131. Jahrgang · Januar I Februar 2021

Kompass

Corona-Pandemie prägt auch KBS-Haushalt

Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung

KNAPPSCHAFT startet neues Projekt „USER“

Neuer Vorsitzender im Vorstand bei der KBS

Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

BLICKPUNKT

3 KBS-Haushalt 2021: Geprägt von der Corona-Pandemie

14 Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung ab 1. Januar 2021

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

20 Entlassmanagement: Neues Projekt „USER“ gestartet Für eine bessere Planung der Versorgung bei Entlassung aus dem Krankenhaus

BERICHTE UND INFORMATIONEN

26 Neuer Vorsitzender im Vorstand bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

27 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

28 80. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

31 83. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

37 84. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

38 85. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

39 Personalnachrichten

39 Impressum

Titelbild:
Das durch die Corona-Pandemie bedingte veränderte Verhalten der Versicherten und die Gesetzgebung in jüngerer Zeit führen zu einem Anstieg der Leistungsausgaben bei allen Krankenkassen.

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Ulrich Paschek

KBS-Haushalt 2021: Geprägt von der Corona-Pandemie

Das Bundeskabinett hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2020 den Haushaltsplan 2021 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) genehmigt. Vorausgegangen waren mehrere Gesprächsrunden mit Bundesressorts[1], in denen der Gesamthaushalt und einzelne Ansätze gemeinsam diskutiert und bewertet wurden. Letztlich haben alle Beteiligten dem Kabinett vorgeschlagen, den Haushalt zu genehmigen. Wesentliche Bestandteile der Planung sind nachstehend zusammengefasst.

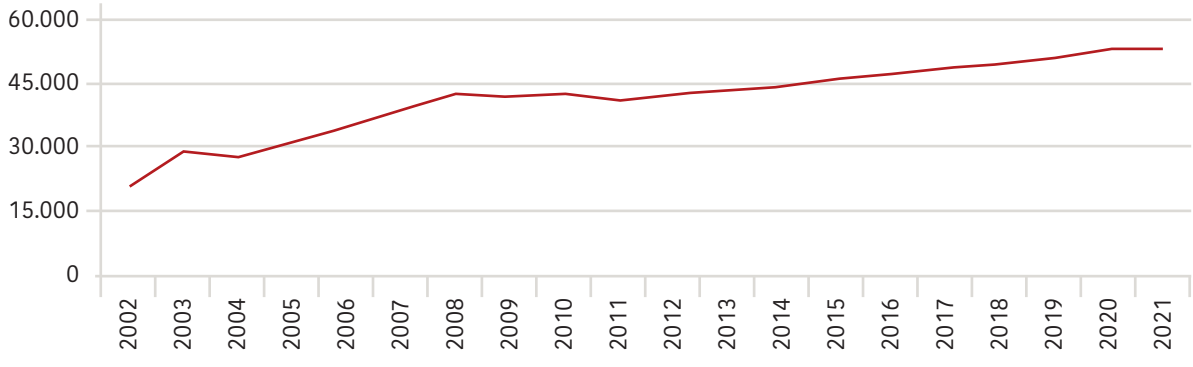
Gesamthaushalt

Der Gesamthaushalt 2021 hat ein Volumen von 52,759 Mrd. Euro und liegt damit leicht unter dem Niveau des Vorjahres (- 0,3 Prozent). Dabei steigt das Volumen des Kernhaushaltes (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) um 1,263 Mrd. Euro (+ 3,4 Prozent) an, während der Teil der sogenannten durchlaufenden Posten[2], im Wesentlichen also Beiträge und Steuern, um 1,525 Mrd. Euro (- 10,1 Prozent) zurückgeht. Die Entwicklung des Haushaltsvolumens ist in der Abb. 1 dargestellt.

Krankenversicherung

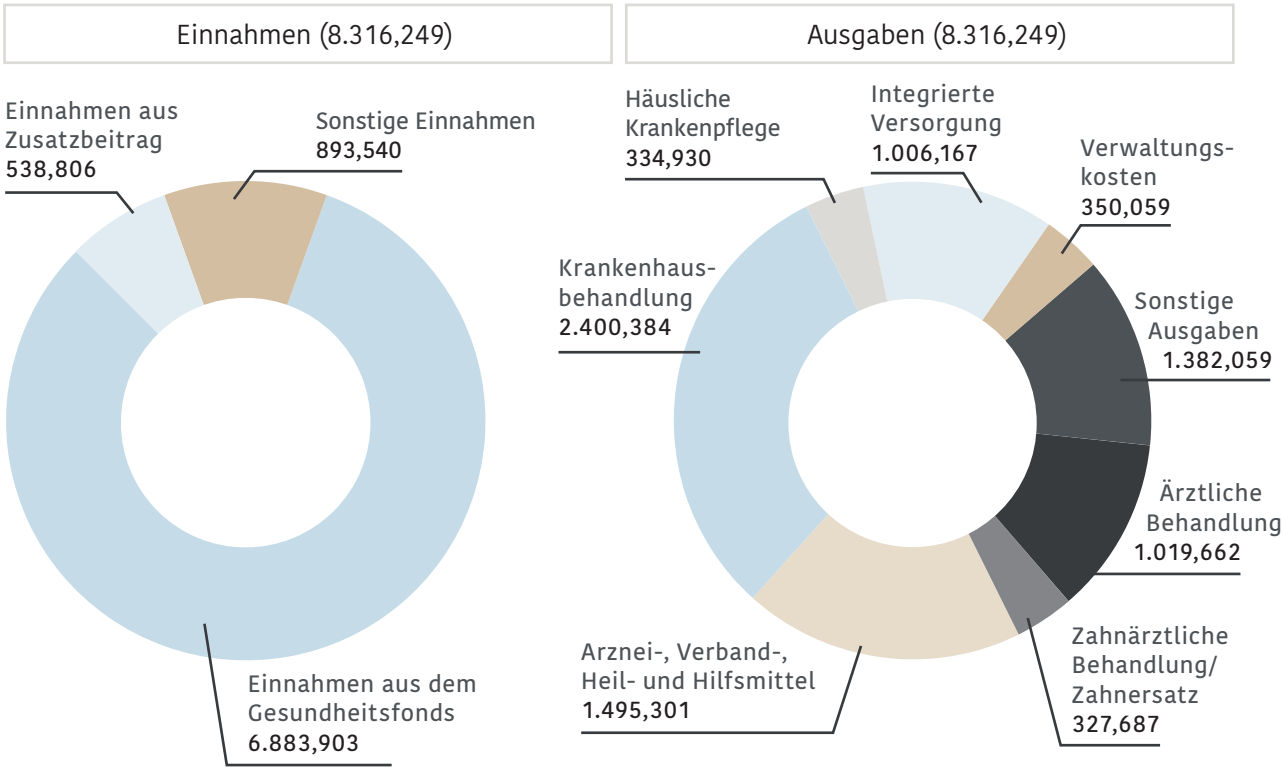
Der Schätzerkreis, in dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und Verbände der Krankenkas-

Abb. 1: Entwicklung des Haushaltsvolumens der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2002 bis 2021* – in Mio. Euro –



* bis 2004 Bundesknappschaft/Quelle: KBS

Abb. 2: Haushalt 2021 der Krankenversicherung – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

sen einschließlich des Spitzenverbands vertreten sind, erwartet – als Basis für die Schätzung 2021 – für das Jahr 2020 einen Anstieg der Leistungsausgaben je Versicherten um 4,0 (BMG/BAS) beziehungsweise 4,2 Prozent (Kassenseite). In dieser Schätzung ist zum einen das durch die Corona-Pandemie bedingte veränderte Verhalten der Versicherten im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berücksichtigt. Zum anderen hat die Gesetzgebung in der jüngeren Zeit zu einem deutlichen Kostenauftrieb für alle Krankenkassen geführt. Auf dieser Basis erwartet der Schätzerkreis für das Jahr 2021 einen Zuwachs bei den Leistungsausgaben von 6,5 (BMG/BAS) beziehungsweise 6,8 Prozent (Kassenseite).

Diese Veränderung auf der Ausgabenseite würde zu einem deutlichen Anstieg der Zusatzbeitragssätze bei nahezu allen Krankenkassen führen. Zudem hätte diese Steigerung der Zusatzbeitragssätze dazu geführt, dass das Niveau aller Sozialversicherungsbeiträge zusammengerechnet die – als politisch gewollter Deckel definierte – Marke von insgesamt 40 Prozent überschreiten würde. Deshalb schnürte das BMG im Rahmen der sogenannten „Sozialgarantie 2021“ ein Maßnahmenbündel aus drei Elementen:

- Der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds wird im Jahr 2021 um einmalig 5 Mrd. Euro erhöht.
- Bei den Krankenkassen vorhandene Finanzreserven, die aus Kassensicht dazu beitragen sollten, ihr Zusatzbeitragssatzniveau langfristig zu stabilisieren, werden den Krankenkassen mit einem Gesamtbetrag von 8 Mrd. Euro entzogen und dem Gesundheitsfonds zugeführt.

- Eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzniveaus um 0,2 Prozentpunkte steuert weitere rund 3 Mrd. Euro zur Deckung des Defizits bei.

Damit kann aus Sicht des BMG ein Überschreiten des Gesamtbeitragsniveaus über die 40-Prozent-Marke vermieden werden.

Von Seiten der Krankenkassen, einschließlich der KNAPPSCHAFT, wurde dieses Konzept – soweit erkennbar – einhellig abgelehnt. Zum einen bewirkt die Garantie nur für das Jahr 2021 eine Begrenzung des Anstiegs der Zusatzbeiträge. Für die Zeit danach ist bei den meisten Krankenkassen, eine drastische Erhöhung bis hin zu einer Verdoppelung des aktuellen Zusatzbeitragssatzes zu erwarten. Zum anderen ist die teilweise „Enteignung“ eine Erhöhung des Beitragssatzes auf kaltem Weg. Die Finanzreserven der Krankenkassen, die Ergebnis sparsamen Wirtschaftens sind und von den Beitragszahlern angespart waren, sollten mittel- bis langfristig einer Stabilisierung des hohen Leistungs- und günstigen Beitragssatzniveaus dienen. Dass diese Möglichkeit den Krankenkassen nunmehr genommen wird, führt sehr kurzfristig zu einem weiteren Anstieg der von den Beitragszahlern zu leistenden Zusatzbeiträge nach dem Jahr 2021.

Für das Jahr 2021 rechnet die KNAPPSCHAFT aufgrund des hohen Durchschnittsalters und der damit verbundenen Mortalität ihrer Versicherten mit einem leichten Rückgang der Versichertenzahl auf im Mittel 1,514 Mio. Die Versicherten der KNAPPSCHAFT können krankheitsbedingt ihr Verhalten bei der Inanspruchnahme von Leistungen nicht im gleichen Umfang reduzieren wie die gesetzlich Krankenversicherten im Durchschnitt. Deshalb geht die KNAPPSCHAFT gegenüber der Schätzung der Gesetzlichen Krankenversicherung von abweichenden Veränderungsraten bei den Leistungsausgaben aus, und zwar von 4,3 Prozent für 2020 und 5,2 Prozent für 2021. Insgesamt steigen die Ausgaben der KNAPPSCHAFT im Jahr 2021 auf 8,316 Mrd. Euro (+ 6,0 Prozent).

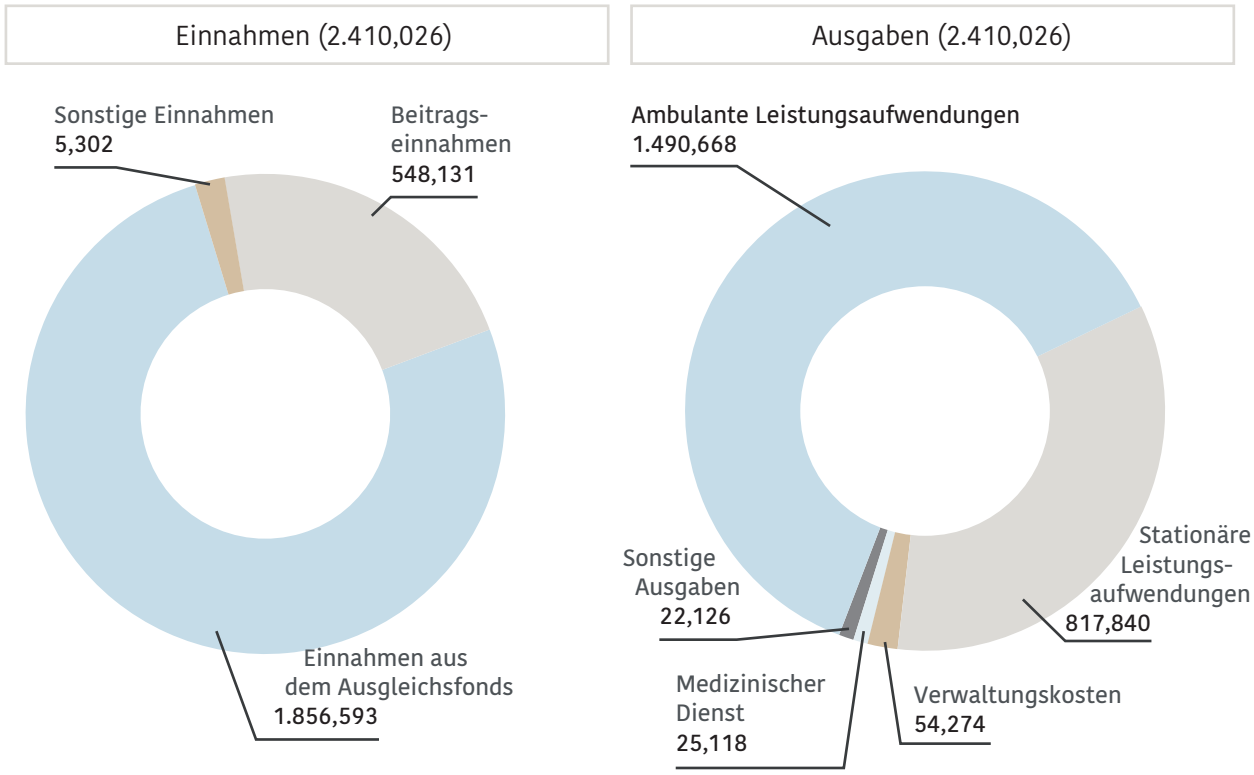
Zur Deckung ihrer Ausgaben benötigt die KNAPPSCHAFT neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – finanziert durch die Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz und Steuermitteln – weitere Mittel aus einem Zusatzbeitragssatz von 1,6 Prozent. Die erwarteten Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung KNAPPSCHAFT sind in der Abb. 2 dargestellt.

