131. Jahrgang · September I Oktober 2021

Kompass

Corona-Pandemie und neues Gesetz

Reha in bewegten Zeiten

Online-Angebote der KNAPPSCHAFT

Neuer Ausbildungsberuf in der Pflege

Wechsel in der Selbstverwaltung

Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

BLICKPUNKT

3 Reha in bewegten Zeiten – Wie sich das IPReG und die Corona-Pandemie auf Leistung und Versorgung auswirken

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

15 Digitalisierung im Gesundheitswesen
KNAPPSCHAFT mit zunehmend mehr Online-Angeboten

23 Neuer Beruf: Pflegefachfrau/Pflegefachmann

BERICHTE UND INFORMATIONEN

24 88. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

26 89. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

29 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

30 Personalnachrichten

31 Impressum

32 Kompass online: Alle Fachtexte im digitalen Archiv

David Lange

Reha in bewegten Zeiten – Wie sich das IPReG und die Corona-Pandemie auf Leistung und Versorgung auswirken

29. Oktober 2020: Das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – IPReG) tritt in Kraft.[1] Fast zeitgleich beschließt die Bundesregierung am 28. Oktober 2020 einen weiteren Lockdown[2], um die zweite Welle der Corona-Pandemie zu „brechen". So sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation (Reha) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht nur weitreichende gesetzliche Änderungen umzusetzen, sondern auch die versorgungsrelevanten Herausforderungen einer historischen Pandemie zu bewältigen. Im ersten Teil des Artikels werden Ziele und Hintergründe sowie die Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen betrachtet.

IPReG

Zielsetzungen und Hintergründe

Die GKV erbringt Leistungen zur medizinischen Reha im Sinne des Grundsatzes „Reha vor Pflege", um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Ein wichtiges Ziel dabei ist es, den häufig älteren Patienten so lange und so weit wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Mit Blick auf den demografischen Wandel und die damit einhergehende Veränderung der Altersstruktur in Richtung alter und hochaltriger Bevölkerungsgruppen geht der Gesetzgeber davon

1 Bundesgesetzblatt (BGBl) 2020 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 28. Oktober 2020.

2 https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/corona-in-deutschland-covid-19-in-deutschland-in-der-zusammenfassung/25584942.html

aus, dass der Bedarf an medizinischer Reha im Bereich der GKV in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird. Gestützt wird diese Annahme auch durch im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens veröffentlichte Berechnungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) (vergleiche Abbildung 1).

Danach werden die Fallzahlen im Bereich der Deutschen Rentenversicherung, die medizinischen Reha-Leistungen insbesondere für Patienten im Erwerbsalter („Reha vor Rente“) erbringt, aufgrund der demografischen Entwicklung von 961 Tausend (2015) auf 911 Tausend im Jahr 2040 sinken (- 5,2 Prozent). Für die GKV ergibt sich dagegen ein Anstieg von 742 Tausend (2015) auf 934 Tausend im Jahr 2040 (+ 25,9 Prozent).[3]

So wird die Zahl älterer Menschen in der Reha (65 Jahre und älter) bis 2040 demografisch bedingt um rund ein Drittel steigen. Diese Entwicklung betrifft vor allem die GKV, die nach den Prognosen des RKI zu diesem Zeitpunkt höhere Fallzahlen als die Deutsche Rentenversicherung aufweisen wird. In der Folge wird mit einer wachsenden Bedeutung der Multimorbidität und der geriatrischen Reha gerechnet. Ob die daraus entstehenden Versorgungsmehrbedarfe nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ durch die bestehenden Versorgungsstrukturen aufgefangen werden können, bleibt aus Sicht der Autoren fraglich.[4]

Darüber hinaus verweist das RKI auf den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Dieser konstatiert in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ Anreizprobleme bei der Finanzierung medizinischer Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Probleme ergeben sich aus Sicht der Gutachter daraus, dass die gesetzliche Pflegeversicherung kein Reha-Träger ist. So müssten die untereinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassen die Kosten für Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit aus dem eigenen Budget tragen, wohingegen Pflegeausgaben über alle Krankenkassen ausgeglichen werden.[5] Aus Sicht der Autoren besteht jedenfalls Handlungsbedarf, um den aufgezeigten Herausforderungen angemessen zu begegnen.

Vor diesem Hintergrund soll die Reha im Bereich der GKV durch ein Bündel von Maßnahmen gestärkt werden, um im Wesentlichen folgende zentrale Ziele zu erreichen:

- Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Reha und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Reha sollen erleichtert werden.

- Für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Reha im Bereich der GKV sollen verbindliche und bundeseinheitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

- Bei erforderlichen Mehraufwänden der Reha-Einrichtungen sollen losgelöst vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch über die Grundlohnsummenentwicklung hinaus entsprechende Vergütungserhöhungen ermöglicht werden.

Leistungsrechtliche Neuregelungen

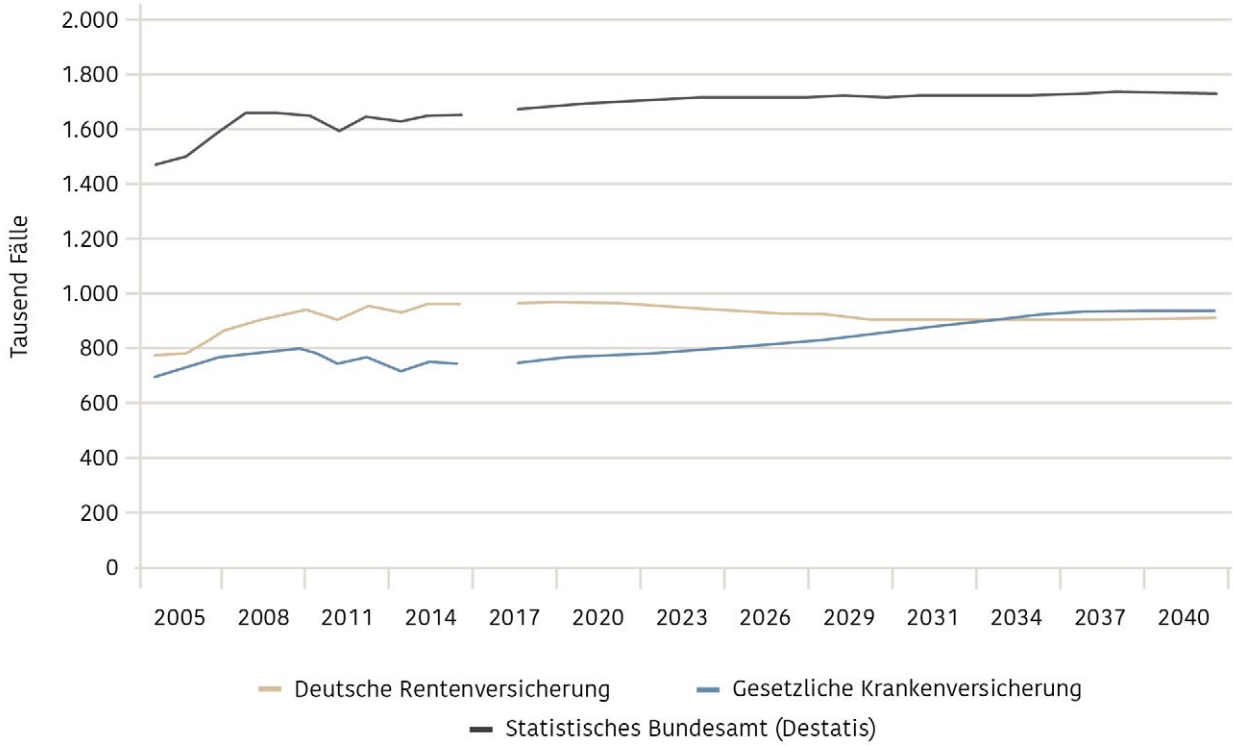
Um die dargestellten Ziele zu erreichen, beinhaltet das IPReG folgende, für die medizinische Reha der GKV relevante Änderungen im Leistungsrecht:

3 Nowossadeck, E. Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040. Rehabilitation 2019; 58: Seite 98.

4 Nowossadeck, E. Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040. Rehabilitation 2019; 58: Seiten 101 f.

5 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Berlin: 2014.

Abbildung: 1: Prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen medizinische Reha



Quelle: RKI 2019

- Erleichterung des Zugangs zur geriatrischen Reha nach vertragsärztlicher Verordnung sowie zur Anschluss-Reha nach Krankenhausbehandlung

- Abweichung von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen zur medizinischen Reha hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur noch auf Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD)

- Festlegung einer gesetzlichen Regeldauer für geriatrische Reha-Maßnahmen

- Wegfall der zur Wiederholung von medizinischen Reha-Leistungen geltenden Ausschlussfrist von vier Jahren für Kinder und Jugendliche

- Stärkung des Wahlrechts der Versicherten bei der Auswahl der Reha-Einrichtung.

Hinsichtlich der oben dargestellten Zielsetzungen und Hintergründe wird deutlich, dass die Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Reha von zentraler Bedeutung für die gesetzlich beabsichtigte Stärkung derselben ist. Hierzu fokussiert der Gesetzgeber zunächst die beiden wichtigsten Zugangswege, und zwar

- die Verordnung durch die behandelnden Vertragsärzte und

- die Einleitung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung durch die behandelnden Krankenhausärzte.

