerhalb dieser Frist dem Antrag stattgegeben, so ist die Hauptsache für erledigt zu erklären.
16 § 67 SGG.
17 § 90 SGG.
18 § 91 SGG.
19 Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 12. Auflage 2017, Rdnr. 4a zu § 90 SGG.
20 § 92 Absatz 1 Satz 1 SGG.
21 § 92 Absatz 2 Satz 1 SGG.
22 § 92 Absatz 2 Satz 2 SGG.
23 Bundestagsdrucksache vom 11. Januar 2008, 16/7716, Seite 22.
24 Tabarra, Anette, „Die achte Novelle zum Sozialgerichtsgesetz – Entlastung für die Gerichte, beschleunigter Rechtsschutz für die Betroffenen“ in: NZS 2008, Seite 8 (11).
25 Leitherer a.a.O., Rdnr. 2 zu § 69 SGG.
26 Leitherer a.a.O., Rdnr. 5 zu § 69 SGG.
27 § 73 Absatz 1 SGG.
28 § 73 Absatz 2 SGG.
29 § 73 Absatz 4 Satz 1 SGG.
30 § 73 Absatz 6 Satz 2 SGG.

THORSTEN VENNEBUSCH

Kurzfristige Minijobs – Was seit Januar 2019 gilt und warum sie auf dem Arbeitsmarkt wichtig sind

Saisonarbeit hat in vielen Wirtschaftszweigen einen hohen Stellenwert. Häufig kommen zur Bewältigung von Arbeitsspitzen kurzfristige Minijobber zum Einsatz. Der Gesetzgeber hat nun Arbeitgeber und Arbeitnehmer dauerhaft entlastet. Kurzfristige Minijobber dürfen ihrer Beschäftigung auch ab dem Jahr 2019 weiterhin 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr nachgehen. Bislang galt diese Regel nur übergangsweise.

Regeln ab 2019

Der zeitliche Umfang eines kurzfristigen Minijobs darf auch im Jahr 2019 weiterhin 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr betragen. Dies hat der Gesetzgeber im Dezember 2018 beschlossen. Ursprünglich war diese Regel auf vier Jahre für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2018 begrenzt. Nun bleibt dauerhaft alles beim Alten. Vor 2015 durfte ein kurzfristiger Minijob maximal nur zwei Monate oder 50 Arbeitstage andauern.

Wichtig: Ob ein kurzfristiger Minijob vorliegt oder nicht, ist auch weiterhin unabhängig davon, wie hoch der Verdienst ausfällt. Allerdings muss die Beschäftigung von vornherein zeitlich begrenzt sein. Ebenso darf ein kurzfristiger Minijob nicht berufsmäßig ausgeübt werden, das heißt: Wenn ein Arbeitnehmer mehr als 450 Euro im Monat verdient, die kurzfristige Beschäftigung die einzige Erwerbstätigkeit ist und diese für die Sicherung des Lebensunterhalts bestimmt ist, handelt es sich nicht um einen kurzfristigen Minijob.

Personen, die Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit beziehen oder als Arbeitssuchende gemeldet sind, gelten grundsätzlich als berufsmäßig beschäftigt.

Kosten für Minijobber und Arbeitgeber

Der kurzfristige Minijobber kann theoretisch unbegrenzt verdienen, er zahlt keine Sozialversicherungsabgaben.

Für den Arbeitgeber eines kurzfristigen Minijobbers fallen hingegen geringe Abgaben an. Das sind die Umlagen zum Ausgleich der Aufwendungen bei Krankheit (U1) und Schwangerschaft beziehungsweise Mutterschaft (U2) sowie die Umlage für den Fall einer Insolvenz. Diese sind an die Minijob-Zentrale zu entrichten. Die Umlage U1 allerdings erst dann, wenn die Beschäftigung länger als vier Wochen dauert.

Darüber hinaus hat der Arbeitgeber den Minijobber bei der jeweils zuständigen gesetzlichen Unfallversicherung anzumelden und entsprechende Beiträge zu zahlen.

Auch sind kurzfristige Minijobs zu versteuern. Hier gibt es zwei Alternativen: Zum einen die individuelle Besteuerung nach der Steuerklasse des Minijobbers und zum anderen – unter Berücksichtigung bestimmter Voraussetzungen – eine pauschale Lohnsteuer in Höhe von 25 Prozent.

Abgaben für kurzfristige Minijobs im Gewerbe im Überblick (in Prozent)

Umlage 1	0,9
Umlage 2	0,24
Insolvenzgeldumlage	0,06
Unfallversicherung	individuell an den zuständigen Unfallversicherungsträger
Steuer	pauschale Lohnsteuer oder individuelle Besteuerung nach der Steuerklasse

Bedeutung auf dem Arbeitsmarkt

Kurzfristige Minijobs werden auf dem deutschen Arbeitsmarkt im Vergleich zu anderen Beschäftigungsarten weniger häufig ausgeübt. Im Verhältnis zu sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen und 450-Euro-Minijobs fällt der Anteil von kurzfristigen Minijobs mit 0,9 Prozent gering aus. 81,6 Prozent waren im Juni 2018 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen und 17,6 Prozent waren 450-Euro-Minijobs (vgl. Abb. 1).

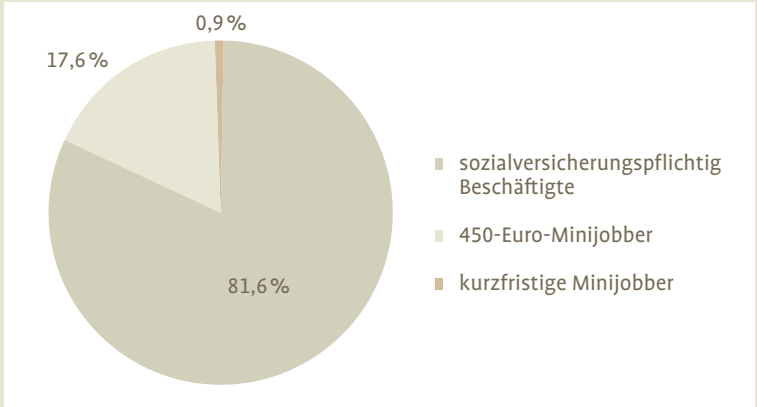
Eine höhere Bedeutung haben kurzfristige Minijobs dagegen in Wirtschaftsbranchen, in denen häufig Saisonarbeit anfällt. Hier werden sie zur Abfederung von saisonal bedingten Arbeitsspitzen eingesetzt. Dies gilt vor allem für die Land- und Forstwirtschaft (vgl. Abb. 2), aber auch für die Gastronomie (vgl. Abb. 3).