Pflegeversicherung

Das Haushaltsvolumen der Pflegekasse KNAPPSCHAFT steigt im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr um 4,5 Prozent auf 2,410 Mrd. Euro. Mit insgesamt 196.500 Pflegebedürftigen (158.400 ambulant und 38.100 stationär) bei insgesamt 1.511.800 Versicherten erwartet die KNAPPSCHAFT eine Pflegeprävalenzrate[3] von 13,0 Prozent. Sie weist damit eine weit über dem Durchschnitt (rund 6 Prozent) liegende Prävalenz auf.

Bei Leistungsausgaben von circa 9.400 Euro je ambulant Pflegebedürftigen und rund 21.500 Euro je stationär Pflegebedürftigen rechnet die KNAPPSCHAFT mit Leistungsausgaben von insgesamt 2,309 Mrd. Euro. Hinzu treten pauschale Erstattungen für Verwaltungsausgaben an die Krankenkasse KNAPPSCHAFT, die aus den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben abgeleitet werden, sowie eine Beteiligung an den Kosten des Medizinischen Dienstes. Die Pflegekasse erstattet pauschal die Hälfte der Kosten

Abb. 3: Haushalt 2020 der Pflegeversicherung – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

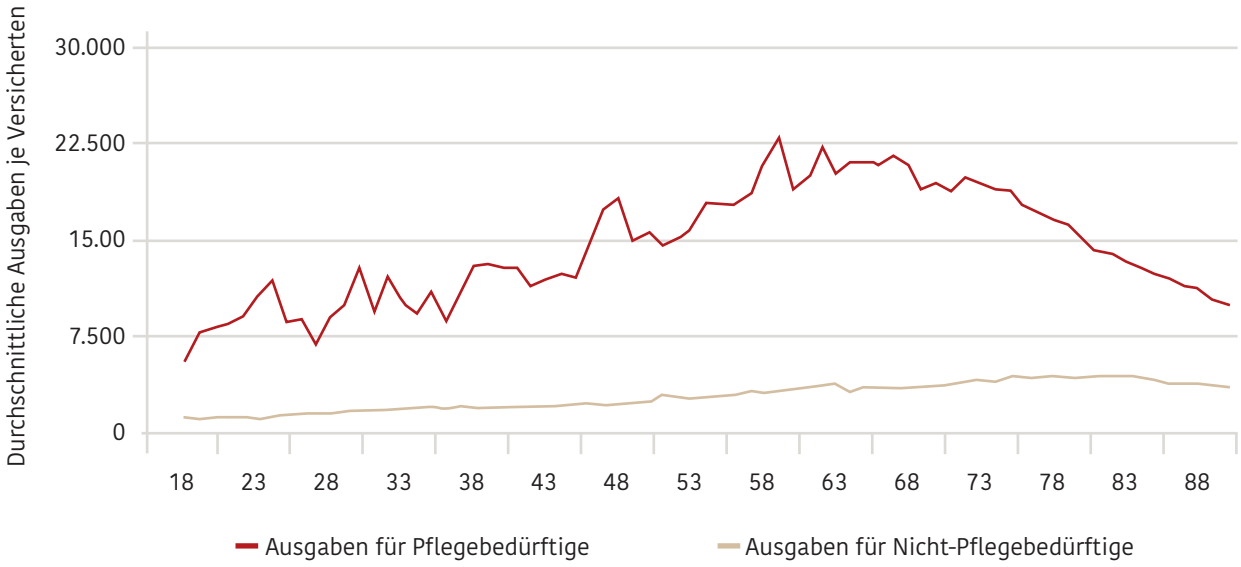
des Medizinischen Dienstes, die von der Krankenkasse zu tragen sind. Aufgrund der zuvor beschriebenen hohen Pflegeprävalenz deckt diese Kostenerstattung an die Krankenkasse KNAPPSCHAFT nicht deren tatsächlichen Aufwand und ist somit von dieser aus Beitragsmitteln mitzufinanzieren. Ferner treten auf der Ausgabenseite gesetzlich detailliert vorgegebene Zuführungen zu den Betriebsmitteln der Pflegekasse und deren Rücklage hinzu. Weitere Informationen zu den Einnahmen und Ausgaben der Pflegekasse KNAPPSCHAFT enthält die Abb. 3.

Die hohe Anzahl an Pflegebedürftigen stellt sich auch für die Krankenkasse KNAPPSCHAFT als erhebliche Herausforderung dar. Für pflegebedürftige Versicherte erhält die KNAPPSCHAFT dieselben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wie für vergleichbare (Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand) Versicherte, die keine Leistungen der Pflegeversicherung empfangen. Die Ausgaben für die Pflegebedürftigen sind jedoch deutlich höher. Die Kostenunterschiede sind in der Abb. 4 nach Altersgruppen differenziert erkennbar.

Knappschaftliche Rentenversicherung

Traditionell ist der Einzelplan der knappschaftlichen Rentenversicherung der einnahmen- und ausgabenstärkste. Das Volumen dieses Teils erhöht sich um 1,3 Prozent auf 16,827 Mio. Euro. Erwarteten 41.700 beitragszahlenden Versicherten stehen hier voraussichtlich 955.000 Rentner gegenüber. Daraus resultiert, dass nur ein

Abb. 4: Durchschnittsausgaben der KNAPPSCHAFT für Pflege- und Nicht-Pflegebedürftige je Altersstufe im Jahr 2018



Quelle: KBS

äußerst geringer Teil (3,3 Prozent) der Ausgaben aus Beitragsmitteln finanziert wird.

Der Bundeszuschuss (5,200 Mrd. Euro) stellt nach dem Wanderversicherungsausgleich[4] (8,058 Mrd. Euro) die zweitgrößte Einnahmequelle dar. Der Wanderversicherungsausgleich finanziert die in der allgemeinen Rentenversicherung erworbenen Versicherungsleistungen, die von der knappschaftlichen Rentenversicherung ausgezahlt werden. Hinzu treten Einnahmen in Höhe von 3,016 Mrd. Euro aus dem Wanderungsausgleich, der Beitragsausfälle der knappschaftlichen Rentenversicherung durch den Versichertenverlust nach dem 1. Januar 1991 ausgleicht.[5]

Auf der Ausgabenseite stellen die Rentenausgaben in Höhe von 15,244 Mrd. Euro den größten Posten dar. Nach der bislang aktuellen Schätzung sollen die Renten in den alten Bundesländern zum 1. Juli 2021 nicht angepasst werden, während die in den neuen Bundesländern um 0,72 Prozent angehoben werden sollen. Über die endgültige Rentenanpassung wird die Bundesregierung nach Vorliegen der notwendigen volkswirtschaftlichen Eckdaten im Frühjahr 2021 entscheiden.

Ferner werden für die knappschaftliche Rentenversicherung Beitragszahlungen zur Krankenversicherung in Höhe von 1,174 Mrd. Euro erwartet. Auf die Rentenversicherung entfällt jeweils die Hälfte der Last aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Die Beiträge zur Pflegeversicherung tragen die Rentner alleine.

Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe werden in Höhe von 145,609 Mio. Euro erwartet. Dabei wird die Budgetobergrenze nach § 220 Absatz 1 SGB VI eingehalten.

Die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Rentenversicherung (netto 122,176 Mio. Euro) stellen mit 0,8 Prozent der Gesamtausgaben nur eine sehr kleine Ausgabenposition dar. Einzelheiten der Einnahmen- und Ausgabensituation sind in der Abb. 5 dargestellt.

Allgemeine Rentenversicherung

Die Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung werden von allen Trägern der Rentenversicherung gemeinsam getragen. Dazu werden die Gesamtausgaben, soweit es sich nicht um Leistungen zur Teilhabe, Verwaltungs- und Verfahrenskosten oder Investitionen handelt, entsprechend dem Beitragsschlüssel nach § 28k Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) auf die einzelnen Träger der allgemeinen Rentenversicherung verteilt.

Dementsprechend werden auch die gesamten Beitragseinnahmen und Bundeszuschüsse des Jahres 2021 entsprechend der Verteilung der Versicherten zum Jahresende 2018 auf die einzelnen Rentenversicherungsträger umgebucht. Danach entfällt auf die allgemeine Rentenversicherung ein Anteil von 3,16 Prozent aller Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung. Somit rechnet die KBS in diesem Versicherungszweig mit auf sie entfallende Beitragseinnahmen von 8,120 Mrd. Euro. Aus dem allgemeinen Bundeszuschuss[6] erhält die KBS 1,587 Mrd. Euro und aus dem zusätzlichen Bundeszuschuss[7], der aus der sogenannten Ökosteuer finanziert wird, weitere 0,868 Mrd. Euro.

Auch in der allgemeinen Rentenversicherung entfallen die weit überwiegenden Ausgaben auf Rentenleistungen in Höhe von 9,188 Mrd. Euro.

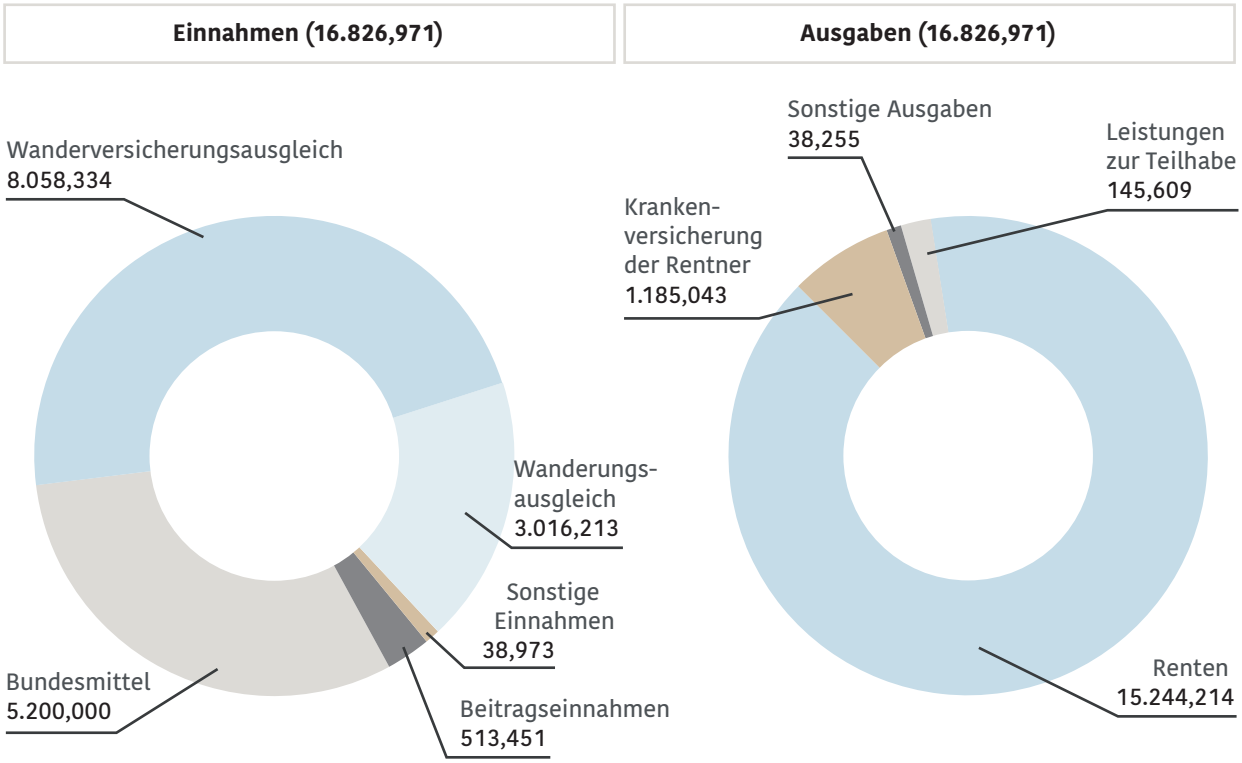
Hinzu treten Beitragsleistungen an die Krankenversicherung (allgemeiner und Zusatzbeitrag) in einer Größenordnung von 0,709 Mrd. Euro. Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe werden voraussichtlich in Höhe von 203,221 Mio. Euro anfallen. Verwaltungskosten stellen aufgrund des im Vergleich zur knappschaftlichen Rentenversicherung geringeren Leistungsniveaus mit 142,597 Mio. Euro einen Anteil von 1,5 Prozent an den Gesamtausgaben dar. Die Budgetgrenzen des § 220 Absätze 1 und 3 SGB VI werden sowohl für Teilhabeleistungen als auch für Verwaltungskosten eingehalten.

