130. Jahrgang · Mai I Juni 2020

Kompass

Corona-Pandemie
Herausforderung in neuer Dimension

Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit

Rentenanpassung 2020

Archäologie des mittelalterlichen Hospitals

Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

BLICKPUNKT

3 SARS-CoV-2 – Eine Herausforderung für die KBS in neuer Dimension

8 Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit – rechtliche Rahmenbedingungen

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

14 Die Deutsche Rentenversicherung informiert summa summarum – Corona-Sonderheft erschienen

15 Rentenanpassung 2020

BERICHTE UND INFORMATIONEN

24 Urinal, Amputation und Bettpfanne: Eine Archäologie des mittelalterlichen Hospitals

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

35 Personalnachrichten

35 Impressum

Titelbild:
In Deutschland und weltweit wurden eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Corona-Pandemie einzudämmen. Dazu gehört unter anderem auch das Tragen einer Mund-Nasen-Maske in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Ulrich Paschek

SARS-CoV-2 – Eine Herausforderung für die KBS in neuer Dimension

Das SARS-CoV-2[1] oder gemeinhin das Corona-Virus hat die COVID-19-Pandemie ausgelöst. Um die Ausbreitung der Corona-Pandemie einzudämmen, haben Behörden und Unternehmen in Deutschland Maßnahmen ergriffen, die weitreichende Folgen für Bevölkerung und Wirtschaft haben. Dazu gehören Reisebeschränkungen, die Absage von Veranstaltungen aller Art, die Schließung von Schulen und Universitäten, Hotels, Gaststätten und die Stilllegung von Fabriken und Dienstleistungsbetrieben. Zuletzt wurde dieser „Shutdown" durch Kontaktbeschränkungen weiter verschärft und anschließend wieder gelockert.

Folgen des Shutdown

Das „Einfrieren" großer Teile der Wirtschaft ist nicht allein das Ergebnis direkter staatlicher Verbote oder Regulierungen. Es handelt sich um eine Mischung aus staatlichen Vorgaben, Maßnahmen von Unternehmen zum Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten und der Bevölkerung insgesamt sowie nicht zuletzt um individuelle Entscheidungen. Es ist absehbar, dass der Shutdown zu einem massiven Einbruch der Wirtschaftsentwicklung führen wird.[2] Der verringerte Konsum und die Verringerung der Investitionen führen zu einem Rückgang der indirekten Steuern. Des Weiteren führen die starken Gewinneinbußen der Unternehmen dazu, dass die darauf anfallenden Ertragsteuern deutlich zurückgehen werden.

Die rückläufige Beschäftigung macht sich auch in rückläufigen Lohnsteuerzahlungen und geleisteten Sozialbeiträgen bemerkbar. Gleichzeitig sind die höheren Arbeitslosenzahlen und die stark ausgeweitete Kurzarbeit auch mit erhöhten Ausgaben der öffentlichen Haushalte verbunden.[3] In allen Szenarien steigt die Gesamtzahl an Kurzarbeitern auf ein Niveau, das die Höchststände während der Finanzkrise 2008/2009 in Höhe von 1,5 Mio. Kurzarbeitern zum Teil deutlich überschreitet.

Je nach Szenario ist mit folgenden Verlusten beziehungsweise Kurzarbeitern zu rechnen:

Dauer des Shutdowns (in Monaten)	sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse	Minijobs	Anzahl Kurzarbeiter (in Mio.)
1	160.000 bis 340.000	180.000 bis 390.000	2,1 bis 3,9
2	470.000 bis 910.000	300.000 bis 610.000	3,4 bis 5,5
3	780.000 bis 1,8 Mio.	420.000 bis 780.000	4,2 bis 6,6

Nachstehend werden die Wirkungen der Corona-Pandemie auf die großen in der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) vereinten sozialen Sicherungssysteme beschrieben.

Krankenversicherung

Die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die knappschaftliche Krankenversicherung lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollständig abschätzen. Einerseits ist anzunehmen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen kurzfristig sinken wird. Es werden lediglich zwingend notwendige Behandlungen im Krankenhaus oder ambulanten Bereich durchgeführt. Andererseits werden auch Mehrkosten entstehen, zum Beispiel zur Finanzierung von Schutzausrüstungen oder durch die Erhöhung des Pflegeentgeltwertes im stationären Bereich. Zudem kann bislang regelhaft durchgeführtes Controlling gar nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden (z. B. AU/KG[4]-Fallmanagement).

Kurzfristig dürften die Leistungsausgaben vor allem im Bereich stationäre Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahrkosten, Rehabilitationen, zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, Primärprävention und Bonuszahlungen sinken, da nur dringend notwendige Behandlungen stattfinden sollen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Behandlungen in vollem Umfang zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Das Ausmaß kann jedoch nicht prognostiziert werden.

Um den erhöhten Finanzbedarf der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen durch die COVID-19-Pandemie auszugleichen und Engpässe in der Liquidität zu vermeiden, wurde am 25. März 2020 das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom Bundestag beschlossen. Darin wurde unter anderem festgelegt, dass Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle der Krankenhäuser sowie Bonuszahlungen für zusätzlich zur Verfügung gestellte intensivmedizinische Behandlungskapazitäten aus der – aufgrund der zu erwartenden Beitragsausfälle ohnehin strapazierten – Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Krankenhäusern werden die Mehrkosten für persönliche Schutzausrüstung erstattet (50 Euro pro aufgenommenem Fall in der Zeit vom 1. April 2020 bis 30. Juni 2020), der Pflegeentgeltwert wird um 38 Euro pro Behandlungstag für den Rest des Kalenderjahres erhöht, die Prüfquote des medizinischen Dienstes wird von 12,5 auf 5 Prozent reduziert.

In einigen (Teil-)Bereichen ist jedoch mit weiterem erhöhten finanziellen Aufwand beziehungsweise geringeren Einsparungen zu rechnen.

Im ärztlichen Bereich werden die Regelungen zu den aufgrund von Corona-Infektionen beziehungsweise -Verdachtsfällen erbrachten Leistungen (Kennzeichnungspflicht) nach § 87a Absatz 3 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) finanzwirksam (nicht vorhersehbarer Anstieg der MGV [Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung] wegen Ausnahmeereignissen).

Der gemeinsame Krisenstab des Bundesinnenministeriums und des Bundesministeriums für Gesundheit hat aufgrund von Engpässen bei der Verfügbarkeit von Schutzausrüstung beschlossen, medizinische Schutzausrüstung (z. B. FFP2-Masken, Einmalschutzbrillen und Schutzbrillen) für Arztpraxen, Krankenhäuser und Bundesbehörden zu beschaffen. Die Kosten für die Ausstattung der Arztpraxen der auf diesem Wege beschafften Schutzausrüstung werden in Anlehnung an bestehende Verfahren zum Sprechstundenbedarf von den Krankenkassen übernommen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Deutsche Apothekerverband haben sich auf Erleichterungen in der Anwendung des Rahmenvertrages während der Corona-Pandemie verständigt. Hierdurch werden bis auf weiteres Regelungen des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V außer Kraft gesetzt. Für die Apotheken ergibt sich damit ein breiterer Spielraum bei der Auswahl des Medikaments. Es könnte dazu kommen, dass Rabattvertrags-Arzneimittel nicht mehr im bisherigen Umfang abgegeben werden.

Die geringe Inanspruchnahme von Routineuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen während der Krise kann sich nach der Krise als kostensteigernder Faktor herausstellen, wenn Erkrankungen oder Verschlechterungen zu spät erkannt werden.

Durch den kurzfristigen rapiden Rückgang der Wirtschaftsleistung brechen die Beitragseinnahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds muss zum Jahresende mindestens 20 Prozent einer Monatsausgabe umfassen.[5] Am 15. Januar 2020 betrug diese Liquiditätsreserve 10,2 Mrd. Euro.[6] Die gesetzliche Krankenversicherung erwartet Beitragseinnahmen im Jahr 2020 in Höhe von 225,694 Mrd. Euro. Demzufolge würde ein Ausbleiben von lediglich 4,5 Prozent aller erwarteten Beitragseinnahmen die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gänzlich aufzehren. Ein Liquiditätsdarlehen des Bundes nach § 271 Absatz 3 Satz 1 SGB V dürfte nur eine kurzfristige Gewährleistung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitsfonds sicherstellen. Dauerhaft wären ein zusätzlicher Bundeszuschuss und/oder eine deutliche Beitragssatzerhöhung notwendig.

Zudem ist die Aussagekraft des RSA(Risikostrukturausgleich)-Regressionsmodells stark eingeschränkt, da weder die Kosten noch die Morbiditätsinformationen den tatsächlichen Zustand 2020 widerspiegeln. Dies betrifft zwar grundsätzlich alle Krankenkassen, wird jedoch die KNAPPSCHAFT aufgrund der überdurchschnittlichen Morbiditätsstruktur überproportional stark treffen.

Pflegeversicherung

Pflegebedürftige haben infolge der Corona-Pandemie ein deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Krankheit. Auch die Beschäftigten der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der Medizinischen Dienste sind durch das Virus gefährdet. Zudem schränken die neuen Herausforderungen für die Beschäftigten in Pflege- und Betreuungseinrichtungen mit Familienpflichten, die nicht mehr durch

eine anderweitige Kinderbetreuung abgedeckt werden, die Berufstätigkeit zusätzlich ein. Daher hat der Gesetzgeber die Pflege vorübergehend weitestgehend entbürokratisiert.

Rentenversicherung

Bei den Rentenausgaben der beiden Rentenversicherungszweige sind derzeit keine besonderen Auswirkungen der Corona-Pandemie zu erwarten.

Die Rentenzahlungen der allgemeinen und der knappschaftlichen Rentenversicherung zum Monatsende März 2020 konnten in vollem Umfang und zeitgerecht geleistet werden.

Beitragsausfälle der allgemeinen Rentenversicherung können kurzfristig aus der Liquiditätsreserve (Nachhaltigkeitsrücklage) kompensiert werden, in der knappschaftlichen Rentenversicherung im Bedarfsfall durch vermehrte Bundesmittel. Die Nachhaltigkeitsrücklage der allgemeinen Rentenversicherung umfasst derzeit rund 1,8 Monatsausgaben. Bei einem längeren Ausbleiben von Beitragseinnahmen geraten allerdings die rentenpolitischen Ziele der Stabilität von Beitragssatz und Rentenniveau deutlich in Gefahr.

Rehabilitation

In den Bereichen medizinische Rehabilitation (Reha), eigene Reha-Kliniken und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zeichnen sich im Einzelnen folgende finanzielle Auswirkungen ab:

Leistungen zur medizinischen Reha

Im Bereich der Anschlussrehabilitationen wird sich die Reduzierung auf zwingend notwendige Operationen in den Akuthäusern im Bereich der KBS mit sinkenden Bewilligungszahlen bemerkbar machen, die allerdings noch nicht quantifiziert werden können. Darüber hinaus wird bei Anschlussrehabilitationen seit dem 23. März 2020 das Direkteinweisungsverfahren durch die Sozialdienste der Krankenhäuser praktiziert. Dies bedeutet, dass eine trägerseitige Steuerung derzeit nicht möglich ist.

In der allgemeinen Reha führt das von den meisten Landesregierungen ausgesprochene Aufnahmeverbot von Rehabilitanden zu einer Verschiebung des Reha-Beginns im Einzelfall. Hierdurch werden für einen nicht absehbaren Zeitraum Leistungen zur medizinischen Reha nicht durchgeführt sondern aufgeschoben.

Die Fremdkliniken haben für die durch den Wegfall von Patienten entstandenen Einnahmeverluste Anspruch auf finanzielle Unterstützung in Höhe von bis zu 75 v. H. des monatlichen Vorjahresumsatzes nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG). Die genaue Höhe der Ausgleichsansprüche kann derzeit noch nicht beziffert werden. Bei der Abwicklung der Entschädigungsleistungen wird, zur Verwaltungsvereinfachung und um eine schnelle Hilfe zu gewährleisten, das Federführerprinzip berücksichtigt. Das bedeutet, dass die KBS die Anträge ihrer 16 federgeführten Einrichtungen umfassend (also auch im Hinblick auf die Belegungsanteile der anderen Rentenversicherungsträger) bearbeitet.

Eigene Reha-Kliniken

Die eigenen Reha-Kliniken nehmen auf Grundlage der Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund seit dem 18. März 2020 keine Patienten zu stationären Heilverfahren mehr auf. Patienten, die sich schon in der Klinik befinden, können ihre Reha-Maßnahme abschließen. Anschlussrehabilitationen werden weiter durchgeführt, um die Krankenhäuser zu entlasten.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Antragszahlen für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen dürften aktuell sinken; dies wird

vorerst auch für geringere Ausgaben und eine verminderte Auslastung des Reha-Budgets sorgen.

Wie sich die Situation weiterentwickelt, wird von der Dauer der Krise und den Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt abhängen.