Zugang zur geriatrischen Reha erleichtert

Insbesondere die von der GKV erbrachte geriatrische Reha soll – eben ganz im Sinne des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ – dabei helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Laut Gesetzesbegründung geht es dem

Gesetzgeber vor allem darum, die geriatrische Reha noch vor einer Pflegebegutachtung und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Reha-Maßnahmen[6] zu stärken.[7]

Zu diesem Zweck wird eine geriatrische Reha nach vertragsärztlicher Verordnung zukünftig ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse beziehungsweise den von ihr beauftragten MD durchgeführt, sofern die Vertragsärzte geeignete Abschätzungsinstrumente (sogenannte Assessments) für die Überprüfung der geriatrischen Indikation eingesetzt haben. Die Anwendung des geeigneten Abschätzungsinstruments wird der Krankenkasse mit der Reha-Verordnung nachgewiesen und das Ergebnis der Abschätzung übermittelt.[8]

Bei den geforderten geriatrischen Assessments handelt es sich um standardisierte und wissenschaftlich erprobte Testverfahren, anhand derer die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe der Patienten durch die Vertragsärzte eingeschätzt werden können. Die vertragsärztliche Indikationsprüfung für eine geriatrische Reha erstreckt sich typischerweise auf verschiedene Aktivitäts- und Teilhabebereiche (zum Beispiel Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, etc.).[9] Dies begründet für die geriatrische Reha, unabhängig von der begründenden Diagnose, die Durchführung eines geriatrischen Assessments durch die Vertragsärzte.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, das Nähere zur Auswahl, zum Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente bis zum 31. Dezember 2021 in der Reha-Richtlinie zu regeln.[10]

6 § 18 SGB XI.

7 Bundestags(BT)-Drucksache 19/19368, Seite 32.

8 § 40 Absatz 3 Sätze 2 und 3 SGB V.

9 GKV-Spitzenverband, Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (2. Juli 2018), Seite 40.

10 § 40 Absatz 3 Satz 10 SGB V.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse durch die Neuregelung erleichtert und der Zugang zur Leistung für die Versicherten beschleunigt werden. Diese Zielsetzungen sind insbesondere vor dem Hintergrund der immer älter werdenden Gesellschaft und der daraus resultierenden Steigerung der Fallzahlen im Bereich der GKV nachvollziehbar.

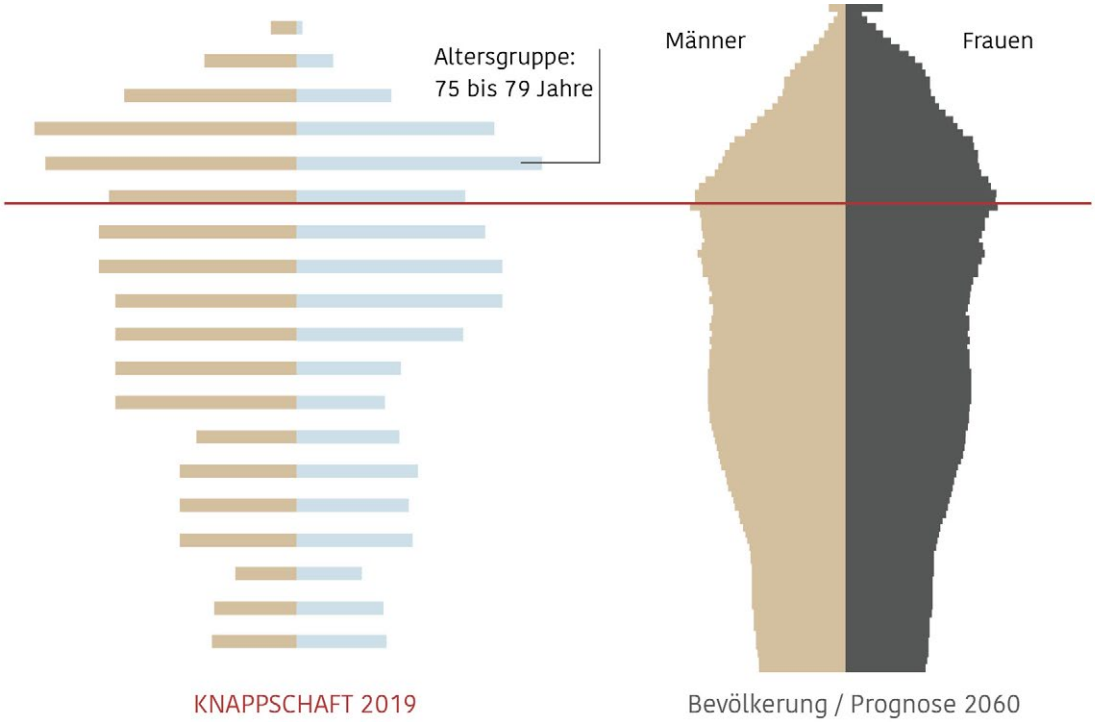
Die Verlagerung der Indikationsprüfung auf die Vertragsärzte bewirkt darüber hinaus, dass die vom SVR monierten Anreizprobleme bei der Finanzierung medizinischer Reha zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit für den Bereich der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Reha jedenfalls teilweise aufgelöst werden. Gleichwohl wird in der Gesetzesbegründung klargestellt, dass die Ergebnisse geriatrischer Assessments nicht allein eine Reha-Indikation begründen können. Vielmehr ist das Vorliegen von Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und einer positiven Reha-Prognose für eine Indikationsstellung zur geriatrischen Reha erforderlich.

Die Vertragsärzte sind nunmehr verantwortlich, die Prüfung dieser Voraussetzungen bereits im Rahmen ihrer Verordnung sicherzustellen. Die Prüfmöglichkeit der Krankenkasse beschränkt sich in diesem Zusammenhang darauf, das Vorliegen der vertragsärztlich festgestellten Indikationskriterien aufgrund der Reha-Verordnung und des Ergebnisses der Abschätzung nachzuvollziehen. Schließlich ist sie auch nach der neuen Rechtslage weiterhin dafür verantwortlich, dass die Leistungen zur medizinischen Reha ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.[11]

Um mögliche Veränderungen durch den Wegfall der medizinischen Prüfung durch die Krankenkassen und die Auswirkungen auf das Verordnungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Reha über

11 § 12 SGB V.

Abbildung: 2: Prognostizierte Altersstruktur



Quelle: KBS 2021

einen längeren Zeitraum zu erfassen, sieht der Gesetzgeber eine dreimalige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes vor.[12]

Mit Blick auf den historisch bedingt hohen Anteil älterer Versicherter bei der KNAPPSCHAFT ist zu erwarten, dass die gesetzliche Änderung zu einer deutlichen Steigerung der Fallzahlen im Leistungsbereich der geriatrischen Reha führt. So bildet die Alterspyramide der KNAPPSCHAFT bereits heute die für die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung erst in 2060 prognostizierte Struktur ab (vergleiche Abbildung 2).

Anschluss-Reha-Verfahren beschleunigt

Durch das IPReG wird der G-BA darüber hinaus beauftragt, bis zum 31. Dezember 2021 in der Reha-Richtlinie Fälle zu definieren, in denen Anschluss-Reha ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse beziehungsweise den von ihr beauftragten MD erbracht wird. Insofern wird in diesen Fällen – ähnlich wie im Bereich der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Reha – die medizinische Prüfung der Reha-Indikation auf die hier verordnenden Krankenhausärzte verlagert. Das weitere Antragsverfahren sowie die Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung sind davon nicht berührt und bleiben in der Verantwortung der Krankenkasse, die unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten über die Leistung entscheidet.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll dadurch ein schneller Zugang zur Anschluss-Reha erleichtert und ein einheitliches Verfahren herbeigeführt werden. Weiter wird in der Gesetzesbegründung nochmals ausdrücklich hervorgehoben,

12 § 40 Absatz 3 Satz 20 SGB V.

dass die Bedeutung der Geriatrie in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen ist.[13]

Angesichts der Tatsache, dass die Anschluss-Reha-Leistungen rund 80 Prozent der jährlich rund 750 Tausend durch die GKV erbrachten medizinischen Reha-Leistungen ausmacht[14], wird deutlich, welches Leistungsspektrum die gesetzliche Neuregelung potentiell umfasst. Welche Schwerpunkte der G-BA hier letztlich setzt, bleibt abzuwarten.

Die seitens des Gesetzgebers beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung kann auf diesem Wege jedenfalls erreicht werden. So gibt es in der Praxis typische Fallkonstellationen, in denen die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe regelhaft einen Reha-Bedarf und damit die Notwendigkeit einer Reha-Maßnahme im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung begründen. Solche typischen Anschluss-Reha-Indikationen sind zum Beispiel der Zustand nach endoprothetischer Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk sowie nach einem Herzinfarkt. Nach der Akutbehandlung im Krankenhaus geht es hier vor allem darum, durch die anschließende ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha gesundheitsbedingt eingeschränkte Alltagsfähigkeiten zurückzugewinnen beziehungsweise soweit wie möglich wiederherzustellen.

Da die KNAPPSCHAFT bereits heute ein ähnliches, unter Anwendung der gesetzlichen Regelung zur MD-Stichprobenprüfung[15] und in Kooperation mit dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) entwickeltes, indikationsbasiertes Verfahren umsetzt, werden keine gravierenden Auswirkungen aufgrund der gesetzlichen Neuregelung erwartet. Insofern profitieren die Kunden der KNAPPSCHAFT schon seit Jahren von einer beschleunigten Antragsbearbeitung.