Insgesamt umfasst die allgemeine Rentenversicherung der KBS ein Haushaltsvolumen von 10,653 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr wächst der Gesamtbetrag damit um 4,7 Prozent. Einzelheiten der Einnahmen- und Ausgabenverteilung sind der Abb. 6 zu entnehmen.

Exkurs: Grundrente

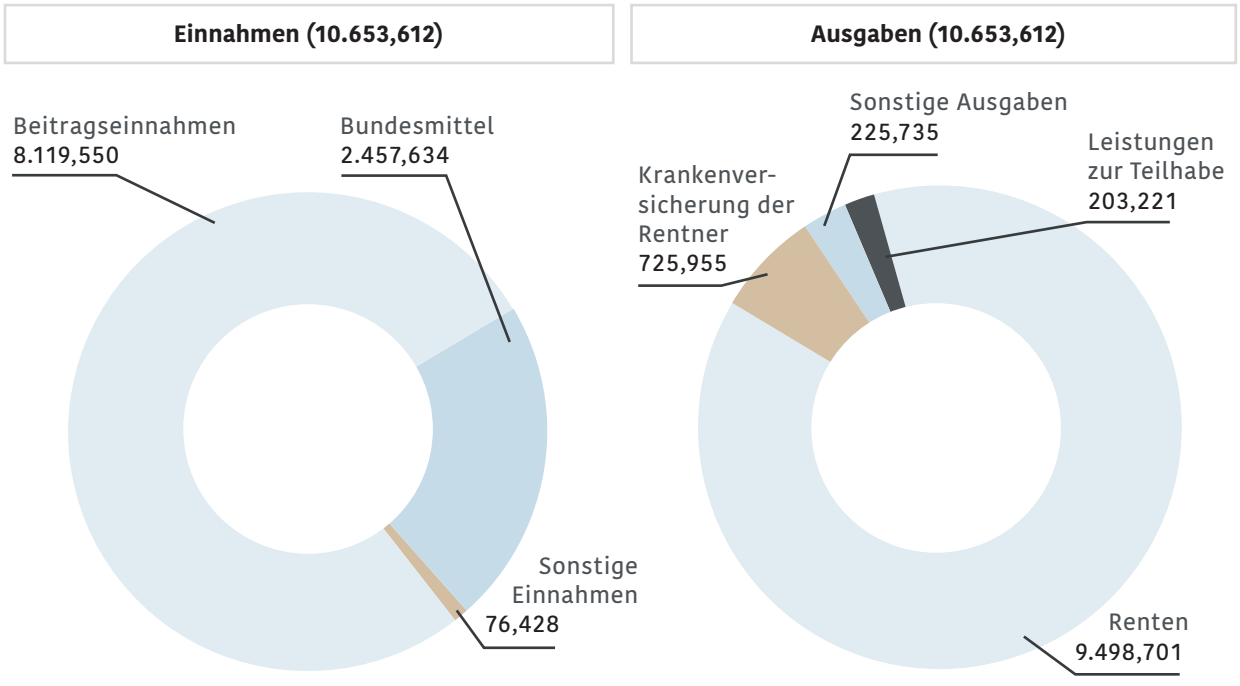
Die mit dem Gesetz zur Einführung der Grundrente für langjährige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichen Einkommen vom 18. August 2020[8] verbundenen Mehrausgaben und Mehrarbeiten betreffen die knappschaftliche und die allgemeine Rentenversicherung gleichermaßen. Für das Jahr 2021 rechnet die KBS mit Leistungsausgaben für Bezieher von Grundrenten im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung in einer Größenordnung von 13,740 Mio. Euro und in der allgemeinen Rentenversicherung von 40,100 Mio. Euro. Diese sind jeweils in den aufgeführten Ausgabenprognosen enthalten.

Abb. 5: Haushalt 2021 der knappschaftlichen Rentenversicherung – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

Abb. 6: Haushalt 2021 der allgemeinen Rentenversicherung – in Mio. Euro –



Quelle: KBS

Minijob-Zentrale

Die Minijob-Zentrale erwartet im Jahr 2021 Beitrags- und Steuerzahlungen in Höhe von 6,963 Mrd. Euro. Hier geht die KBS von deutlichen Nachwirkungen der Corona-Pandemie und der mit ihr verbundenen Schwächung der deutschen Wirtschaft aus.

Die weiterzuleitenden Einnahmen verteilen sich auf die einzelnen Aufgabenstellungen wie in der Tabelle in der Abb. 7 dargestellt. Die Abgaben aus Minijobs stützen die Beitragssätze der Kranken- und Rentenversicherung in Höhe von jeweils 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkten.

Reha-Kliniken

In den neun Rehabilitationskliniken der KBS (fünf der knappschaftlichen und vier der allgemeinen Rentenversicherung), die als rechtlich unselbstständige Eigenbetriebe geführt werden, stehen 1.330 Betten und 75 ambulante Behandlungsplätze im Jahr 2021 zur Verfügung. Für dieses Jahr wurden Aufwendungen in Höhe von 76,141 Mio. Euro eingeplant.

Investitionen

Im Jahr 2021 plant die KBS, Investitionsmaßnahmen in DV-Projekte und Baumaßnahmen in den Verwaltungsgebäuden und Rehabilitationskliniken in einer Größenordnung von 96,228 Mio. Euro durchzuführen.

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz ist die KBS als Träger der Krankenversicherung für den Ausgleich der Aufwendungen von 2,103 Mio. Arbeitgebern in Krankheits- und Mutterschaftsfällen ihrer Beschäftigten zuständig. Bei Umlagesätzen von 1,0 Prozent im Umlageverfahren bei Krankheit (U 1) beziehungsweise 0,39 Prozent 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 201,396 Mio. Euro und im Umlageverfahren U 2 von 125,722 Mio. Euro.

Renten-Zusatzversicherung

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. Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur genehmigte diesen Teil des Haushaltsplans am 7. Januar 2021.

Der in sechs Einzelnachweise gegliederte Gesamtnachweis umfasst für das Jahr 2021 Einnahmen und Ausgaben von 493,890 Mio. Euro.

Abb. 7: Pauschalabgaben 2021 für Minijobs – in Mio. EUR –

Beitragseinnahmen Krankenversicherung	2.736,536
Beitragseinnahmen Rentenversicherung	3.475,025
Umlagen nach dem AAG*	315,600
Beitragseinnahmen Unfallversicherung	13,099
Insolvenzgeldumlage	16,029
Steuereinnahmen inkl. Kirchensteuer	407,161
Zusammen:	**6.963,450**

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

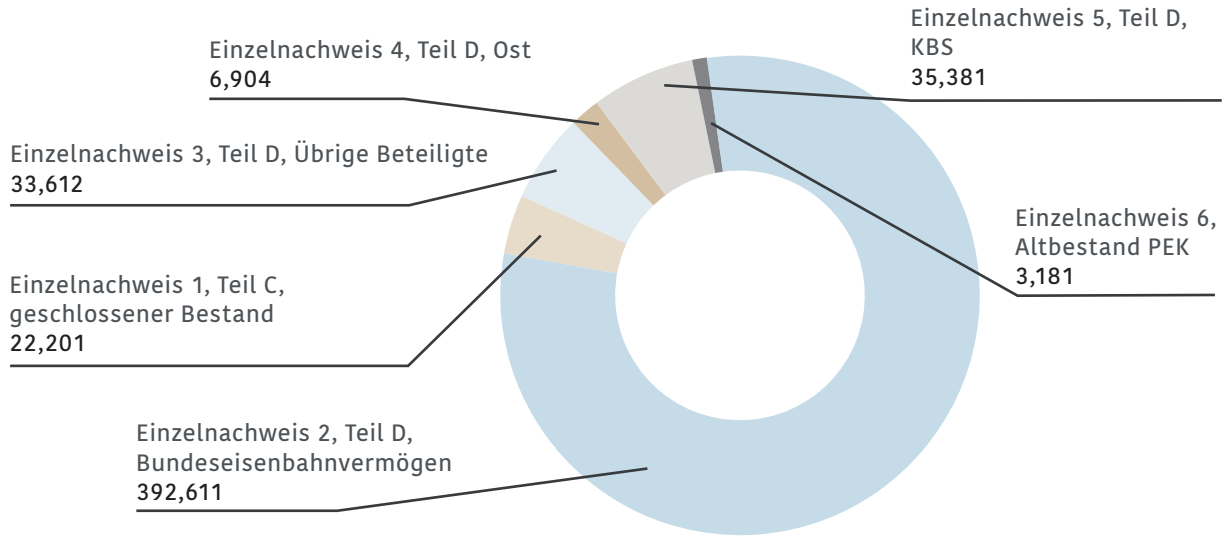
Einzelnachweis 1
Die Einnahmen und Ausgaben des Geschlossenen Bestandes im Sinne des Teil C der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS, in dem Versicherungsfälle aus der Zeit vor dem 1. August 1979 zusammengefasst sind, sind Gegenstand des Einzelnachweises 1. Hier werden Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 22,201 Mio. Euro erwartet. Die Ausgaben werden vom Bundeseisenbahnvermögen getragen und betreffen im Wesentlichen die Zahlung von voraussichtlich jahresdurchschnittlich 265 Versicherten- und 3.630 Hinterbliebenenrenten.

Einzelnachweis 2
Im Einzelnachweis 2 (Bundeseisenbahnvermögen) werden die Leistungen für die Versicherungsfälle aus der Zeit nach dem 31. Juli 1979 etatisiert. Es handelt sich hierbei um Arbeitnehmer der ehemaligen Deutschen Bundesbahn 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 392,611 Mio. Euro für jahresdurchschnittlich 53.585 Versicherten- und 30.979 Hinterbliebenenrenten.

Einzelnachweis 3
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 33,612 Mio. Euro jahresdurchschnittlich 7.921 Rentenzahlungen mit einem Ausgabenvolumen von 33,612 Mio. Euro. Der Fehlbetrag von 0,478 Mio. Euro kann aus dem vorhandenen Vermögen gedeckt werden.

Einzelnachweis 4
Der Einzelnachweis 4 – Ost – beinhaltet alle Versicherungsfälle aus der Zeit ab dem 1. Januar 1997 von pflichtversicherten Beschäftigten der

Abb. 8: Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung 2021
– in Mio. EUR –



Quelle: KBS

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 Prozent. Die Beiträge für den kapitalgedeckten Bereich (Beitragssatz 6,24 Prozent) werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Vor dem Hintergrund dieses besonderen Finanzierungsverfahrens rechnet die KBS mit einem Überschuss von 4,229 Mio. Euro. Die voraussichtlichen Einnahmen betragen 6,904 Mio. Euro. Demgegenüber stehen erwartete Ausgaben von 2,675 Mio. Euro für 1.318 Rentenzahlfälle.

Einzelnachweis 5
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 Prozent. Hiervon werden 3,99 vom Hundert-Punkte von den Arbeitgebern getragen, der restliche Beitragssatzanteil von den Arbeitnehmern. Insgesamt erwartet die KBS Einnahmen von 35,381 Mio. Euro und Ausgaben von 0,952 Mio. Euro, also einen Überschuss von 34,429 Mio. Euro. Derzeit geht die KBS von lediglich 551 Rentenzahlfällen für das Jahr 2021 aus.

Einzelnachweis 6
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. Hierfür rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 3,181 Mio.

Euro. Erwartet wird ein Rückgang der Zahlfälle von 162 im Jahr 2020 auf 136 im Jahr 2021.

Die Finanzvolumina der sechs Einzelnachweise werden in der Abb. 8 zusammengefasst.

Seemannskasse

Für das ergänzende soziale Sicherungssystem für Seeleute rechnet die KBS im Jahr 2021 bei einem stabilen Beitragssatz von 4 Prozent mit Leistungsausgaben von 14,058 Mio. Euro. Das Haushaltsvolumen dieses Einzelplanes 7 des KBS-Haushaltes beläuft sich auf 15,541 Mio. Euro.

Mehrleistungssystem

Für das ergänzende Leistungsangebot (Unterbringung im Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung bei einem Krankenhausaufenthalt) für Alt-Mitglieder der KNAPPSCHAFT werden Ausgaben in einer Größenordnung von 55,391 Mio. Euro erwartet.