Im Bereich der Bildungsmaßnahmen sind viele Maßnahmen auf Grund der Schließung der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) derzeit unterbrochen. Zwar werden die Kosten für die Maßnahmen in dieser Zeit nicht weiterbezahlt, jedoch erhalten die Teilnehmer Zwischen-Übergangsgeld. Nach Ablauf der Unterbrechung der Maßnahmen werden diese fortgesetzt werden, und zwar mit der ursprünglich vorgesehenen Dauer.

Darüber hinaus findet das SodEG auch im Hinblick auf die von uns belegten Bildungseinrichtungen Anwendung. Das bedeutet, dass diese ebenfalls einen Anspruch auf Ausgleich der entstandenen Einnahmeverluste in Höhe von bis zu 75 v. H. des monatlichen Vorjahresumsatzes haben.

Auch hier ist nach Beendigung der Krise, also sobald die Bildungsmaßnahmen wieder normal durchgeführt werden können, mit wachsenden Durchführungszahlen und somit auch mit wachsenden Ausgaben zu rechnen.

Beitragseinzug

Die spürbaren Corona-Wirkungen auf das Wirtschaftsleben in Deutschland veranlasste unter anderem den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung umfassende Maßnahmen für die betroffenen Unternehmen zu treffen. Die Minijob-Zentrale und die KNAPPSCHAFT als jeweilige Einzugsstelle haben diese Möglichkeiten und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes unverzüglich aufgegriffen und folgenden Maßnahmenkatalog umgesetzt:

- Gewährung von zinslosen Stundungen und die Gewährung eines Zahlungsaufschubs auf Antrag,
- Ergänzung der Mahnbescheide um einen Hinweis auf die vereinfachten Stundungsmöglichkeiten,
- Säumniszuschläge oder Mahngebühren werden auf Antrag erlassen,
- Die Vollstreckungsmaßnahmen (Vollstreckungsankündigungen und Pfändungsverfügungen) werden grundsätzlich ausgesetzt,
- Es werden keine Insolvenzanträge mehr gestellt oder Zwangsgeldverfahren eingeleitet.

Bewertung

Abhängig von Dauer und Umfang der „Shutdowns“ werden viele soziale Sicherungssysteme zukünftig tiefgreifender Sanierung bedürfen.

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

FUSSNOTEN

1 **s**evere **a**cute **r**espiratory **s**yndrome **cor**ona**v**irus **2.**

2 Dorn u. a., Die volkswirtschaftlichen Kosten des Corona-Shutdown für Deutschland: Eine Szenarienrechnung, Vorabdruck, ifo Schnelldienst, 4/2020, München März 2020, www.ifo.de/DocDL/sd-2020-04-fuest-etal-volkswirtschaftliche-kosten-corona-2020-04-15.pdf, Seite 3.

3 Dorn, aaO., Seite 6.

4 Fallmanagement Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld.

5 § 271 Absatz 2 Satz 3 SGB V.

6 vergleiche Pressemitteilung des BMG vom 6. März 2020. www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzergebnisse-gkv-2019.html

Hans-Jürgen Faust

Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit – rechtliche Rahmenbedingungen

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat die Patientensicherheit als ein zu erarbeitendes und zu verbesserndes nationales Gesundheitsziel festgelegt. Neben der von gesundheitsziele.de stets verfolgten Strategie der freiwilligen Beteiligung und der notwendigen Einsicht der Akteure im Gesundheitswesen sind die rechtlichen Rahmenbedingungen ein wesentlicher Faktor für den Erfolg in den Handlungsfeldern und den vorzuschlagenden Maßnahmenoptionen.

Im ersten Teil der Abhandlung (Kompass Ausgabe März/April) wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen zum Begriff der Patientensicherheit anhand von Bestimmungen im Grundgesetz, im bürgerlichen Recht, im Strafrecht und in einzelnen Bereichen des Sozialrechts untersucht. Mit dem zweiten Teil folgen weitere Aspekte für eine Definition dessen, was Patientensicherheit ausmacht und ausmachen sollte.

Untergesetzliche Regelungen

Ärzte, Heilberufe und Telemedizin

Hinweise auf Schutzgedanken, insbesondere die der Qualitätssicherung, als Teilaspekte der Patientensicherheit lassen sich in untergesetzlichen Regelungen und vor allem in standesrechtlichen Bestimmungen aller Heilberufe und heilberuflicher Tätigkeiten zahlreich finden. So nennt die Muster-Berufsordnung für Ärzte[1] in der Präambel das Ziel, die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen.

Aufgabe der Ärzte ist es, die Gesundheit (des einzelnen Menschen) zu schützen.[2] Zu den ärztlichen Berufspflichten zählt unter anderem für eine gewissenhafte Ausübung des Berufs das Erfordernis insbesondere der notwendigen fachlichen Qualifikation und der Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.[3] Zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit haben Ärzte an Schulungsmaßnahmen teilzunehmen.[4] Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.[5]

Über die mit einer Behandlung verbundenen Risiken ist aufzuklären.[6] Der ärztliche Behandlungsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden.[7]

Vergleichbares findet sich in Zulassungsordnungen anderer Heilberufe oder für andere heilberufliche Tätigkeiten. In entsprechenden heilberuflichen Leitlinien oder Handlungsempfehlungen sind vergleichbare Qualitätskriterien, teilweise auch mit Hinweisen auf die Patientensicherheit, ohne dazu aber explizit definitorisch zu konkretisieren, benannt und verpflichtend.

Im Bereich der Telemedizin, eHealth oder mHealth gibt es inzwischen EBM(einheitlicher Bewertungsmaßstab)-Ziffern[8] für entsprechende Leistungen. Es fehlt aber an einer konkretisierten Auflage zur Beachtung der Patientensicherheit oder an eigenständigen Maßgaben zu Qualitätsanforderungen als Teilaspekte der Patientensicherheit.[9]

Prävention und Medizinprodukte

Mit dem Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Prävention[10] soll eine Konzentration auf gezielte, bedarfsgerechte, ziel- und qualitätsorientierte sowie nachhaltige Interventionen erfolgen.[11] Gleichwohl wird darauf verwiesen, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.[12] Die Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung müssen dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Dafür soll gewährleistet werden, dass die Maßnahmen hinsichtlich Inhalten, Methoden, Durchführungsbedingungen und Anbieterqualifikationen (Strukturqualität) den in diesem Leitfaden definierten Anforderungen entsprechen.[13] Für die Qualitätssicherung ist der Aufbau zweckmäßiger Verfahren der Dokumentation und Erfolgskontrolle sowie Etablierung entsprechender Qualitätssicherungsroutinen erforderlich.[14] Es drückt sich in diesen Teilaspekten wiederum auch der Schutzgedanke der Patientensicherheit aus, ausdrücklich beschrieben wird er nicht.

Freiwillige Verhaltens-Kodizes beispielweise der Hersteller von Medizinprodukten oder der Pharmaindustrie sehen Selbstverpflichtungen zur Qualität oder zur Anwendungssicherheit vor, ohne jedoch explizit als Schutzzweck auf die Patientensicherheit abzuzielen.

Europäisches Recht

WHO und EU-Kommission

International und europäisch finden sich zahlreiche Hinweise und Empfehlungen zum Thema Patientensicherheit. Zu nennen ist da das Programm der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Patientensicherheit „safe surgery saves lives“.[15] Den Empfehlungen der WHO fehlt es allerdings an regulatorischer Verbindlichkeit. Die WHO weist darauf hin, dass es trotz erheblicher Verbesserungen in den Ländern Europas nach wie vor eine hohe Inzidenz nachteiliger Folgen von Gesundheitsinterventionen und deutliche Anzeichen für die Schädigung von Patienten gibt. Ein Schwerpunkt müsse auf offenen Fragen in Bezug auf die Regulierung der Patientensicherheit in den beteiligten europäischen Ländern liegen.

Empfehlungscharakter hat auch die Mitteilung der Europäischen(EU-)Kommission zur Patientensicherheit.[16] Dazu gibt es Umsetzungsberichte einschließlich der Länderberichte.[17] Es wird darauf hingewiesen, dass die Empfehlungen aus zwei Kapiteln bestehen, die sich zum einen der allgemeinen Patientensicherheit widmen und sich zum anderen mit der Prävention und Eindämmung therapieassoziierter Infektionen beschäftigen. Ergriffen werden sollen Maßnahmen, um die Schädigung von Patienten während der Behandlung auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Dazu werden unter anderem die Ausarbeitung nationaler Strategien zur Patientensicherheit, die Stärkung der Handlungskompetenzen und die Information der Patienten gezählt. Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, Wissen, Erfahrungen und bewährte Verfahren auszutauschen und die Patientensicherheit auf europäischer Ebene durch die Zusammenarbeit untereinander und mit der EU-Kommission zu klassifizieren und zu kodifizieren.

Die EU-Kommission hat dann ein „Patient safety package“ vorgelegt, in dem unter anderem auf einen weiteren Bericht abgestellt wird. Danach

gaben alle Länder an, dass Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit in Kraft sind. In 20 Ländern sind Standards für die Patientensicherheit verbindlich vorgeschrieben, in vier weiteren Ländern haben sie den Status von Empfehlungen. In 19 Ländern werden Richtlinien zur Patientensicherheit verwendet. In den Ländern sind die Standards und Richtlinien unterschiedlich. So wird über spezifische Standards für bestimmte Arten von Zwischenfällen oder über Qualitätsmanagementsysteme oder Berichterstattungs- und Lernsysteme berichtet. Zudem wird in der Argumentation zur Begründung bestimmter Arbeitsprogramme der EU-Kommission, wie beispielsweise der Standardisierungs- und Normungs-Programme und Berichte/Mitteilungen auch für den Bereich der Gesundheit oder Gesundheitsleistungen und Pflegedienstleistungen, auf die Patientensicherheit Bezug genommen.[18]

EU-Richtlinien und -Verordnungen

Der Schutzgedanke der Patientensicherheit kommt auch in zahlreichen Rechtsakten der Europäischen Union (EU) zum Ausdruck, ohne jedoch im Wortsinn verwandt zu werden. Beispielsweise stellt die Richtlinie (RL) 90/385/EWG[19] in den Erwägungsgründen fest, dass die aktiven implantierbaren medizinischen Geräte in jedem Mitgliedstaat den Patienten, den Anwendern und Dritten ein hohes Sicherheitsniveau bieten und das vorgegebene Leistungsniveau erreichen müssen, wenn sie in den menschlichen Körper implantiert werden.

Oder die RL 98/79/EG[20] weist in den Erwägungsgründen darauf hin, dass In-vitro-Diagnostika[21] Patienten, Anwendern und Dritten einen hochgradigen Gesundheitsschutz bieten und die vom Hersteller ursprünglich angegebenen Leistungen erreichen müssen. Die Aufrechterhaltung und Verbesserung des in den Mitgliedstaaten erreichten Niveaus des Gesundheitsschutzes ist eines der wesentlichen Ziele dieser Richtlinie. Nach der RL 2007/47/EG[22] ist insbesondere darauf zu achten, dass die Aufbereitung von Medizinprodukten die Sicherheit und Gesundheit der Patienten nicht gefährdet.

Hinsichtlich der Patientensicherheit bei Medizinprodukten findet sich der Schutzgedanke in der Medizinprodukte-Verordnung[23] VO (EU) 2017/745. Patienten, denen ein Produkt implantiert wird, sollen wichtige Informationen über das implantierte Produkt erhalten, mit denen das Produkt identifiziert werden kann. Außerdem sollen die Informationen alle erforderlichen Warnungen oder eventuell zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen umfassen, wie den Hinweis auf mögliche Inkompatibilitäten mit bestimmten Diagnostika oder mit Sicherheitsscannern. In den Erwägungsgründen wird angeführt, dass die korrekte Funktionsweise der benannten Stellen (zur Zertifizierung der Medizinprodukte) ausgesprochen wichtig ist, um ein hohes Maß an Sicherheit und Gesundheitsschutz zu gewährleisten.

Das Vertrauen der Bürger zu einem System ist sicherzustellen. Hier gab es in den letzten Jahren hauptsächlich zwei Kritikpunkte: die Unterschiede bei der Benennung und Überwachung der benannten Stellen und die unterschiedliche Qualität und Gründlichkeit der von diesen Stellen vorgenommenen Risikobewertungen; dabei insbesondere die Beurteilung der klinischen Bewertung durch den Hersteller. Gemäß der Charta der Grundrechte der EU[24] zielt der Vorschlag einer Revision der Medizinprodukteverordnung auf die Gewährleistung eines hohen Maßes an Gesundheitsschutz[25] und Verbraucherschutz[26] ab, indem er ein hohes Sicherheitsniveau der auf dem europäischen Markt angebotenen Medizinprodukte sicherstellt.

