127. Jahrgang · Januar I Februar 2017

Kompass

Gehen ist Leben

HAUSHALT DER KBS 2017
ÄNDERUNGEN IN DER SOZIALVERSICHERUNG AB 1. JANUAR
NEUE LEISTUNG DER SEEMANNSKASSE

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Kurs der KBS für 2017
Haushalt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für das Jahr 2017 verabschiedet

13 Gehen ist Leben! – Versorgung von Patienten mit Durchblutungsstörungen verbessern
Eine Analyse der Versorgungsforschung der KBS

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

19 Änderungen in der Sozialversicherung zum 1. Januar 2017

22 Neue Leistung der Seemannskasse

24 Wahl zur Vertreterversammlung der DRV KBS – Bekanntmachung des Ergebnisses
§ 28 Absatz 2 Wahlordnung für die Sozialversicherung - SVWO -

BERICHTE UND INFORMATIONEN

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

28 Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

29 57. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

30 Personalnachrichten

31 Impressum

Titelbild:
Viele Menschen unterschätzen wie gefährlich Durchblutungsstörungen in den Beinen sind. Die Versorgungsforschung der Knappschaft-Bahn-See hat nun die periphere arterielle Verschlusskrankheit analysiert, um die Versorgung der Patienten zu verbessern.

Foto: © okalinichenko - fotolia.com

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

ULRICH PASCHEK

Kurs der KBS für 2017

Haushalt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für das Jahr 2017 verabschiedet

Nachdem die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) in ihren Sitzungen am 17. und am 24. November 2016 den Haushaltsplan 2017 auf- beziehungsweise festgestellt hat, wurde er von der Bundesregierung – nach verschiedenen Abstimmungsgesprächen mit allen Beteiligten – im Rahmen der Kabinettsitzung am 25. Januar 2017 genehmigt. Im Jahr 2017 will die KBS 48,7 Mrd. Euro für soziale Sicherheit ausgeben; der Anstieg dieses Gesamthaushaltsvolumens gegenüber dem Vorjahr beträgt 1,3 Mrd. Euro beziehungsweise 2,7 v. H. Die KBS ist damit im Hinblick auf das Finanzvolumen nach der Deutschen Rentenversicherung Bund der zweitgrößte Sozialversicherungsträger in Deutschland.

Angesichts der neuen Herausforderungen, die auf die KBS im Jahr 2017 zukommen, wurde im Vorfeld der Haushaltsplanerstellung eine Vielzahl von Abstimmungsgesprächen insbesondere mit den Bundesressorts (Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS, Bundesministerium für Gesundheit – BMG, Bundesministerium der Finanzen – BMF) sowie den Aufsichtsbehörden (Bundesversicherungsamt – BVA, Bundesrechnungshof – BRH) geführt. In diesen wurden insbesondere die Planungen im Bereich der Krankenversicherung auch vor dem Hintergrund vielfältiger externer und interner Herausforderungen bestätigt.

Das Gesamtvolumen des Haushaltsplanes 2017 der KBS teilt sich im Wesentlichen auf folgende Bereiche auf:

Leistungshaushalte
Das Ausgabenvolumen des originären Haushaltes, also für die Leistungsbereiche Krankenversicherung, Pflegeversicherung, allgemeine und knappschaftliche Rentenversicherung, beläuft sich auf 33,558 Mrd. Euro; somit wird der Vorjahresbetrag um 1,334 Mrd. Euro (= 4,1 v. H.) überschritten. Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus der deutlichen Veränderung der Versicherungsleistungen in der Sozialen Pflegeversicherung.

Wirtschaftspläne, Sondervermögen
Hinzu kommen die Ausgabenvolumina der Eigenbetriebe, also der Rehabilitationseinrichtungen, die in sogenannten Wirtschaftsplänen als Anlage zum Haushaltsplan gesondert nachgewiesen werden. Hier ergibt sich ein Gesamtbetrag von 66,710 Mio. Euro mit einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr aufgrund allgemeiner Preissteigerungen um 1,341 Mio. Euro beziehungsweise 2,1 v. H. Die drei Sondervermögen der KBS, die Arbeitgeberversicherung zum Ausgleich der Aufwendungen der Arbeitgeber für ihre Beschäftigten im Krankheits- beziehungsweise Mutterschaftsfall, die Seemannskasse und die Renten-Zusatzversicherung, weisen für das Jahr 2017 ein Haushaltsvolumen von insgesamt 881,050 Mio. Euro auf. Damit wird der Vorjahresbetrag um 3,607 Mio. Euro oder 0,4 v. H. unterschritten. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben des traditionellen knappschaftlichen Mehrleistungssystems der Krankenversicherung umfasst ein Finanzvolumen von 65,293 Mio. Euro; das stellt einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 2,4 v. H. dar.