Vertragsärztliche Verordnung anderer Leistungen

Für die vertragsärztliche Verordnung anderer – also nicht-geriatrischer – Reha-Leistungen wird geregelt, dass die Krankenkasse hiervon hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des MD abweichen darf. Die Krankenkasse stellt diese den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärzten zur Verfügung.[16]

Darüber hinaus wird die bisher bereits in der Reha-Richtlinie des G-BA vorgesehene Regelung, dass die Krankenkasse den Versicherten sowie den verordnenden Ärzten das Ergebnis der Leistungsentscheidung mitteilt und Abweichungen von der Verordnung begründet, nunmehr gesetzlich festgeschrieben. Mit textlicher Einwilligung der Versicherten gilt dies jetzt auch gegenüber Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Die Mitteilung erfolgt dabei in schriftlicher oder elektronischer Form.[17]

Die verordnenden Ärzte werden schließlich verpflichtet, die Versicherten vor der Verordnung über die Möglichkeit der Erteilung der vorgenannten Einwilligungen zu informieren und der Krankenkasse anschließend die entsprechenden Inhalte mitzuteilen.[18]

Durch die dargestellten Neuregelungen wird für die häufig älteren Versicherten, ihre behandeln

13 BT-Drucksache 19/19368, Seite 33.

14 BMG, amtliche Statistik KG 5 2019.

15 § 275 Absatz 2 Nr. 1 SGB V.

16 § 40 Absatz 3 Sätze 4 und 5 SGB V.

17 § 40 Absatz 3 Sätze 6 und 7 SGB V.

18 § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V.

den Ärzte sowie ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen eine höhere Transparenz über die Leistungsprüfung der Krankenkasse hergestellt. Im Interesse und zur Unterstützung der Betroffenen besteht für sie nunmehr die Möglichkeit, abweichende Leistungsentscheidungen sowie gegebenenfalls bestehende Behandlungsalternativen besser nachzuvollziehen.

In diesem Zusammenhang erscheint es auch zielführend, den direkten Kontakt zwischen Ärzten und Versicherten im Rahmen der Reha-Verordnung für das Verfahren zu nutzen. Dieses wird bereits nach alter Rechtslage durch den G-BA in der Reha-Richtlinie konkret ausgestaltet. Insofern fließen auch die das Verfahren betreffenden gesetzlichen Neuregelungen in die laufende Überarbeitung der Reha-Richtlinie bis zum 31. Dezember 2021 ein und sind nach G-BA-Beschluss und Veröffentlichung der geänderten Richtlinie im Bereich der GKV umzusetzen.

Gesetzliche Regeldauer für geriatrische Reha-Maßnahmen

Neben den bereits genannten Verbesserungen des Zugangs zur geriatrischen Reha sieht der Gesetzgeber im IPReG auch die Festlegung einer gesetzlichen Regeldauer für geriatrische Reha-Maßnahmen vor. Danach sollen Leistungen der geriatrischen Reha in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden.[19] Entsprechend der alten Rechtslage gilt weiterhin, dass in allen Fällen eine Verlängerung der Leistung möglich ist, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.[20]

Die Zweckmäßigkeit kürzerer Leistungen wird nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung grundsätzlich verneint, da es bei geriatrischen Patienten länger dauert bis Funktionen wiedererlangt werden. Kürzere Fristen könnten demnach zu Folgeanträgen, weiteren Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken führen, was gerade beim betroffenen Personenkreis vermieden werden sollte. Gleichwohl wird darauf hingewiesen, dass von der Regeldauer im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann, wenn die Reha-Ziele früher zu erreichen sind.[21]

Hinsichtlich der Auswirkungen der Neuregelung ist anzumerken, dass bereits nach alter Rechtslage, mit längstens 20 Behandlungstagen beziehungsweise drei Wochen, ein hinreichender Rahmen für bedarfsgerechte Leistungen bestand. Geriatrische Reha-Leistungen wurden bereits auf dieser Grundlage in der Regel für 20 Behandlungstage beziehungsweise drei Wochen erbracht.

Bei der KNAPPSCHAFT entspricht dies jedenfalls der bisherigen Praxis, so dass sich hier voraussichtlich keine wesentlichen Änderungen im Bereich der Leistungsdauer geriatrischer Reha-Maßnahmen einstellen werden. So lag beispielsweise die durchschnittliche Dauer stationärer geriatrischer Reha-Maßnahmen der KNAPPSCHAFT in 2019 mit rund 23 Tagen über der nunmehr vorgesehenen gesetzlichen Regeldauer von drei Wochen.[22]

Wiederholungsfrist für Kinder und Jugendliche aufgehoben

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Reha können grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung erneut erbracht werden, es sei denn medizinische Gründe machen eine vorzeitige Maßnahme erforderlich. Dieser Grundsatz wird durch das IPReG für Minderjährige aufgehoben[23], um den besonderen gesundheitlichen Belangen des Kindes- und

19 § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V.

20 § 40 Absatz 3 Satz 14 SGB V.

21 BT-Drucksache 19/19368, Seite 33.

22 BMG, amtliche Statistik KG 5 2019.

23 § 40 Absatz 3 Satz 16 SGB V.

Jugendalters sowie den Zielen der Kinder- und Jugendgesundheit Rechnung zu tragen. Darüber hinaus wird mit der Neuregelung eine Angleichung an die Regelungen zur Kinder-Reha im Bereich der Rentenversicherung vorgenommen.[24]

Um die vorgenannten Ziele zu erreichen und im Sinne einer Stärkung der Kinder- und Jugend-Reha, ist die vorgenommene Änderung nachvollziehbar und sachgerecht. Aufgrund ihrer hier bereits in Bezug genommenen besonderen Versichertenstruktur, weist die KNAPPSCHAFT in diesem Bereich jedoch nur eine geringe Fallzahl auf (rund 100 Fälle in 2019[25]).

Wahlrecht gestärkt

Versicherte, die für eine stationäre Reha eine andere zertifizierte Reha-Einrichtung wählen, als die Krankenkasse unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts für sie ausgewählt hätte, haben die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht mehr wie bisher vollständig, sondern nur noch zur Hälfte zu tragen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die im Rahmen des berechtigten Wunsch- und Wahlrechts entstehenden Mehrkosten vollständig durch die Krankenkasse zu übernehmen sind.[26]

Indem der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil auf die Hälfte reduziert wird, erfolgt laut der Gesetzesbegründung die Stärkung des Wahlrechts. Darüber hinaus wird von den Krankenkassen erwartet, die Berechnungsgrundlagen für die Mehrkosten nachvollziehbar darzulegen.[27]

Bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen haben die Krankenkassen die berechtigten Wünsche der Versicherten bei der Auswahl der Reha-Einrichtung zu berücksichtigen. Wichtigstes Entscheidungskriterium ist dabei, dass die Einrichtung für die Behandlung der individuellen Reha-Indikation zugelassen und geeignet ist. Darüber hinaus werden unter Beachtung des im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) verankerten Wunsch- und Wahlrechts[28] unter anderem persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse der Versicherten berücksichtigt.

Insofern bleibt festzuhalten, dass sich die gesetzliche Neuregelung ausschließlich auf Fälle bezieht, in denen für die Auswahl einer anderen Reha-Einrichtung auch im Rahmen einer umfassenden Ermessensprüfung der Krankenkasse kein ausreichender Grund vorliegt. Dies kann hinsichtlich der hälftigen Kostentragung zulasten der GKV-Beitragszahler durchaus kritisch gesehen werden. Über die Höhe der sich daraus für die GKV ergebenden Mehrausgaben erlaubt sich der Gesetzgeber jedenfalls keine Prognose.[29]

Die KNAPPSCHAFT hat zur Umsetzung des gesetzlichen Wunsch- und Wahlrechts bereits ein transparentes und versichertenorientiertes Verfahren etabliert, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die individuelle Ermessensprüfung und Beratung der Versicherten gelegt wird. Über die in den gesetzlich adressierten Fällen vorzunehmende Vergleichsberechnung erhalten die Versicherten eine differenzierte Übersicht, aus der sich im Ergebnis die Höhe ihres voraussichtlichen Eigenanteils bei Belegung ihrer Wunscheinrichtung ergibt.

Corona-Pandemie

Medizinische Reha im Ausnahmezustand

Mitten im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum IPReG ändert ein anderes Thema die gesundheitspolitischen Prioritäten. Aufgrund der zunehmenden Ausbreitung der Corona-Pandemie durch bundesweit exponentiell ansteigende Infektionszahlen beschließt die Bundesregierung Mitte März 2020 den ersten Lockdown, der

24 BT-Drucksache 19/19368, Seite 33.

25 BMG, amtliche Statistik KG 5 2019.

26 § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V.

27 BT-Drucksache 19/19368, Seite 31.

28 § 8 SGB IX.

29 BT-Drucksache 19/19368, Seiten 3 f.

ein flächendeckendes „Herunterfahren“ des öffentlichen Lebens sowie weitgehende Kontaktbeschränkungen beinhaltet. Auch zahlreiche Bereiche des Gesundheitswesens sind betroffen, die neben der reinen Pandemiebewältigung nun vordergründig mit der dringlichen Frage befasst sind, wie die Versorgung der Patienten unter den geänderten Rahmenbedingungen weiterhin möglichst uneingeschränkt sichergestellt werden kann.

Bei der KNAPPSCHAFT häuften sich in dieser Zeit die Nachfragen Versicherter im Zusammenhang mit der Bewilligung und Durchführung von Leistungen zur medizinischen Reha. Dabei geht es unter anderem darum, dass Versicherte bereits bewilligte medizinische Reha-Maßnahmen aus Angst vor Ansteckung mit dem Corona-Virus zunächst nicht antreten beziehungsweise auf einen späteren Zeitpunkt verschieben möchten. Darüber hinaus führt die pandemiebedingte Beeinträchtigung der Arbeit von ambulanten Pflegediensten beziehungsweise stationären Pflegeeinrichtungen (zum Beispiel durch Personalausfall oder behördlich veranlasste Aufnahmestopps) in einigen Fällen dazu, dass die pflegerische Anschlussversorgung der Versicherten nicht sichergestellt werden kann, so dass sich in der Folge die Entlassung pflegebedürftiger Versicherter aus der stationären Reha verzögert.