Weitere Verwaltungs- und Verfahrenskosten

Der KBS wurden in den vergangenen Jahren weitere Aufgaben übertragen, die nicht aus Beitragsmitteln der Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung zu finanzieren sind. Hierbei handelt es sich um die

- Bundesfachstelle Barrierefreiheit,
- Überwachungsstelle des Bundes für Barrierefreiheit von Informationstechnik,
- Fachstelle rehapro[9],
- Fachstelle für Fördermittel des Bundes (Förderprogramme ESF[10] und EHAP[11]).

Die entsprechenden Einnahmen und Ausgaben werden bei den originären sachlich relevanten Titeln des Einzelplanes 5 – Verwaltungs- und Verfahrenskosten – etatisiert. Die Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen Einnahmen aus der Beteiligung des Bundes gegenüberstehen. Insgesamt rechnet die KBS für diese Aufgabenstellungen mit Verwaltungskosten in einer Größenordnung von 16,106 Mio. Euro.

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

FUSSNOTEN

1 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium der Finanzen, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesrechnungshof und Bundesamt für Soziale Sicherung.

2 Mittel, die von der KBS vereinnahmt und sofort an andere Stellen weitergeleitet werden.

3 Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der Versicherten.

4 § 223 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI).

5 § 223 Absatz 6 SGB VI.

6 § 213 Absatz 2 SGB VI.

7 § 213 Absatz 4 SGB VI.

8 Bundesgesetzblatt (BGBl) I, Seite 1879.

9 Modellvorhaben in den Rechtskreisen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) und SGB VI zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

10 Europäischer Sozialfonds für Deutschland.

11 Europäischer Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen in Deutschland.

Miriam Bittorf und Claudia Michaelis-Daum

Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung ab 1. Januar 2021

Die Rechengrößen in der Sozialversicherung werden jedes Jahr an die Einkommensentwicklung im Vorjahr angepasst. Deshalb ergeben sich jeweils zum Jahreswechsel einige Änderungen, die sich auf die Bereiche des Versicherungs-, Beitrags- und Melderechts auswirken. Maßgeblich für die Rechengrößen 2021 ist das Jahr 2019. Hier belief sich die Steigerung der Bruttolöhne und -gehälter auf 2,94 Prozent. Entsprechend steigen die Beitragsbemessungsgrenzen in der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung sowie der Kranken- und Pflegeversicherung.

Krankenversicherung

Die festgeschriebenen bundeseinheitlichen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben auch in diesem Jahr bestehen. Der allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent sowie der ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent – für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld – sind somit seit dem 1. Januar 2015 nicht mehr angepasst worden.

Zusatzbeitrag

Neben dem einheitlichen Beitragssatz können Krankenkassen, bei denen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond ihren Finanzbedarf nicht decken, zusätzlich einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe des Zusatzbeitrages legt jede Krankenkasse individuell in ihrer Satzung fest. Mittlerweile wird er von fast allen Krankenkassen erhoben. Prognosen sagen eine künftige weitere Steigerung voraus, da für die meisten Krankenkassen die allgemeinen Beitragssätze nicht kostendeckend sind. Die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland (GKV-Spitzenverband) ist verpflichtet, eine laufend aktualisierte Übersicht der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.[1] Die veröffentlichten Zusatzbeitragssätze sind tagesaktuell und bilden keine zukünftige Entwicklung ab. So variiert beispielsweise der Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkassen am 18. Dezember 2020 zwischen 0,0 Prozent (bei lediglich einer Krankenkasse) und 2,7 Prozent. Erhebt eine Krankenkasse einen solchen Zusatzbeitrag erstmalig oder erhöht ihn, gilt ein Sonderkündigungsrecht für die Versicherten.

Der gesetzlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist zum 1. Januar 2021 von bislang 1,1 Prozent auf 1,3 Prozent gestiegen. Damit erreicht er seit der Einführung im Jahr 2014 einen neuen Höchstwert. Er stellt jedoch nicht den tatsächlichen Durchschnitt aller Zusatzbeiträge der Krankenkassen dar, sondern ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds. Damit dient er den Krankenkassen als Richtgröße bei der Festlegung ihrer individuellen Zusatzbeitragssätze und trägt zur Transparenz bei. Des Weiteren ist er Rechengröße für die Beitragsberechnung bestimmter Mitgliedergruppen wie zum Beispiel Auszubildende mit einem Arbeitsentgelt bis 325 Euro, Auszubildende in Einrichtungen der Jugendhilfe, Geringverdiener oder Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Umlage Mutterschutz

Der Beitragssatz der Umlage U2 – Mutterschutz, ist zum 1. Oktober 2020 von 0,19 Prozent auf 0,39 Prozent gestiegen. Die U2 ist ein Verfahren zum Ausgleich der finanziellen Belastung aus dem Mutterschutz, welches seit dem 1. Januar 2016 für alle Arbeitgeber verpflichtend ist.

Insolvenzgeldumlage

Die Insolvenzgeldumlage dient vorrangig dazu, ausgefallene Entgeltansprüche der Arbeitnehmer

im Falle einer Insolvenz ihres Arbeitgebers zu sichern. Sie ist mit wenigen Ausnahmen von allen Arbeitgebern für jeden Arbeitnehmer (mit Ausnahme von Saisonarbeitskräften) zu zahlen. Dabei sind die Größe, Branche und Ertragslage des Betriebes irrelevant.

Seit dem Jahr 2013 beträgt der gesetzlich vorgeschriebene Umlagesatz 0,15 Prozent. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist dazu ermächtigt die Höhe des Umlagesatzes mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie zum Ausgleich von Überschüssen oder Fehlbeständen unter Berücksichtigung der Beschäftigungs- und Wirtschaftslage jeweils für ein Kalenderjahr anzupassen. Aufgrund der günstigen Rücklagen konnte der Umlagesatz für das Jahr 2020 auf 0,6 Prozent reduziert werden. Infolge der COVID-19-Pandemie haben sich die Ausgaben für das Jahr 2020 jedoch erhöht und die Rücklagen sind stark abgeschmolzen. Deshalb liegen die Voraussetzungen für den niedrigeren Umlagesatz nicht mehr vor. Er wird daher zum 1. Januar 2021 auf 0,12 Prozent angehoben. Ab dem 1. Januar 2022 beträgt der Umlagesatz dann voraussichtlich wieder 0,15 Prozent.

Pflegeversicherung

Der Gesamtbeitrag in der Pflegeversicherung beträgt weiterhin 3,05 Prozent. Der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte bleibt ebenso unverändert bei 0,25 Prozent. Hieraus ergibt sich ein Beitragsanteil für den Arbeitgeber von 1,525 Prozent und für die Versicherten von 1,525 Prozent beziehungsweise für kinderlose Versicherte von 1,775 Prozent.

Im Freistaat Sachsen gilt für Arbeitnehmer ein höherer Beitrag zur Pflegeversicherung. Begründet wird die abweichende Regelung durch eine Vorgabe aus dem Jahr 1995, die mit der Streichung eines gesetzlichen Feiertags zusammenhing. Heute erscheint dieser Umstand ebenso merkwürdig wie unpraktisch. Demnach 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 2021 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze 64.350 Euro. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze wird auf 58.050 Euro angehoben.

Bereits zum 1. Januar 2003 wurden die Vorschriften zur Jahresarbeitsentgeltgrenze verändert. In diesem Zusammenhang wurde die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze als Besitzstandsregelung für privat Krankenversicherte eingeführt. Sie gilt für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren. Ein zwischenzeitlicher Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist hierbei nicht von Bedeutung. Solange ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die jeweils gültige besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt bleiben sie krankenversicherungsfrei. So gilt die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze für diesen Personenkreis unter Umständen für das ganze Erwerbsleben. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 nicht als Arbeitnehmer, sondern zum Beispiel als Student privat krankenversichert waren, gilt diese besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze hingegen nicht.

Renten- und Arbeitslosenversicherung

Der allgemeine Beitragssatz zur Rentenversicherung in Höhe von 18,6 Prozent sowie der knappschaftliche Beitragssatz zur Rentenversicherung in Höhe von 24,7 Prozent bleiben im Jahr 2021

unverändert. In der Arbeitslosenversicherung bleibt der Beitragssatz mit 2,4 Prozent, wie bereits zum 1. Januar 2020 festgelegt, bis zum Jahr 2022 befristet stabil.

Beitragsbemessungsgrenzen

Das Arbeitsentgelt der Arbeitnehmer wird nicht in unbeschränkter Höhe für die Berechnung der Beiträge herangezogen. Es gibt einen Höchstbetrag, die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze. Auf das Arbeitsentgelt oberhalb der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze werden keine Beiträge erhoben.

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 2021 die Bemessung der Höchstbeträge nach dem Rechtskreis zu differenzieren. In den alten Bundesländern steigen die Beitragsbemessungsgrenzen 2021 der allgemeinen Rentenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung auf 7.100 Euro monatlich beziehungsweise 85.200 Euro jährlich. In den neuen Bundesländern sind 2021 höchstens 6.700 Euro monatlich beziehungsweise 80.400 Euro jährlich beitragspflichtig.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2021 im Rechtskreis West 8.700 Euro monatlich beziehungsweise 104.400 jährlich; die Beitragsbemessungsgrenze Ost liegt bei monatlich 8.250 Euro beziehungsweise jährlich 99.000 Euro.

Zum 1. Januar 2021 werden auch die Beitragsbemessungsgrenzen zur Kranken- und Pflegeversicherung angehoben. Diese belaufen sich nunmehr bundesweit auf 4.837,50 Euro monatlich beziehungsweise 58.050 Euro jährlich.

Midijob-Bereich

Faktor F

Die Senkung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung hat Auswirkungen auf den Faktor F. Dieser wird zur Ermittlung der Beitragslastverteilung im Midijob-Bereich benötigt. Er ergibt sich, wenn der Wert von 30 Prozent durch den Beitragssatz zur Gesamtsozialversicherung[2] des jeweiligen Kalenderjahres[3] geteilt wird. Demnach liegt der Faktor F zum 1. Januar 2021 bei 0,7509.

Bei einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt in Höhe von 450,01 Euro bis 1.300 Euro finden die besonderen Regelungen des zum 1. Juli 2019 in Kraft getretenen Midijob-Bereichs Anwendung. Hierbei wird im Hinblick auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und der Beitragslastverteilung das tatsächliche ermittelte Arbeitsentgelt mittels folgender Midijob-Formel angepasst:

F x 450 + ([1300/(1300-450)] - [450/(1300-450)] x F) x (Arbeitsentgelt-450)

Die so ermittelten reduzierten beitragspflichtigen Einnahmen bilden die Berechnungsgrundlage für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag innerhalb des Übergangsbereichs. Durch Einsetzen des Faktors „F“ und Umstellen der Formel, erhält man für 2021 die folgende verkürzte Formel für den Midijob-Bereich (Übergangsbereich):

Beitragsbemessungsrundlage = 1,131876 x Arbeitsentgelt - 171,439411

Alle Rechengrößen der Sozialversicherung entnehmen Sie der Abb. 1.

Abb. 1: Größen des Versicherungs- und Beitragsrecht ab 1. Januar 2021

	Beitragssätze in Prozent	monatliche Höchstbeiträge in Euro für freiwillig Versicherte
Krankenversicherung		
allgemeiner Beitragssatz[1] insgesamt (plus Zusatzbeitrag in Höhe von 1,6 %)	14,60	
- Arbeitnehmer (inklusive halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,8 %)	8,10	391,84
- Arbeitgeber (inklusive halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,8 %)	8,10	391,84
ermäßigter Beitragssatz[2] insgesamt (plus Zusatzbeitrag in Höhe von 1,6 %	14,00	
- Arbeitnehmer (inklusive halber Zusatzbeitrag in Höhe von 0,8 %)	7,80	377,33
- Arbeitgeber	7,80	377,33
Pflegeversicherung grundsätzlich[3) 4)]	3,05	147,54
kinderlose Arbeitnehmer insgesamt	3,30	
- Arbeitnehmer	1,775	85,87
- Arbeitgeber	1,525	73,77
knappschaftliche Rentenversicherung	24,70	
- Arbeitnehmer	9,30	
- Arbeitgeber	15,40	
allgemeine Rentenversicherung[4]	18,60	
Arbeitslosenversicherung[4]	2,40	
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]	1,00
Umlage 2 = Mutterschutz[7]	0,39
Insolvenzgeldumlage	0,12
Midijob-Bereich (Übergangsbereich)	
Faktor F	0,7509
vereinfachte Midijob-Formel	1,131876 x Arbeitsentgelt – 171,439411

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße – § 18 SGB IV –						
- Kranken- und Pflegeversicherung	39.480,00	3.290,00	109,67	39.480,00	3.290,00	109,67
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	39.480,00	3.290,00	109,67	37.380,00	3.115,00	103,83
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	64.350,00	–	–	64.350,00	–	–
- besondere Grenze[8)]	58.050,00	–	–	58.050,00	–	–
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	58.050,00	4.837,50	161,25	58.050,00	4.837,50	161,25
- knappschaftliche Rentenversicherung	104.400,00	8.700,00	290,00	99.000,00	8.250,00	275,00
- allgemeine Rentenversicherung	85.200,00	7.100,00	236,67	80.400,00	6.700,00	223,33
- Arbeitslosenversicherung	85.200,00	7.100,00	236,67	80.400,00	6.700,00	223,33
- Seemannskasse	85.200,00	7.100,00	236,67	80.400,00	6.700,00	223,33
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen	–	450,00	15,00	–	450,00	15,00

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	–	32,90	1,10	–	31,15	1,04
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	–	325,00	10,83	–	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.896,00	658,00	21,93	7.896,00	658,00	21,93
- Rentenversicherung	31.584,00	2.632,00	87,73	29.904,00	2.492,00	83,06
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	–	658,00	21,93	–	658,00	21,93
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	–	658,00	21,93	–	623,00	20,77
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.896,00	658,00	21,93	7.896,00	658,00	21,93
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	7.896,00	658,00	21,93	7.476,00	623,00	20,77
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung[9)]	–	263,00	–	–	263,00	–
- für freie Unterkunft	–	237,00	–	–	237,00	–
Beköstigungssatz[10)]	–	264,00	–	–	264,00	–

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 104,00 Euro monatlich, auf das Frühstück 55,00 Euro monatlich / 10) Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 105,00 Euro, auf das Frühstück 54,00 Euro

Beitragsnachweise einreichen und Beitragsfälligkeit

Zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge hat ein gewerblicher Arbeitgeber der jeweiligen Einzugsstelle der Gesamtsozialversicherungsbeiträge (der gesetzlichen Krankenkassen oder der Minijob-Zentrale) einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zu übermitteln. Hiermit kündigt der Arbeitgeber der Einzugsstelle die Beitragssatzsteigerungen oder -senkungen, wie zum Beispiel beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenversicherung an. Ebenso kann er mit dem Beitragsnachweis Daten für den Vormonat korrigieren.