Auftragsgeschäfte
Das Volumen der im Rahmen von Auftragsgeschäften übernommenen Aufgaben wird gemäß § 4 Absatz 3 Nr. 3 SVHV[1] in der Finanzübersicht „durchlaufende Posten“ mit insgesamt 14,187 Mrd. Euro ausgewiesen. Von dem Gesamtbetrag entfallen auf den Bereich des Einzugs der Pauschalabgaben für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (sog. Minijobs) 7,706 Mrd. Euro; hier beläuft sich der Rückgang gegenüber dem Vorjahr auf 84,068 Mio. Euro (1,1 v. H.). Des Weiteren sind hier die diversen Auftragsgeschäfte der verschiedenen Kassenabteilungen der KBS (z.B. Leistungen im Auftrag der Unfallversicherung oder von Sozialhilfeträgern) mit einem Gesamtvolumen von 6,482 Mrd. Euro etatisiert.

Abb. 1: Haushalt 2017 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See - in 1.000 Euro -

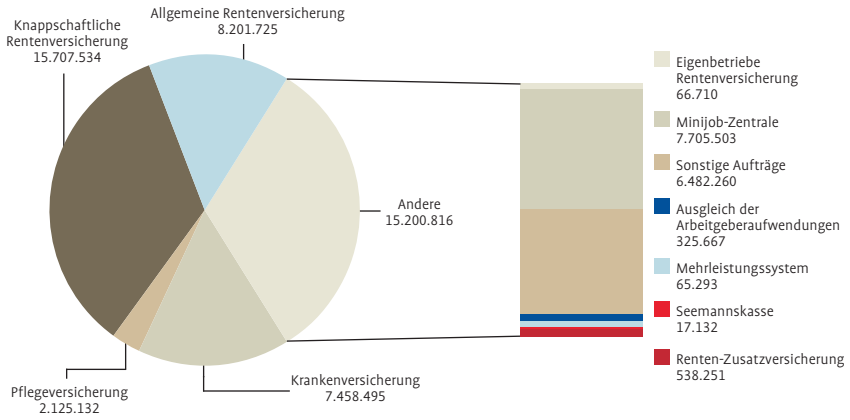
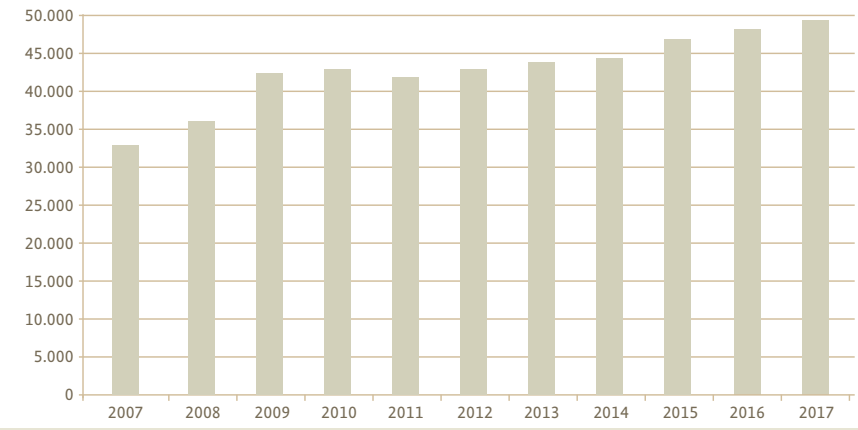


Abb. 2: Entwicklung des Haushaltsvolumens der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2007 bis 2017 - in Mio. Euro -



Die Aufteilung des Gesamtvolumens des Haushalts 2017 auf die genannten Bereiche ist in der Abb. 1 dargestellt. Die Entwicklung seit dem Jahr 2007 zeigt die Abb. 2.

Krankenversicherung

Versichertenentwicklung
Zum 1. Januar 2015 wurden in der Krankenversicherung kassenindividuelle Zusatzbeiträge eingeführt. Auswirkungen dieser Zusatzbeiträge auf Wanderungsbewegungen der Mitglieder zwischen den Kassen mit unterschiedlichen Zusatzbeitragssätzen waren im Voraus nicht detailliert abschätzbar.