Weitere typische Fragestellungen im Kontext medizinischer Reha-Leistungen der GKV sind beispielsweise:

- Übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die von vielen Reha-Einrichtungen vor Aufnahme geforderten präventiven Corona-Tests?

- Kann die An- und Abreise zur/von der Reha-Einrichtung auch mit dem PKW anstatt mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgen?

- Wie sollen sich Reha-Einrichtungen verhalten, wenn bei Versicherten der Verdacht auf Ansteckung mit dem Corona-Virus besteht?

- Welche Folgen hat eine Quarantäne-Anordnung oder vorübergehende Schließung der Reha-Einrichtung durch die örtlich zuständigen Behörden?

Bei örtlich steigenden Fallzahlen und einem sich täglich wandelnden Infektionsgeschehen spitzt sich zeitgleich auch die Lage in den Krankenhäusern zu, die auf alle verfügbaren Kapazitäten an Intensivbetten zur Versorgung der steigenden Zahl schwerstkranker Corona-Patienten angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund wird nach Lösungen gesucht, um nicht zwingend erforderliche Belegungen von Krankenhausbetten zu vermeiden und auf diesem Wege weitere Kapazitäten zu schaffen.

Planbare Eingriffe werden seitens der Krankenhäuser auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, sofern dies aus medizinischer Sicht vertretbar ist. Beispielhaft sei hier die planbare operative Versorgung mit Hüft- oder Knieprothesen genannt, wobei es sich um typische Anschluss-Reha-Indikationen handelt. Aus dieser Entwicklung folgt ein massiver Rückgang der Fallzahlen im Bereich der Anschluss-Reha, der in der Konsequenz zu erheblichen Belegungs- und somit Einnahmeausfällen bei den für die Leistungserbringung verantwortlichen Reha-Einrichtungen führt. Auch die seitens der Versicherten aus Angst vor Ansteckung zunächst nicht angetretenen beziehungsweise verschobenen medizinischen Reha-Maßnahmen wirken sich negativ auf die Fallzahl aus.

So lässt sich allein bei der KNAPPSCHAFT für den Zeitraum des ersten Lockdowns (zweites Quartal 2020) für den gesamten Leistungsbereich der

medizinischen Reha ein Rückgang der Reha-Aufnahmen in Höhe von rund 43 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum feststellen.

Die vorgenannten Aspekte stellen die wesentlichen pandemiebedingten Auswirkungen im Bereich der medizinischen Reha der GKV dar. In der Folge zeichnen sich deutliche Handlungsbedarfe ab, die teils durch gesetzgeberisches Eingreifen, teils durch schnelles und unbürokratisches Handeln der beteiligten Akteure zu lösen sind.

Leistungsrechtliche Sonderregelungen
Um den dargestellten Fragestellungen und Herausforderungen im Leistungsrecht der medizinischen Reha der GKV angemessen zu begegnen, werden jeweils kassenindividuelle, wenngleich im Austausch mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene entwickelte, Sonderregelungen und diesbezüglich gegebenenfalls verabschiedete gesetzliche Änderungen umgesetzt:

- Die Verschiebung von medizinischen Reha-Maßnahmen ist möglich.
- Die Kosten präventiver Corona-Tests im Zusammenhang mit der Durchführung medizinischer Reha-Maßnahmen werden übernommen.
- Corona-bedingte Besonderheiten bei der Übernahme von Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinischen Reha-Leistungen werden berücksichtigt.
- Das Anschluss-Reha-Verfahren wird durch Direkteinweisung beschleunigt.

Verschiebung von medizinischen Reha-Maßnahmen möglich
Möchten Versicherte bereits bewilligte medizinische Reha-Maßnahmen aus Angst vor Ansteckung mit dem Corona-Virus zunächst nicht antreten beziehungsweise auf einen späteren Zeitpunkt verschieben, ist dies in der Regel möglich. Die Verschiebung sollte jedoch im Vorfeld mit der Krankenkasse abgestimmt werden, die im Einzelfall darüber entscheidet.

Bei einer regulären Leistung zur medizinischen Reha ist es möglich, den Beginn der Reha zunächst um bis zu drei Monate zu verschieben. Bei einer Anschluss-Reha muss dagegen der zeitlich-medizinische Zusammenhang zwischen der Akutbehandlung im Krankenhaus und der anschließenden Reha-Maßnahme gewahrt bleiben. Hier sollte der Beginn der Reha in der Regel um nicht mehr als sechs Wochen verschoben werden. Der für den Beginn der Frist maßgebliche Tag ist der Tag der ursprünglich geplanten Aufnahme in die Reha-Einrichtung.

Über die konkreten Aufnahmemöglichkeiten entscheidet letztlich die aufnehmende Reha-Einrichtung. Vor diesem Hintergrund werden Versicherte dahingehend beraten, direkt mit der Einrichtung zu klären, in welchem zeitlichen Rahmen die Maßnahme verschoben werden kann.

Kostenübernahme präventiver Corona-Tests
In der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassenen Corona-Virus-Testverordnung vom 27. Januar 2021[30] ist festgelegt, für welchen Personenkreis die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes präventive Testungen veranlassen können.

Dies ist unter anderem für asymptomatische Personen vor der Aufnahme oder während der Behandlung in eine/r Reha-Einrichtung sowie vor dem Besuch von dort behandelten Personen möglich, wenn es die Einrichtungen im Rahmen

30 Bundesanzeiger(BAnz) AT 27. Januar 2021 V2.

ihres einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts oder der öffentliche Gesundheitsdienst zur Verhinderung der Verbreitung des Corona-Virus SARS-CoV-2 verlangen. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob die Reha-Maßnahme zu Lasten der GKV oder der Deutschen Rentenversicherung erfolgt.

Die Testungen werden jedoch ausschließlich von den örtlichen Gesundheitsämtern, zugelassenen Vertragsärzten sowie von Testzentren der Kassenärztlichen Vereinigungen veranlasst und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Diese erhalten für ihre Aufwendungen einen Ausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Insofern wird nicht direkt mit den Krankenkassen abgerechnet.

Besonderheiten bei der Übernahme von Fahrkosten

Weitere Fragen ergeben sich bei der Übernahme von Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinischen Reha-Leistungen. So möchten viele Versicherte die An- und Abreise zur/von der Reha-Einrichtung aufgrund der Corona-Situation lieber mit dem eigenen PKW anstatt mit öffentlichen Verkehrsmitteln vornehmen. Auch hier geht die KNAPPSCHAFT auf die Wünsche ihrer Versicherten ein. Die Erstattung richtet sich dabei nach den Regelungen des Bundesreisekostengesetzes.

Anschluss-Reha-Verfahren durch Direkteinweisung beschleunigt

Wie oben bereits ausgeführt, ist es während der Corona-Pandemie insbesondere bei hohen Infektionszahlen geboten, nicht zwingend erforderliche Belegungen von Krankenhausbetten zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund veröffentlichte der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene mit Gemeinsamem Rundschreiben vom 24. März 2020 die Empfehlung, das Verfahren zur Anschluss-Reha befristet umzustellen. Danach wurde es den Krankenhäusern im Interesse einer rechtzeitigen Krankenhausentlassung und damit eines erleichterten Übergangs der Versicherten in die Anschluss-Reha ermöglicht, die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Anschluss-Reha selbst zu prüfen und deren zeitnahe Einleitung zu organisieren, ohne zunächst auf die Genehmigung der Leistung durch die zuständige Krankenkasse zu warten.

Die Direkteinweisung erfolgte in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des Indikationskataloges für Anschluss-Heilbehandlungen (AHB) der Deutschen Rentenversicherung zuzüglich der GKV-spezifischen Indikationen Geriatrie und neurologische Früh-Reha. Die entsprechenden Anträge auf Anschluss-Reha wurden den Krankenkassen dabei weiterhin zugeleitet, damit diese die für das Verfahren zu dokumentierenden Daten in ihren Systemen hinterlegen konnten.

Die GKV-seitig insgesamt bis zum 31. Mai 2020 befristete Verfahrensumstellung erfolgte unter anderem in Anlehnung an entsprechende Corona-bedingte Sonderregelungen der Deutschen Rentenversicherung, die insofern auch innerhalb des Verbundsystems der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) für alle Versicherten einheitlich umgesetzt wurden.

Zwischenbilanz und Ausblick

Mit Blick auf die gesetzlichen Änderungen durch das IPReG sowie die Auswirkungen der Corona-Pandemie ist insgesamt eine hohe Dynamik im Leistungsbereich der medizinischen Reha der GKV festzustellen.

Bei Betrachtung der im IPReG vorgesehenen leistungsrechtlichen Änderungen wird vor dem Hintergrund der einleitend dargestellten Zielsetzungen des Gesetzgebers deutlich, dass die

Erleichterung und Beschleunigung des Zugangs zu medizinischen Reha-Leistungen unter Berücksichtigung des spezifischen Reha-Auftrags der GKV einen besonderen Stellenwert einnimmt.

Zwar steht die konkrete Ausgestaltung einiger Neuregelungen durch den G-BA noch aus. Allerdings zeichnen sich insbesondere in den davon umfassten Leistungsbereichen der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Reha sowie der Anschluss-Reha bereits tiefgreifende Änderungen ab, die flankiert von den dargestellten Herausforderungen der Corona-Pandemie im Leistungsbereich der medizinischen Reha der GKV umzusetzen sind.