In der Land- und Forstwirtschaft lag der Anteil der kurzfristigen Minijobber im Juni 2018 bei 20,1 Prozent. In der Gastronomie fiel der Anteil zwar deutlich geringer aus, lag aber mit rund 2 Prozent immer noch deutlich über dem Durchschnitt. Hier fiel dagegen der Anteil der 450-Euro-Minijobber höher aus (44,5 Prozent).

Entwicklung

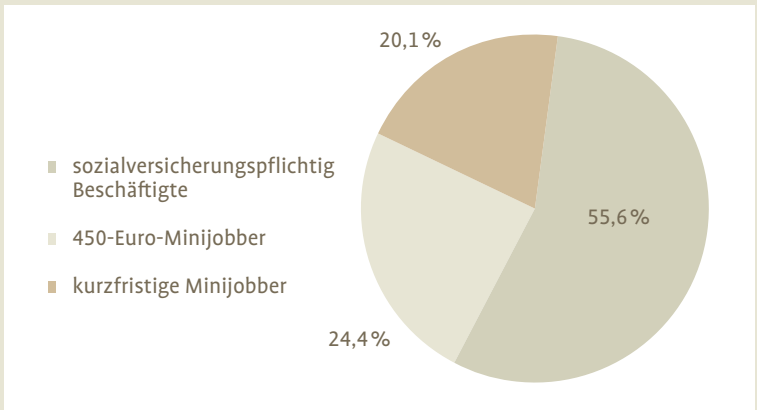
Die meisten kurzfristigen Minijobber sind alljährlich im Sommer beschäftigt (vgl. Abb. 4). Im Winter dagegen nimmt die Zahl deutlich ab. Vergleicht man die Entwicklung der Maximalwerte aus dem Sommer miteinander, so sind diese Werte von rund 466.000 (Juli 2013) auf rund 401.000 im Juli 2018 zurückgegangen. Damit hat sich die Zahl der im Sommer beschäftigten kurzfristigen Minijobber in den letzten

Abb. 1: Beschäftigungsarten auf dem gesamten deutschen Arbeitsmarkt (Juni 2018)



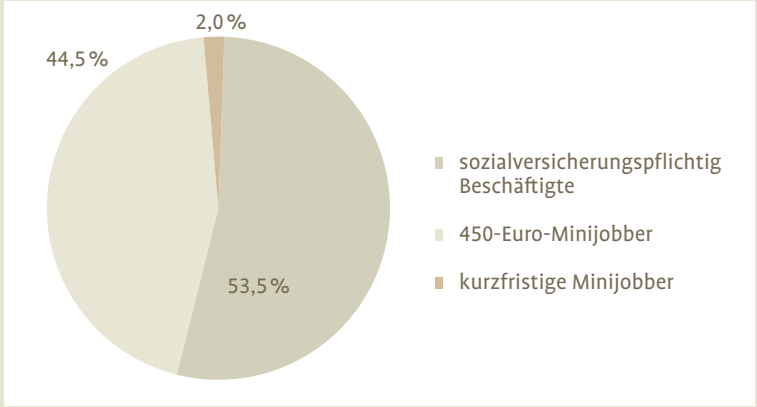
Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 2: Arbeitsmarkt „Land- und Forstwirtschaft“



Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 3: Arbeitsmarkt „Gastronomie“



Quelle: Minijob-Zentrale

fünf Jahren um rund ein Siebtel (- 13,8 Prozent) reduziert.

In den Wintermonaten liegt eine ähnliche Entwicklung vor, aber auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Im Januar 2014 waren insgesamt rund 259.000 kurzfristige Minijobber bei der Minijob-Zentrale gemeldet. Im Januar 2018 waren es nur noch rund 204.000 und damit rund ein Fünftel weniger als im Jahr 2014 (- 21,3 Prozent). Generell ist die Zahl der kurzfristigen Minijobber in den Wintermonaten somit nur halb so groß wie in den Sommermonaten.

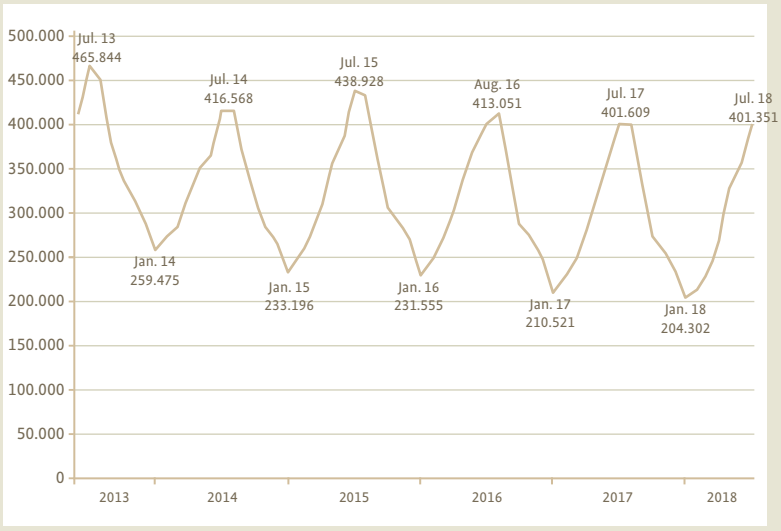
Die Gründe für die starken Schwankungen innerhalb eines Jahres verdeutlicht ein Blick auf die Entwicklungen in einzelnen Wirtschaftsbranchen (vgl. Abb. 5).

Demnach war im Sommer 2018 die Land- und Forstwirtschaft die Wirtschaftsbranche mit den meisten kurzfristigen Minijobbern. Mit knapp 91.000 arbeitete rund jeder vierte kurzfristige Minijobber allein in diesem Wirtschaftszweig. In den Wintermonaten werden in der Land- und Forstwirtschaft dagegen saisonal bedingt deutlich weniger Minijobber kurzfristig beschäftigt. Im Dezember 2017 waren es nur rund 21.000.

Vergleichbares gilt für das Gastgewerbe. Auch hier waren im Dezember 2017 deutlich weniger kurzfristige Minijobber beschäftigt als im Juni 2018 (26.000 vs. 40.000).