Als Einreichungsfrist für den Beitragsnachweis gilt ein bundeseinheitlicher Zeitpunkt. Fristgerecht wurde dieser eingereicht, wenn er der Einzugsstelle spätestens am zweiten Arbeitstag vor Fälligkeit der Beiträge vorliegt. Somit muss dieser vor 0:00 Uhr des fünftletzten Bankarbeitstages eines Monats bei der Einzugsstelle eingehen. Das heißt für Unternehmen: Sie müssen die Nachweise spätestens im Laufe des Vortags übermitteln. Liegt der Einzugsstelle der Beitragsnachweis nicht termingerecht vor, muss diese die Beiträge schätzen. Diese Schätzung bildet im SEPA-Basislastschriftmandat zunächst auch die Grundlage für den Bankabruf. Diese Schätzung gilt dann, bis der ordnungsgemäße Nachweis übermittelt wurde.

Der Beitragsnachweis und die Beiträge müssen zur fristgerechten Zahlung/Einreichung um 24:00 Uhr der genannten Termine bei der Einzugsstelle eingehen. Aufgrund des nicht bundesweiten

Abb. 2: Anpassung des Mindestlohns

Stichtag der Anpassung	Mindestlohn (in Euro)	monatliche Höchstarbeitszeit (in Stunden)
1. Januar 2021	9,50	47,3
1. Juli 2021	9,60	46,8
1. Januar 2022	9,82	45,8
1. Juli 2022	10,45	42,8

Feiertages Reformationstag am 31. Oktober 2021 verschiebt sich das Datum für die Fälligkeit und der Einreichungsfrist für die Einzugsstellen in den Ländern, in denen es gesetzliche Feiertage sind, zeitlich nach vorne. Beitragsnachweise für Minijobber sind bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einzureichen. Private Arbeitgeber, die einen Minijobber im sogenannten Haushaltsscheck-Verfahren angemeldet haben, brauchen keinen monatlichen Nachweis abzugeben.
Die Minijob-Zentrale nimmt die notwendigen Abbuchungen im Lastschriftverfahren vor.
Da die Minijob-Zentrale als Einzugsstelle ihren Sitz in Essen hat, gelten die Einreichungsfristen und Fälligkeitstermine für das Land Nordrhein-Westfalen. Genannt sind die spätesten Termine:

	Übermittlung des Beitragsnachweises	Fälligkeitstag*
Januar	24.	27.
Februar	21.	24.
März	24.	29.
April	25.	28.
Mai	24.	27.
Juni	23.	28.
Juli	25.	28.
August	24.	27.
September	23.	28.
Oktober	24.	27.
November	23.	26.
Dezember	22.	28.[4]

*Der 24. und 31. Dezember gelten nicht als Bankarbeitstage.

Mindestlohn

Das Bundeskabinett beschloss am 28. Oktober 2020 die dritte Anpassung des Mindestlohns. Damit ist der gesetzliche Mindestlohn zum 1. Januar 2021 zunächst auf 9,50 Euro angehoben worden. In drei weiteren Schritten steigt er dann bis zum 1. Juli 2022 auf 10,45 Euro. Beschäftigen Arbeitgeber geringfügig entlohnte Mitarbeiter, müssen sie zum jeweiligen Stichtag prüfen, ob die gesetzliche Verdienstgrenze von insgesamt 450 Euro in der jeweiligen Beschäftigung beziehungsweise bei mehreren geringfügigen Beschäftigungen durch die Erhöhung nach wie vor nicht überschritten wird. Sofern durch die Anhebung des Mindestlohnes die Verdienstgrenze von 450 Euro überschritten wird, liegt keine geringfügige Beschäftigung mehr vor. Dabei kommt es nicht auf die tatsächliche Zahlung, sondern auf den Entgeltanspruch des Beschäftigten an – das sogenannte Entstehungsprinzip. Die jeweiligen Anpassungen sowie die monatliche Höchstarbeitszeit können der Abb. 2 entnommen werden.

Miriam Bittorf und
Claudia Michaelis-Daum
KBS/Minijob-Zentrale
Grundsatz Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht
Hollestraße 7b
45115 Essen

FUSSNOTEN

1 www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf
2 14,6 % + 3,05 % + 18,6 % + 2,4 % + 1,3 % = 39,95 %.
3 30 : 39,95 % = 0,7509.
4 Angegeben ist jeweils der drittletzte Bankarbeitstag.

Elena Uhl

Entlassmanagement: Neues Projekt „USER“ gestartet

Für eine bessere Planung der Versorgung bei Entlassung aus dem Krankenhaus

Das Gesundheitswesen orientiert und strukturiert sich besonders in der heutigen Zeit neu. Die Sicherstellung der Versorgung einer hochbetagten und multimorbiden Gesellschaft und die kürzer werdende Verweildauer im Krankenhaus stellen alle Akteure des Gesundheitswesens hinsichtlich einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung zunehmend vor besondere Herausforderungen. Ein digitales Assessment[1] soll nun Unterstützung leisten.

Hintergrund

Jeder Patient hat das Recht auf ein durch das Krankenhaus durchgeführtes effektives Entlassmanagement und das Recht auf die Unterstützung durch die Krankenkassen.[2] Akteure mit bisher stark getrennten Rollen müssen kooperieren, um eine lückenlose Versorgung im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus für den Patienten sicherstellen zu können. Dem Krankenhaus wird dabei immer mehr die Aufgabe zuteil, den nachstationären Versorgungbedarf frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen für die Anschlussversorgung schnellstmöglich zu initiieren. Die Krankenkasse soll den Patienten möglichst anschließend beim Übergang in die nachstationäre Versorgung unterstützen. So soll die Kontinuität der Versorgung gewährleistet sein, Angehörige und Patienten entlastet und die Kommunikation der beteiligten Versorgungsbereiche optimiert werden. Der Patient steht dabei stets im Mittelpunkt der Bemühungen.

Das USER-Projekt

Ziele

Das aktuelle Förderprojekt „Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten“ kurz USER[3], soll den Austausch von Informationen zwischen den Sektoren fördern und durch die Nutzung von bereits vorhandenen Daten den Prozess des Entlassmanagements begleiten. Ziel ist die Implementierung eines erweiterten Entlassmanagements, welches auf Patienten mit einem erhöhten nachstationären Versorgungsbedarf abzielt.

Die Krankenkasse unterstützt das Krankenhaus bei der Einschätzung des nachstationären Versorgungsbedarfs des Patienten, bei der Beschleunigung von Genehmigungsprozessen und übernimmt Aufgaben im Rahmen der Evaluation des Entlassmanagements. Gemeinsam sollen so

- Versorgungsbedarfe frühzeitig und korrekt identifiziert,
- Komplikationen infolge ungenügend geplanter Überleitungen vermieden,
- eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet,
- Genehmigungsverfahren beschleunigt und entbürokratisiert und
- die rechtlichen Vorgaben zum Entlassmanagement erfüllt werden.

Das übergeordnete Ziel soll es sein, Versorgungslücken zu schließen, um so ungeplante Wiederaufnahmen in das Krankenhaus zu reduzieren. Die praktische Umsetzung wird derzeit in zehn Krankenhäusern der Knappschaft Kliniken GmbH erprobt.

Im Rahmen des Projektes wird hierzu ein auf Routinedaten[4] basierendes Prognosemodell sowie digitalisierte, automatisierte Genehmigungsprozesse zur Unterstützung des Entlassmanagements genutzt. Dazu werden historische Daten herangezogen, die Informationen beinhalten zu

- Diagnosen,
- Pflegebedürftigkeit,
- erhaltenen Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln,
- behandelnden Ärzten,
- vergangenen Krankenhausaufenthalten und
- Operationen und Prozeduren (z. B. Diagnoseverfahren wie ein MRT[5] oder CT[6]).

Die Routinedaten generieren sich aus den Abrechnungsdaten der jeweiligen Krankenkasse. Diese Daten liegen den Krankenkassen zeitverzögert vor und berücksichtigen nicht die verordneten Medikamente auf Privatrezept oder die freiverkäuflich erworbenen Medikamente – sogenannte Over-the-Counter-Präparate (OTC-Präparate). Demnach können sie nicht allein den Versorgungszustand des Patienten darstellen. Dieser muss weiterhin in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten eruiert werden. Die Routinedaten bieten allerdings eine gute Ergänzung zum Gespräch und helfen Informationslücken zu schließen.

Der Prozess des Entlassmanagements

Der Prozess beginnt mit der stationären Aufnahme und einer ersten Einschätzung des Versorgungsbedarfs des Patienten (initiales Assessment). Wird ein erhöhter Bedarf festgestellt, wird dieser im Anschluss differenziert bewertet (differenziertes Assessment). So werden die genauen Versorgungsbedarfe des Patienten ermittelt. Im Weiteren wird in einem multiprofessionellen Team (Ärzte, Pflegekräfte, Casemanager, Entlassmanager und Weitere) die Entlassung geplant. Um alle wichtigen Faktoren zu berücksichtigen, werden unter anderem die vorstationäre Versorgung sowie die sozialen Hintergründe eruiert und die daraus resultierenden Versorgungsbedarfe festgelegt. Im Anschluss können entsprechende Maßnahmen frühzeitig auf den Weg gebracht werden. Das Entlassmanagement beginnt also mit der Aufnahme ins Krankenhaus und endet mit der Vernetzung der nachstationären Strukturen. Durch die gesetzlichen Regelungen sind die Krankenhäuser und die Krankenkassen mit dem Auftrag zur Unterstützung ihrer Versicherten hinsichtlich des Entlassmanagements die Hauptakteure in diesem Prozess.

Technische Anbindung über eBI

Die elektronische Behandlungsinformation (eBI) ist ein digitales Serviceangebot der KNAPPSCHAFT, das seit 2014 interessierten Krankenhäusern zur Unterstützung und Optimierung ihrer Aufnahme- und Entlassprozesse zur Verfügung steht. Durch die Informationen und Funktionen, die eBI zum Aufnahmeprozess und Entlassprozess den Krankenhäusern bereitstellt, ergeben sich Vorteile für den Behandler und den Versicherten. Durch ein strukturiertes Wissens- und Entlassmanagement sollen Akteure des Krankenhausalltags entlang des Behandlungsprozesses unterstützt und der Patient über den stationären Bereich hinaus gut versorgt sein. Mit im Jahr 2020 rund 264.000 eingeschriebenen Versicherten und 28 angebunden Qualitätskrankenhäusern ist eBI ein etablierter Service der KNAPPSCHAFT.

Im Projekt USER wird eBI seit September 2020 zur technischen und praktischen Umsetzung eingesetzt. eBI bietet die Infrastruktur – sozusagen das Kommunikationsportal – sowie die Datenbasis für die zusätzlichen Funktionsbausteine des Projektes, die sich aus dem Prognosemodell (s. u.) und der Integration von digitalen Genehmigungsprozessen (s. u.) im Zuge des Entlassmanagements zusammensetzen.

Bei der Bereitstellung der Routinedaten über eBI werden die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit in höchstem Maße erfüllt.

Ebenso wie zum Entlassmanagement selbst, muss auch zur Nutzung seiner Routinedaten die Einwilligung des Patienten eingeholt werden.

Neben der Implementierung der USER-Funktionsbausteine in eBI hat die KNAPPSCHAFT außerdem mit der Siemens BKK, der Bahn BKK, der Novitas BKK und der pronova BKK vier weitere Krankenkassen an das eBI-System angeschlossen. So kann der Service nun kassenübergreifend genutzt werden. Dafür erfolgte eine Anbindung über die BITMARCK[7]. Auch hier werden alle Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet.