In diesem Zusammenhang liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf der Frage, wie der gesetzlich beabsichtigte schnellstmögliche Zugang zu erforderlichen medizinischen Reha-Leistungen auch unter Pandemiebedingungen sichergestellt werden kann. Dem entgegen steht gerade zu Beginn der Pandemie die Verunsicherung vieler Versicherter, Leistungen zur medizinischen Reha überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Daher erscheint es zielführend, dass die für die konkrete Leistungserbringung verantwortlichen Reha-Einrichtungen dem Gesundheits- und Infektionsschutz der Rehabilitanden und Behandler durch den Einsatz strukturierter und mit den örtlichen Gesundheitsämtern abgestimmter Hygienekonzepte Rechnung tragen.

Aufgrund des pandemiebedingt massiven Rückgangs der Fallzahlen und der damit verbundenen Belegungs- und Einnahmeausfälle auf Seiten der Reha-Einrichtungen verschärft sich allerdings auch deren wirtschaftliche Situation. Dies geht bei einigen Einrichtungen soweit, dass diese sich am Rande der Insolvenz bewegen und damit das Risiko einer Gefährdung rehabilitativer Versorgungsstrukturen konkret im Raum steht.

Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, spannt der Gesetzgeber einen Rettungsschirm und setzt dabei auch auf die Krankenkassen und Reha-Einrichtungen als Vertragspartner, die im Weiteren mit der einrichtungsindividuellen Verhandlung ergänzender Zuschläge beauftragt werden. Im Kontext der die Verträge und Versorgungsstrukturen betreffenden Neuregelungen des IPReG finden diese Verhandlungen jedoch unter erschwerten Bedingungen statt. Die damit verbundenen Herausforderungen werden im zweiten Teil des Artikels in der Ausgabe November/Dezember 2021 des Kompass näher betrachtet.

David Lange
KBS/KNAPPSCHAFT
Fachbereich Kunde und Leistung
Dezernat für stationäre Versorgung
und Rehabilitation
Knappschaftstraße 1
44799 Bochum

Bereits seit 2008 bie
KNAPPSCHAFT ihren
einen persönlichen C
Bereich an.

Daniela Glahn

Digitalisierung im Gesundheitswesen

KNAPPSCHAFT mit zunehmend mehr Online-Angeboten

Die Digitalisierung hat auch die gesetzlichen Krankenkassen erreicht. Kundenzentriert, prozessoptimiert und dabei nach den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie weiteren Vorschriften zu handeln, stellt die Krankenkassen vor eine Herausforderung im Bereich der Kundenkommunikation. Die KNAPPSCHAFT arbeitet kontinuierlich daran, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen, um ihren Kunden innovative und nutzerfreundliche digitale Angebote zur Verfügung zu stellen.

Allgemeines

Bereits in den 1990er Jahren wurden die Weichen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen gestellt. Ziel war es, die erforderliche Infrastruktur zur Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen, die Telematik-Infrastruktur (TI), zu implementieren. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Gesetze, die aufeinander aufbauen, auf den Weg gebracht:

Januar 2016 – E-Health-Gesetz
Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten.

Durch das E-Health-Gesetz wurden Fristen vorgegeben, die den Druck auf alle Beteiligten im Gesundheitswesen erhöhen. Auf Basis der Zeitpläne der gematik GmbH (Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte), die mit dem Aufbau der TI beauftragt wurde und der Industrie wurde ein Zeitfenster für die bundesweite Einführung der TI festgeschrieben.

August 2017 – OZG
Das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG) ist am 18. August 2017 in Kraft getreten.

Das OZG verpflichtet Bund, Länder und Kommunen, bis Ende 2022 ihre Verwaltungsleistungen über Verwaltungsportale auch digital anzubieten. Dazu gehören auch die gesetzlichen Krankenkassen, die ausgewählte Leistungen (Anträge) über den jeweiligen Online-Kundenbereich digital anbieten müssen.

Mai 2019 – TSVG
Das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten.

Ziele des TSVG sind unter anderem, dass Patienten schneller Arzttermine bekommen und die Leistungen der Krankenkasse und die Versorgung (zum Beispiel durch die Einführung der elektronischen Patientenakte, der eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung etc.) verbessert werden.

August 2019 – GSAV
Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) ist am 16. August 2019 in Kraft getreten.

Durch das GSAV wird die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 31 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in elektronischer Form (eRezept) geregelt.

Dezember 2019 – DVG
Das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) ist am 19. Dezember 2019 in Kraft getreten.

Durch das DVG wird das Angebot für „Apps auf Rezept“ (digitale Gesundheitsanwendungen), Videosprechstunden und digitale Gesundheitskompetenz[1] geschaffen und der Zugriff überall bei Behandlungen auf das sichere Datennetz im Gesundheitswesen ermöglicht.

1 § 20k SGB V.

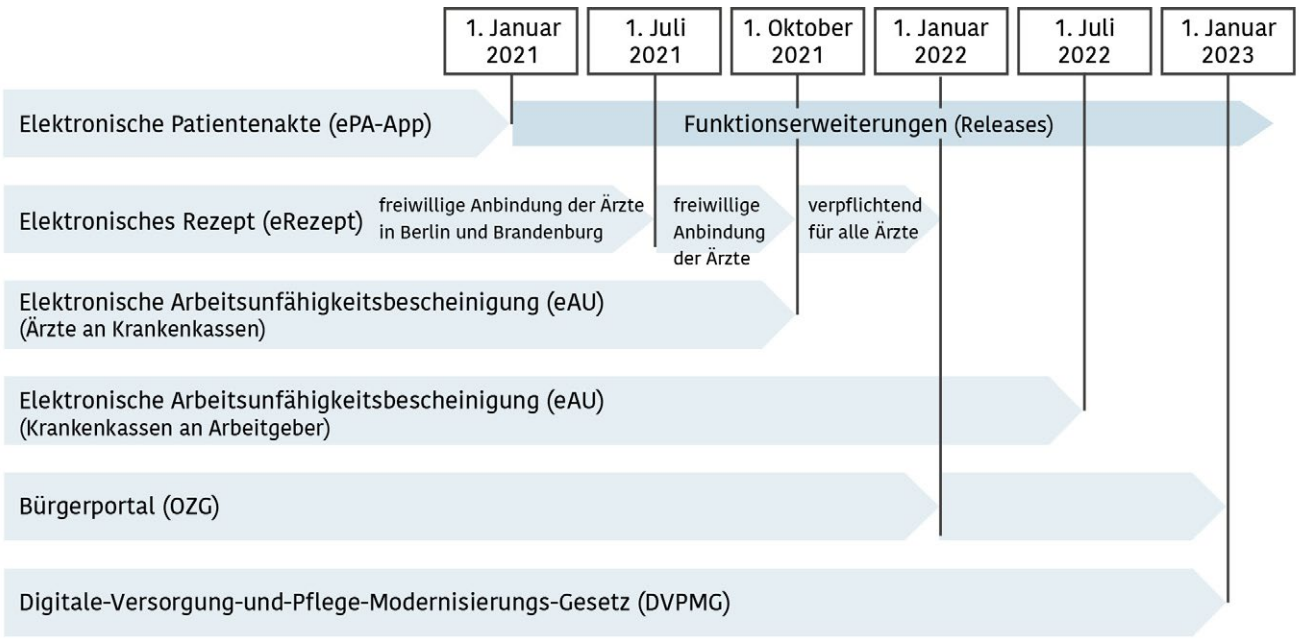
Oktober 2020 – PDSG
Das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematik-Infrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) ist am 20. Oktober 2020 in Kraft getreten.

Mit dem PDSG werden digitale Angebote wie das e-Rezept oder die elektronische Patientenakte (ePA) nutzbar und sensible Gesundheitsdaten gleichzeitig bestmöglich geschützt.

Juni 2021 – DVPMG
Das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) ist am 8. Juni 2021 in Kraft getreten.

Digitale Helfer für die Pflege, mehr Telemedizin und eine moderne Vernetzung im Gesundheitswesen sind die Ziele des DVPMG.

Abbildung 1: Übersicht und Zeitplan digitale Angebote



Quelle: KNAPPSCHAFT

Die digitalen Angebote

Die Abbildung 1 zeigt die digitalen Angebote und deren Starttermine. Die Einführungstermine können sich allerdings verschieben, weil die technischen Komponenten, zum Beispiel die Ausstattung der Arztpraxen mit Konnektoren zur Anbindung an die TI, verzögert bereitgestellt werden.

Laut der gematik GmbH vernetzt „die Telematikinfrastruktur (TI) alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sektoren- und systemübergreifenden sowie sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) mit einem elektronischen Heilberufs- und Praxisausweis Zugang erhalten."

Die digitalen Angebote umzusetzen, ist für die Krankenkassen eine Herausforderung, denn es gilt die Anbindung an die TI zu erreichen sowie die Vorgaben der gematik GmbH und die laufend aktualisierten gesetzlichen Vorgaben zu beachten.

Dabei sind – je nach Produkt – verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen, wie zum Beispiel

- Einkauf von geeigneter Soft- und Hardware,
- Anbindung an die TI und Einhaltung der von der gematik GmbH vorgegebenen Voraussetzungen zur Zertifizierung der digitalen Angebote,
- Anbindung der Produkte (bei der KNAPPSCHAFT) an das Kernsystem oscare®,
- datenschutzkonforme Umsetzung nach der DSGVO,
- Beachtung von IT-sicherheitsrechtlichen Vorgaben (Verfahrens-/Betriebssicherheit etc.),
- kundenzentrierte und nutzerfreundliche Bereitstellung der digitalen Produkte.

Um diese Voraussetzungen erfüllen zu können, muss bei den gesetzlichen Krankenkassen das entsprechende Know-how aufgebaut oder eingekauft werden, denn es handelt sich nicht um die „reine Umsetzung von Paragraphen nach dem Sozialgesetzbuch".