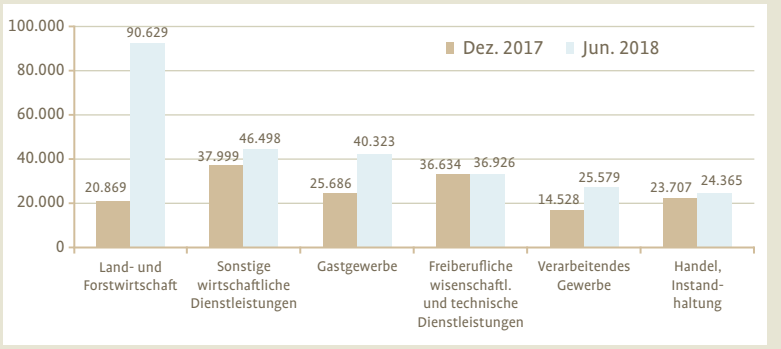
In anderen Wirtschaftszweigen sind zwar ähnliche Entwicklungen zu beobachten, jedoch fällt der Unterschied von Sommer zu Winter hier in absoluten Zahlen deutlich geringer aus.

Abb. 4: Entwicklung der Anzahl der kurzfristigen Minijobber in den letzten fünf Jahren



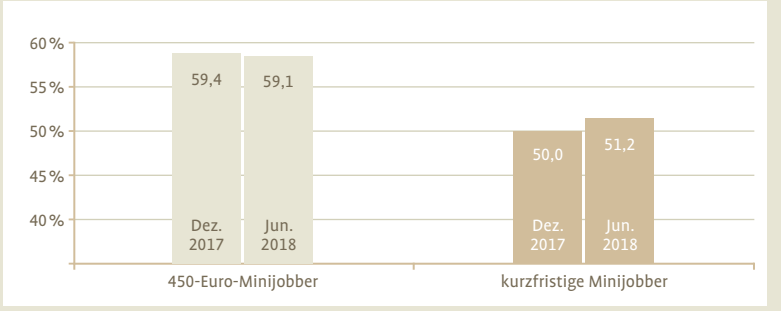
Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 5: Die sechs Wirtschaftszweige mit den meisten kurzfristigen Minijobbern



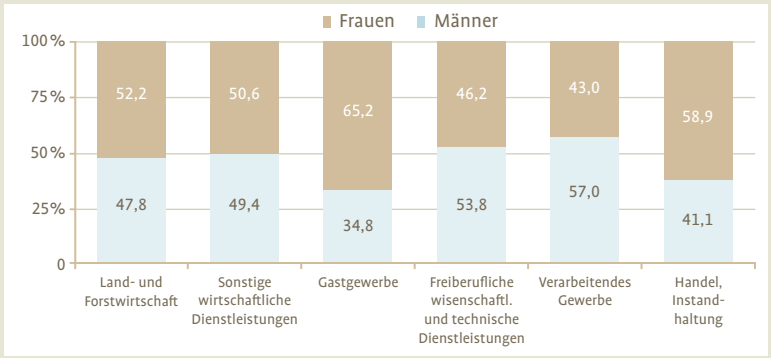
Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 6: Frauenanteil bei 450-Euro-Minijobbern und kurzfristigen Minijobbern



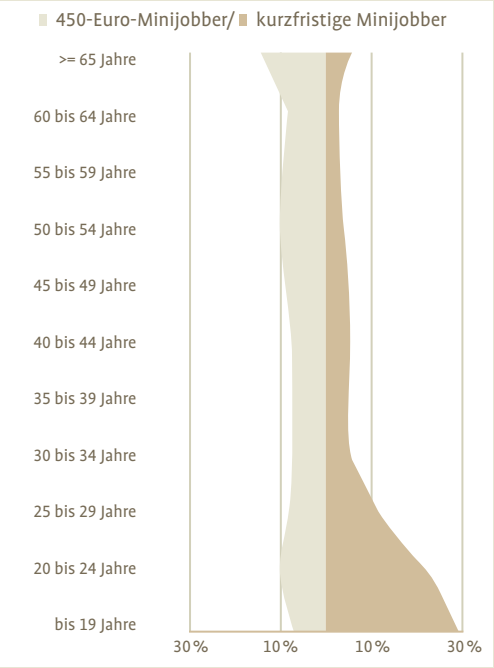
Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 7: Wirtschaftszweige mit den meisten kurzfristigen Minijobbern nach Geschlecht (Juni 2018)



Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 8: Altersverteilung von 450-Euro-Minijobbern und kurzfristigen Minijobbern (Juni 2018)



Quelle: Minijob-Zentrale

Im Wirtschaftszweig „Handel/Instandhaltung“ gibt es im Sommer und im Winter nahezu gleich viele kurzfristige Minijobs (Dezember 2017: 23.707; Juni 2018: 24.365).

Frauen oder Männer

Im Vergleich zu den 450-Euro-Minijobs gibt es bei kurzfristigen Minijobs deutlich weniger weibliche Beschäftigte (vgl. Abb. 6). Sowohl im Dezember 2017 als auch im Juni 2018 überwog bei den 450-Euro-Minijobs mit jeweils rund 59 Prozent die Zahl der Frauen deutlich. Bei den kurzfristigen Minijobs ist das Verhältnis von Männern und Frauen dagegen nahezu ausgeglichen. Im Dezember 2017 lag der Frauenanteil bei 50 Prozent und im Juni 2018 bei etwas mehr als 51 Prozent.

Führt man für die in Abb. 5 genannten Wirtschaftsbranchen eine Differenzierung nach dem Geschlecht durch, so fallen in den einzelnen Branchen deutliche Unterschiede auf (vgl. Abb. 7). Im Juni 2018 waren im Gastgewerbe rund 65 Prozent aller kurzfristigen Minijobber weiblich. Im Verarbeitenden Gewerbe und in den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen waren dagegen in der Mehrzahl Männer beschäftigt.