Nach einer nunmehr zweijährigen Erfahrung zeigt sich, dass im Verlaufe dieses Zeitraumes aufgrund der unterschiedlichen Höhe der Zusatzbeitragssätze Wanderungsbewegungen zunahmen. Für die Knappschaft ist im Jahr 2017 keine Anpassung ihres Zusatzbeitragssatzes im Vergleich zum Vorjahr erforderlich. Da im Umfeld aber einige Kassen ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen, sind vor diesem Hintergrund für das Jahr 2017 durchaus Mitgliederzuwächse zu erwarten. Auf der anderen Seite sind bei der Knappschaft nennenswerte Versichertenverluste durch die hohe Mortalität des Versichertenbestandes absehbar.

Insofern wurde bei der Kalkulation der Anzahl der zu betreuenden Mitglieder eine Verringerung der Zahl der versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragssteller um 3,2 v. H. unterstellt. Auf der anderen Seite wird auf der Basis der aktuellen Entwicklungen eine Zunahme der Zahl der Pflichtmitglieder um 1,7 v. H. erwartet. In der Summe führt dies zu einem jahresdurchschnittlichen Versichertenbestand von 1.658.000, was einer Verringerung gegenüber dem Jahr 2016 von 1,3 v. H. entspricht.

Finanzsituation 2017

Nachdem der Schätzerkreis seine Kalkulation zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt hat, hat das BMG am 27. Oktober 2016 im Bundesanzeiger einen (unveränderten) durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent für das Jahr 2017 bekannt gemacht.

Bei der Haushaltsplanung für das Jahr 2017 konnte die Knappschaft auf die wesentlichen Eckdaten des Gesundheitsfonds und des Schätzerkreises zurückgreifen, da die Bundesressorts für den Haushaltsplan 2017 ihr Einverständnis erklärt hatten, von der gesetzlichen Sollvorgabe zur Vorlage des von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplanes (§ 71 Absatz 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV) abzuweichen. Insofern war der Haushaltsplan erst in der zweiten Hälfte des Monats November 2016 der Bundesregierung zur Genehmigung vorzulegen.

Auf der Einnahmenseite wurden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowohl für Leistungsausgaben als auch für sonstige Ausgaben in Höhe von 6,913 Mrd. Euro etatisiert. Zur Deckung des Ausgabenüberschusses wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz der Knappschaft von 1,3 v. H. berücksichtigt. Daraus resultieren weitere Einnahmen von 432,6 Mio. Euro.

Der GKV-Schätzerkreis rechnet mit einer Kostensteigerungsrate für das Jahr 2017 über alle Leistungsausgaben von 3,9 v. H. je Versicherten. Hier wurden die erwarteten Mehrausgaben aus einer Vielzahl neuer Leistungsgesetze berücksichtigt. Dabei handelt es sich um:

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)
- Präventionsgesetz (PrävG)
- Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)
- Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG)
- Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)
- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG)
- Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II)

Aufgrund spezifischer Maßnahmen im Kostenmanagement, die die Knappschaft bereits im Jahre 2015 eingeleitet hat, wurde im Haushalt eine Kostensteigerung entsprechend den Erwartungen des Schätzerkreises von 3,9 v. H. trotz gleichzeitig steigender Morbidität, woraus ein zusätzlicher Ausgabenanstieg resultiert, unterstellt.

Die Struktur der Einnahmen und der Ausgaben des Jahres 2017 mit einem Gesamtvolumen von 7,458 Mrd. Euro ist in der Abb. 3 dargestellt.

Der Anteil der Verwaltungs- und Verfahrenskosten an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung ist mit 4,0 v. H. – im Vergleich zu den übrigen gesetzlichen Krankenkassen – weiterhin unterdurchschnittlich. Um die Rechtsfolgen des § 318 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hinsichtlich der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds zu erreichen, hat die KBS die Verwaltungsausgaben in der Differenzierung des Kontenrahmens für die Träger der Krankenversicherung ausgewiesen. Das BVA hat diesen Ausweis mit Bescheid vom 4. November 2016 positiv bewertet. Damit erhält die Knappschaft Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben nach denselben Kriterien wie alle anderen Krankenversicherungsträger. Wäre dieser Nachweis seitens der KBS nicht erbracht oder vom BVA nicht akzeptiert worden, so würde die Knappschaft für 2017 lediglich GKV-durchschnittliche Zuweisungen für Verwaltungskosten erhalten. Damit wäre das vermehrte Arbeitsaufkommen aufgrund der erhöhten Morbidität der Versicherten der Knappschaft bei der Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten unberücksichtigt geblieben.