Die Umsetzung der digitalen Angebote eröffnet ein komplett neues Handlungsfeld für die Krankenkassen, das es zu bedienen gilt. Das braucht neue Kompetenzen, Bereitstellung personeller Ressourcen und den Einsatz von finanziellen Mitteln. Auch die Kundenbetreuung erfährt ein neues Segment. Die Mitarbeiter müssen im Kundenkontakt auch die digitalen Angebote kennen und im Bedarfsfall auch dazu beraten können.

Die KNAPPSCHAFT digital

Um die digitalen Angebote bei der KNAPPSCHAFT umzusetzen, arbeiten im Verbundsystem der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) die verschiedensten Bereiche, wie zum Beispiel

- die Abteilung „Kranken- und Pflegeversicherung" KNAPPSCHAFT,
- das Dezernat „IT-Betrieb und Rechenzentrum",
- das Dezernat „Dienstleistungszentrum DV-Anwendungsentwicklung",
- die Querschnittsbereiche „IT-Sicherheitsbeauftragte", „Datenschutzbeauftragter",
- und viele weitere

eng zusammen.

Dabei hat sich das sogenannte „Scrum-Modell“ bewährt. Scrum ist ein Vorgehensmodell des Projekt- und Produktmanagements, insbesondere zur agilen Softwareentwicklung. Im Gegensatz zur normalen Produktentwicklung wird versucht durch die agile Arbeitsweise nach Scrum ein Produkt zu entwickeln und auf den Markt zu bringen, das flexibel und dynamisch ist; und dies mit einem nur absolut notwendigen Maß an Bürokratie.

Für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte und der App „Meine GESUNDHEIT“ wird derzeit noch im Projektstatus in Kooperation mit der IBM Deutschland GmbH gearbeitet. Perspektivisch ist auch hier angedacht, einen Linienbetrieb aufzubauen, um die bereits genannten gesetzlichen Vorgaben und knapp–schaftspezifische Funktionserweiterungen umzusetzen. Hier bietet sich ebenfalls die bereits gelebte und erfolgreiche Verfahrensweise nach Scrum an.

„Meine KNAPPSCHAFT“ –
Der Online-Kundenbereich

Seit 2008 bietet die KNAPPSCHAFT den Online-Kundenbereich auf ihrer Internetseite an. Hierüber können Versicherte ihre Anliegen zur Kranken- und Pflegeversicherung jederzeit digital erledigen.

Mit dem internen Projekt KURS Zukunft 2017/2018 wurde der Fokus unter anderem auf den Ausbau des Online-Kundenbereichs gelegt. Seitdem wurden viele Funktionen und Online-Services entwickelt.

Derzeit bietet der Online-Kundenbereich folgende Funktionen:

Leistungen	Persönliche Daten	Services
• Einreichen - der AU-Bescheinigung - von Rechnungen (zum Beispiel für Impfungen, Osteopathie-Behandlungen, etc.) - der Verordnung für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) • Hochladen des - AktivBonus-Nachweisbogens - Bildes für die elektronische Gesundheitskarte • direkte Beantragung von - Kinderkrankengeld/ Corona-Kinderkrankengeld - Mutterschaftsgeld - AktivBonus junge Familien • Herunterladen weiterer Anträge • Einsicht in die elektronische Patientenquittung	• Daten ändern - Bankverbindung ändern - E-Mail-Adresse ändern - Passwort ändern - Kundenkonto löschen • Berufliche Veränderung mitteilen, zum Beispiel - Neuer Arbeitgeber - Meldung bei der Agentur für Arbeit - Dienst bei der Bundeswehr - Bundesfreiwilligendienst - Studium - Selbstständige Tätigkeit • Dienststellensuche „Wir in Ihrer Nähe“	• Gesundheitskurse - Gesundheitskurse vor Ort finden - AKON Aktivtage/Radurlaub auf Rezept - Onlinekurse und Apps, z.B. ABJETZT/FIT, ABJETZT/YOGA, • Gesundheitsservices z. B. BMI-Rechner, Check-Up Hauttyp, • Medikamente im Test der Stiftung Warentest • Informationen zu Zusatzversicherungen • Ärzte-Videochat • Kontaktformular

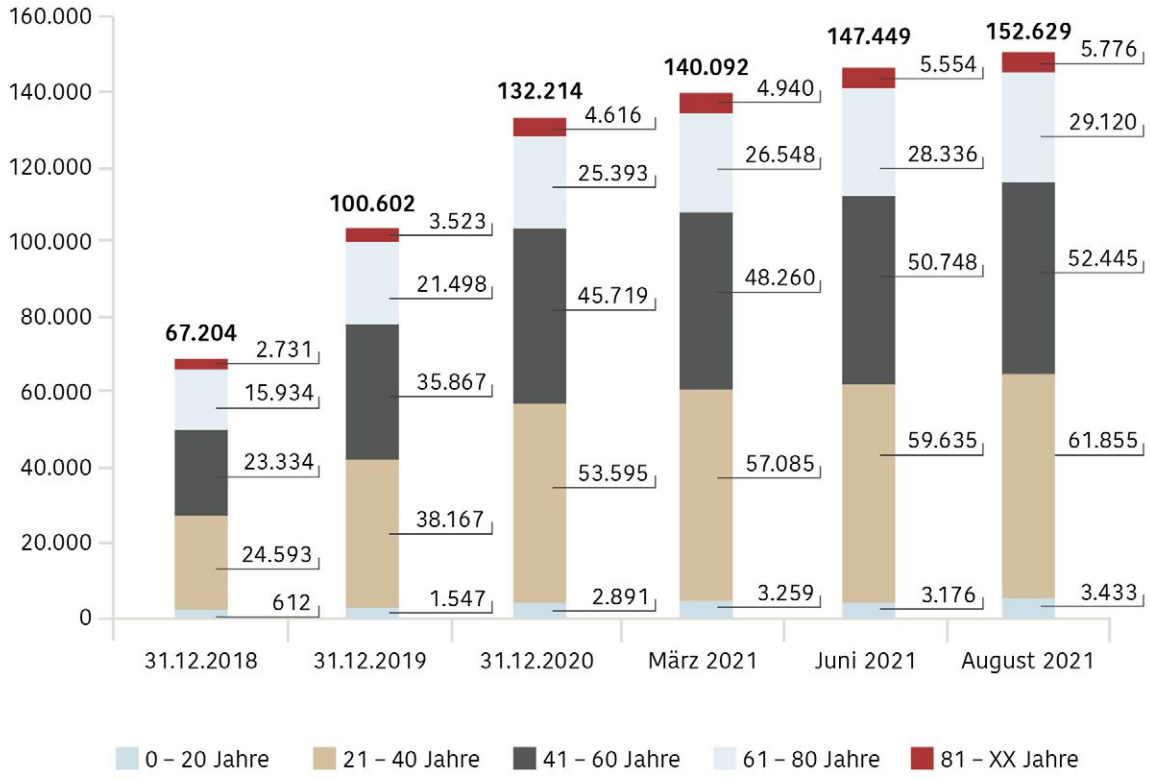
Bislang nutzen 152.629 Kunden den Online-Kundenbereich.

Entgegen der Erwartungen wird der Online-Kundenbereich auch von älteren Versicherten genutzt. Rund ein Fünftel der registrierten Nutzer sind über 60 Jahre alt (vergleiche Abbildung 2).

Geplant ist, eine Service-App auf den Markt zu bringen, die den Online-Kundenbereich und weitere Services anbietet, wie zum Beispiel die Suche nach einer Geschäftsstelle. Damit können die Kunden der KNAPPSCHAFT den Online-Kundenbereich auch unterwegs von einem mobilen Endgerät nutzen.

„Meine GESUNDHEIT“ – die App zur ePA
Zum 1. Januar 2021 hat die KNAPPSCHAFT die App „Meine GESUNDHEIT“ in Zusammenarbeit mit der IBM Deutschland GmbH auf den Markt gebracht. In dieser App haben Versicherte der KNAPPSCHAFT die Möglichkeit, ihre Gesundheits- und Krankheitsdaten zu bündeln und sicher abzulegen. Die ePA ist somit ein geschützter Speicher für medizinische Dokumentationen. Der Vorteil ist, dass die Kunden auf ihre Daten immer und überall über ihr Smartphone zugreifen können.

Abbildung 2: Anzahl der registrierten Nutzer der Online-Geschäftsstelle der KNAPPSCHAFT



Quelle: KNAPPSCHAFT

Die Server, auf denen die Kundendaten gespeichert werden, stehen in Europa, so dass die höchsten Datenschutz- und IT-Sicherheitsvorgaben eingehalten werden können.

Folgende Informationen können in der ersten Version der ePA gespeichert werden:

- Befunde/Diagnosen
- Therapiemaßnahmen
- Behandlungsberichte
- Impfungen
- elektronische Medikationspläne
- Arztbriefe.

Bis zur Anbindung aller Ärzte und Leistungserbringer an die TI können die Kunden ihre vorhandenen Dokumente selbst in der App hochladen.

Seit dem 1. Juli 2021 müssen die Ärzte die technischen Voraussetzungen schaffen, die ePA ihrer Patienten zu befüllen. Dazu erteilt der Kunde dem Arzt die Erlaubnis, auf die Daten zuzugreifen. Dieser kann dann aus seinem Praxisverwaltungssystem die medizinischen Behandlungsinformationen (Arztbriefe, Befunde, Laborwerte, Röntgenbilder etc.) in die ePA speichern. Der Versicherte allein entscheidet, wem er den Zugriff erteilt und für welchen Zeitraum.