Der Teilaspekt der Arzneimittelsicherheit im Sinne der Patientensicherheit wird in der RL 2010/84/EU[27] und der Verordnung (VO) (EU) 1235/2010[28] in den Erwägungsgründen ausgedrückt. Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit sind Pharmakovigilanz-Vorschriften erforderlich, damit Nebenwirkungen von in der EU in Verkehr gebrachten Human-Arzneimitteln vermieden, entdeckt und beurteilt werden können, da das vollständige Unbedenklichkeitsprofil eines Human-Arzneimittels erst nach seinem Inverkehrbringen erkannt werden kann.

Die RL 2011/24/EU[29] über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zielt nach den Erwägungsgründen auch darauf ab, Regeln zu schaffen, die den Zugang zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Union erleichtern. Dabei sollen gleichzeitig die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten für die Festlegung der gesundheitsbezogenen Sozialversicherungsleistungen und für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und medizinischer Versorgung sowie der Sozialversicherungsleistungen, insbesondere im Krankheitsfall, uneingeschränkt beachtet werden (Subsidiaritätsprinzip). Der Versicherungsmitgliedstaat kann sich jedoch aus Gründen, die in der Qualität und Sicherheit der erbrachten Gesundheitsdienstleistung liegen, dafür entscheiden, die Kostenerstattung zu begrenzen.

Nach der VO (EG) 1223/2009[30] über kosmetische Mittel sollten diese bei normalem oder vernünftigerweise voraussehbarem Gebrauch sicher sein. Insbesondere darf dabei eine Nutzen-Risiko-Abwägung kein Risiko für die menschliche Gesundheit rechtfertigen.

Schließlich wendet sich die EU-Kommission mit dem GRÜNBUCH[31] über Mobile-Health-Dienste („mHealth“) – COM (2014)219 final – und der daran angeschlossenen Konsultation auch neuen Angeboten in der Gesundheitsversorgung zu. Geklärt werden sollen Fragen der Sicherheit von mHealth-Apps. Probleme werden in einer mangelnden Interoperabilität der verfügbaren Lösungen und die unzureichenden Kenntnisse der Beteiligten über die rechtlichen Anforderungen an Lifestyle- und Gesundheits-Apps gesehen. Es geht darum Vertrauen zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Bürgern zu schaffen, Mobile-Health-Dienste effektiv zu nutzen. Explizit erwähnt oder legislativ ausgestaltet wird der Schutzgedanke der Patientensicherheit nicht.

Rechtsprechung

Der Schutzgedanke der Patientensicherheit findet in der Rechtsprechung sicher sehr oft seinen Niederschlag im Sinne der in den aufgeführten Gesetzen aufgezeigten Teilaspekte, insbesondere der Bestimmungen zur Versorgungsqualität und zur Qualitätssicherung. Erwähnung findet der Begriff der Patientensicherheit in einer Entscheidung des Bundessozialgerichts über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Mindestmenge für die Versorgung mit Kniegelenk-Total-Endoprothesen im Krankenhaus. In den Entscheidungsgründen werden unter anderem die Komplexität und die Risiken der Knie-Endoprothetik erörtert und es wird darauf verwiesen, dass auch aus Gründen der Patientensicherheit ein nationales Endoprothesen-Register entstanden sei.[32]

In einem Verfahren[33], in dem es um Brustimplantate geht, für deren Herstellung minderwertiges Industrie-Silikon verwendet wurde, hat der Bundesgerichtshof (BGH) mit Beschluss vom 9. April 2015[34] dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) Fragen zur Entscheidung vorgelegt. Brustimplantate sind Medizinprodukte, die ein Konformitätsverfahren[35] durchlaufen. Danach führt die benannte Stelle regelmäßig die erforderlichen Inspektionen und Bewertungen durch, um sich davon zu überzeugen, dass der Anbieter das genehmigte Qualitätssicherungssystem anwendet. Die dem EuGH vorgelegte Frage zielt darauf ab, festzustellen, ob es Zweck und Intention der RL 93/42/EWG ist, dass die benannte Stelle bei Medizinprodukten zum Schutz aller potentiell betroffenen Patienten tätig wird. Insoweit wäre von der Beantwortung der Frage mittelbar dieser Teilaspekt der Patientensicherheit betroffen. Eine unmittelbare Entscheidung des EuGH zur Patientensicherheit dürfte zunächst nicht zu erwarten sein. Dafür fehlt es, wie oben aufgezeigt, an einem Rechtsakt der EU, der explizit das Thema Patientensicherheit als ein den Grundfreiheiten der EU (Waren- und Dienstleistungsfreiheit)[36] dienendes Recht bestimmt.

Rechtsethik

Der Deutsche Ethikrat hat am 5. April 2016 gefordert, das Patientenwohl als Maßstab für das Krankenhaus zu verankern. Danach bestimmen drei Kriterien das Patientenwohl: die selbstbestimmungsermöglichende Sorge für den Patienten, die gute Behandlungsqualität sowie die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit. Vorgeschlagen wird, zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Prozeduren sollten Vergütungsmodelle entwickelt und geprüft werden, in denen auch begründete Unterlassung etwaiger Maßnahmen ihren Niederschlag finden. Zudem sollten qualitätssichernde Strukturen ausgebaut werden, indem Programme zur Errichtung multidisziplinärer Zentren gefördert werden, die sich an bestimmten Krankheitsbildern orientieren. Auch sollten die Dokumentationspflichten vereinfacht werden, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu gewinnen. Diese Überlegungen tragen dem Schutzgedanken der Patientensicherheit Rechnung und können so vergleichbar übertragen für alle Gesundheits- und Versorgungsbereiche gelten.[37]

Fazit

Legislative

Mit Blick auf die Legislative lässt sich anhand der rechtlichen Rahmenbedingungen folgendes feststellen:

- Es gibt bisher keine gesetzliche Definition des Begriffs der Patientensicherheit.
- Im Wesentlichen erfolgte bisher keine Ausgestaltung als unbestimmter Rechtsbegriff.
- Eine Subsumtion unter die verschiedensten Rechtsbegriffe jeweils in Teilaspekten ist möglich.
- Bisher bestehen keine europäischen oder internationalen rechtlich bindenden Vorgaben für die Patientensicherheit.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit wäre der Begriff zunächst gesetzlich zu fassen und zu regeln.

Jurisprudenz

Für die Jurisprudenz zeigt sich, dass die Patientensicherheit mangels einer expliziten gesetzlichen Anspruchsgrundlage für sich gesehen und nicht nur als ausgestalteter Qualitätsanspruch an die gesundheitliche Versorgung und Leistungserbringung noch kein verfassungsrechtlich, kein zivilrechtlich, kein sozialrechtlich klagbarer Anspruch oder strafrechtlich sanktionierbarer Schutzbereich und Tatbestand ist.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit sollte der Begriff für die Rechtsprechung überprüfbar gemacht werden.

Patienten

Aus Sicht der Patienten ist eine rechtlich ausgestaltete Patientensicherheit wichtig

- als ein Anspruch auf eine nicht über das unbedingt notwendige Eingriffsmaß hinausgehende körperliche Unversehrtheit unter Berücksichtigung der fachlich besten Behandlungsvorgaben und Behandlungsnotwendigkeiten,
- für einen Anspruch auf umfassenden Verbraucherschutz auch im Sinne eines Schutzes vor und bei Behandlungsfehlern und
- für einen Anspruch auf absolute Qualitätsgarantien einschließlich Methodik, Testverfahren, Zertifizierung und Zulassung.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit wäre der Begriff als individueller Anspruch zu gestalten.

Leistungserbringer

Für Anwender, Leistungserbringer und Verpflichtete der Patientensicherheit sollte die Verbesserung der Selbstverpflichtungen

- aufgrund von Leitlinien nach wissenschaftlichem Standard,
- aufgrund ethischer Kodifizierungen,
- zur Beachtung einer Patientensicherheits-Kultur und
- zur Entwicklung von Patientensicherheits-Kompetenz

geboten sein.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit wäre der Begriff als unabdingbare und nicht einschränkbare Selbstverpflichtung zu verstehen.

Versorgungswissenschaft
Empfehlungen an die Versorgungswissenschaft ließen sich beschreiben als Forschung

- zur Notwendigkeit der Patientensicherheit als selbstständiger Bestandteil des Versorgungsanspruchs,
- zu einer gesundheitlichen Nachhaltigkeit der Patientensicherheit,
- um Qualität messbar zu machen,
- zu Instrumenten für Sicherheitskultur und
- um ökonomische Effekte aufzuzeigen.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit hätte der Begriff auch rechtlich gesichert als Forschungsthema auf der Agenda zu stehen.

Kostenträger
Mit der Bindung an die gesetzlichen Rahmenbedingungen ginge es für die Kostenträger auch bei dem Thema Patientensicherheit um

- die rechtliche Klarstellung vertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten,
- die Darstellung von Finanzierungsfragen,
- die Abgrenzung von Zuständigkeiten,
- statuierte Überprüfbarkeiten und
- die Möglichkeit verwaltungsrechtlicher Sanktionsmechanismen.

Als Handlungsempfehlung für ein nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit müsste der Begriff zu einem Kernbereich und Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung werden.

Hans-Jürgen Faust
KBS/KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
Abteilungsreferat Verbands- und Gremienarbeit
Knappschaftstr. 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

1 www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/
2 Vergleiche § 2 Absatz 2 Muster-Berufsordnung für Ärzte (MBÄ).
3 Vergleiche § 2 Absatz 3 MBÄ.
4 Vergleiche § 5 MBÄ.
5 Vergleiche § 7 MBÄ.
6 Vergleiche § 8 MBÄ.
7 Vergleiche § 11 Absatz 2 MBÄ.
8 www.kbv.de/html/ebm.php
9 Ausnahme § 31a SGB V.
10 www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
11 Vergleiche 1 Präambel des Leitfadens.
12 Vergleiche 2.2 Grundsätze des Leitfadens.
13 Vergleiche 2.2.2 Qualitätsmanagement des Leitfadens.
14 Vergleiche 2.3.3 Kommission des Leitfadens.
15 www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/
16 https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/DE/COM-2017-339-F1-DE-MAIN-PART-1.PDF
17 https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_de.pdf
18 http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_en.htm
19 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1990L0385:20071011:de:PDF
20 http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex:31998L0079
21 Medizinprodukte zur medizinischen Laboruntersuchung von aus dem menschlichen Körper stammenden Proben.
22 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:247:0021:0055:de:PDF
23 http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2017.117.01.0001.01.DEU
24 http://www.europarl.europa.eu/germany/resource/static/files/europa_grundrechtecharta/_30.03.2010.pdf
25 Vergleiche Artikel 35 der Charta.
26 Vergleiche Artikel 38 der Charta.
27 https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2010_84/dir_2010_84_de.pdf
28 https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/files/eudralex/vol-1/reg_2010_1235/reg_2010_1235_de.pdf
29 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=LEGISSUM%3Asp0002
30 http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex:32009R1223
31 http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=5186
32 Vergleiche BSG vom 12. September 2012- B 3 KR 10/12 R Anmerkung 54.
33 BGH VII ZR 36/14.
34 http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=71045&pos=0&anz=1
35 Vergleiche §§ 6, 37 MPG, § 7 Medizinprodukteverordnung i.V.m. Anhang II RL 93/42/EWG, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011:de:PDF
36 www.bundesregierung.de/Content/DE/Lexikon/EUGlossar/B/2005-11-22-binnenmarkt.html
37 www.ethikrat.org › Publikationen › Stellungnahmen; http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/088/1808843.pdf

summa summarum
Sozialversicherungsprüfung im Unternehmen

Die Deutsche Rentenversicherung informiert

summa summarum – Corona-Sonderheft erschienen

Für Arbeitgeber, Steuerberater und Lohnbüros und alle, die sich für Themen rund um die Sozialversicherungsprüfung im Unternehmen interessieren, ist die Fachzeitschrift „summa summarum“ der Deutschen Rentenversicherung ein wichtiges Arbeitsmittel und die ideale Informationsquelle.

Das E-Paper greift aktuelle Themen auf, beleuchtet relevante Gerichtsurteile und vermittelt rechtssicheres Wissen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen.

Es wird vier Mal im Jahr als PDF-Datei online gestellt und kann kostenlos heruntergeladen werden unter:
www.summa-summarum.eu

Im April ist die Ausgabe 2/2020 als Corona-Sonderheft mit Artikeln zu folgenden Themen erschienen:

- Corona – Auswirkungen in der Sozialversicherung
- Kurzarbeitergeld – Zugang erleichtert
- Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen – erleichterte Bedingungen
- Kurzfristige Beschäftigungen – vorübergehende Erhöhung der Zeitgrenzen
- Werkstudenten – Auslegung des Begriffs „vorlesungsfreie Zeit“
- Altersteilzeit – erweiterte Auslegungen zu Arbeits- und Freistellungsphase
- Sonderzahlung für Beschäftigte – Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit
- Hinzuverdienst bei Altersrenten – höhere Grenzbeträge

Deutsche Rentenversicherung

Die nächsten Ausgaben 2020 von summa summarum erscheinen am 1. September und am 1. Dezember.