Das sogenannte Mehrleistungssystem, in dem die Einnahmen und Ausgaben von freiwillig versicherten Mitgliedern ausgewiesen sind, entwickelt sich bezogen auf die Teilnehmerzahl aufgrund seiner Abgeschlossenheit weiterhin rückläufig. In dieser Versicherung können Mitglieder eine Risikoabsicherung für Zweitbettzimmer-Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung bei einem Krankenhausaufenthalt erwerben. Aufgrund des Rückgangs der Zahl der Berechtigten, die an diesem System

teilhaben können (der Anspruch zur Teilnahme an der Versicherung muss am 31. März 2007 bestanden haben), sinkt das Haushaltsvolumen im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr auf voraussichtlich 65,293 Mio. Euro (= - 2,4 v. H.).

Pflegeversicherung

Das Haushaltsvolumen der Pflegeversicherung für das Jahr 2017 beläuft sich auf insgesamt 2,125 Mrd. Euro und steigt damit im Vergleich zur Planung des Vorjahres um 32,6 v. H. (= 522,777 Mio. Euro). Dieser nachhaltige Anstieg resultiert aus der Umsetzung des PSG II zum 1. Januar 2017. Aus diesem Gesetz, mit dem eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ein neues Begutachtungs-Assessment verbunden sind, resultieren nennenswerte Leistungsverbesserungen, die zu einem Ausgabenanstieg führen. Pflegebedürftig sind ab dem 1. Januar 2017 Personen, die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen. Die bislang geltenden drei Pflegestufen werden durch Pflegegrade abgelöst, die der Pflegebedürftigkeit des Einzelnen besser gerecht werden sollen. Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von einer geringen Beeinträchtigung (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5).

Im Jahresdurchschnitt 2017 wird unterstellt, dass die knappschaftliche Pflegeversicherung 203.900 Pflegebedürftige (+ 49.000 gegenüber der Veranschlagung im Vorjahr, davon 45.000 mit Pflegegrad 1) mit Leistungen versorgt.

Die Einnahmen wurden auf der Basis der erwarteten Mitgliederentwicklung und eines zum Jahresbeginn 2017 erhöhten bundeseinheitlichen Beitragssatzes von 2,55 v. H. beziehungsweise 2,80 v. H. für kinderlose Mitglieder kalkuliert; es ergeben sich Beitragseinnahmen in Höhe von 444,135 Mio. Euro. Aus der immer noch alterslastigen Versichertenstruktur resultiert eine Eigenfinanzierungsquote von lediglich 21,9 v. H. (Haushaltsplan 2016: 25,8 v. H.). Der deutliche Rückgang der Eigendeckungsquote beruht auf den Leistungsanpassungen zum Beginn des Jahres 2017, die die knappschaftliche Pflegeversicherung aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Pflegeprävalenz stärker belasten. Der Differenzbetrag zur Deckung der Ausgaben muss aus dem vom BVA verwalteten Ausgleichsfonds mit einem Volumen von 1,660 Mrd. Euro finanziert werden.

Bei der Planung der Ausgaben wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2017 ambulant 118.300 und stationär 40.400 Pflegebedürftige betreut werden. Hinzu treten noch voraussichtlich 45.000 Empfänger von Leistungen des sogenannten Pflegrades 1. Hieraus werden Leistungsausgaben im ambulanten und stationären Bereich in Höhe von 1.168,050 Mio. Euro beziehungsweise 801,504 Mio. Euro erwartet. Das sind durchschnittlich etwa 7.100 Euro je ambulant beziehungsweise etwa 19.800 Euro je stationär Pflegebedürftigen.