Alter

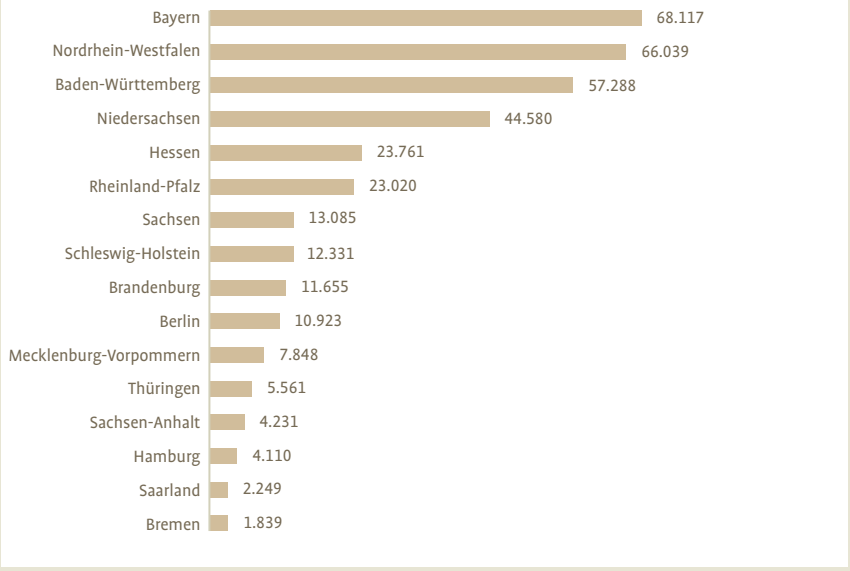
Ebenfalls unterschiedlich ist die Altersverteilung bei 450-Euro-Minijobbern und kurzfristigen Minijobbern (vgl. Abb. 8). Während mehr als 23 Prozent aller 450-Euro-Minijobber über 60 Jahre alt ist, sind es bei den kurzfristigen Minijobbern nur etwas mehr als 7 Prozent. Bei den kurzfristigen Minijobbern überwiegt dagegen der Anteil der jüngeren Beschäftigten deutlich: Fast 65 Prozent sind unter 30 Jahre alt. Bei den 450-Euro-Minijobbern liegt der Vergleichswert bei 26 Prozent.

Regionale Unterschiede

Ähnlich wie bei anderen Beschäftigungsformen werden kurzfristige Minijobs in den großen, bevölkerungsstarken Bundesländern häufiger ausgeübt als in kleineren Bundesländern, die nicht so viele Einwohner haben. In Bayern und Nordrhein-Westfalen waren im Juni 2018 zum Beispiel mehr als 68.000 beziehungsweise 66.000 kurzfristige Minijobber beschäftigt. In Bremen und im Saarland waren es dagegen nur jeweils knapp 2.000 (vgl. Abb. 9).

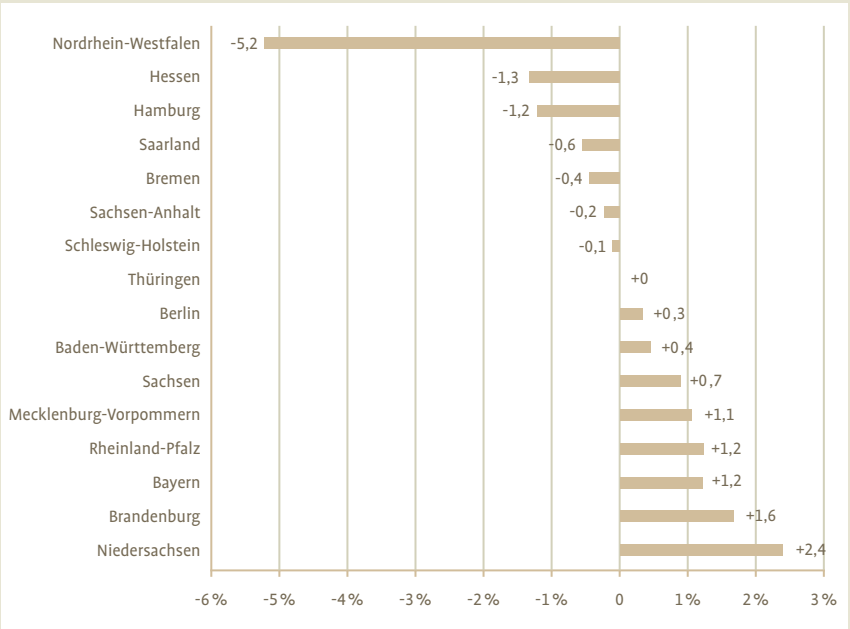
Regionale Unterschiede zeigen sich, wenn man für jedes Bundesland den Anteil an allen kurzfristigen Minijobbern in Deutschland berechnet: Die rund 68.100 kurzfristigen Minijobber in Bayern machen 19,1 Prozent aller kurzfristigen Minijobber in Deutschland aus. Die rund 1.800 kurzfristigen Minijobber in Bremen stellen deutschlandweit einen Anteil von 0,52 Prozent dar.

Abb. 9: Anzahl der kurzfristigen Minijobber nach Bundesländern (Juni 2018)



Quelle: Minijob-Zentrale

Abb. 10: Anteil an kurzfristigen Minijobbern im Vergleich zu 450-Euro-Minijobbern (Juni 2018)



Quelle: Minijob-Zentrale

Ermittelt man für die einzelnen Bundesländer in vergleichbarer Weise die Anteile der 450-Euro-Minijobber, so sind die Unterschiede deutlich (vgl. Abb. 10). Im bevölkerungsreichen Nordrhein-Westfalen arbeiten fast 23,7 Prozent aller 450-Euro-Minijobber, aber nur rund 18,5 Prozent der kurzfristigen Minijobber. Der Anteil der kurzfristigen Minijobber fällt hier um 5,2 Prozentpunkte geringer aus. Im eher ländlich geprägten Niedersachsen und auch in Brandenburg kommen dagegen kurzfristige Minijobber vergleichsweise häufig zum Einsatz. Die Anteile an allen kurzfristigen Minijobbern in Deutschland sind hier um 2,4 beziehungsweise 1,6 Prozentpunkte größer als bei den 450-Euro-Minijobbern.

Fazit

Die Zahl der kurzfristigen Minijobber in Deutschland ist in den vergangenen fünf Jahren leicht zurückgegangen und das trotz der zum 1. Januar 2015 erfolgten Anhebung der zeitlichen Begrenzung der Beschäftigungen. Die dauerhafte Ausweitung der kurzfristigen Minijobs auf 3 Monate beziehungsweise 70 Arbeitstage muss somit nicht zwangsläufig zu einem Anstieg dieser Beschäftigungen führen.

Ziel der Anhebung ist gewesen, insbesondere Arbeitgeber zu entlasten, bei denen saisonal bedingte Arbeitsspitzen anfallen. Die Zahl der kurzfristigen Minijobber schwankt in der Land-/Forstwirtschaft und dem Gastgewerbe im Jahresverlauf deutlich. Gerade diese Wirtschaftszweige werden von den neuen Regelungen profitieren.