Auch interessant: Die vier E-Broschüren „Auf den Punkt gebracht“ aus der summa summarum-Reihe. Hier gibt es relevante Fakten und Informationen zu Betriebsprüfungen.

Zur besseren Übersicht sind die Broschüren in die Themengebiete Versicherung, Beiträge und Meldungen aufgeteilt. Die Broschüre „Auf den Punkt gebracht: Prüfung von A - Z“ liefert einen guten ersten Überblick über die Begrifflichkeiten rund um die Betriebsprüfung.

DRV/Rög

Uwe Berdysz und Uwe Ogrzewalla

Rentenanpassung 2020

Zum 1. Juli 2020 werden die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung in den alten Bundesländern um 3,45 und in den neuen Bundesländern um 4,20 Prozent angepasst. Der aktuelle Rentenwert erhöht sich von 33,05 Euro auf 34,19 Euro, der aktuelle Rentenwert (Ost) von 31,89 Euro auf 33,23 Euro. Hierzu hat die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates die „Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2020 (RWBestV 2020)“ erlassen.

Einleitung

Die Höhe der monatlichen Rente von Versicherten ergibt sich aus der Vervielfältigung der erworbenen persönlichen Entgeltpunkte mit dem Rentenartfaktor und dem aktuellen Rentenwert.[1]

Aufgrund der noch geringeren Einkommensverhältnisse in den neuen Bundesländern, die im Rahmen der Rentenberechnung mit einem Faktor ausgeglichen werden, ergeben sich für dort erworbene Rentenanwartschaften vor dem 1. Juli 2024 Entgeltpunkte (Ost), aus denen sich durch Vervielfältigung mit dem Rentenartfaktor und dem aktuellen Rentenwert (Ost) die Höhe der monatlichen Rente errechnet.[2] Im Rahmen der Rentenanpassung tritt an die Stelle der bisherigen Werte jeweils der neue aktuelle Rentenwert beziehungsweise aktuelle Rentenwert (Ost).[3]

Der Beitrag stellt die Grundlagen für die Anpassung der aktuellen Rentenwerte vor. Zusätzlich weist er für die knappschaftliche Rentenversicherung die Rentenbeträge aus, die sich nach der Anpassung für den Leistungszuschlag ergeben.

Der aktuelle Rentenwert und der aktuelle Rentenwert (Ost) weisen jeweils den Betrag an monatlicher Rente aus, den Versicherte für ein Jahr Beitragszahlung bei durchschnittlichem

Verdienst als Altersrente erhalten, wenn sie die Altersrente nicht vorzeitig in Anspruch nehmen.

Der neue aktuelle Rentenwert errechnet sich aus den drei Faktoren Lohnentwicklung, Altersvorsorgeaufwendungen und Nachhaltigkeitsfaktor. Zusätzlich hat er sicherzustellen, dass das Sicherungsniveau vor Steuern (Rentenniveau) weiterhin mindestens 48 Prozent beträgt.[4] Die bei Nichterreichen des Sicherungsniveaus notwendige zusätzliche Erhöhung wird auch in diesem Jahr nicht benötigt.

Der aktuelle Rentenwert (Ost) leitet sich dieses Jahr wieder von dem gesetzlich festgelegten Prozentsatz des aktuellen Rentenwerts (97,2 Prozent[5]) ab. Die im Rahmen der Erstellung der RWBestV 2020 vorzunehmende Vergleichsberechnung aus den drei Faktoren Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern, Altersvorsorgeaufwendungen und Nachhaltigkeitsfaktor führt zu einem niedrigeren Betrag, der sich nicht auswirkt.

Im Folgenden werden die Berechnungen dargestellt, aus denen sich der neue aktuelle Rentenwert und der neue aktuelle Rentenwert (Ost) ergeben haben.

Ermittlung des neuen aktuellen Rentenwerts

Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter

Ausschlaggebend für die Rentenanpassung ist primär die Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (im Weiteren: Verdienste) des letzten Jahres gegenüber denen für das vorletzte Jahr für das Gebiet der alten Bundesländer.[6] Für die Ermittlung der Anpassung werden zunächst die Verdienste nach der Systematik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR; ohne Personen, die in den sogenannten 1-Euro-Jobs arbeiten) herangezogen, die vom Statistischen Bundesamt ermittelt werden. Für das Jahr 2018 werden dabei erstmals zwei Werte benötigt, nämlich zum einen der Wert nach dem VGR-Datenstand zu Beginn des Jahres 2020 (VGR 2020) und zum anderen der Wert aus der RWBestV 2019. Dies beruht darauf, dass im letzten Jahr im Rahmen der Änderung des Gesetzes zur Errichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (RVBund/KnErG-ÄndG) die Anpassungsformel verändert wurde, um zukünftig eine Beeinflussung der Anpassung durch Revisionen der VGR auszuschließen.[7] Die maßgebenden Werte sind in der Abb. 1 dargestellt.

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

Verdienste im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2019	37.932 Euro	31.482 Euro
2018 (VGR 2020)	36.846 Euro	30.378 Euro
2018 (RWBestV 2019)	36.146 Euro	29.757 Euro
2017	35.139 Euro	28.782 Euro

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

Verdienste im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2018	33.421 Euro	28.478 Euro
2017	32.387 Euro	27.492 Euro

Die sich aus der VGR ergebende Erhöhung der Verdienste fließt indes nicht direkt in die Anpassung ein. Dies ist insbesondere dem Umstand geschuldet, dass in der VGR auch Beamtenbezüge und Verdienste oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Um die Entwicklung der beitragspflichtigen Verdienste und damit die Entwicklung der finanziellen Situation der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzlich in der Berechnung der Anpassungswerte unterzubringen, wird als weitere Größe die Entwicklung der beitragspflichtigen Verdienste je Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld herangezogen. Der Wert errechnet sich aus der Versichertenstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund (siehe Abb. 2).

Der in die Anpassungsformel letztlich einfließende Verdienst für das Jahr 2018 für die alten Bundesländer ermittelt sich damit wie folgt:

$$36.846 \text{ Euro} \times \frac{36.146}{35.139} \text{ Euro} : \frac{33.421}{32.387} \text{ Euro} = 36.729 \text{ Euro}$$

Das Ergebnis für die Verdienste im Jahr 2018 ist niedriger als der Ausgangswert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Verdienste (+ 2,87 Prozent) nicht so stark gestiegen sind wie die beitragspflichtigen Verdienste (+ 3,19 Prozent). Für die Anpassung wirkt sich dies erhöhend aus, weil der niedrigere Betrag als Nenner in die weitere Berechnung einfließt.

Aus der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter ermittelt sich folglich folgender Faktor für die Anpassung des aktuellen Rentenwerts:

Verdienste 2019 geteilt durch Verdienste 2018
= 37.932 Euro : 36.729 Euro = **1,0328**

Unter ausschließlicher Berücksichtigung der Lohnentwicklung hätte die Rentenanpassung zum 1. Juli 2020 somit 3,28 Prozent ausgemacht.

Entwicklung des Altersvorsorgeanteils
Der Altersvorsorgeanteil[8] wirkt sich in diesem Jahr nicht auf die Rentenanpassung aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung im Vergleich von 2018 zu 2019 nicht verändert hat und bezüglich der privaten Vorsorge seit 2012 keine Veränderungen zu berücksichtigen sind. Der Faktor beträgt daher **1,0000**.

Nachhaltigkeitsfaktor
Der Nachhaltigkeitsfaktor bezieht die Entwicklung der Zahl der Rentner zu der Zahl der Beitragszahler teilweise in die Berechnung der Anpassung ein.

Der Nachhaltigkeitsfaktor ergibt sich aus dem Verhältnis der sogenannten Äquivalenzrentner, die aus den Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung für Renten ermittelt werden, zu den Äquivalenzbeitragszahlern, die aus den Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung für versicherungspflichtig Beschäftigte, geringfügig Beschäftigte und Bezieher von Arbeitslosengeld errechnet werden.[9] Er wird in dem sogenannten Rentnerquotienten abgebildet. In die Anpassungsformel fließt die Entwicklung zwischen den Jahren 2018 und 2019 ein.

Der Nachhaltigkeitsfaktor wird einheitlich für die Anpassung des aktuellen Rentenwerts und des aktuellen Rentenwerts (Ost) ermittelt.

Bei der Ermittlung der Äquivalenzrentner wird aufgrund der unterschiedlichen aktuellen Rentenwerte für beide Bereiche zunächst unter Berücksichtigung der Ausgaben für Renten die Anzahl der Äquivalenzrentner in den alten und neuen Bundesländern ermittelt, aus denen sich dann die gesamte Zahl der Äquivalenzrentner ergibt.

Bei den Äquivalenzbeitragszahlern ist nach § 255d Absatz 2 SGB VI für das Jahr 2020 die Besonderheit zu beachten, dass ausnahmsweise auch – die normalerweise aus der letztjährigen Anpassung übernommene – Anzahl der Äqui-

valenzbeitragszahler für das Jahr 2018 neu zu bestimmen ist. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die durch das Rentenüberleitungs-Abschlussgesetz festgeschriebenen Werte der Anlage 10 zum SGB VI ansonsten zu Verwerfungen führen würden, weil sie ab dem Jahr 2019 unabhängig von der Lohnentwicklung festgesetzt wurden.[10]

Die Entwicklung der Äquivalenzrentner und der Äquivalenzbeitragszahler sowie den sich daraus für die Jahre 2018 und 2019 ergebenden Rentnerquotienten weist die Abb. 3 aus.

Da die Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler auch im Verhältnis zu den Äquivalenzrentnern stärker gestiegen ist, wirkt sich der Nachhaltigkeitsfaktor im Jahr 2020 erhöhend auf die Anpassung aus. Er beträgt:

$$\left(1 - \frac{0{,}5152}{0{,}5188}\right) \times 0{,}25 + 1 = \mathbf{1{,}0017}$$

Aktueller Rentenwert ab 1. Juli 2020
Der nach der Rentenanpassungsformel des § 68 SGB VI zum 1. Juli 2020 ermittelte aktuelle Rentenwert beträgt damit rechnerisch:

33,05 Euro (bisheriger aktueller Rentenwert) x 1,0328 x 1,0000 x 1,0017 = 34,19 Euro.

Prüfung der Niveausicherungsklausel
Zu prüfen blieb noch, ob das Sicherungsniveau vor Steuern von mindestens 48 Prozent mit dem neuen aktuellen Rentenwert gewahrt ist.[11]

Hierzu wird die aus dem neuen aktuellen Rentenwert ermittelte jährliche Standardrente aus 45 durchschnittlichen Beitragsjahren unter Berücksichtigung der Abzüge für die Kranken- und Pflegeversicherung (= verfügbare Standardrente) ins Verhältnis gesetzt zu dem verfügbaren Durchschnittsentgelt für das Jahr 2020.

Nach den Berechnungen in der RWBestV 2020 beträgt für das Jahr 2020 die verfügbare Standardrente 16.450,18 Euro und das verfügbare Durchschnittsentgelt 34.120,64 Euro.

Daraus ermittelt sich ein Sicherungsniveau vor Steuern von 48,21 Prozent[12]. Das Sicherungsniveau ist damit gegenüber der Anpassung im letzten Jahr (48,16 Prozent) geringfügig gestiegen.

Ermittlung des neuen aktuellen Rentenwerts (Ost)

Ableitung aus dem aktuellen Rentenwert
Grundsätzlich leitet sich der aktuelle Rentenwert (Ost) seit dem 1. Juli 2018 aus dem aktuellen

Abb. 3: Äquivalenzrentner und -beitragszahler (in Tausend)

Jahr	Äquivalenzrentner	Äquivalenzbeitragszahler	Rentnerquotient
2019	15.896	30.853	0,5152
2018	15.593	30.055	0,5188

Rentenwert ab.[14] Für die Anpassung am 1. Juli 2020 beträgt der aktuelle Rentenwert (Ost) 97,2 Prozent des aktuellen Rentenwerts und berechnet sich demnach wie folgt:

34,19 Euro x 97,2 Prozent = 33,23 Euro

Der aktuelle Rentenwert (Ost) beträgt somit grundsätzlich 33,23 Euro. Es bleibt allerdings noch zu prüfen, ob der sich aus der Lohnentwicklung ergebende aktuelle Rentenwert (Ost) diesen Wert überschreitet.

Vergleichswert unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung

Der Vergleichswert berücksichtigt neben der Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern auch die Altersvorsorgeaufwendungen und den Nachhaltigkeitsfaktor.[15] Die beiden letzten Werte sind aber gesamtdeutsche Werte und werden daher aus der Bestimmung des aktuellen Rentenwerts übernommen.