Der spezielle Mehrwert von eBI

eBI bietet neben den Funktionsbausteinen des USER-Projektes auch weitere nützliche Mehrwerte zur Gewinnung von Informationen für das Entlassmanagement aber auch zur Optimierung eines individuellen Behandlungsplans sowie zur Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie.

Das Dashboard[8] (vgl. Abb. 1) ist die Funktionsoberfläche von eBI: Von hier werden die einzelnen Funktionen und Übersichten aufgerufen. Die Mitarbeiter des Krankenhauses (Health Care Professionals – HCP) erhalten hier verschiedene Informationen zum Patienten. Dazu zählen Hinweise auf bestimmte Vorerkrankungen, wie zum Beispiel eine chronische Niereninsuffizienz, Merkmale, die zu einem schweren Verlauf von Covid-19 führen können, wie beispielsweise eine chronische Lungenerkrankung, bestimmte Laborwerte und der Hinweis zum nachstationären Versorgungsbedarf über den Index-Score des USER-Projektes (siehe auch unter: Das Prognosemodell).

Anhand der (verzögert[9]) vorliegenden Abrechnungsdaten der vorausgehenden 36 Monate unterstützt eBI bei der Anamnese mit einem Überblick über die Gesundheitshistorie des Patienten und hilft im Rahmen des differenzierten Assessments, ein vollständiges Bild über die Situation des Patienten zu ermitteln und Informationslücken zu minimieren.

eBI unterstützt die HCP bei der Erhebung der tatsächlich vom Patienten ambulant eingenommenen Medikamente. Als Ausgangsbasis für die Anamnese der Medikation dienen entweder ein Scan des Bundesmedikationsplans (BMP), die Abrechnungsdaten der letzten drei Jahre oder die Entlassmedikation des letzten Krankenhausaufenthalts. Im Gespräch mit dem Patienten kann die Medikation angepasst werden: So können etwa OTC-Präparate oder Medikamente aus Privatrezepten vom behandelnden Krankenhausarzt ergänzt sowie Dosis und Einnahmeschema dokumentiert oder verändert werden.

Im Anschluss an die Medikationsanamnese prüft eBI die Medikation auf potenzielle Risiken, und sorgt so für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie. Im Risikocheck erhält der Krankenhausarzt Informationen zu Interaktionen oder zu Wechselwirkungen von Medikamenten, Hinweise zu notwendigen Dosisanpassungen bei Niereninsuffizienz, Empfehlungen zur Medikation älterer Patienten sowie zu Rote-Hand-Briefen[10] und wird auf doppelte Verordnungen aufmerksam gemacht. Zu Dosierungshinweisen bei Niereninsuffizienz und Handlungsempfehlungen für ältere Patienten sind jeweils die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse hinterlegt. Die Informationsbasis stellen wissenschaftliche Datenbanken eines Spezialdienstleisters dar, die kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert werden.

Zum Abschluss der Krankenhausbehandlung kann mit eBI ein Medikationsplan generiert werden. Dieser enthält unter anderem eine Gegenüberstellung von Anamnese- und Entlassmedikation sowie Hinweise auf gegebenenfalls noch bestehende potenzielle Risiken in der Arzneimitteltherapie. Als Ausgansbasis dient hier die Medikationsanamnese und der Scan des Entlass-BMP. Der Krankenhausarzt hat die Möglichkeit, den Medikationsplan für den ambulanten Bereich anzupassen. Er kann Medikamente hinzufügen oder absetzen, die Indikation vermerken oder das Absetzen eines Medikaments näher erläutern. Der fertige Medikationsplan steht dann zum

Druck zur Verfügung und kann an den niedergelassenen Arzt weitergegeben werden. Damit erhält dieser eine vollständige Übersicht über die Medikation und kann die Änderungen aus dem stationären Bereich besser nachvollziehen.

Darüber hinaus ist ein für Laien verständlicher Medikationsplan zur Herausgabe an die Patienten geplant. Dieser soll bei den Patienten dazu führen, dass sie die Therapie besser verstehen. Der Plan für die Patienten soll zusätzlich in besonderem Maß Hinweise zur Einnahme enthalten. Der Risikocheck wird hier so umgesetzt werden, dass er die Patienten darauf hinweist, welche freiverkäuflichen Medikamente bei der bestehenden ärztlich verordneten Medikation nicht zusätzlich eingenommen werden sollten. Durch ein besseres Verständnis für die Zusammenhänge bei der Medikation versetzt der Plan die Patienten in die Lage, bei Bedarf ihre Rechte gemäß des Patientenrechtegesetzes wahrzunehmen.

Das Prognosemodell

Das Prognosemodell als ein Funktionsbaustein des USER-Projektes kann zur Berechnung des individuellen Versorgungsbedarfs die Routinedaten aus dem Tool Anamneseunterstützung von eBI heranziehen (vgl. Abb. 2).

Die Berechnung des Modells wird durch einen Index-Score (Förderprojekt EMSE[11]) auf dem Dashboard von eBI dargestellt und praktisch erprobt. Der Score unterstützt das initiale Assessment direkt bei der Patientenaufnahme und somit den Prozess des Entlassmanagements. Dazu wird für sechs nachstationäre Bedarfe (z. B. Heil- und Hilfsmittelbedarf) und Ereignisse (z. B. Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung) die Eintrittswahrscheinlichkeit (in Prozent) individuell für den Patienten dargestellt. Der Score prognostiziert dem HCP demnach für jeden Entlassfall den individuellen Bedarf für ein erweitertes Entlassmanagement. Für eine noch schnellere Erfassung des nach-

Abb. 1: Funktionsoberfläche von eBI mit ihren verschiedenen Informationen

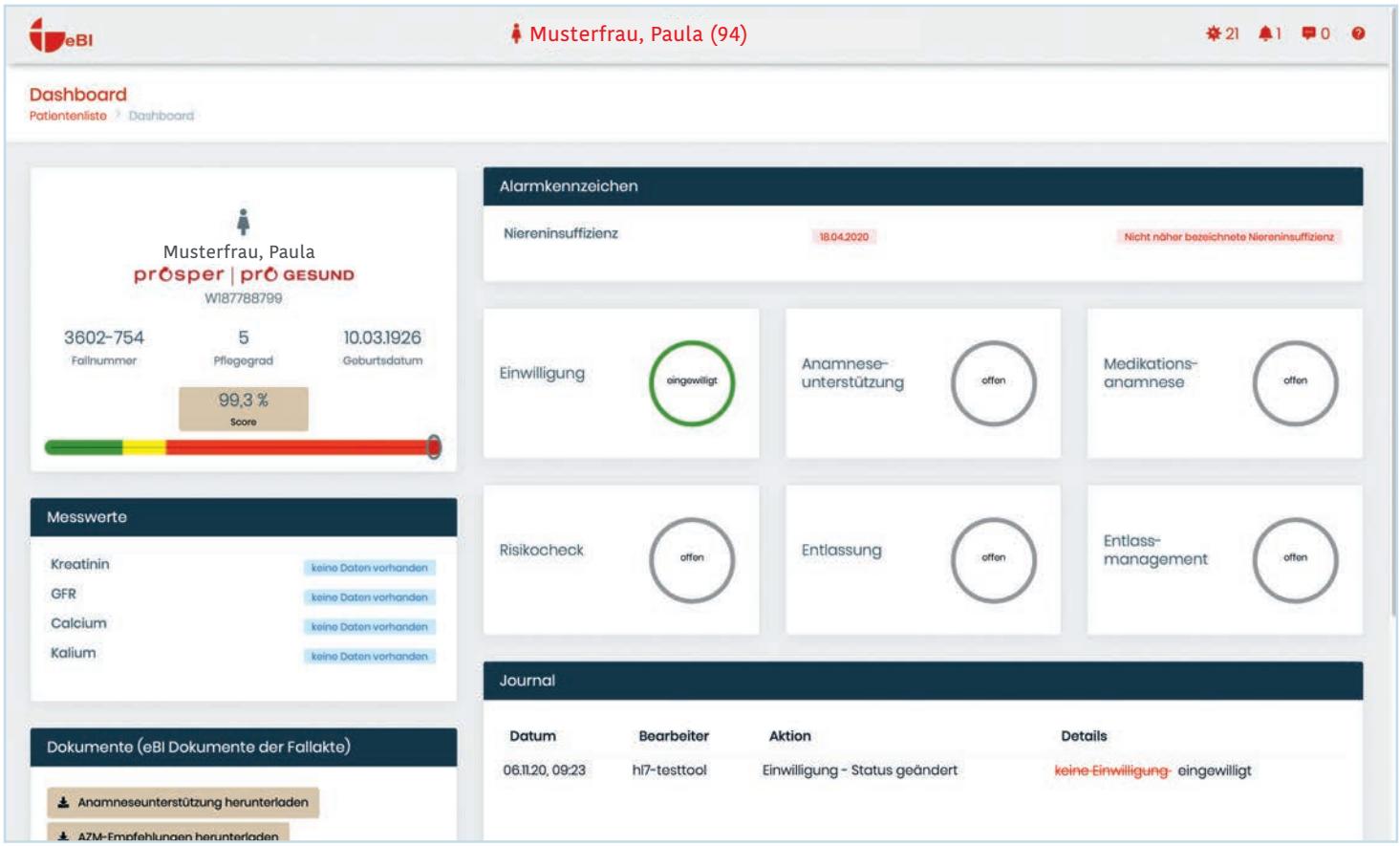
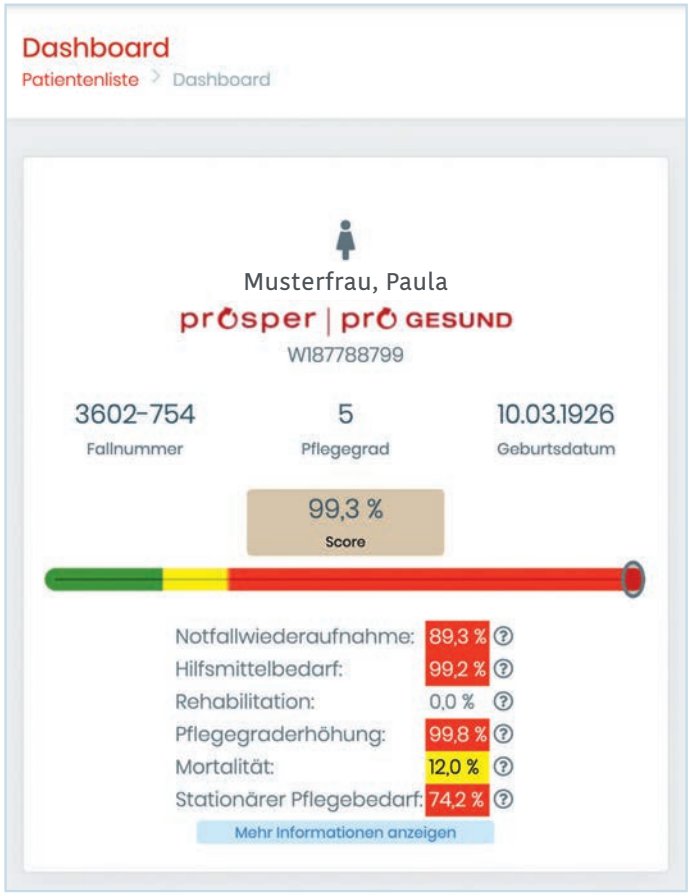


Abb. 2: Der Prognose-Score auf dem eBI-Dashboard



stationären Versorgungsbedarfs wird die Dringlichkeit zusätzlich nach Ampelfarben dargestellt.

Das Prognosemodell versucht, den historischen Gesundheitszustand anhand von objektiven Kriterien einzuschätzen und bei der Aufnahme zusätzlich zu den subjektiven Eindrücken einen ersten Hinweis auf den Versorgungsbedarf eines Patienten zu geben. Er ersetzt jedoch nicht das initiale persönliche Gespräch zur Erfassung des Versorgungsbedarfs.

Digitalisierte und automatisierte Genehmigungsverfahren

Wenn durch den Index-Score und die initiale Einschätzung frühzeitig ein nachstationärer Versorgungsbedarf festgestellt und die erforderlichen Maßnahmen im differenzierten Assessment ermittelt wurden, soll der zweite Funktionsbaustein des USER-Projektes eventuell notwendige Genehmigungsverfahren beschleunigen und entbürokratisieren. Damit wird der weiterführende Prozess des Entlassmanagements unterstützt. Die Funktion bietet dem HCP zukünftig die Möglichkeit, beispielsweise Anträge für Anschlussheilbehandlungen digital und nahezu automatisiert an die KNAPPSCHAFT weiterzuleiten. Die Anträge sollen durch die Datenbasis von eBI vorbefüllt und mit wenigen Klicks an die Krankenkasse weitergeleitet werden können (vgl. Abb. 3).