Neben diesen Daten der Ärzte können auch eigene Daten des Kunden, wie zum Beispiel ein Tagebuch über Blutzuckermessungen, abgelegt werden.

Für die Jahre 2022 und 2023 sind weitere Funktionen für die ePA gesetzlich vorgeschrieben, und zwar für das Jahr 2022

- Implementierung der Impfausweise, Mutterpässe, Untersuchungshefte für Kinder, Zahnbonushefte
- Bereitstellung über in Anspruch genommene Krankenkassenleistungen
- Schaffung der Möglichkeit, für jedes einzelne Dokument Leseberechtigungen zu erteilen: Der Nutzer kann zielgerichteter entscheiden, welche Daten er welchen Ärzten oder Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung stellen will.
- Vertreterregelung: Möglichkeit, die eigene ePA durch dritte, persönliche Vertreter führen zu lassen. Das ist beispielsweise bei Pflegebedürftigen von Vorteil, die die ePA selbst nicht bedienen können.
- Alle Daten aus der ePA werden bei einem Wechsel der Krankenkasse übernommen.

Und ab dem Jahr 2023

- Speicherung von Daten zur pflegerischen Versorgung der Kunden
- Anzeige von sonstigen von Gesundheitsdienstleistern bereitgestellten Daten
- Implementierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- Möglichkeit, die in der ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Um allen datenschutzrechtlichen und IT-sicherheitsrelevanten Vorgaben gerecht zu werden, müssen Kunden sich zum einen für die Nutzung der App „Meine GESUNDHEIT“ registrieren und sich dann für die Nutzung der ePA in der App authentifizieren. Für beide Schritte ist jeweils die Einwilligung vom Kunden zur Datenschutzerklärung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen zwingend erforderlich.

Bis zum 16. August 2021 wurde die App „Meine GESUNDHEIT“ insgesamt 29.950 Mal heruntergeladen und 10.434 Kunden haben sich für die Nutzung der elektronischen Patientenakte registriert:

Downloads	Stand 16. August 2021
Android	19.600
Apple	10.350
Summe der Downloads	29.950
Durchgeführte Aktivierungen für die ePA	10.434

Die App „Meine GESUNDHEIT“ wird fortlaufend weiterentwickelt.

Die ePA ohne App

Um der gesetzlich vorgeschriebenen Barrierefreiheit gerecht zu werden, können Versicherte die ePA auch ohne App und Smartphone nutzen. Dann erfolgt das Befüllen der ePA durch die Ärzte beziehungsweise Leistungserbringer über die elektronische Gesundheitskarte.

Bei dieser Variante der ePA hat der Kunde allerdings keine Möglichkeit, die eingestellten Dokumentationen selbst einzusehen. Dies muss er schriftlich beantragen. Auch bei diesem Verfahren ist die Einwilligung des Kunden zur Datenschutzerklärung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen zwingend erforderlich.

Ab dem Jahr 2022 müssen, nach derzeitigem Stand, die Krankenkassen die Möglichkeit der Einsichtnahme in die ePA über die elektronische Gesundheitskarte schaffen, zum Beispiel über den sogenannten Desktop-Client.

Ausblick

Für die Umsetzung der Digitalisierungsvorhaben des Gesetzgebers in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ist ein Umdenken und gegebenenfalls eine Neuausrichtung der bestehenden Strukturen in der GKV erforderlich. Etablierte Strukturen müssen für den Bereich der digitalen Produkte erweitert oder neu aufgebaut werden. Leistungs- und Serviceangebote, die bereits analog zur Verfügung stehen, müssen auch in Bezug auf digitale Möglichkeiten gedacht und umgesetzt werden.

Vorteile der Digitalisierung für die Krankenkassen sind nicht nur schnelle und einfache Abwicklung von Kundenanliegen, sondern auch die Chance, intern Prozesse schlanker, effizienter und kun-denzentrierter (zum Beispiel durch maschinelle Dunkelverarbeitung, ohne Zutun der Mitarbeiter) zu gestalten. Die dadurch geschaffenen Freiräume können dann zum Beispiel verstärkt für eine optimale und individuelle Betreuung und Beratung der Kunden eingesetzt werden.

Die jüngst auf den Weg gebrachten Gesetze zu den Digitalisierungsangeboten der Krankenkassen zeigen, dass sich diese immer mehr weg von starren Richtlinien, Regularien und Standards für alle Krankenkassen hin zu einer offeneren lediglich durch Vorgabe von Rahmenbedingungen und somit Schaffung von Freiräumen für die Krankenkassen wandeln.

Dieses Umdenken des Gesetzgebers ermöglicht es den Krankenkassen, sich Wettbewerbsvorteile durch entsprechende digitale Zusatzangebote zu den gesetzlich verankerten Services zu verschaffen und sich von den Mitbewerbern abzugrenzen. Ebenso haben die Krankenkassen damit die Chan-ce, sich als Partner für ihre Kunden im Bereich der Versorgung zu etablieren. So kann aufgrund von Erweiterungen der gesetzlichen Mindestan-forderungen bei den digitalen Angeboten, wie zum Beispiel Services mit Mehrwert in der ePA, den Kunden ein besseres und ganzheitliches Versorgungsangebot unterbreitet und individuell auf die Bedürfnisse der Kunden eingegangen werden. Somit können zukünftig punktgenaue Angebote seitens der Krankenkassen – aus-gerichtet auf das Krankheitsbild der Kunden oder deren Präventionsverhalten – unterbreitet werden. Damit besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, den Kunden als Partner noch individueller in allen Belangen ihrer Gesundheit beiseite zu stehen.

Daniela Glahn
KBS/KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
Abteilungsreferat Strategie und Innovation
Team für Produktinnovation
Knappschaftstr. 1
44799 Bochum

Quellen:
bundesgesundheitsministerium.de
kbv.de
gematik.de
wikipedia.de

Neuer Beruf: Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Seit Anfang 2020 ist in Deutschland eine Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann möglich. Zum Jahresende 2020 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 53.610 Frauen und Männer in der Ausbildung zu diesem neuen Beruf, mit dessen Einführung unter anderem die Arbeit in der Pflege attraktiver gemacht und so dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnet werden soll.

Breiteres Tätigkeitsfeld

In der neuen Ausbildung, die mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) von 2017 begründet wurde und stufenweise in Kraft trat, werden die bis dahin getrennten Ausbildungen in folgenden Berufen

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in,
- Altenpfleger/in

zum Berufsbild

- Pflegefachfrau/-mann

zusammengeführt. Der Wechsel zwischen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege soll erleichtert und den Pflegefachkräften ein breiteres Tätigkeitsfeld eröffnet werden.

Im Modell jahrelang erprobt, ermöglicht das PflBRefG als weiteren Qualifizierungsweg zudem ein reguläres Pflegestudium in Deutschland als Antwort auf die zunehmend komplexeren Anforderungen im Pflegebereich.

Viele ältere Auszubildende

Nicht nur junge Menschen wählen eine Ausbildung in der Pflege: 6 Prozent beziehungsweise 3.582 Auszubildende zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann waren bei Ausbildungsbeginn bereits 40 Jahre oder älter, weitere 11 Prozent beziehungsweise 5.910 waren zwischen 30 und 39 Jahre alt. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Ausbildung lag bei 20 Jahren. Ebenso wie bei den Vorläufer-Ausbildungen wählen vor allem Frauen die neue Ausbildung: Gut drei Viertel der Auszubildenden (76 Prozent beziehungsweise 40.602) im neuen Berufsbild waren Frauen.

Auch Teilzeit möglich

Die Berufsausbildung kann auch in Teilzeit absolviert werden. Dies soll einerseits Personen mit familiären Verpflichtungen die Ausbildung erleichtern, andererseits sollen berufsbegleitende Ausbildungen unterstützt werden, etwa die Weiterqualifizierung vom Pflegehelferberuf zur Pflegefachkraft. Im ersten Ausbildungsjahr haben 507 Auszubildende (1 Prozent) die Möglichkeit zur Teilzeitausbildung genutzt.

Statistisches Bundesamt/Rög

88. 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 87. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   1.1 Der bisherige Achte Teil (Übergangs- und Schlussbestimmungen) wird zum Neunten Teil (Übergangs- und Schlussbestimmungen)

   1.2 Die bisherigen §§ 97 (Bekanntmachung) und 98 (In-Kraft-Treten) werden zu den §§ 98 (Bekanntmachung) und 99 (In-Kraft-Treten)

   1.3 Es wird ein neuer Achter Teil (Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme) eingefügt

   1.4 Der neue § 97 lautet wie folgt: Fachstelle für Fördermittel des Bundes

2. § 2 wird wie folgt ergänzt:

   „§ 2 Aufgaben
   (1) bis (4) ...

   (5) Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See administriert und prüft Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme (§ 7 Gesetz zur Errichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See).“

3. § 18 Abs. 4 Ziffer 3 wird wie folgt geändert:

   „§ 18 Geschäftsführung
   (1) bis (3) ...

   (4) Den Mitgliedern der Geschäftsführung obliegen insbesondere

   1.-2. ...

   3. die Feststellung und Zahlung von gesetzlichen, satzungsmäßigen Leistungen und Zuwendungen,

   4.-12. ...

   (5) ...“

4. Der bisherige Achte Teil wird umbenannt:

„Neunter Teil
Übergangs- und Schlussbestimmungen“

5. Die bisherigen §§ 97 und 98 im neuen Neunten Teil werden umbenannt:

   „§ 98 Bekanntmachung
   (1) bis (3) ...