Der Vergleichswert bestimmt sich ausgehend von dem Ergebnis aus der Vergleichswertberechnung in der Anpassung 2019. Aus der Vergleichswertberechnung zur letzten Anpassung hatte sich ein aktueller Rentenwert (Ost) in Höhe von 31,85 Euro ergeben, der niedriger war als der abgeleitete aktuelle Rentenwert (Ost) von 31,89 Euro und somit tatsächlich nicht zu berücksichtigen war.

Die Berechnung der Lohnentwicklung in den neuen Ländern folgt derselben Systematik wie in den alten Bundesländern. Die in den neuen Bundesländern erzielten Verdienste und beitragspflichtigen Verdienste können den Abb. 1 und 2 entnommen werden. Der für die Anpassung benötigte Verdienst aus dem Jahr 2018 ergibt sich somit aus folgender Berechnung:

$$30.378 \text{ Euro} \times \frac{29.757}{28.782} \text{ Euro} : \frac{28.478}{27.492} \text{ Euro} = 30.320 \text{ Euro}$$

Der ermittelte Wert ist auch in den neuen Bundesländern höher als der Ausgangswert. Damit sind auch dort die beitragspflichtigen Verdienste stärker gestiegen als die Verdienste. Dies beeinflusst die Anpassung ebenfalls positiv.

Der Faktor für die Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern bestimmt sich daher wie folgt:

Verdienste 2019 geteilt durch Verdienste 2018
31.482 Euro : 30.320 Euro = **1,0383**

Unter Berücksichtigung der Altersvorsorgeaufwendungen und des Nachhaltigkeitsfaktors ergibt sich daraus, ausgehend von 31,85 Euro, der Vergleichswert in Höhe von

31,85 Euro x 1,0383 x 1,0000 x 1,0017 = 33,13 Euro

Obwohl die Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern von 3,83 Prozent – wie im letzten Jahr (2,99 bzw. 2,39 Prozent) – die Entwicklung in den alten Bundesländern (3,28 Prozent) übertrifft, reicht diese positive Entwicklung auch in diesem Jahr nicht aus, um ausschlaggebend für die Bestimmung des aktuellen Rentenwerts (Ost) zu sein.

Die Differenz zwischen dem abgeleiteten aktuellen Rentenwert (Ost) und dem Vergleichswert ist auch auf 0,3 Prozent[16] gestiegen (Anpassung 2019: 0,13 Prozent).

Aktueller Rentenwert (Ost) ab 1. Juli 2020

Der aktuelle Rentenwert (Ost) leitet sich daher auch in diesem Jahr vom aktuellen Rentenwert ab und beträgt 33,23 Euro.

Anpassungssätze

Der Anpassungssatz für die alten Bundesländer ermittelt sich aus dem Verhältnis, in dem der neue aktuelle Rentenwert (34,19 Euro) zu dem bisherigen (33,05 Euro) steht, und beträgt daher 3,45 Prozent.[17]

Der Anpassungssatz für die neuen Bundesländer ermittelt sich entsprechend (33,23 zu 31,89 Euro) und beträgt daher 4,20 Prozent.[18]

Höhe des Leistungszuschlags

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

In den nachfolgenden Abbildungen wird die Höhe des Leistungszuschlags für Rentenbezugszeiten ab 1. Juli 2020 dargestellt. Für die Berechnung der Beträge wird ein Zugangsfaktor von 1,000 berücksichtigt. Bei einem Zugangsfaktor kleiner als 1,000 ergeben sich entsprechend niedrigere Beträge.

Die Abb. 4 zeigt die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts von 34,19 Euro und der Anzahl der zurückgelegten vollen Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage.

Die Abb. 5 beinhaltet die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts (Ost) von 33,23 Euro für Renten, die nach dem SGB VI berechnet wurden und denen ausschließlich Entgeltpunkte (Ost) für den Leistungszuschlag zugrunde liegen.

Wurden ständige Arbeiten unter Tage sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern zurückgelegt, so werden die Entgeltpunkte aus dem Leistungszuschlag in dem Verhältnis als Entgeltpunkte (Ost) berücksichtigt, in dem die Kalendermonate mit ständigen Arbeiten unter Tage, die gleichzeitig Beitragszeiten mit Entgeltpunkten (Ost) sind, zu allen Kalendermonaten mit ständigen Arbeiten unter Tage stehen.[19]

Die Abb. 6 zeigt die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag für nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrenten des Beitrittsgebietes.

Uwe Berdysz
KBS/Rentenversicherung
Service „Verfahren und Recht“
Uwe Ogrzewalla
KBS/Rentenversicherung
Beide:
DV-Verbindungsstelle
Pieperstr. 14 – 28
44789 Bochum

Abb. 4: Leistungszuschlag in den alten Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgelt-punkten	Monatsbetrag in Euro				
		Versicherten-rente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisen-rente	Vollwaisen-rente
6	0,1250	5,70	3,13	3,42	0,57	1,14
7	0,2500	11,40	6,27	6,84	1,14	2,28
8	0,3750	17,09	9,40	10,26	1,71	3,42
9	0,5000	22,79	12,54	13,68	2,28	4,56
10	0,6250	28,49	15,67	17,10	2,85	5,70
11	0,8750	39,89	21,94	23,93	3,99	7,98
12	1,1250	51,28	28,21	30,77	5,13	10,26
13	1,3750	62,68	34,47	37,61	6,27	12,54
14	1,6250	74,08	40,74	44,45	7,41	14,82
15	1,8750	85,47	47,01	51,29	8,55	17,10
16	2,1250	96,87	53,28	58,12	9,68	19,38
17	2,3750	108,27	59,54	64,96	10,82	21,66
18	2,6250	119,66	65,81	71,80	11,96	23,94
19	2,8750	131,06	72,08	78,64	13,10	26,22
20	3,1250	142,45	78,35	85,48	14,24	28,50
21	3,5000	159,55	87,75	95,73	15,95	31,91
22	3,8750	176,64	97,15	105,99	17,66	35,33
23	4,2500	193,74	106,55	116,25	19,37	38,75
24	4,6250	210,83	115,96	126,50	21,08	42,17
25	5,0000	227,93	125,36	136,76	22,79	45,59
26	5,3750	245,02	134,76	147,02	24,50	49,01
27	5,7500	262,12	144,16	157,27	26,21	52,43
28	6,1250	279,21	153,56	167,53	27,91	55,85
29	6,5000	296,31	162,96	177,79	29,62	59,27
30	6,8750	313,40	172,37	188,05	31,33	62,69
31	7,2500	330,50	181,77	198,30	33,04	66,11
32	7,6250	347,59	191,17	208,56	34,75	69,53
33	8,0000	364,68	200,57	218,82	36,46	72,95
34	8,3750	381,78	209,97	229,07	38,17	76,37
35	8,7500	398,87	219,38	239,33	39,88	79,79

Abb. 5: Leistungszuschlag in den neuen Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgelt-punkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro				
		Versicherten-rente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisen-rente	Vollwaisen-rente
6	0,1250	5,54	3,05	3,32	0,55	1,11
7	0,2500	11,08	6,09	6,65	1,11	2,22
8	0,3750	16,61	9,14	9,97	1,66	3,32
9	0,5000	22,15	12,18	13,29	2,21	4,43
10	0,6250	27,69	15,23	16,62	2,77	5,54
11	0,8750	38,77	21,32	23,26	3,88	7,75
12	1,1250	49,84	27,41	29,91	4,98	9,97
13	1,3750	60,92	33,51	36,55	6,09	12,19
14	1,6250	72,00	39,60	43,20	7,20	14,40
15	1,8750	83,07	45,69	49,85	8,31	16,62
16	2,1250	94,15	51,78	56,49	9,41	18,83
17	2,3750	105,23	57,87	63,14	10,52	21,05
18	2,6250	116,30	63,96	69,78	11,63	23,26
19	2,8750	127,38	70,06	76,43	12,73	25,48
20	3,1250	138,45	76,15	83,08	13,84	27,70
21	3,5000	155,07	85,29	93,04	15,50	31,02
22	3,8750	171,68	94,42	103,01	17,16	34,34
23	4,2500	188,30	103,56	112,98	18,83	37,67
24	4,6250	204,91	112,70	122,95	20,49	40,99
25	5,0000	221,53	121,84	132,92	22,15	44,31
26	5,3750	238,14	130,98	142,89	23,81	47,64
27	5,7500	254,76	140,11	152,86	25,47	50,96
28	6,1250	271,37	149,25	162,83	27,13	54,28
29	6,5000	287,99	158,39	172,80	28,79	57,61
30	6,8750	304,60	167,53	182,77	30,45	60,93
31	7,2500	321,22	176,66	192,73	32,11	64,25
32	7,6250	337,83	185,80	202,70	33,78	67,58
33	8,0000	354,44	194,94	212,67	35,44	70,90
34	8,3750	371,06	204,08	222,64	37,10	74,22
35	8,7500	387,67	213,22	232,61	38,76	77,55

Abb. 6: Leistungszuschlag in nach § 307a SGB VI umgewerteten Renten

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgelt-punkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro			
		Versicherten-rente	Witwenrente	Halbwaisen-rente	Vollwaisen-rente
11	0,2500	11,08	6,65	1,11	2,22
12	0,5000	22,15	13,29	2,21	4,43
13	0,7500	33,23	19,94	3,32	6,65
14	1,0000	44,31	26,58	4,43	8,86
15	1,2500	55,38	33,23	5,54	11,08
16	1,5000	66,46	39,88	6,64	13,29
17	1,7500	77,53	46,52	7,75	15,51
18	2,0000	88,61	53,17	8,86	17,72
19	2,2500	99,69	59,81	9,97	19,94
20	2,5000	110,76	66,46	11,07	22,16
21	2,8750	127,38	76,43	12,73	25,48
22	3,2500	143,99	86,40	14,40	28,80
23	3,6250	160,61	96,37	16,06	32,13
24	4,0000	177,22	106,34	17,72	35,45
25	4,3750	193,84	116,31	19,38	38,77
26	4,7500	210,45	126,27	21,04	42,10
27	5,1250	227,07	136,24	22,70	45,42
28	5,5000	243,68	146,21	24,36	48,74
29	5,8750	260,30	156,18	26,02	52,07
30	6,2500	276,91	166,15	27,68	55,39
31	6,6250	293,52	176,12	29,35	58,71
32	7,0000	310,14	186,09	31,01	62,04
33	7,3750	326,75	196,06	32,67	65,36
34	7,7500	343,37	206,03	34,33	68,68
35	8,1250	359,98	216,00	35,99	72,01

FUSSNOTEN

1 § 64 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).
2 § 254b SGB VI.
3 §§ 65, 254c SGB VI.
4 § 255e SGB VI.
5 § 255a SGB VI.
6 §§ 68 Absatz 2, 228b SGB VI.
7 Bundestags (BT)-Drucksache 19/14418.
8 § 68 Absatz 3 SGB VI.
9 §§ 68 Absatz 4, 255d Absätze 2 und 3 SGB VI.
10 BT-Drucksache 18/11923 Seite 29.
11 § 255e SGB VI.
12 16.450,18 Euro : 34.120,64 Euro.
13 § 2 RWBestV 2020.
14 § 255a Absatz 1 SGB VI.
15 § 255e Absatz 2 SGB VI.
16 33,23 Euro : 33,13 Euro x 100.
17 34,19 Euro : 33,05 Euro x 100.
18 33,23 Euro : 31,89 Euro x 100.
19 § 265a SGB VI.

Dr. phil. Simone Kahlow

Urinal, Amputation und Bettpfanne: Eine Archäologie des mittelalterlichen Hospitals

Aktuell zählt Deutschland fast 2.000 Krankenhäuser. Diese Einrichtungen haben das Ziel, mit pflegerischen und medizinischen Maßnahmen Leiden zu diagnostizieren und zu behandeln. Archäologische Quellen lassen erkennen, dass die Institution Hospital auf europäischen Boden schon seit über 2000 Jahren existiert, jedoch in dieser Zeit immer wieder einem grundlegenden Wandel unterworfen war und sich folglich von modernen Definitionen unterschied. Menschliche Überreste, medizinische Objekte, DNA-Untersuchungen, Pflanzenmaterial, Parasiten und andere Quellen erlauben, das Leben längst verstorbener Patienten in Hospitälern zu rekonstruieren.

Einführung

Hospitäler sind heute der Inbegriff von Krankenhäusern und in der Regel emotional und physisch belastend für jene, die diese Einrichtungen als Patienten betreten. Schmerz, Krankheit und Tod stehen positiven Gedanken, wie Hilfe, Unterstützung und Leben gegenüber. Im Vergleich dazu ist der lateinische Begriff „hospitalis“ in seiner ursprünglichen Bedeutung mit „gastfreundlich“ alles andere als negativ konnotiert. Etwa seit dem 4. Jahrhundert wurden mit Hospitälern und sogenannten „xenodochien“ vor allem Herbergen bezeichnet, in denen Pilger und Hilfesuchende kurzzeitig Aufnahme fanden. Dabei handelte es sich nicht um Krankenanstalten, wie sie schon aus der Antike überliefert sind, sondern um eine Art Unterkunft mit Grundversorgung im Sinne der christlichen Caritas. Unterstützt wurden jene, die sich nicht mit eigener Kraft aus ihrer Not befreien konnten, etwa da ihnen die wirtschaftlichen Mittel beziehungsweise soziale Kontakte fehlten.