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

Als Verwaltungskostenerstattung an die Krankenversicherung sind insgesamt 53,922 Mio. Euro veranschlagt. Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten sind nach Maßgabe des § 46 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) pauschal von den Pflegekassen in Höhe von 3,5 v. H. des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Kran-

Abb. 3: Haushalt 2017 der Krankenversicherung - in Mio. Euro -

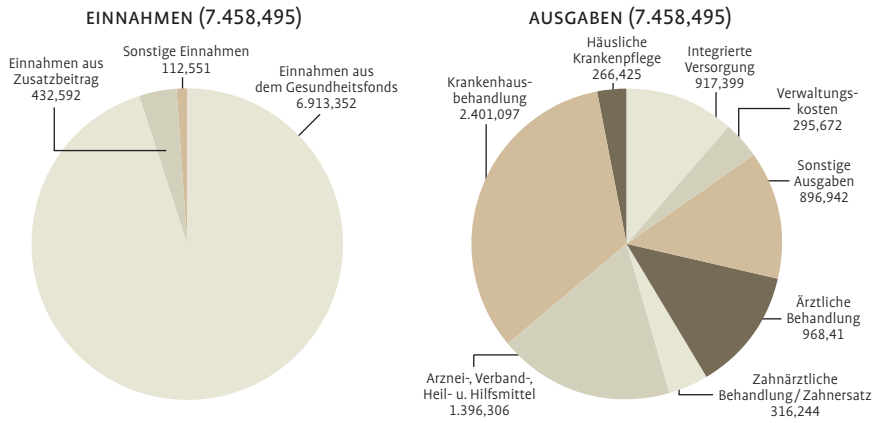
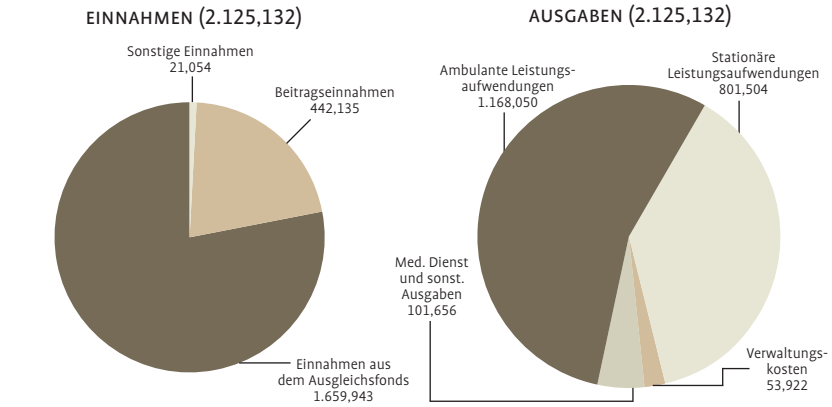


Abb. 4: Haushalt 2017 der Pflegeversicherung - in Mio. Euro -



kenkassen zu erstatten, wobei der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Absatz 4 Satz 5 SGB XI und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b SGB XI (Zahlung bei Überschreitung der Begutachtungsfristen) zu vermindern ist. Die Aufwendungen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 2,5 (Vorjahr: 2,7) v. H. der Gesamtausgaben der Pflegekasse dar.

Für den Aufwand des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) bei der Begutachtung, Qualitätssicherung und -kontrolle der Pflegefälle werden Mittel in Höhe von 26,551 Mio. Euro bereitgestellt.

Knappschaftliche Rentenversicherung

Der Haushalt der knappschaftlichen Rentenversicherung ist mit 15,708 Mrd. Euro weiterhin der größte Einzeletat. Im Vergleich zum Vorjahr werden die Einnahmen und Ausgaben voraussichtlich um 1,6 v. H. (= 252,602 Mio. Euro) steigen.

Entsprechend den bei der Haushaltsaufstellung bekannten Eckwerten ging die KBS bei ihrer Planung für das Jahr 2017 von einem Beitragssatz zur allgemeinen Rentenversicherung von 18,7 v. H. und daraus resultierend für die knappschaftliche Rentenversicherung von 24,8 v. H. aus. Mit der „Bekanntmachung der Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für das Jahr 2017“ des BMAS vom 17. November 2016 wurden diese Werte bestätigt.

Für das Jahr 2017 wird eine Rentenanpassung erwartet, die nach den Annahmen der Deutschen Rentenversicherung Bund, wie sie zum Zeitpunkt der Erstellung des Haushaltsplans vorlagen, rein rechnerisch 2,30 v. H. (West) beziehungsweise 2,58 v. H. (Ost) betragen wird.