Thorsten Vennebusch
KBS/Minijob-Zentrale
Büro der Abteilungsleitung
Hollestraße 7 b-c
45127 Essen

ANDRÉ FASEL

Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung ab 1. Januar 2019

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen kommt es insbesondere zum Jahreswechsel immer wieder zu Änderungen in den Grundlagen für die Berechnung und Zahlung der Beiträge zur Sozialversicherung. Besonders markant sind hierbei diesmal die Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung und die Absenkung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung. Eine beitragsrechtliche Entlastung der Arbeitnehmer brachte auch die paritätische Aufteilung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

Krankenversicherung

Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen und beträgt bundeseinheitlich 14,6 Prozent. Maßgebend ist dieser für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder eine Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben. Die Krankenversicherungsbeiträge für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, sind nach dem ermäßigten Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent zu berechnen. 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 war bisher von den Versicherten allein zu tragen. Eine Änderung zum Zusatzbeitrag brachte das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG). Seit dem 1. Januar 2019 müssen die Versicherten diesen Zusatzbeitrag nicht mehr allein aufbringen, sondern dieser wird, wie beim allgemeinen Krankenkassenbeitrag, paritätisch getragen; das heißt Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen den Zusatzbeitrag je zur Hälfte. Die KNAPPSCHAFT steht seit Jahren für eine seriöse und verlässliche Finanzpolitik. Aus diesem Grund konnte der Zusatzbeitrag bereits zum 1. Oktober 2018 gesenkt werden. Auch für 2019 bleibt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag der KNAPPSCHAFT unter Berücksichtigung der zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben bei insgesamt 1,1 Prozent und sichert weiterhin ein umfangreiches Leistungsangebot für die Versicherten.

Für Versicherte, deren Beiträge regelmäßig von Dritten getragen (z.B. Empfänger von Arbeitslosengeld II oder Teilnehmer an einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr oder am Bundesfreiwilligendienst) gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen (0,9 Prozent).

Pflegeversicherung

Durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung – wird der Gesamtbeitrag in der Pflegeversicherung auf insgesamt 3,05 Prozent angehoben. Der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte bleibt unverändert bei 0,25 Prozentpunkten. Hieraus ergibt sich nunmehr ein Beitragsanteil für den Arbeitgeber von 1,525 Prozent und für den Versicherten von 1,525 Prozent beziehungsweise für kinderlose Versicherte von 1,775 Prozent. Im Freistaat Sachsen haben Arbeitgeber einen Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 1,025 Prozent und Arbeitnehmer in Höhe von 2,025 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 2019 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze 60.750 Euro. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze wird auf 54.450 Euro angehoben. Sie gilt für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungs-

Abb. 1: Größen des Versicherungs- und Beitragsrechts ab 1. Januar 2019

	Beitragssätze in Prozent		monatliche Höchstbeiträge in Euro für freiwillig Versicherte
Krankenversicherung			
allgemeiner Beitragssatz[1] insgesamt (plus Zusatzbeitrag in Höhe von 1,1 %)	14,60		
- Arbeitnehmer (inkl. halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,55 %)	7,85		356,19
- Arbeitgeber (inkl. halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,55 %)	7,85		356,19
ermäßigter Beitragssatz[2] insgesamt (plus Zusatzbeitrag in Höhe von 1,1 %	14,00		
- Arbeitnehmer (inkl.halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,55 %)	7,55		342,58
- Arbeitgeber	7,55		342,58
Pflegeversicherung grundsätzlich[3] [4]	3,05		138,40
kinderlose Arbeitnehmer insgesamt	3,30		
- Arbeitnehmer	1,775		80,54
- Arbeitgeber	1,525		69,20
knappschaftliche Rentenversicherung	24,70		
- Arbeitnehmer	9,30		
- Arbeitgeber	15,40		
allgemeine Rentenversicherung[4]	18,60		
Arbeitslosenversicherung[4]	2,50		
Seemannskasse[4]	4,00		
geringfügig entlohnte Beschäftigte	**im gewerblichen Bereich**	**im Privathaushalt**	
Krankenversicherung	13,00	5,00	
Rentenversicherung	18,60	18,60	
- Arbeitnehmer[5]	3,60	13,60	
- Arbeitgeber	15,00	5,00	

Umlagesätze		
Umlage 1 = Krankheit, Kur[6]	0,90	
Umlage 2 = Mutterschutz[7]	0,24	
Insolvenzgeldumlage	0,06	
Gleitzone		
Faktor	0,7566	
vereinfachte Gleitzonenformel	1,273825 x Arbeitsentgelt – 232,75125	

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße - § 18 SGB IV -						
- Kranken- und Pflegeversicherung	37.380,00	3.115,00	103,83	37.380,00	3.115,00	103,83
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	37.380,00	3.115,00	103,83	34.440,00	2.870,00	95,67
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	60.750,00	-	-	60.750,00	-	-
- besondere Grenze[8]	54.450,00	-	-	54.400,00	-	-
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	54.450,00	4.537,50	151,25	54.450,00	4.537,50	151,25
- knappschaftliche Rentenversicherung	98.400,00	8.200,00	273,33	91.200,00	7.600,00	253,33
- allgemeine Rentenversicherung	80.400,00	6.700,00	223,33	73.800,00	6.150,00	205,00
- Arbeitslosenversicherung	80.400,00	6.700,00	223,33	73.800,00	6.150,00	205,00
- Seemannskasse	80.400,00	6.700,00	223,33	73.800,00	6.150,00	205,00
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen	-	450,00	15,00	-	450,00	15,00
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	31,15	1,04	-	28,70	0,96
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	325,00	10,83	-	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.476,00	623,00	20,77	7.476,00	623,00	20,77
- Rentenversicherung	29.904,00	2.492,00	83,07	27.552,00	2.296,00	76,53
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	-	623,00	20,77	-	623,00	20,77
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	-	623,00	20,77	-	574,00	19,13
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.476,00	623,00	20,77	7.476,00	623,00	20,77
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	7.476,00	623,00	20,77	6.888,00	574,00	19,13
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung[9]	-	251,00	-	-	251,00	-
- für freie Unterkunft	-	231,00	-	-	231,00	-
Beköstigungssatz[10]	-	252,00	-	-	252,00	-

[1] Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld / [2] Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld / [3] Im Freistaat Sachsen ergibt sich folgende Beitragstragung: Arbeitgeber 1,025 %, Arbeitnehmer 2,025 % (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 99,00 Euro, auf das Frühstück 53,00 Euro / [10] Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 99,00 Euro monatlich (täglich 3,30 Euro), auf das Frühstück 54,00 Euro monatlich (täglich 1,80 Euro)

unternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren.