Und am Anfang war die Kirche

Erster christlicher Orden

Caritas steht für christliche Nächstenliebe, Wohltätigkeit und Barmherzigkeit. Dementsprechend früh hat die Kirche als Institution begonnen, Hilfesuchende, „pauperes et infirmi“,

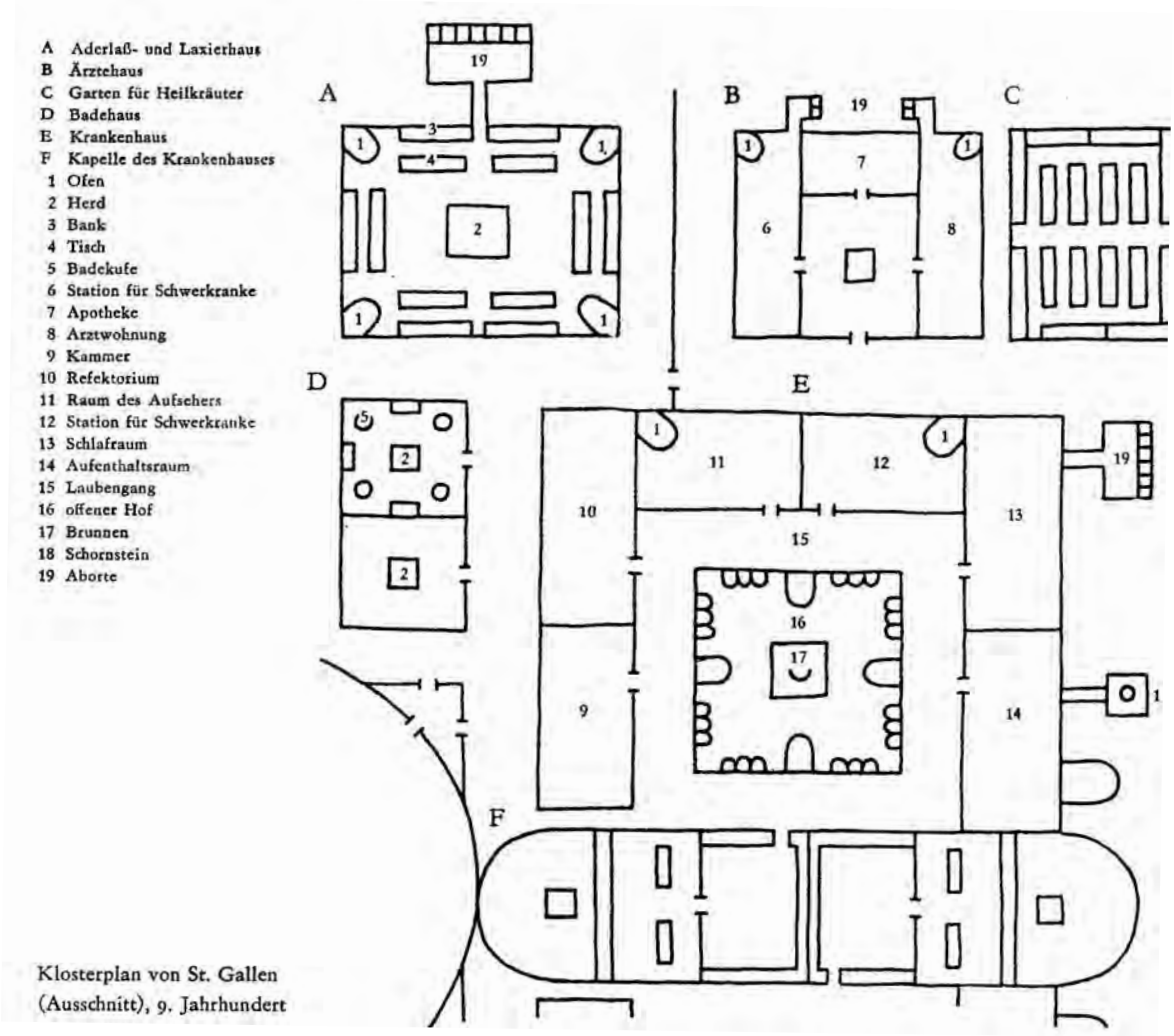

Abb. 1: Infirmarium des St. Galler Klosterplans (Gaude 1979).

zu unterstützen. Unter diesem Begriff gruppierten sich jene, die auch heute in Hospitälern, das heißt Krankenhäusern, Alters- und Pflegeheimen zu finden sind, wie Schwangere, Kranke, Verletzte, Alte und Pflegebedürftige. Hinzu kamen Waisen und Veteranen. Diese Menschen erhielten Almosen an den Toren der Klöster, sie wurden von Ordensmitgliedern aufgesucht, mit Gebeten, Kleidung und Nahrung versorgt und zuweilen auch in Klöstern aufgenommen. Reglementiert wurde dieses grundsätzlich bestehende Verhalten vor allem im 6. Jahrhundert auf dem mittelitalienischen Monte Cassino durch den Benediktinermönch Benedikt von Nursia, der auch als Begründer dieses ersten christlichen Ordens zu verstehen ist. Fundamental war die Regel: „Die Sorge für die Kranken muss vor und über allem stehen. Man soll ihnen so dienen, als wären sie wirklich Christus." Besonders spannend sind seine Ausführungen zum Kapitel „De infirmis fratibus" (Über die kranken Brüder). In diesem gibt er Anweisungen zur Ausübung der Medizin und Krankenpflege innerhalb der Klostermauern und benennt die dafür notwendigen Gebäude, deren Ausstattung und das für die Pflege erforderliche Personal. Diese wohl eigentlich als Handreichung gedachte Regel fand nach und nach auch in anderen Klöstern Anwendung und war spätestens seit dem frühen 9. Jahrhundert auf dem Kontinent fest etabliert.

Das ideale Kloster

Im 9. Jahrhundert entstand im Kloster Reichenau eine Handschrift, die detailliert alle notwendigen Einrichtungen eines Idealklosters wiedergibt (Abb. 1). Die Grundrissdarstellungen des nach

seinem Auffindungsort genannten St. Galler Klosterplans bestehen aus Zeichnungen in roter Tusche mit Beischriften in schwarzer Tinte. Zu sehen sind 40 Gebäude, die auch eine „infirmaria“ für kranke Mönche, ein „domus hospitum“ für vornehme Gäste sowie ein „domus hospitum pauperum“ für Arme und Pilger einschließen. Jedem Stand sollte eine eigene Unterkunft gewährt werden. Nicht festgehalten ist unter anderem die Unterkunft der Leprosen vor den Klostermauern, die jedoch aus anderen Regularien bekannt ist.

Die „infirmaria“ der kranken Mönche soll hier besondere Aufmerksamkeit finden, umfasst sie doch Einrichtungen und damit verbundene Behandlungen, die im Mittelalter Teil des Gesundheitswesens waren. Wie heutige Krankenhäuser auch, war der Krankenbereich mit einer Kirche beziehungsweise Kapelle ausgestattet. Die Schlafräume besaßen Zugang zu den Latrinen. Ein Bereich war den Schwerkranken vorbehalten. In unmittelbarer Reichweite zu diesem Komplex befanden sich Küche, Aderlass- und Laxierhaus, Badestube sowie ein Ärztehaus. Letzteres war mit einer Apotheke, einem Raum für den „infirmarius“ – ein medizinisch versierter Pfleger – sowie einem weiteren Raum für Schwerkranke ausgestattet. Das Bild einer mittelalterlichen Intensivstation drängt sich hier auf.

Dem Ärztehaus unmittelbar angeschlossen lag schließlich ein Kräutergarten. Vor dem Hintergrund, dass mit Kräutern sowohl Speisen gewürzt als auch Kranke medizinisch behandelt wurden, ist anzunehmen, dass ein Kräutergarten in keinem Kloster oder Hospitalkomplex fehlte. Tatsächlich oblag es den Ordensmitgliedern auch, Abhandlungen über Gartenbau und Medizin zu studieren. Dies in die Praxis umzusetzen ist nur konsequent und kann durch Quellen bestätigt werden. Demnach treten im Umfeld dieser Institutionen beispielsweise Pflanzen auf, die nicht heimisch waren und folglich bewusst importiert und angepflanzt wurden, da sie als medizinisch wirksam galten. So kamen etwa im Augustinerkloster von Skrida auf Island Lauch, Brennnesseln und Breitwegerich zutage – Pflanzen, die dort ursprünglich nicht wuchsen.

Von Armen und Kranken im Kloster

Klöster waren in der Regel keine in sich abgeschlossenen Städte, die niemanden rein und raus ließen. Stattdessen waren viele Ordensbrüder und -schwestern bemüht, den Bedürftigen auch innerhalb der Mauern zu helfen. Aufzeichnungen liefern zuweilen Anhaltspunkte, welche Situationen zur Aufnahme ins Kloster führen konnten. Archäologische Quellen erhöhen die Aussagemöglichkeit jedoch in diesem Fall immens und zeigen einen Spiegel der ehemaligen Klosterbewohner.

Kirch- und Laienfriedhof

Diese Bewohner wurden bei der Grablege in Ordensmitglieder und Fremde unterteilt. So besaßen mittelalterliche Klöster mindestens zwei Areale, den Kirchfriedhof für die Brüder und Schwestern sowie den sogenannten Laienfriedhof. Schon demographisch sind diese zwei gut auseinanderzuhalten. Wies ersterer vor allem die Überreste von männlichen oder weiblichen Erwachsenen auf, häufig im maturen[1] Alter jenseits der 40, war der Laienfriedhof in der Belegung eher gemischt, mit männlichen wie weiblichen Individuen jeglichen Alters, vom Säugling bis zum Greis. Der Aufnahmegrund ist häufig schon bei den rein makroskopischen Untersuchungen der Skelette erkennbar. Spuren von Mangel- oder auch Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, von eingeschränkter Fortbewegung, von Brüchen an Arm- und Beinknochen sowie von Gesichtsverletzungen und Wunden infolge interpersoneller Gewalt zählen zu den am häufigsten beobachteten Pathologien. Seltener treten Belege von Kindern mit Hydrocephalus[2], von Erwachsenen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte sowie Parasitenbefall in Form von verkalkten Bandwurmzysten (Abb. 2) auf.

Versorgung und Pflege
Die Betroffenen kamen bewusst in die Klöster, um sich pflegen und versorgen zu lassen oder auch, um dort zu sterben. So zeigen beispielsweise einige Skelette aus dem Augustinerkloster Æbelholt und dem Zisterzienserkloster von Øm in Dänemark durch scharfe Gewalt verursachte Verletzungen, die jedoch kaum neue Knochen-

Abb. 2: Weibliches, älteres Individuum mit Überresten verkalkter Bandwurmzysten. Augustinerkloster Skrida, Island (Foto: National Museum & University of Iceland).

prozesse aufweisen. Andere wiederum besitzen gleich mehrere verheilte Verletzungen auf einmal, weshalb anzunehmen ist, dass es sich bei diesen, meist männlichen Individuen, um Veteranen handelt.

Regelrecht konträr zu Kampf und Tod steht in diesem Zusammenhang der Versuch, Leben zu schenken, durch den archäologischen Nachweis von Schwangeren beziehungsweise Gebärenden. Diese Frauen sind vor beziehungsweise während der Geburt verstorben. Die Föten befanden sich, je nach Entwicklungsstadium im Bauchraum, Geburtskanal oder als Sarggeburt zwischen den Beinen liegend. Nur in wenigen Fällen wurden Überreste von Neugeborenen an der Seite der Mutter geborgen. Es ist folglich anzunehmen, dass Frauen in Kindsnöten und ohne familiären Rückhalt Hilfe im Kloster suchten, eventuell weil sie fremd der Heimat waren. Auffallend ist jedoch, dass diese Belege häufig von Frauen um das 40. Lebensjahr stammen. Nach heutigem Verständnis befanden sie sich demnach in einer Risikoschwangerschaft. In diesem Alter waren Frauen eigentlich sesshaft und besaßen Familie. Hebammen und Weise Frauen waren im 13. bis 15. Jahrhundert in Städten wie Dörfern vorhanden. Warum also die Niederkunft in einem Kloster? Diese Frage muss zurzeit unbeantwortet bleiben. Sicher waren die Gründe vielfältig.
Es scheint jedoch nicht unwahrscheinlich, die Risikoschwangerschaft per se als ein Aufnahmeindikator zu sehen.