Aufgrund der gegebenen Altersstruktur des bisherigen (bergbaunahen) Betreuungspotentials wurde weiterhin von einer Verringerung der Rentnerzahl ausgegangen. Durch einen Zuwachs der Rentner aus der Sonderzuständigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung (Ein-Monats-Regelung) ergibt sich nur eine Teilkompensation, so dass der Rentenbestand 2017 insgesamt leicht rückläufig ist; es werden jedoch noch immer rund eine Million Rentner durch ein eigenes Rentenzahlverfahren betreut.

Größte Einnahmeposition der knappschaftlichen Rentenversicherung ist der von der allgemeinen Rentenversicherung zu tragende Wanderversicherungsausgleich. Für anteilige Erstattungen der von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu Lasten der allgemeinen Rentenversicherung mit ausgezahlten Leistungsanteile für Renten- und Zusatzleistungen (einschließlich KVdR-Anteile) sowie Erstattungen für Leistungen zur Teilhabe werden insgesamt 7,157 Mrd. Euro (2016: 6,947 Mrd. Euro) erwartet. Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus der Zunahme der Rentenzahlfälle aus der sogenannten Ein-Monats-Regelung.

Der zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlte Bundeszuschuss verringert sich gegenüber dem Vorjahr; es wurde ein Betrag von 5,230 Mrd. Euro etatisiert. Der Bundeszuschuss zur knappschaftlichen Rentenversicherung entwickelt sich seit dem Jahr 2002 Jahr für Jahr rückläufig.

Insgesamt wird mit Rentenausgaben in Höhe von 14,3 Mrd. Euro gerechnet; dies entspricht einem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 0,223 Mrd. Euro (+ 1,6 v. H.).

Die Kalkulation der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) basiert auf einem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 v. H. Hieraus errechnet sich ein von der knappschaftlichen Rentenversicherung zu tragender „KVdR-Aufwand“ von 1.033,558 Mio. Euro, was einem leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 17,445 Mio. Euro entspricht.

Im Rahmen der Budgetregelung des § 220 Absatz 1 und 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) hat eine Abstimmung mit allen übrigen Rentenversicherungsträgern hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe stattgefunden. Das in diesem Rahmen ermittelte Nettovolumen für die knappschaftliche Rentenversicherung in Höhe von 138 Mio. Euro wurde bei der Etatisierung unterschritten. Veranschlagt wurde hier ein bedarfsgerechter Betrag von 130,808 Mio. Euro.

Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten stellen lediglich einen Anteil von 0,8 v. H. an den Gesamtausgaben dar. Die gesetzliche Zielsetzung, die Verwaltungskosten bis zum Jahr 2010 um 10 v. H. der Ist-Ausgaben des Jahres 2004 zu senken, wurde im Einvernehmen aller Träger der Deutschen Rentenversicherung auch für die Folgejahre fortgeschrieben. Das hieraus resultierende Ausgabenbudget wird von der KBS eingehalten.

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

Allgemeine Rentenversicherung

Seit dem 1. Januar 2005 ist die heutige KBS für beide Versicherungszweige der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig, das heißt sowohl für die knappschaftliche als auch für die allgemeine Rentenversicherung. Als Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist sie branchenbezogen zuständig

Abb. 5: Haushalt 2017 der knappschaftlichen Rentenversicherung
- in Mio. Euro -

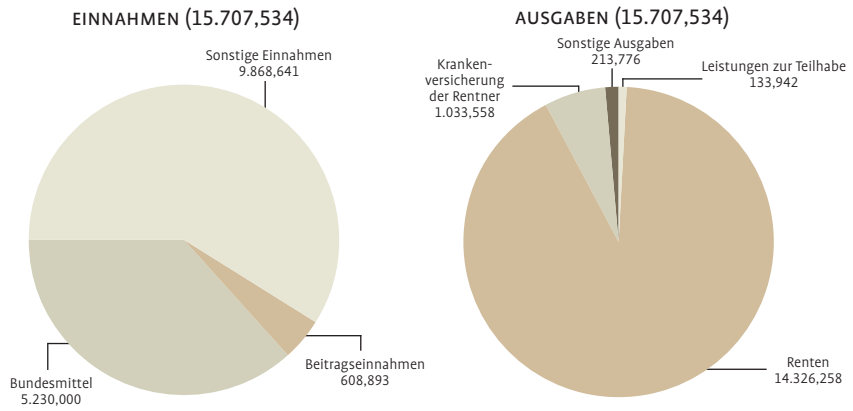
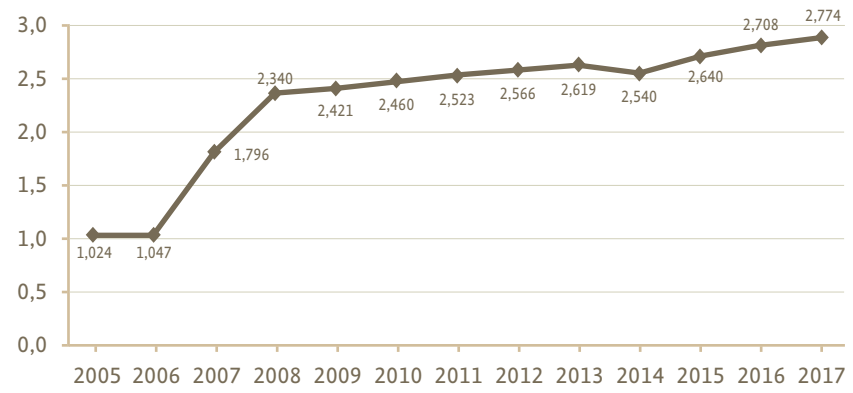