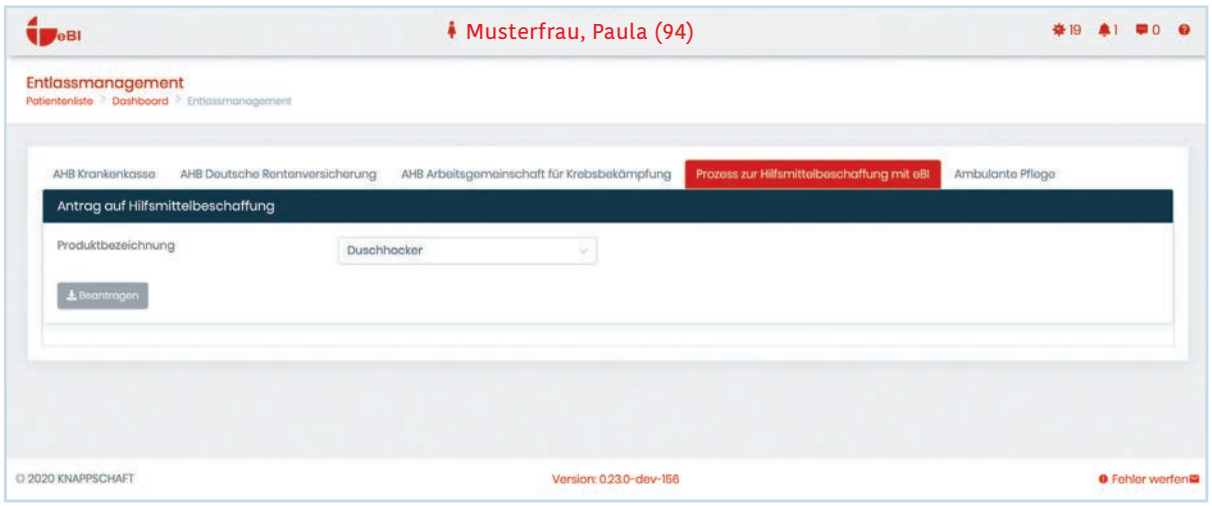
Fazit

In einem Rahmenvertrag haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Umsetzung des Entlassmanagements vertraglich geregelt.[12] Allerdings bestehen weiterhin Problematiken bei den Schnittstellen, so dass das Entlassmanagement für die Krankenhäuser immer noch eine Herausforderung bleibt.[13] Daneben erhöhen eine reduzierte Verweildauer im Krankenhaus und einer gleichzeitig alternde und multimorbide Gesellschaft mit einem erhöhten Versorgungsbedarf die Anforderungen an das Entlassmanagement.

Die Konsequenz daraus sollte eine frühzeitige individuelle Identifikation des Versorgungsbedarfs direkt bei der stationären Aufnahme sein. So kann die nachstationäre Versorgung schon während des Krankenhausaufenthalts geplant und Maßnahmen für die Anschlussversorgung eingeleitet werden. Die Qualität der Informationen ist jedoch abhängig vom Gesundheitszustand des Patienten. Unter Umständen ist es ihm bei der Aufnahme nicht möglich, alle wichtigen Fakten zu seiner Gesundheitshistorie zu benennen.

Neue Ansätze wie das USER-Projekt sind notwendig, um die Krankenhäuser beim initialen Assessment zu unterstützen und den Patienten in einer für ihn einschneidenden Situation zu entlasten. Mit den Funktionsbausteinen von USER sollen Versorgungsbedarfe frühzeitig und schnellstmöglich identifiziert und Genehmigungsprozesse ent-

Abb. 3: Digitalisierte Genehmigungsverfahren



bürokratisiert und beschleunigt werden. Denn ein notwendiger Ansatz im Entlassmanagement ist die frühzeitige und bedarfsgerechte Identifikation eines nachstationären Versorgungsbedarfs, um entsprechende Maßnahmen schnellstmöglich auf den Weg zu bringen. Der Patient und seine Angehörigen werden damit bestmöglich auf die nachstationäre Situation vorbereitet und Komplikationen infolge einer ungenügend geplanten Überleitung reduziert.

Wiederaufnahmen ins Krankenhaus sollen verringert und die Zufriedenheit des Patienten gesteigert werden. Einige Informationen, wie zum Beispiel der soziale Hintergrund des Patienten können nicht aus den Routinedaten gewonnen werden. Deshalb sind diese Daten als Unterstützung des Entlassmanagements (s. o.) zu sehen und nicht als allein stehendes Instrument zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs. Dass die Routinedaten und die darauf aufbauenden Mehrwerte gleichwohl einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie zu einer sichereren, optimierten Behandlung leisten können und somit eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen, zeigen die Berichte der HCPs.

Elena Uhl
KBS/KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
Abteilungsreferat Strategie und Innovation
Digitale Anwendungen
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

FUSSNOTEN

1 Ein Assessment im Sinne des Entlassmanagements ist ein Instrument zur Erfassung und Bewertung des aktuellen Gesundheits- und Versorgungszustandes des Patienten. Das Assessment wird durch klinisches Personal bei der Aufnahme ins Krankenhaus durchgeführt.

2 § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

3 Dieses Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter dem Förderkennzeichen 01NVF18010 gefördert.

4 Routinedaten generieren sich aus den Abrechnungsdaten der jeweiligen Krankenkasse.

5 Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist ein Verfahren, das mit Magnetfeldern und Radiowellen Schnittbilder des Körpers erzeugt.

6 Die Computertomografie (CT) ist ein Verfahren, das mit Röntgenstrahlen Schnittbilder des Körpers erzeugt.

7 IT-Dienstleister verschiedener Krankenkassen.

8 Grafische Benutzeroberflächen, die der Visualisierung von Daten oder der Verwaltung von Systemen dienen.

9 Die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung liegen je nach Datentyp mit einer zeitlichen Verzögerung von einem Monat bis maximal acht Monaten vor.

10 Rote-Hand-Briefe enthalten Informationen zu neu erkannten Arzneimittelrisiken. Diese Briefe werden an medizinische Fachkreise versendet.

11 Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement (EMSE). Dieses Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter dem Förderkennzeichen 01VSF16041 gefördert.

12 § 39 Absatz 1a SGB V.

13 Vergleiche Entlassmanagement Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2019, Seite 16 ff.

Neuer Vorsitzender im Vorstand bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Michael Weberink,
Vorsitzender des Vorstandes

Zum 1. Januar 2021 hat Michael Weberink den Vorstandsvorsitz bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) übernommen. Der gelernte Jurist gehört seit 2015 als ordentliches Mitglied dem Vorstand der KBS an. Er ist Nachfolger von Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob und vertritt im Vorstand, wie sein Vorgänger, die Arbeitgeberseite.

Seinen beruflichen Werdegang hat der 48-Jährige 2005 beim Gesamtverband Steinkohle e.V. begonnen. Dort ist er seit Anfang 2020 geschäftsführendes Vorstandsmitglied. Die Selbstverwaltung sowie die Geschäftsführung der KBS danken Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob für sein herausragendes Engagement und freuen sich auf eine gute Zusammenarbeit mit Michael Weberink.

KBS

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

Der Vorstand hat im schriftlichen Abstimmungsverfahren folgende Entscheidungen getroffen:

Vorstand

Peter Schrimpf, geboren 1956, Essen, wurde als Nachfolger von Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zum Mitglied in den Vorstand gewählt.

Vertreterversammlung

Dirk Spichal, geboren 1965, Essen, wurde als Nachfolger von Dirk Ostermann zum Stellvertreter – Platz 4 der Stellvertreterliste – in die Vertreterversammlung gewählt.

Oliver Lohsträter, geboren 1962, Zeitz, wurde als Nachfolger von Christine Schumann zum Stellvertreter – Platz 9 der Stellvertreterliste – in die Vertreterversammlung gewählt.

KBS

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 19. November 2020 folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschüsse

Chemnitz VII

Petra Wagner wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Helga Enick im Widerspruchsausschuss Chemnitz VII entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Cottbus III

Albrecht Greiser wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Cottbus III mit Wirkung zum 31. Dezember 2020 entbunden. Der Listenträger hat bisher noch keinen Vorschlag für eine Nachfolge eingereicht.

Frankfurt V

Bettina Thieme, geboren 1963, Zeitz, wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des ehemaligen Mitglieds Cornelia Lange im Widerspruchsausschuss Frankfurt V entbunden und zum neuen Mitglied gewählt. Birgit Schroeckh, geboren 1959, Berlin, wurde als Nachfolgerin von Bettina Thieme zur neuen 1. Stellvertreterin in den Widerspruchsausschuss Frankfurt V gewählt.

Massenwidersprüche

Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche mit Wirkung zum 31. Dezember 2020 entbunden. Michael Weberink, geboren 1972, Essen, wurde von seinem Amt als 1. Stellvertreter des bisherigen Mitglieds Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob mit Wirkung zum 1. Januar 2021 im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche entbunden und zum neuen Mitglied im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche gewählt.

Birgit Erlebach, geboren 1959, Essen, wurde von ihrem Amt als 2. Stellvertreterin des bisherigen Mitglieds Prof. Dr. Karl Friedrich Jakob im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche mit Wirkung zum 31. Dezember 2020 entbunden und zur neuen 1. Stellvertreterin des neuen Mitglieds Michael Weberink im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche mit Wirkung zum 1. Januar 2021 gewählt.

Christian Moser, geboren 1978, Essen, wurde als Nachfolger von Birgit Erlebach, zum 2. Stellvertreter des neuen Mitglieds Michael Weberink mit Wirkung zum 1. Januar 2021 im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche gewählt.

Dr. Wiebke Pieper, geboren 1965, Langen, wurde als Nachfolgerin der ehemaligen 2. Stellvertreterin Sabine Belter, zur neuen 2. Stellvertreterin des Mitglieds Dr. Christian Gravert im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche gewählt.

München V
Bernhard Hartmann wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss München V entbunden. Susanne Stecher, geboren 1963, Herrsching, wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des bisherigen Mitglieds Bernhard Hartmann im Widerspruchsausschuss München V entbunden und zum neuen Mitglied gewählt.

Anette Gai, geboren 1959, Augsburg, wurde als Nachfolgerin der ehemaligen 1. Stellvertreterin Susanne Stecher zur neuen 1. Stellvertreterin des neuen Mitglieds Susanne Stecher im Widerspruchsausschuss München V gewählt.

Nordrhein II
Klaus-Dieter Otte wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Nordrhein II und Peter Preuß von seinem Amt als 1. Stellvertreter des bisherigen Mitglieds Klaus-Dieter Otte im Widerspruchsausschuss Nordrhein II entbunden. Peter Preuß, geboren 1955, Hattingen, wurde zum neuen Mitglied im Widerspruchsausschuss Nordrhein II gewählt.

Nordrhein XII
Dr. Wiebke Pieper, geboren 1965, Langen, wurde als Nachfolgerin der ehemaligen 2. Stellvertreterin Sabine Belter als neue 2. Stellvertreterin des Mitglieds Jürgen Kloß im Widerspruchsausschuss Nordrhein XII gewählt.

Westfalen-Lippe IX
Dirk Spichal, geboren 1965, Essen, wurde als Nachfolger des ehemaligen 2. Stellvertreters Dirk Ostermann zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Dr. Harald Knöchel im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe IX gewählt.

Westfalen-Lippe XI
Joachim Praetsch wurde von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe XI entbunden. Eine Nachfolgerin beziehungsweise ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

KBS

80. 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 79. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   „SIEBTER ABSCHNITT Sozialmedizinischer Dienst“

   Die §§ 35, 36 und 37 werden neu besetzt:

- § 35 Allgemeines
- § 36 Beirat
- § 37 Ombudsperson

2. Im § 14 werden die Ziffern 7a) und 7b) neu eingefügt:

   „7a) Errichtung eines Beirates für die Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes (§ 283a Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),

   7b) Ernennung einer Ombudsperson für den Sozialmedizinischen Dienst
   (§ 278 Abs. 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),“

3. Die Überschrift SIEBTER ABSCHNITT wird um den Titel „Sozialmedizinischer Dienst“ ergänzt.

4. § 35 wird neu besetzt:

   „§ 35 Allgemeines

   (1) Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See stellt durch Untersuchungen und Begutachtungen fest, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung vorliegen. Er ist organisatorisch dem Bereich der Rentenversicherung zugeordnet.

   (2) Für die knappschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung nimmt der Sozialmedizinische Dienst die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahr (§ 283a Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

   (3) Ferner obliegen dem Sozialmedizinischen Dienst folgende Aufgaben:

   a) auf der Grundlage der gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen die Personaluntersuchungen für die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

   b) Untersuchungen zur Feststellung der Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit auf der Grundlage der beamtenrechtlichen Vorschriften im Auftrag anderer Bundesbehörden,

   c) Seediensttauglichkeits- und Seelotsenuntersuchungen an den Standorten in Hamburg und Rostock.

   (4) Bei der Wahrnehmung der fachlichen Aufgaben sind die Gutachterinnen und Gutachter nur ihrem Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

   (5) Die Unabhängigkeit des Sozialmedizinischen Dienstes in der Begutachtung und Beratung wird mit einer eigenen Geschäftsordnung gewährleistet (§ 283a Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).“

5. § 36 wird neu besetzt:

„§ 36 Beirat

(1) Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird für den Sozialmedizinischen Dienst, soweit dieser für die knappschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgaben des Medizinischen Dienstes wahrnimmt, ein Beirat eingerichtet.