Ebenso wird zum 1. Januar 2019 die Beitragsbemessungsgrenze zur Kranken- und Pflegeversicherung angehoben. Diese beläuft sich nunmehr bundesweit auf 4.537,50 Euro monatlich beziehungsweise 54.450 Euro jährlich.

Renten- und Arbeitslosenversicherung

Die Beitragssätze in der allgemeinen und in der knappschaftlichen Rentenversicherung bleiben gegenüber dem Vorjahr unverändert.

In der Arbeitslosenversicherung wird der Beitragssatz zunächst auf 2,5 Prozent gesenkt. Durch das Qualifizierungschancengesetz wird der Beitragssatz zur Arbeitsförderung dauerhaft auf 2,6 Prozent und per Verordnung um weitere 0,1 Prozent befristet bis zum Jahr 2022 gesenkt.

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 2019 die Bemessung der Höchstbeiträge nach dem Rechtskreis zu differenzieren. In den alten Bundesländern steigen die Beitragsbemessungsgrenzen der allgemeinen Rentenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung 2019 auf 6.700 Euro monatlich beziehungsweise 80.400 Euro jährlich. In den neuen Bundesländern sind 2019 höchstens 6.150 Euro monatlich beziehungsweise 73.800 Euro jährlich beitragspflichtig.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2019 im Rechtskreis West 8.200 Euro monatlich beziehungsweise 98.400 Euro jährlich; die Beitragsbemessungsgrenze Ost liegt bei monatlich 7.600 Euro beziehungsweise jährlich 91.200 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 vom Gesetzgeber geplante Änderung der Gleitzone in einen Übergangsbereich bis 1.300 Euro tritt erst zum 1. Juli 2019 in Kraft. Die Beitragsbemessungsgrundlage ermittelt sich daher für das erste Halbjahr 2019 noch 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, in dem der Wert 30 durch den durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitrag dividiert wird.

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

Die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung und die Absenkung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung heben sich zwar rein rechnerisch gegeneinander auf, jedoch wirkt sich die Absenkung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages in der Krankenversicherung auf den Faktor F aus.

Ab 1. Januar 2019 beträgt der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz:

14,6 % + 3,05 % + 18,6 % + 2,5 % + 0,9 % = **39,65 %**

Das ergibt folgenden Faktor F:

30 : 39,65 % = **0,7566**

Durch Einsetzen des Faktor „F“ und Umstellen der Formel, erhält man für 2019 (1. Halbjahr) die folgende verkürzte Gleitzonenformel:

Beitragsbemessungsrundlage = 1,273825 x Arbeitsentgelt – 232,75125

Alle Rechengrößen 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 Krankenkasse 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.

Beitragsnachweise für Minijobber sind bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einzureichen. Private Arbeit-

Abb. 2: Fälligkeits- und Übermittlungstermine für Beitragsnachweise im Jahr 2019

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

1) Es gilt der frühere Termin, wenn die Einzugsstelle ihren Sitz in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder Thüringen hat (gesetzlicher Feiertag Reformationstag am 31.10.2019).

geber, 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. Nach dem Mindestlohngesetz ist der Mindestlohn alle zwei Jahre durch die Mindestlohn-Kommission, ein Gremium in dem Arbeitgeber und Gewerkschaften paritätisch vertreten sind, anzupassen. Die nächste turnusmäßige Anpassung hatte zum 1. Januar 2019 zu erfolgen. Die Mindestlohn-Kommission hat bereits im Juni 2018 empfohlen, den gesetzlichen Mindestlohn in zwei Schritten zu erhöhen. Diesem Vorschlag ist der Gesetzgeber gefolgt, so dass der gesetzliche Mindestlohn zum 1. Januar 2019 auf 9,19 Euro steigt. Vor Ablauf der Zwei-Jahres-Frist, bereits zum 1. Januar 2020, wird er dann erneut auf 9,35 Euro angehoben.

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

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

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 22. November 2018 folgende Entscheidungen getroffen:

Vertreterversammlung

Gruppe der Arbeitgeber

Bernd Heggemann wurde von seinem Amt als Mitglied in der Vertreterversammlung entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Gruppe der Versicherten

Als Nachfolger von Udo Meyer wurde Holger Domke, geboren 1959, Remmlingen-Semmenstedt, als Mitglied in die Gruppe der Versicherten der Vertreterversammlung gewählt.

Für Jens Bobzien wurde als Nachfolger Steffen Wanke, geboren 1982, Rostock, als Stellvertreter (Platz 21) der Vertreterversammlung – Gruppe der Versicherten – gewählt.

Vorstand

Gruppe der Arbeitgeber

Ernst-Peter Ebert wurde von seinem Amt als 1. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering im Vorstand entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Gruppe der Versicherten

Michael Bruland, geboren 1970, Wiesmoor, wurde als Nachfolger von Ansgar Knoch zum 2. Stellvertreter des Mitglieds Peter Geitmann in den Vorstand gewählt.

Regionalausschuss

Gruppe der Arbeitgeber

Ernst-Peter Ebert wurde von seinem Amt als Mitglied – Gruppe der Arbeitgeber – im Regionalausschuss Nord entbunden und Arnold Lipinski, geboren 1957, Hamburg, als sein Nachfolger im Regionalausschuss Nord gewählt. Zuvor wurde Arnold Lipinski von seinem Amt als 1. Stellvertreter im Regionalausschuss Nord entbunden. Als Nachfolger von Arnold Lipinski wurde René Hogrefe, geboren 1976, Linau, zum 1. Stellvertreter des neuen Mitglieds Arnold Lipinski im Regionalausschuss Nord gewählt.

KBS

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 23. November 2018 folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschüsse

Chemnitz III
Knut Linke, geboren 1966, Hohenmölsen, wurde zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Annerose Müller im Widerspruchsausschuss Chemnitz III gewählt.

Chemnitz V
Ursula Steinbach wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Marlies Colditz im Widerspruchsausschuss Chemnitz V entbunden.

München I
Robert Würtz wurde von seinem Amt als Mitglied sowie Bruno Weis von seinem Amt als 2. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Schuhardt im Widerspruchsausschuss München I entbunden. Anschließend wurde Bruno Weis, geboren 1964, Bad Rippoldsau, zum neuen Mitglied gewählt.