Abb. 6: Entwicklung des Beitragssatzanteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung 2005 bis 2017 – in Prozent –



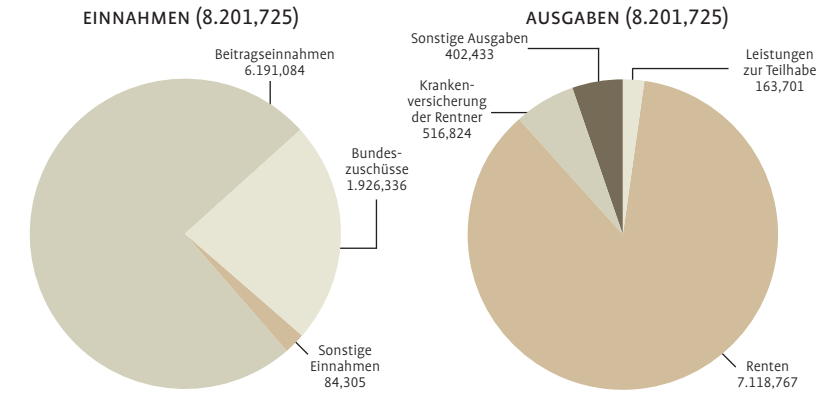
für jene Versicherte, für die bisher die Zuständigkeit der Bahnversicherungsanstalt beziehungsweise der Seekasse gegeben war (§ 129 SGB VI). Bei Neueinstellungen des Trägers nach dem 30. September 2005 wird die Versicherung dieser Mitarbeiter ebenfalls in der allgemeinen Rentenversicherung der KBS durchgeführt. Neben der branchenbezogenen Zuständigkeit werden der KBS in der allgemeinen Rentenversicherung ab dem 1. Januar 2005 zusätzlich Versicherte zur Erfüllung der Quotenregelung des § 127 SGB VI zugewiesen.

Gemäß § 219 Absatz 1 SGB VI bilden alle Träger der allgemeinen Rentenversicherung einen Finanzverbund. Sie tragen die Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung mit Ausnahme der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe, für Verwaltungs- und Verfahrenskosten sowie Investitionen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen. Bei den Einnahmen werden die Bundeszuschüsse, die Beitragszahlung des Bundes für Kindererziehungszeiten und die Erstattungen des Bundes – mit Ausnahme der Erstattung für Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI und die Erstattung nach § 290a SGB VI – sowie die gemeinsame Nachhaltigkeitsrücklage einschließlich der Erträge hieraus den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung ebenfalls nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen zugeordnet. Die Aufteilung erfolgt buchhalterisch (§ 227 SGB VI).