(2) Der Beirat berät den Vorstand in diesen Aufgabenstellungen bei seinen Entscheidungen und unterstützt den Vorstand durch Vorschläge und Stellungnahmen. Er ist vor allen Entscheidungen des Vorstandes in Angelegenheiten des Sozialmedizinischen Dienstes zu hören (§ 283a Abs. 2 Satz 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

(3) Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates, regelt die Geschäftsordnung des Beirates, die im Einvernehmen zwischen dem Vorstand und dem Beirat aufgestellt wird."

6. § 37 wird wie folgt gefasst:

„§ 37 Ombudsperson – nicht besetzt –"

Artikel 1

1. Artikel 1 Nrn. 1 - 5 treten am Tag nach der Veröffentlichung im Internet – auf der Internetseite www.kbs.de – in Kraft.

Einstimmig beschlossen im Rahmen eines schriftlichen Abstimmungsverfahrens der Vertreterversammlung.

Frank Vanhofen
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossene 80. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird gemäß § 195 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch in Verbindung mit § 90 Sozialgesetzbuch Viertes Buch genehmigt.

Bonn, den 18. Dezember 2020

Bundesamt für Soziale Sicherung
112-7990.0-2544/2005

Im Auftrag
Kost

83. 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 82. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

1.1 § 57i (Flash Glukose Messsystem)
– wird gestrichen –

1.2 § 68a (Gesundheitskonto gesundPlus)
– wird eingefügt –

2. § 43 (Name) wird wie folgt geändert:

2.1 Die Bezugsvorschrift in der Klammer wird in § 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geändert.

Der Text des neuen § 43 lautet wie folgt:

„§ 43 Name
Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung unter dem Namen KNAPPSCHAFT durch (§ 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“.

3. § 57i (Flash Glukose Messsystem)

3.1 Der Text wird vollständig gestrichen.

4. § 57l (Hautkrebsscreening) wird wie folgt geändert:

4.1 In Absatz 4, Satz 1, wird der Betrag 27 EUR in 35 EUR geändert.

Der Text des neuen Absatzes 4, Satz 1, lautet wie folgt:

„§ 57l Hautkrebsscreening
Erstattet werden die tatsächlich entstandenen Kosten, jedoch nicht mehr als 35 EUR.“

5. § 68 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) wird wie folgt geändert:

5.1 Der bisherige Text wird in den neuen Absätzen 1, 2 und 4 geändert und lautet wie folgt:

„§ 68 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten für folgende wählbare Maßnahmen einen Bonus:

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, fünfzehn Euro,

2. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25a i. V. m. § 25 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, fünfzehn Euro,

3. Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, sofern zur Inanspruchnahme berechtigt, zehn Euro,

4. Schutzimpfungen nach § 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder § 53 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zehn Euro,

5. professionelle Zahnreinigungen kalenderjährlich einmal zehn Euro,

6. Zahnuntersuchungen nach § 22 Abs. 1, § 22a oder § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kalenderjährlich maximal in Höhe von zweimal fünf Euro.

Der Nachweis der Maßnahmen erfolgt mittels eines Bonusnachweisheftes. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von einem Arzt im Bonusnachweisheft quittiert. Der Bonus wird bei Nachweis mindestens einer Maßnahme gewährt. Das Einreichen des Bonusnachweisheftes gilt als Antrag auf Auszahlung des Bonus.

Wird für Maßnahmen nach Absatz 1 ein Bonus gewährt, können dieselben Maßnahmen nicht für das Gesundheitskonto nach § 68a eingesetzt werden.

(2) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten für folgende wählbare Maßnahmen einen Bonus:

1. Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Bewegungsangebote in einem Fitnessstudio kalenderjährlich einmal siebzig Euro,

2. Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Bewegungsangebote in einem Sportverein kalenderjährlich einmal siebzig Euro,

3. Erwerb anerkannter Sportabzeichen kalenderjährlich einmal fünfzehn Euro.

Wenn innerhalb von 24 Monaten mindestens zwei unterschiedliche Maßnahmen nach den Ziffern 1 bis 3, auch in Verbindung mit einer Maßnahme nach Absatz 1, nachweislich in Anspruch genommen wurden, wird der Bonus ausgezahlt. Der Nachweis der Maßnahmen erfolgt mittels eines Bonusnachweisheftes. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von einem Arzt bzw. Leistungsanbieter im Bonusnachweisheft quittiert. Dieses ist für die Maßnahmen nach diesem Absatz während der Versicherung bei der KNAPPSCHAFT einzureichen und gilt als Antrag auf Auszahlung des Bonus. Ansonsten verfällt der Bonus für die Maßnahmen nach diesem Absatz.

Wird für Maßnahmen nach Absatz 2 ein Bonus gewährt, können dieselben Maßnahmen nicht für das Gesundheitskonto nach § 68a eingesetzt werden.

...

(4) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren weiblichen Versicherten, die im Zeitraum von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Geburt ausweislich des Mutterpasses die nach den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen in Anspruch nehmen, einen Bonus. Der Bonus beträgt 100 Euro. Er wird der Versicherten nach der Geburt ausgezahlt. Zum Zeitpunkt der Auszahlung muss auch das Neugeborene bei der KNAPPSCHAFT versichert sein. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich der Bonus nicht.

..."

Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden zu den Absätzen 5 und 6.

6. § 68a wird neu eingefügt.

6.1 Der neue Text des § 68a lautet wie folgt:

„§ 68a Gesundheitskonto gesundPlus

(1) Alle Versicherten der KNAPPSCHAFT sind berechtigt, an gesundPlus teilzunehmen.

(2) Die Dauer der Teilnahme an gesundPlus beträgt ein Kalenderjahr und muss per Erklärung bis

zum 31. Dezember des Vorjahres erfolgen (Teilnahmezeitraum). Die Teilnahme endet automatisch mit Ablauf des Kalenderjahres. Die erstmalige Teilnahme ist zum 1. Januar 2022 möglich.

(3) Teilnehmende Versicherte an gesundPlus erhalten für den Teilnahmezeitraum ein Guthaben nach Absatz 4 gutgeschrieben, wenn sie im Teilnahmezeitraum folgende Pflichtmaßnahmen in Anspruch nehmen und nachweisen:

1. Zahnuntersuchung nach § 22 Absatz 1, § 22a oder § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,

2. Schutzimpfung nach § 20i Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder § 53 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und

3. wahlweise eine Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 oder 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25a i. V. m. 25 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder der Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens.

Der Nachweis erfolgt mittels eines Nachweisheftes oder Einzelbelegen.

(4) Das gesundPlus Guthaben beträgt 150 Euro. Folgende, außerhalb des GKV- und des KNAPPSCHAFT-Leistungskatalogs stehende Leistungen können dafür in Anspruch genommen werden:

Sportveranstaltungen
- Start-/Teilnahmegebühren für Sportveranstaltungen

Kurse
- weiterer zertifizierter Gesundheitskurs, wenn bereits zwei im Teilnahmezeitraum bezuschusst wurden
- nicht zertifizierte Gesundheitskurse/-programme

Vorsorge
- weiterer Check-up vor dem Alter von 35 Jahren
- zytologische und blutserologische Testverfahren
- Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung

weitere Leistungen
- professionelle Zahnreinigungen
- Sehhilfen/Hörhilfen
- individuelle Gesundheitsleistungen aus dem IGeL-Monitor

- Leistungen aus dem Hufelandverzeichnis
- erweiterte zahnmedizinische Leistungen
- erweitertes Schwangerschaftspaket
- Erweiterung der satzungsmäßigen Bezuschussung von Osteopathie/Naturheilverfahren
- Fitnessarmbänder

Versicherungen
- Zuschuss zu Beiträgen für private Zusatzversicherungsverträge

Die Leistungen sind vollständig im Teilnahmezeitraum in Anspruch zu nehmen. Zur Nutzung des Guthabens müssen die teilnehmenden Versicherten die erhaltenen Leistungen und deren vorgeleistete Kosten in Form eines Rechnungsnachweises spätestens bis zum 31. des auf den Teilnahmezeitraum folgenden Monats bei der KNAPPSCHAFT zur Erstattung einreichen. Ein etwaiges Restguthaben verfällt zum Ende des Teilnahmezeitraums, ein Übertrag in einen nächsten Teilnahmezeitraum ist nicht möglich.

Für im Teilnahmezeitraum von gesundPlus in Anspruch genommene Maßnahmen des § 68 Absätze 1 und 2 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird kein Bonus gezahlt. Die Maßnahmen zählen auch nicht für den Nachweis von mindestens zwei unterschiedlichen Maßnahmen innerhalb von 24 Monaten gemäß § 68 Absatz 2 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.“

7. § 71 (Name) wird wie folgt geändert:

7.1 Die Bezugsvorschrift in der Klammer wird in § 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geändert.

Der Text des neuen § 71 lautet wie folgt:

„§ 71 Name
Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Pflegeversicherung unter dem Namen KNAPPSCHAFT durch (§ 147 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)“

8. § 77 (Leistungsarten) wird wie folgt geändert:

8.1 Der bisherige Text wird vollständig gestrichen.

8.2 Der neue Text des § 77 lautet wie folgt:

„§ 77 Leistungsarten
Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.
(§ 28 Absätze 1, 1a und 1b Elftes Buch Sozialgesetzbuch, § 28a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)“

Artikel 2

1. Artikel 1, Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5, Nr. 7 und Nr. 8 treten am 1. Januar 2021 in Kraft.
2. Artikel 1, Nr. 6, tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 19. November 2020.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See am 19. November 2020 beschlossene 83. Nachtrag zur Satzung wird mit Ausnahme von Artikel 1

- der Formulierung „auch in Verbindung mit einer Maßnahme nach Absatz 1,“ in Nr. 5.2 § 68 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) Absatz 2 Satz 2,
- Nr. 5.2 § 68 (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) Absatz 4 Satz 4 und
- der Formulierung „oder der Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens“ in Nr. 6.1 § 68a (Gesundheitskonto gesundPlus) Absatz 3 Nr. 3

und insoweit zu Artikel 2 (Inkrafttreten) gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 10. Dezember 2020
213-59022.0-1226/2005

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag
Beckschäfer

84. 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 83. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. In § 90 Satz 2 der Satzung wird die Angabe „1,1“ durch die Angabe „1,6“ ersetzt.

Artikel 2

1. Artikel 1 tritt am 01.01.2021 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 19. November 2020.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 19. November 2020 beschlossene 84. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 10. Dezember 2020
213-59022.0-1226/2005

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag
Beckschäfer

85. 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 84. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

In § 168 Abs. 3 (Entscheidung und Rechtsmittel) erhält Satz 1 folgende Fassung:

„Über den Einspruch entscheidet der Einspruchsausschuss mit Sitz in Münster."

Artikel 2

Der 85. Nachtrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2021 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 19. November 2020.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Hiermit genehmige ich gemäß § 95 Absatz 1 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Verbindung mit § 133 Absatz 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung die in der Vertreterversammlung am 19.11.2020 beschlossene Satzungsänderung des 85. Satzungsnachtrags zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Bonn, 09.12.2020
Z 12/2113.2/5

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur

Im Auftrag
Waltraud Schütz

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Arzthelferin Barbara Alkemper	1.1.2021
Krankenschwester Gabriele Fink	1.1.2021
Sozialversicherungsfachangestellte Brigitte Grand	1.1.2021
Verwaltungsangestellte Karin Zajdowicz	1.1.2021
Programmierer Ulrich Kohlmann	6.1.2021
Verwaltungsangestellte Roswitha Haupt	13.1.2021
Gärtner Friedhelm Ernst	15.1.2021
Klinische Dokumentarin Elisabeth Leidinger	15.1.2021
Verwaltungsangestellte Erika Glinski	19.1.2021
Verwaltungsangestellte Christina Horstig	1.2.2021
Kraftfahrer Klaus Langhorst	1.2.2021
Verwaltungsangestellte Petra Schönitz	1.2.2021
Diätassistentin Ulrike Schwennsen	1.2.2021
Verwaltungsangestellte Margret Wagemann	14.2.2021

25-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte Roswitha Bartz	1.1.2021
Verwaltungsangestellte Anja Eisenhut	1.1.2021
Verwaltungsangestellter Patrick Engeln	1.1.2021
Krankenschwester Petra Hannausek	1.1.2021
Medizinisch-technische Assistentin Kamila Hein	1.1.2021
Verwaltungsangestellte Anja Meyer-Burgdorf	1.1.2021
Ärztin Dr. Simone Moser	1.1.2021
Stationshilfe Annemarie Robert	3.1.2021
Sozialversicherungsfachangestellte Alexandra Lasar	5.1.2021
Oberregierungsrat Elmar Lünenborg	10.1.2021
Arzt Thomas Lang	12.1.2021
Krankenschwester Sabine Bobke	15.1.2021
Verwaltungsangestellte Petra Nyst	15.1.2021
Angestellte im Schreibdienst Nadine Brockstädt	8.2.2021
Programmiererin Cornelia Piwellek	15.2.2021

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 304-85222
Telefax 0234 304-82060
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

Gestaltung:
Referat Politik, Unternehmenskommunikation und Marketing

Bildnachweise:
©Andriy Onufriyenko - getty-images.de (Titel und S. 3),
©Designer - gettyimages.de (S. 20)
©KBS (S. 26)

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