Von der blutigen Medizin

Benedikt von Nursia empfahl die Pflege Kranker durch medizinisch gebildetes Personal. Das Studium der Medizin, der Gartenkunst und antiker Werke zählte lange zum Leben von Ordensmitgliedern, ebenso standen diese in Kontakt mit anderen abendländischen Klöstern und Medizinalstätten. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass viele Ordensgemeinschaften medizinisches Wissen auch anwendeten beziehungsweise externe Dienste von Badern, Barbieren, Chirurgen, Apothekern und studierten Ärzten in Anspruch nahmen. Für die armen Bedürftigen war dies aus monetärer Sicht nicht weiter relevant, da deren Behandlungen im Kloster kostenlos waren.

Operationen an Knochen
Es bleibt jedoch festzuhalten, dass den Ordensmitgliedern mit dem 12. Jahrhundert die Ausübung der „blutigen“ Chirurgie verboten wurde. Inwiefern sie dennoch derartige Eingriffe durchführten, muss offenbleiben. Selten waren Operationen, die den Knochen betrafen, jedoch allemal. Archäologisch lassen nur wenige

Befunde das Säubern beziehungsweise Glätten von offenen, den Knochen betreffenden Wunden vermuten. Amputationen sind ebenso selten. Sie werden eher auf den Kirchhöfen der Klöster angetroffen und betreffen ausschließlich Männer. Diese Eingriffe belegen die Bedeutsamkeit der Rekonvaleszenz, der hingebungsvollen Pflege durch Dritte sowie den Einsatz von Krücken durch ausgeprägte Muskelansatzmarken. Eingriffe mit dem Kauterisationseisen wiederum, etwas zum Ausbrennen von Geschwüren mit glühendem Metall, hinterlassen hingegen im Normalfall keine Spuren am Knochen. Sie können archäologisch folglich nicht am Skelett, sondern nur durch Kleinfunde nachgewiesen werden (Abb. 3).

Therapeutische Behandlungen

Bei Brüchen, unabhängig davon, ob sie die Knochen oder Eingeweide betrafen, wurden mitunter therapeutische Hilfsmittel, wie Bruchbänder,

Abb. 3: Brenneisen/Kauterisationseisen, Johanniterkloster Ribe, Dänemark (Foto: Ribe Museum).

Bandagen und Kupferplatten angewendet. Auch dieses Wissen ist in der Antike verankert. Stellvertretend seien hier die häufig paarweise angelegten Kupferplatten genannt, die stets um pathologisch veränderte Langknochen entdeckt wurden (Abb. 4). Sie waren mit Pflanzenresten wie Ampferblättern sowie mit Leinen unterfüttert. Die desinfizierende Wirkung von Kupfer ist schon aus antiken Schriften, wie der De Re Medica von Celsus (25 v. Chr. bis 45 n. Chr.) überliefert. Celsus war vor allem Enzyklopädist, dessen Werk erst im ausgehenden 15. Jahrhundert wiederentdeckt wurde. Das Wissen antiker Mediziner dürfte im klerikalen Raum verbreitet gewesen sein. Hippokrates von Kos (4. Jh. v. Chr.) und Galen (2. Jh. n. Chr.) präferierten beispielsweise eine ähnliche Anwendung mit Leder bei Knochenbrüchen. Spuren von Leder fanden sich häufig an den geborgenen Platten. Mit der Reformation und der Auflösung vieler Klöster verschwand der Nachweis einer entsprechenden Therapie im archäologischen Fundgut und somit wahrscheinlich auch das Wissen um ihre Anwendung.

Vom Ausgleich der Säfte

Abseits der Chirurgie tauchen im klösterlichen Umfeld der Benediktiner, Zisterzienser, Augustiner, Johanniter und Franziskaner jedoch wiederholt Überreste von Arzneipflanzen, Schröpfköpfen, Aderlassmessern und Urinalen auf. Sie stehen, ebenso wie die im St. Galler Klosterplan erwähnten Gebäude Aderlass- und Laxierhaus, Badestube, Apotheke sowie der Kräutergarten, synonym für eine damals zeitgemäße Behandlung im Sinne der Vier-Säfte-Lehre, auch „Humoralpathologie“ genannt. Diese, seit der Antike überlieferte Krankheitslehre, geht davon aus, dass für ein gesundes Leben die verschiedenen Säfte des Körpers, entsprechend dem Charakter des Besitzers, in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen müssen. Den vier Säften Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle wurden demnach vier Elemente, Feuer, Erde, Wasser, Luft, und vier Eigenschaften, heiß, kalt, feucht und trocken, zugeordnet.

Diagnose

Die Harnschau war die Methode par excellence, um den Gesundheitszustand zu erkennen und Krankheiten zu diagnostizieren. Das hierfür verwendete Gefäß erhielt die treffende Bezeichnung „Urinal“ und ist archäologisch aus Klöstern, Hospitälern und Stadtkerngrabungen überliefert. So kamen beispielsweise allein im Augustinereremiten-Kloster in Freiburg im Breisgau 52 Bodenstücke zutage. Wie ein sehr gut erhaltenes Exemplar aus einer Grabung in

Abb. 4: Kupferplatten erhalten am Knie eines Erwachsenen, das eine chronische Infektion aufweist. St. Andrew's, Gilbertinerpriorat, York/GB (Foto: York Archaeology Trust).

Abb. 5: Urinal, Stadtgrabung Bremen (Foto: Landesarchäologie Bremen).

Abb. 6: Albarello, Italien, 1701–1900. Darstellung zeigt die Verwendung eines Trichterklistiers (Quelle: https://wellcomecollection.org/works/s3pz225k, CC BY 4.0)

Bremen veranschaulicht, besaßen Urinale eine Vasenform mit eingezogener Wand und leicht gerundetem Boden (Abb. 5).

Ein Übermaß an diesen oder jenen Körpersäften konnte mit einer purgierenden, das heißt reinigenden Therapie etwa durch Abführ- und Brechmittel sowie Blutentzug entgegengearbeitet werden. Beliebt waren in diesem Zusammenhang Einläufe, der Aderlass sowie das Schröpfen, auf die im Kommenden näher eingegangen werden soll. Die Anwendung von Einläufen erfolgte im Mittelalter vor allem mittels Trichter- und Gießklistieren aus Leder und Tierblasen. Sie wurden mit einer Flüssigkeit gefüllt und über den Anus verabreicht (Abb. 6).

Behandlung

Schröpfköpfe liegen in großer Anzahl aus mittelalterlichen Badestuben vor, die in keiner Stadt fehlten, waren sie doch Bestandteil des Gesundheitssystems. Klöster und nicht selten auch Hospitäler waren mit diesen Einrichtungen, die Warm- und Kaltbad boten, ausgestattet. Hitze fördert die Durchblutung und so ist es völlig plausibel, das Schröpfen als prophylaktischen wie therapeutischen Eingriff gezielt in Badestuben durchzuführen. Die Objekte, wie etwa aus der Benediktinerabtei Petershausen in Konstanz überliefert, bestanden aus Glas, Ton oder auch Messing (Abb. 7). Sie wurden zunächst über eine Flamme gehalten und danach sofort auf die heiße, zuweilen auch aufgeritzte Haut gestülpt. Der dadurch entstandene Unterdruck sollte das Blut in Richtung Gefäß ziehen.

Aderlassmesser liegen vor allem aus Klöstern (Abb. 8) und selten aus Hospitälern vor – ein vermuteter Grund hierfür folgt weiter unten. Tatsache ist jedoch, dass der Aderlass von Ordensmitgliedern wahrscheinlich häufig selbst vorgenommen wurde und das Instrument daher, ebenso wie Urinale, zur medizinischen Ausstattung eines Klosters zählte. Das Aderlassmesser wurde genutzt, um mit dem spitzen Ende eine

Abb. 7: Schröpfkopf aus Messing, Benediktinerabtei Petershausen, Konstanz (Archäologisches Landesmuseum Baden-Württemberg, Foto: Manuela Schneider).

Abb. 8: Aderlassmesser, Zisterzienserkloster Øm, Dänemark (Museum Skanderborg, Foto: Susan Kipp).

Vene oder Arterie, bevorzugt in der Ellenbeuge oder in Nähe eines erkrankten Körperteils, anzuritzen und somit dem Körper Blut zu entziehen. Ebenso wie das Schröpfen wurde der Aderlass sowohl prophylaktisch, nach einem entsprechenden Kalender, als auch therapeutisch angewendet. Vor allem in der Frühen Neuzeit wurde diese Methode jedoch derart übertrieben, dass sie zuweilen zum Tod der geschwächten Patienten führte.

Das mittelalterliche Krankenhaus

Schon im 8. Jahrhundert entstanden in der Nähe von Kirchen zuweilen Hospitäler. Sie erfüllten einen ähnlichen Zweck wie die Hospitäler der Klöster. Archäologisch sind diese frühen Vertreter bisher nicht untersucht worden. Der Nachweis gelingt erst für jene Hospitäler, die mit der Städteentwicklung des 12./13. Jahrhunderts sukzessive in Erscheinung traten. Die Nachfrage nach entsprechenden Einrichtungen war groß. Viele Menschen zogen vom Land in die Stadt, erhofften sich Arbeit und eine Verbesserung des Lebens. Das Resultat dieser Mobilität war jedoch häufig erschreckend. Fern ihrer Heimat und Familien lebten sie im Krankheitsfall ohne jegliche Unterstützung in der Enge einer Stadt, in häufig unhygienischen Verhältnissen, die wiederum Parasiten ein Festmahl boten. Sowohl die Kirche als auch einflussreiche Bürger der Stadt stifteten somit Hospitäler, um Bedürftige aufzunehmen.

Ein Hospital per definitionem?

Welche Dienstleistungen boten diese Hospitäler an? Wer wurde wie und womit versorgt? Wie lange verblieben die Betroffenen? Schriftquellen belegen eindeutig, dass es das Hospital par excellence nie gegeben hat. Eine Definition des mittelalterlichen Hospitals scheint nördlich der Alpen somit geradezu schwierig. Ein Großteil dieser, häufig unter dem Patronat des Heiligen Geistes gestifteten, Einrichtungen nahm Arme, Alte und Kranke sowohl temporär als auch auf

Dauer auf. Hin und wieder kamen Waisen hinzu, selten jedoch Kinder unter zwei Jahren. Zu diesen Mittellosen kamen auch zahlende Pfründner, also Bürger der Stadt, die sich Bett und Verpflegung auf Lebenszeit in einem Hospital erkauften oder sich sogar im eigenen Heim von der Institution verpflegen ließen.

Hospital-Friedhöfe

Anthropologisch untersuchte Skelette von Hospital-Friedhöfen liefern ein völlig anderes Bild als das der Klosterfriedhöfe. Die im Hospital Bestatteten waren in der Mehrzahl männlich und zwischen dem 20. bis 30. Lebensjahr verstorben. Ihre Überreste zeugen von einem entbehrungsreichen und arbeitsintensiven Leben. Stressmarker wie Linien an Langknochen und an Zähnen, sogenannte „Harris Linien“ und transversale Schmelzhypoplasien, ausgeprägte Muskelansatzmarken an den Oberarmen, aber auch Zeichen von Infektionskrankheiten lassen keinen Zweifel an der Aussage, dass diese jungen Menschen überwiegend zu den mittellosen Armenpfründnern zählten. Ob es um den Gesundheitszustand der im Hospital lebenden Mittel- und Herrenpfründner ebenso schlecht bestellt war, ist indessen archäologisch schwer nachzuweisen. Tatsächlich zählten auch diese nicht zur betuchten Gesellschaft, sonst hätten sie sich von Mägden, Knechten und Medizinalvertretern daheim versorgen lassen können. Nichtsdestotrotz, bisher ist nicht geklärt, ob zahlende Pfründner überhaupt auf dem Hospitalfriedhof bestattet wurden. Ihre ökonomischen Ressourcen konnten demnach auch ein Begräbnis auf einem Gemeindefriedhof ermöglichen.

Es ist nicht eindeutig, welcher Friedhofsacker von Hospitaliten für die letzte Ruhe bevorzugt wurde. Die Bestattung auf einem Hospital-Friedhof hatte nichts Frevelhaftes an sich. Stattdessen gibt es Belege, wonach die Toten gerade in Krisenzeiten bewusst dort begraben werden wollten. Lag dies am Glauben – Hospitäler besaßen eine Kirche/Kapelle und wurden häufig von Ordensmitgliedern unterstützt – oder können rein pragmatische Gründe als Erklärung herangezogen werden? Sicherlich war die Wahl des Bestattungsortes nach Möglichkeit eine individuelle Entscheidung. Ein Phänomen lässt jedoch vermuten, dass eine bestimmte Personengruppe bevorzugt auf Hospital-Friedhöfen bestattet wurde: die Anlage von Massengräbern.