   § 99 Inkrafttreten
   (1) bis (3) ...“

6. Es wird ein neuer Achter Teil eingefügt:

   „Achter Teil
   Förderprogramme und Förderprojekte des Bundes oder vom Bund administrierte Förderprogramme“

7. Es wird ein neuer § 97 unter dem Achten Teil eingefügt:

   „§ 97 Fachstelle für Fördermittel des Bundes
   Für die der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See übertragene Aufgabe der Administration und Prüfung von Förderprogrammen und Förderprojekten des Bundes oder von vom Bund administrierten Förderprogrammen (§ 7 Gesetz zur Errichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) wird die Fachstelle für Fördermittel des Bundes mit Sitz in Cottbus eingerichtet.“

Artikel 2

Artikel 1 tritt am Tag nach der Bekanntmachung in Kraft.

Einstimmig beschlossen im Rahmen eines schriftlichen Abstimmungsverfahrens der Vertreterversammlung.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung im schriftlichen Umlaufverfahren beschlossene 88. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird gemäß § 195 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie § 34 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) in Verbindung mit § 90 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 12. August 2021
112-7990.0-2544/2005

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag
van Doorn

89. 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 87. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

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

Der bisherige Text wird in den Absätzen 1 und 2 geändert und lautet wie folgt:

„§ 68 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die KNAPPSCHAFT gewährt ihren Versicherten für folgende 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. Wahrnehmung von Bewegungsangeboten in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio kalenderjährlich einmal siebzig Euro,

2. Wahrnehmung von qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten in einem Sportverein kalenderjährlich einmal siebzig Euro,

3. Erwerb eines anerkannten Sportabzeichens, einschließlich qualifiziertem, angeleitetem Trainingsvorlauf (mit Übungsleitung) kalenderjährlich einmal fünfzehn Euro.

Der Bonus nach den Nummern 1 bis 3 wird jeweils bei regelmäßiger Aktivität gewährt. Der Nachweis der Maßnahmen erfolgt mittels eines Bonusnachweisheftes. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird von einem 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."

Die Absätze (3) bis (6) bleiben unverändert.

Artikel 2

Artikel 1 tritt zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Einstimmig beschlossen im Rahmen eines schriftlichen Abstimmungsverfahrens der Vertreterversammlung.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung schriftlich beschlossene 89. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 9. August 2021
213-59022.0-1226/2005

Bundesamt für Soziale Sicherung

Im Auftrag
Beckschäfer

Frank Vanhofen,
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Edeltraud Glänzer,
Vorsitzende des Vorstandes

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

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

Das Amt des Vorstandsvorsitzenden wurde turnusgemäß der Versichertenvertreterin Edeltraud Glänzer übertragen, die den Arbeitgebervertreter Michael Weberink ablöste.

Den Vorsitz der Vertreterversammlung übernahm der Arbeitgebervertreter Frank Vanhofen. Er löste den Versichertenvertreter Robert Prill ab.

KBS ■

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Vertreterversammlung hat im schriftlichen Umlaufverfahren folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschüsse

Massenwidersprüche

Dr. Viola Denecke wurde von ihrem Amt als 1. Stellvertreterin des Mitglieds Nils Hindersmann im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche entbunden und Aline Rennebeck, geboren 1992, Hannover, zur neuen 1. Stellvertreterin im Widerspruchsausschuss für Massenwidersprüche gewählt.

München I

Als Nachfolger des ausgeschiedenen Jürgen Drews wurde Ralf Bulach, geboren 1986, Gutach, zum neuen 1. Stellvertreter des Mitglieds Bruno Weis im Widerspruchsausschuss München I gewählt.

Westfalen Lippe III

Als Nachfolgerin des ausgeschiedenen Heinz-Werner Seidel wurde Donate Luziga, geboren 1963, Dortmund, zur neuen 1. Stellvertreterin des Mitglieds Volkmar Bendl im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe III gewählt.

Als Nachfolger des zurückgetretenen Volkmar Bendl wurde Udo Quisbrock, geboren 1953, Dortmund, zum neuen 2. Stellvertreter des Mitglieds Monika Adomat im Widerspruchsausschuss Westfalen-Lippe III gewählt.

KBS

Personalnachrichten

50-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtsinspektor Thomas Trendel	1.9.2021

40-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsoberinspektor Stefan Böckenfeld	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Carola Ehlert	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Yvonne Freiberg	1.9.2021
Regierungsoberamtsrat Michael Hedemann	1.9.2021
Regierungshauptsekretär Jörg Krone	1.9.2021
Krankenschwester Kerstin Margraf	1.9.2021
Regierungsamtsrätin Karin Neisemeier	1.9.2021
Regierungsamtmann Udo Heinrich Perick	1.9.2021
Verwaltungsangestellter Ralf Polack	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Andrea Schwartz	1.9.2021
Verwaltungsangestellter Frank Steiner	1.9.2021
Regierungshauptsekretär Günter Wielitzka	1.9.2021
Regierungsamtmann Stefan Winter	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Michaela Wolff	1.9.2021
Verwaltungsangestellter Olaf Schlieper	2.9.2021
Verwaltungsangestellte Ulrike Knoll	4.9.2021
Regierungsamtsrätin Petra Abendroth	15.9.2021
Regierungsamtsrat Andreas Barth	15.9.2021
Regierungsamtmann Detlev Conrad	15.9.2021
Regierungsoberamtsrat Thomas Griess	15.9.2021
Regierungsamtmann Wolfram Koch	15.9.2021
Regierungsamtfrau Heike Koch	15.9.2021
Regierungsamtmann Harald Müller	15.9.2021
Regierungsoberamtsrat Hans-Detlev Rehbein	15.9.2021
Regierungsoberamtsrat Ralf Schmidt	15.9.2021
Regierungsamtsrat Rainer Seyb	15.9.2021
Regierungsamtfrau Anke Siemon	15.9.2021
Oberregierungsrat Klaus Theuer	15.9.2021
Regierungsoberamtsrätin Petra Wieding-Müller	15.9.2021
Sozialversicherungsfachangestellter Andreas Horsch	18.9.2021
Verwaltungsangestellte Susanne Budnick	29.9.2021
Verwaltungsangestellte Gabriele Balom	30.9.2021
Regierungsamtmann Ralf Basenau	1.10.2021
Krankenschwester Regine Bortz	1.10.2021
Verwaltungsangestellte Heike Gersch	1.10.2021
OP-Pfleger Karl-Heinz Glanemann	1.10.2021
Verwaltungsangestellter Kilian Kempa	1.10.2021
Krankenschwester Karin Kiemes	1.10.2021
Medizinisch-technische Assistentin Gabriele Pakosch	1.10.2021
Verwaltungsangestellte Sylvia Priese	1.10.2021
Verwaltungsangestellte Andrea Schmidt	1.10.2021
Verwaltungsangestellter Dieter-Paul Wein	1.10.2021
Krankenschwester Marina Rademacher	2.10.2021

25-jähriges Dienstjubiläum

Lagerist Michael Fuchs	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Sandra Jarczyk	1.9.2021
Regierungsoberinspektorin Denise Martin	1.9.2021
Regierungsoberinspektorin Carmen Schulz	1.9.2021

Medizinaldirektorin Dr. Grit Schwarz	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Karin Voigt	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Nicole Zimmermann	1.9.2021
Verwaltungsangestellte Nicole Rohde	2.9.2021
Registraturangestellter Friedhelm Balzer	3.9.2021
Verwaltungsangestellte Yvonne Beecken	11.9.2021
Angestellte im Schreibdienst Elke Schneider	15.9.2021
Regierungsamtfrau Yvonne Bendieck	16.9.2021
Regierungsdirektorin Anke Dargel	16.9.2021
Regierungsoberinspektorin Tanja Grzella	16.9.2021
Regierungsamtsrätin Ines Haselow	16.9.2021
Regierungsamtfrau Melanie Junge	16.9.2021
Regierungsamtmann Florian Köhler	16.9.2021
Regierungsamtfrau Susanne Kudla	16.9.2021
Regierungsoberinspektorin Patricia Moersen	16.9.2021
Regierungsamtfrau Maria Overhoff	16.9.2021
Regierungsamtfrau Adrienne Scheer	16.9.2021
Regierungsoberinspektorin Yvette Schreiner	16.9.2021
Regierungsamtfrau Susanne Weidenfeld	16.9.2021
Verwaltungsangestellte Kerstin Mayer	23.9.2021
Verwaltungsangestellter Carsten Hardt	25.9.2021
Regierungsamtfrau Katrin Schönau	30.9.2021
Sozialversicherungsfachangestellter Sven Funke	1.10.2021
Pflegepersonal Regina Grieco	1.10.2021
Krankenschwester Ursula Lewald	1.10.2021
Verwaltungsangestellte Doris Paulußen	1.10.2021
Krankenschwester Eva Raschke	1.10.2021
Krankenschwester Irina Janzen	15.10.2021
Medizinaloberrat Darius Warnke	21.10.2021

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. Christiane Krüger (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:
©PM Images - gettyimages.de (Titel und S. 3),
© LWA/Dann Tardif - gettyimages.de (S. 23)
© KBS (S. 28)

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

Amtliches Mitteilungsblatt „Kompass“
Kompass-Archiv
Ausgaben 2021
Kompass-Archiv
Ausgaben 2020
Kompass-Archiv
Ausgaben 2019
Kompass-Archiv
Ausgaben 2018
Kompass-Archiv
Ausgaben 2017
Den Kompass einfach online lesen.
kbs.de/kompass
Alle Fachtexte finden
Sie in unserem digitalen Archiv.
Krankenhäuser und Reha-Kliniken
Kranken- und Pflegeversicherung
Minijob-Zentrale
News und Media
Die KBS in Zahlen
Amtliches Mitteilungsblatt „Kompass“
Alle Presse-Mitteilungen
Sozialreport
Kontakt