Nord I, Nord II, Nord III, Seemannskasse
Ernst-Peter Ebert wurde von seinen Ämtern als Mitglied im Widerspruchsausschuss Nord I, 2. Stellvertreter des Mitglieds Britta Rosenkranz im Widerspruchsausschuss Nord II, 2. Stellvertreter des Mitglieds Arnold Lipinski im Widerspruchsausschuss Nord III, 2. Stellvertreter des Mitglieds Hans-Jörg Hering im Widerspruchsausschuss der Seemannskasse entbunden. Für alle oben genannten Ämter wurde anschließend Wiebke Petersen, geboren 1972, Hamburg, gewählt.

Nord VI
Birte Lange wurde von ihrem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Nord VI mit Wirkung vom 10. August 2018 entbunden.

Nordrhein V
Lothar Krein wurde von seinem Amt als 2. Stellvertreter des Mitglieds Michael Kettler im Widerspruchsausschuss Nordrhein V entbunden (Rücktritt zum 31. Dezember 2018). Zum neuen 2. Stellvertreter ab dem 1. Januar 2019 des Mitglieds Michael Kettler wurde Michael Heinemann, geboren 1960, Dinslaken, gewählt.

Saarbrücken III und V
Gabriele Pinkawa wurde von ihren Ämtern als 2. Stellvertreterin des Mitglieds Gerald Wagner im Widerspruchsausschuss Saarbrücken III sowie als Mitglied im Widerspruchsausschuss Saarbrücken V entbunden (Rücktritt zum 31. Dezember 2018).

Westfalen-Lippe VIII
Thomas Dahm, geboren 1960, Lünen, wurde zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Dieter Kniffka im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe VIII gewählt.

KBS

Rezension

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, von Horst Marburger, Vorschriften und Verordnungen mit praxisorientierter Einführung, 185 Seiten, 12. Auflage, Januar 2018, ISBN 978-3-8029-7293-5, 12,95 Euro.

Die Ausführungen sind hilfreich für Mitarbeiter von Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern, für Arbeitgeber, Mitglieder von Schwerbehindertenvertretungen, für Beratungsstellen der Selbsthilfe sowie für Menschen mit Behinderungen und davon Bedrohte. Die zwölfte Auflage enthält zudem das neue Recht des Bundesteilhabegesetzes.

Angesprochen werden:
- Allgemeine Leistungsgrundsätze,
- Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe,
- Individuelle Teilhabeplanung,
- Unterhaltssichernde Leistungen,
- Beschäftigungspflicht und Kündigungsschutz,
- Nachteilsausgleiche bei Schwerbehinderung.

DD

69. 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 68. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   § 57l (Hautkrebsscreening)
   § 57m (Zweitmeinung)
   – werden neu aufgenommen –

2. § 57j wird wie folgt geändert:

2.1. In der Überschrift werden nach „Schwangerschaft“ die Worte „und Mutterschaft“ angefügt.

2.2. In Absatz 1, Satz 1, werden die Worte „bei ihr versicherte“ vor „schwangere Versicherte“ gestrichen.

2.3. Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Knappschaft beteiligt sich an den Kosten für zusätzliche Beratungen, die während der Schwangerschaft oder im Wochenbett durch eine gem. § 134 a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Leistungserbringerin zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zur Versorgung der Versicherten berechtigte Hebamme erbracht werden. Als individuelle Beratungsleistungen kommen insbesondere die Still- und Ernährungsthemen sowie das Verhalten zur Vermeidung von Frühgeburten und der Umgang mit dem Baby in Betracht, sofern sie nicht bereits Bestandteil der vertraglichen Hebammenhilfe nach § 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind oder in diesem Rahmen nicht erbracht werden können.“

2.4. Aus den bisherigen Absätzen 3 und 4 werden die Absätze 4 und 5.

3. § 57l wird neu eingefügt:

„§ 57l Hautkrebsscreening

(1) Über die gesetzlichen und vertragsärztlichen Leistungen hinaus übernimmt die Knappschaft bei Versicherten, die zum Untersuchungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Einzelfall die Kosten für ein Hautkrebsscreening, wenn eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (z. B. familiäre Disposition, heller Hauttyp) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

(2) Voraussetzung ist, dass die Leistung durch zugelassene oder nach § 13 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch berechtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologen entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) erbracht wird. Eine Erkrankung darf noch nicht vorliegen, aber bereits bestehende Risikofaktoren müssen auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

(3) Der Anspruch auf das Hautkrebsscreening beinhaltet die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute sowie eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie. Der Anspruch besteht nicht, wenn und soweit das Hautkrebsscreening bereits Bestandteil einer mit der Knappschaft vereinbarten selektivvertraglichen Versorgung ist.

(4) Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 27 Euro. Ein erneutes Hautkrebsscreening ist frühestens zwei Jahre nach der letzten Untersuchung möglich. Zur Erstattung sind der Knappschaft die Originalrechnungen vorzulegen."

4. § 57m wird neu eingefügt:

„§ 57m Zweitmeinung

(1) Die Knappschaft gewährt ihren Versicherten auf der Grundlage des § 27b Absatz 6 SGB V bei bestimmten onkologischen und orthopädischen Erkrankungen zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung. Das Zweitmeinungsverfahren ist auf planbare ambulante und/oder stationäre Eingriffe oder Therapien beschränkt.

Der Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung besteht bei Vorliegen einer der in der Anlage 15 zur Satzung aufgeführten gesicherten Diagnose bzw. geplanten Operation. Eine Verdachtsdiagnose ist nicht ausreichend. Das Verzeichnis der Diagnosen, für die eine ärztliche Zweitmeinung bei der Knappschaft eingeholt werden kann, wird auf der Internetseite der Knappschaft veröffentlicht.

(2) Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens können Versicherte durch Ärzte prüfen lassen, ob die/der von ihrem behandelnden Arzt angeratene Therapie/Eingriff die medizinisch notwendige und sachgerechte Behandlungsoption darstellt. Hierzu erhält der Versicherte eine Empfehlung. Unabhängig von dem Ergebnis der qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung steht es dem Versicherten frei, die/den geplante(n) Therapie-/Eingriff durchführen zu lassen.

(3) Die Organisation des Zweitmeinungsverfahrens erfolgt durch eine Servicegesellschaft, mit der die Knappschaft eine Vereinbarung getroffen hat.