Mittelalterliche Massengräber

Massengräber sind kaum von Klosteranlagen bekannt. Auf mittelalterlichen Hospitalfriedhöfen sind sie hingegen überproportional häufig präsent. Massengräber stehen bis ins frühe 20. Jahrhundert synonym für sogenannte Armenbegräbnisse, sofern sie nicht mit Schlachtfeldgeschehen in Verbindung gebracht werden können. Armut war folglich ein Indiz für die Bestattung auf Hospital-Friedhöfen.

Seuchen

Die untersuchten menschlichen Überreste aus Massengräbern, wie etwa aus dem Heiligen-Geist-Hospital in Lübeck, werfen ein Licht auf die sich ähnelnden Todesumstände, bei der viele Menschen innerhalb kürzester Zeit verstarben. Vor allem Seuchen und Hungersnöte führten zum Tod von Hunderten, gar Tausenden innerhalb weniger Tage bis Wochen. Gemeindefriedhöfe konnten die hohe Anzahl an Toten nicht mehr aufnehmen, stattdessen schuf das Hospital mit seinem christlich geweihten Boden Abhilfe. Folglich waren nicht alle auf Hospital-Friedhöfen Geborgenen zwangsläufig Bewohner der Einrichtung. Diese Aussage kann mittlerweile durch Fortschritte in der Genforschung verifiziert werden. Der Friedhof des Hospitals St. Mary in London erbrachte bei Grabungen die beachtliche Anzahl von 175 Massen- und Mehrfachgräbern. Sie datieren hauptsächlich in das 14. Jahrhun-

dert. Durch die Identifizierung des Yersinia-pestis-Genoms[3] bekam die Vermutung, die Toten seien an der Pest gestorben, in vielen Fällen Gewissheit.

Nachdem die Pandemie des Schwarzen Todes, also der Pest, um die Mitte des 14. Jahrhunderts zunächst vielen Menschen das Leben gekostet hatte, entwickelten die Überlebenden eine Immunisierung. Die Pest wurde daraufhin endemisch[4] und erst die nächsten Generationen waren erneut von steigenden Todeszahlen durch das Pestbakterium betroffen.

Hungersnöte

Doch keine anhaltende Epidemie bleibt ohne soziale und wirtschaftliche Folgen – der Zusammenhang ist einem in Zeiten von Corona mehr als bewusst. Die geborgenen Individuen aus mittelalterlichen Massengräbern sind demnach häufig an der Pest oder infolge einer daraufhin entstandenen Hungersnot verstorben. Die wirtschaftlichen Konsequenzen einer zum Stillstand kommenden Bevölkerung waren im Mittelalter deutlich dramatischer als dies für die heutige Zeit zu vermuten ist, abgesehen von sogenannten Dritte-Welt-Ländern. Wenn Nutztiere durch Nichtbetreuung wegstarben und Felder nicht bestellt werden konnten, war die Ernährung der geschwächten Überlebenden nicht mehr gesichert. Die Armen waren demnach die Ersten, die schließlich in Folge von Kalorien- und Vitaminmangel verstarben. Dieses Szenario ist etwa bei den stratigraphisch[5] und anthropologisch untersuchten Massengräbern in Lübeck zu vermuten.

Hospital war nicht gleich Hospital

Trotzdem die meisten Hospitäler bauliche Ähnlichkeiten aufwiesen, wie Krankenhalle und Kapelle, Wirtschaftsgebäude usw., kamen sie nicht selten einer unterschiedlichen Zielgruppe zu Gute, die über die Jahrhunderte zudem wechseln konnte. Es ist jedoch festzuhalten, dass alle archäologisch bekannten mittelalterlichen Hospitäler keine Krankenanstalten per se waren. Der Nachweis medizinischer Eingriffe beziehungsweise Objekte geht demnach kaum über Schröpfköpfe, Urinale und Aderlassmesser, Destillierzubehör und Arzneipflanzen hinaus.

Allein St. Mary Spital, das auffallender Weise mit einem Priorat des Augustinerordens verbunden war, gab Skelette mit Spuren von glättenden Schleifspuren an Schädelverletzungen sowie von Amputationen frei. Therapeutische Hilfsmittel, wie die genannten Bruchbänder oder Kupferplatten, sind hingegen aus allen ergrabenen Hospitälern überwiegend unbekannt. Ein Einzelfall stellen orthopädische Schuhe und Gehstöcke aus dem St. Annen-Hospital in Magdeburg dar. Gleich 38 Stück wurden aus einer Latrine geborgen. Sie können sowohl als Gehstützen von Gebrechlichen als auch von Pilgern genutzt worden sein. Ebenso war im Mittelalter das Betteln mit dem sogenannten Bettelstab gebräuchlich.

Die medizinische Fundleere in mittelalterlichen Hospitälern ist zunächst auffallend, bedeutet jedoch keineswegs die Abwesenheit medizinischer Hilfe. Auch für Hospitäler ist demnach die Visitation durch Stadtärzte, Bader, Barbierchirurgen, Apotheker und andere Medizinalvertreter zum Beispiel anhand von Rechnungsbüchern belegt. Diese besaßen eine eigene Ausstattung an Schröpfköpfen, Aderlassmessern und Arzneigefäßen. Eine Entsorgung im Hospital beweist demnach nur, dass die Objekte dort unbrauchbar wurden. Allein ein Gefäß dürfte stets auch in Hospitälern vor Ort gewesen sein – es fehlte in keinem gut ausgestatteten Haushalt: das Urinal. Diese Behälter boten sich demnach auch für Ferndiagnosen an. In einem Weidenkorb gelangten sie direkt vom Patienten zum Arzt, der auf Grundlage von Geruch, Geschmack, Farbe und Schwebeteilchen Aussagen zu Krankheit und Behandlung tätigte.

Krankenhospitäler, in denen die genannten Medizinalvertreter beschäftigt wurden, gab es dennoch, auch im deutschsprachigen Raum. Ein Vertreter dieser Art ist beispielsweise das im 13. Jahrhundert gegründete Heilig-Geist-Spital in Nürnberg. Diese fantastische Einrichtung nahm Patienten vor allem temporär bis zur Heilung auf. Die Patienten wurden mit allen zeitgenössisch bekannten Mitteln medizinisch behandelt. Auch chirurgische Eingriffe gehörten dazu. Es ist zu vermuten, dass Hospitäler, die in solch wichtigen Reichs- und Handelsstädten lagen, von abendländischen Vorbildern sowie den ersten, seit dem 13. Jahrhundert nachweisbaren, medizinischen Fakultäten inspiriert wurden. Das Musterbeispiel eines mittelalterlichen Krankenhaussystems ist beispielsweise aus Konstantinopel (heute Istanbul) bekannt. Vom 6. bis 13. Jahrhundert soll die Stadt bis zu 28 Krankenhäuser besessen haben, in denen stationäre sowie ambulante Behandlungen durchgeführt wurden.

Aussicht

Mit dem Ende des Mittelalters und im Zuge der Reformation verloren viele Klöster an Bedeutung. Die Bedürftigen konnten sich nicht weiter auf eine Unterbringung in dieser Institution verlassen und mussten neue Wege gehen, ebenso wie die Städte, die sich der vielen Hilfesuchenden anzunehmen versuchten.

Erfahren Sie im zweiten Teil (Kompass Ausgabe Juli/August) wie sich die Institution Hospital vom 16. bis 19. Jahrhundert veränderte, spezialisierte und von einem Umdenken in der medizinischen Behandlung und Lehre profitierte.

Dr. phil. Simone Kahlow
Rehfelder Str. 24
15566 Schöneiche bei Berlin

Literatur: Kahlow, Simone (2020): Archäologie des Hospitals. Pauperes et infirmi in Fürsorgeinstitutionen nördlich der Alpen vom 12. bis zum 19. Jahrhundert. Peter Lang: Berlin.

FUSSNOTEN

1 Anthropologische Untersuchungen von Skeletten ermöglichen in der Regel eine Alterseinteilung in Infans 1, Infans 2, Juvenis, Adultas, Maturitas und Senilis. Als matur werden demnach erwachsene Individuen zwischen dem 40. bis 60. Lebensjahr bezeichnet (Herrmann, Bernd, et al. (Hrsg.) (1990): Prähistorische Anthropologie. Leitfaden der Feld- und Labormethoden. Springer-Verl.: Berlin, Heidelberg, New York, Seite 52).

2 Bei einem Hydrocephalus, auch Wasserkopf genannt, sammelt sich in den Hirnventrikeln zu viel Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeit an. Die Ursachen können angeboren oder erworben sein. Vor der erfolgreichen Einführung des Kaiserschnitts im 19. Jahrhundert führte ein angeborener Hydrocephalus häufig zum Tod von Mutter und Kind. Derartige Befunde sind archäologisch nur selten feststellbar (siehe unter anderem Roberts, Charlotte A./Manchester, Keith (Hrsg.) (2005): The archaeology of disease. Sutton: Stroud, Seiten 52 bis 54).

3 Das Pestbakterium Yersinia pestis wurde 1894 von dem Schweizer Arzt Alexandre Yersin entdeckt. Das Stäbchenbakterium ist für die Entstehung der Lungen- und Beulenpest verantwortlich. Erst 2001 konnte das Genom zweifelsfrei identifiziert werden, wodurch es auch archäologisch gelang, Opfer der Justinianischen Pest (6. Jahrhundert) und des Schwarzen Todes zweifelsfrei zu identifizieren (siehe unter anderem Parkhill, J., et al. (2001): Genome sequence of Yersinia pestis, the causative agent of plague. In: Nature. Band 413, Nr. 6855, 4. Oktober 2001, Seiten 523 bis 527).

4 Als Endemie wird in der Medizin bereits seit der Antike eine Krankheit beziehungsweise ein Leiden bezeichnet, das in einer begrenzten Region kontinuierlich auftritt (siehe: Leven, Karl-Heinz (Hrsg.) (2005): Endemie. In: Antike Medizin. Ein Lexikon. C. H. Beck: München, Seite 255).

5 Die stratigraphische Methode bezeichnet eine Abfolge von Straten beziehungsweise Schichten, die bei Ausgrabungen zutage treten und unter anderem eine zeitliche und kontextuelle Einordnung der darin befindlichen Artefakte ermöglichen können (siehe: Eggert, Manfred K. H. (2001): Prähistorische Archäologie. Konzepte und Methoden. A. Franke Verlag: Tübingen und Basel, Seiten 163 bis 180).

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

Der Vorstand hat im schriftlichen Abstimmungsverfahren folgende Entscheidungen getroffen:

Vorstand

Sabine Belter wurde von ihrem Amt als 2. Stellvertreterin des Mitglieds Dr. Christian Gravert im Vorstand entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Lars Scheidler wurde mit Wirkung zum 1. Mai 2020 von seinem Amt als Mitglied im Vorstand entbunden. Ein Nachfolger wird in der nächsten Sitzung des Vorstandes gewählt.

Vertreterversammlung

Dirk Ostermann wurde von seinem Amt als Stellvertreter – Platz 4 der Stellvertreterliste – in der Vertreterversammlung entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Regionalausschüsse

Britta Rosenkranz wurde von ihrem Amt als 2. Stellvertreterin des Mitglieds Arnold Lipinski im Regionalausschuss Nord mit Wirkung zum 15. Mai 2020 entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

KBS

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Leitender Arzt Dr. Wolfgang Klingler	9.5.2020
Registraturangestellter Andreas Prein	21.5.2020
Medizinisch-technische Assistentin Jutta Germscheid	27.5.2020
Regierungsoberinspektor Thomas Altmeyer	31.5.2020
Schreibkraft Gerda Rosenthal	1.6.2020
Medizinisch-technische Assistentin Marianne Freudhöfer	2.6.2020
Sozialversicherungsfachangestellte Barbara Petzold	26.6.2020

25-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellter Marek Chrzanowski	1.5.2020
Pflegesekretärin Ursula Walker	1.5.2020
Raumpflegerin Gerda Matthiesen	2.5.2020
Bürogehilfin Silke Ortwein	15.5.2020
Angestellte im Schreibdienst Sandra Heinen	28.5.2020
Verwaltungsangestellte Sandra Ahrweiler	1.6.2020
Verwaltungsangestellte Krystina Lehmann	1.6.2020
Verwaltungsangestellter Frank Fritsche	2.6.2020
Oberregierungsrat Reinhard Moede	11.6.2020
Verwaltungsangestellter Olaf Dignass	13.6.2020
Regierungsoberinspektor Martin Siedlaczek	19.6.2020
Verwaltungsangestellte Wiebke Pianka	28.6.2020
Angestellte im Schreibdienst Manuela Fiege	29.6.2020

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 Politik, Unternehmenskommunikation
und 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 Politik, Unternehmenskommunikation
und Marketing

Bildnachweise:
© smartboy10 - gettyimages.de (Titel und S. 3)
© Luis Alvarez - gettyimages.de (S. 8)
© Michael Zwahlen/EyeEm - gettyimages.de (S. 15),
© Elona Röger/KBS (S. 24)

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