(4) Alle Versicherten der Knappschaft können eine Zweitmeinung in Anspruch nehmen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Knappschaft krankenversichert sind. Der Anspruch erlischt gemäß § 19 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

(5) Zweitmeinungen werden durch qualifizierte Fachärzte der Krankenhausträgergesellschaften, an denen die Knappschaft Gesellschaftsanteile hält, oder durch qualifizierte Knappschaftsärzte erbracht.

Zweitmeinungen können auch von anderen nach § 27b Absatz 3 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht werden, wenn die Knappschaft mit ihnen orientiert am Bedarf der Versicherten eine Vereinbarung getroffen hat und sie ebenfalls über eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung im Sinne von § 27b Absatz 2 SGB V verfügen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten.

(6) Kriterien für die besondere Expertise der Zweitmeinungsgutachter nach Absatz 5 sind

- eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff,
- Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
- regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet, oder
- besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

(7) Die Knappschaft führt ein Verzeichnis der beteiligten Leistungserbringer. Die Versicherten haben das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Auf Wunsch stellt die Knappschaft Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

(8) Die Knappschaft verpflichtet die Leistungserbringer nach den Absätzen 3 und 5 zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nach dem Bundesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch einschließlich der erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, wie sie sich aus § 9 Bundesdatenschutzgesetz und § 78a SGB X und den zugehörigen Anlagen ergeben, sowie zur Beachtung des Arztgeheimnisses (§ 203 Strafgesetzbuch), wobei sich diese Verpflichtung insbesondere auch auf die Auswertung und Weitergabe der Befunddaten bezieht.

(9) Die Kosten der Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung im Rahmen dieser Vorschrift übernimmt die Knappschaft in voller Höhe. Sie werden unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet. Dies gilt nicht für den Versicherten persönlich entstehende Kosten (z. B. Porto, Fahrt- oder Übernachtungskosten).

(10) Die vorstehenden Regelungen gelten bis zu erforderlichen Anpassungen aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den § 27b Absatz 2 SGB V betreffenden Bestimmungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V."

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 bis 4 treten am 1. Januar 2019 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2018.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 23. November 2018 beschlossene 69. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 19. Dezember 2018
213-59022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Beckschäfer)

Anlage 15 zur Satzung
(zu § 57m der Satzung)

Zweitmeinung
Diagnosen/geplante operative Eingriffe

Onkologie
Für bevorstehende operative Eingriffe, Bestrahlung, Chemotherapie oder andere Maßnahmen bei folgenden onkologischen Krankheitsbildern:

- Magen- und Darm-CA
- Lungen-CA
- Leukämien
- Lymphome
- Hämatologische Krebserkrankungen
- Prostatakarzinom
- Nierentumore

Orthopädie
Bei anstehenden operativen Eingriffen an:

- Schulter
- Knie oder
- Wirbelsäule

70. 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 69. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   § 66 (Persönliche elektronische Gesundheitsakte)
   – wird neu aufgenommen –

2. Der Text des neuen § 66 lautet wie folgt:

   „§ 66 Persönliche elektronische Gesundheitsakte

   (1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährt die Knappschaft ihren Versicherten finanzielle Unterstützung bei der Nutzung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte ermöglicht die durch die Versicherten selbst bestimmte elektronische Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten.

   (2) Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte ist ein Dritter, der aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der Knappschaft für die Versicherten tätig wird.

   (3) Der Versicherte schließt, um die persönliche elektronische Gesundheitsakte nutzen zu können, einen Vertrag mit dem Anbieter gemäß Abs. 2. Die gegenüber dem Anbieter der persönlichen elektronischen Gesundheitsakte anfallenden Nutzungsentgelte trägt für die Dauer des Versicherungsverhältnisses die Knappschaft.

   (4) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die sich daraus ergebenden Erfordernisse für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung werden gewahrt.“

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 und 2 treten am 1. März 2019 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 23. November 2018.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 23. November 2018 beschlossene 70. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 19. Dezember 2018
213-59022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag
(Beckschäfer)

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Kraftfahrer Heinrich Baderschneider	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Heike Mundl	1.1.2019
Verwaltungsangestellter Michael Schrappe	1.1.2019
Regierungsamtsrat Andreas Wunsch	1.1.2019
Regierungsamtsinspektorin Elvira Kalkbrenner	9.1.2019
Verwaltungsangestellte Andrea Mrosko	18.1.2019
Technischer Angestellter Ralf Heinisch	1.2.2019
Krankenschwester Dorothea Rummel	1.2.2019
Verwaltungsangestellte Christiane Mischur	13.2.2019
Verwaltungsangestellte Silvia Preuß	15.2.2019
Sozialversicherungsfachangestellte Gabriele Jostmeier	25.2.2019
Regierungsamtfrau Christine Droste	28.2.2019
Oberregierungsrätin Marina Sikkes	28.2.2019

25-jähriges Dienstjubiläum

Pharmazeutisch-technische Assistentin Elisabeth Bornkessel	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Tanja Brumm	1.1.2019
Bürogehilfin Angela Haase	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Sandra Hinse	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Marita Meyer	1.1.2019
Arzthelferin Birgit Reul	1.1.2019
Bürogehilfin Rafaela Schwarz	1.1.2019
Verwaltungsangestellter Uwe Seifert	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Petra Stark	1.1.2019
Angestellte im Schreibdienst Hannelore Till-Kother	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Martina Waggeling	1.1.2019
Verwaltungsangestellte Diana Weniger	1.1.2019
Pflegepersonal Andrea Wilhelm	1.1.2019
Arzthelferin Sandra Willuweit	1.1.2019
Pförtner Stephan Lott	4.1.2019
Bürogehilfin Yvonne Emmerling	5.1.2019
Verwaltungsangestellte Kerstin Scheibe	7.1.2019
Bote Axel Kirch	10.1.2019
Verwaltungsangestellter Andreas Dubberke	22.1.2019
Verwaltungsangestellter Frank Albert	30.1.2019
Hausmeister Hans Book	31.1.2019
Registraturangestellter Jürgen Speimann	31.1.2019
Regierungsamtmann Daniel Hartung	1.2.2019
Verwaltungsangestellte Claudia Klemenz	1.2.2019
Küchenhilfe Paul Vogel	1.2.2019
Verwaltungsangestellte Kathrin Werner	1.2.2019
Verwaltungsangestellter Thomas Wörmann	8.2.2019
Verwaltungsangestellter Helmut Glitza	10.2.2019
Verwaltungsangestellte Elke Hanke	10.2.2019
Verwaltungsangestellte Susanne Ortloff	28.2.2019
Verwaltungsangestellte Ilona Rubel	28.2.2019

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