Die Weiterleitung von Beiträgen durch die Einzugsstellen an den Gesundheitsfonds, an die zuständigen Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit (BA) sowie die Aufteilung der Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung auf die einzelnen Träger regelt § 28k SGB IV. Danach leitet die Einzugsstelle den zuständigen Trägern die für diese gezahlten Beiträge arbeitstäglich weiter. Die Einzugsstellen teilen die Beiträge der allgemeinen Rentenversicherung nach einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgegebenen Schlüssel auf die Bundes- und Regionalebene auf. Der Verteilungsschlüssel 2017 berücksichtigt die Wanderung von Versicherten zwischen Bundes- und Regionalträgern am Jahresende 2014. Danach beträgt der Anteil für die Bundesträger (Deutsche Rentenversicherung Bund sowie KBS) 50,491 v. H.; auf die Regionalträger entfallen 49,509 v. H. der Beiträge. Von dem Anteil für die Bundesträger erhält die Deutsche Rentenversicherung Bund 94,506 v. H. und die KBS 5,494 v. H. Für den Anteil der KBS stellt dies im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 3,8 v. H. dar. Insgesamt erhält die KBS als Träger der allgemeinen Rentenversicherung 2,774 v. H. aller Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung. Beitragsabführungen erhält die allgemeine Rentenversicherung der KBS im Jahr 2017 von der trägereigenen Minijob-Zentrale, der Bahn-Betriebskrankenkasse und der Techniker Krankenkasse. Zudem verbleiben die Rentenversicherungsbeiträge, sofern sie nicht der knappschaftlichen Rentenversicherung gebühren, der bei der Knappschaft versicherten Beschäftigten im Hause. Die Entwicklung des Anteils der KBS an den Gesamtbeitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung ist in der Abb. 6 dargestellt.

Auf der Basis einer gemeinsamen Finanzschätzung des BMAS und der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden für die allgemeine Rentenversicherung der KBS Beitragseinnahmen

Abb. 7: Haushalt 2017 der allgemeinen Rentenversicherung
- in Mio. Euro -



in Höhe von 6,191 Mrd. Euro geschätzt. Dies stellt im Vergleich zum Jahr 2016 eine Mehrung um 0,443 Mrd. Euro oder 7,7 v. H. dar. Zudem werden auf der Einnahmenseite rund 1,254 Mrd. Euro an allgemeinem Bundeszuschuss sowie 0,669 Mrd. Euro an zusätzlichem Bundeszuschuss erwartet.

Auf der Ausgabenseite werden 7,119 Mrd. Euro an Rentenausgaben sowie Netto-Ausgaben von 156,567 Mio. Euro für den Bereich Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht etatisiert. Das Finanzvolumen der allgemeinen Rentenversicherung beträgt insgesamt 8,202 Mrd. Euro; die Einnahmen- und Ausgabenstruktur ist in der Abb. 7 dargestellt.

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

Verwaltungs- und Verfahrenskosten

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

Minijob-Zentrale

Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde zum 1. April 2003 der damaligen Bundesknappschaft unter anderem durch Änderung des SGB IV die Zuständigkeit für den Einzug der Pauschalabgaben bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen übertragen. Die KBS als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist damit aktuell Einzugsstelle der Pauschalbeiträge für rund 7,0 Mio. geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bei rund 2,3 Mio. Arbeitgebern. Seit dem 1. Januar 2006 wird dies auch für den Einzug des Beitrages zur gesetzlichen Unfallversicherung für die in Privathaushalten geringfügig Beschäftigten, die nach § 28 Absatz 7 SGB IV zu melden sind (sog. Haushaltsscheck-Verfahren), auf der Basis einer Verwaltungsvereinbarung mit dem Bundesverband der Unfallkassen praktiziert. Zudem wird aufgrund der Regelungen im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz – UVMG) die Umlage zum Insolvenzgeld nach § 358 i.V.m. § 361 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) ab dem 1. Januar 2009 durch die Krankenkassen und die Zentrale Stelle für Melde- und Beitragswesen (Minijob-Zentrale) eingezogen.

Das Volumen der einzuziehenden pauschalen Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird für das Jahr 2017 auf insgesamt 7,706 Mrd. Euro geschätzt. Diese Beiträge sind in der dafür vorgesehenen gesonderten Anlage zum Haushaltsplan, in den sogenannten durchlaufenden Posten, nachgewiesen, da diese Gelder lediglich an den Gesundheitsfonds sowie die Träger der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, an die BA sowie an den Bund und die Kirchen weiterzuleiten sind und nicht in eigener Zuständigkeit bewirtschaftet werden. Wie sich der vorge-

Abb. 8: Pauschalabgaben für Minijobs

	Mio. Euro
Beitragseinnahmen Krankenversicherung	3.074,648
Beitragseinnahmen Rentenversicherung	3.893,575
Umlagen nach dem AAG	251,268
Beitragseinnahmen Unfallversicherung	13,963
Einnahmen Insolvenzgeldumlage	22,843
Steuereinnahmen incl. Kirchensteuer	449,206
zusammen:	**7.705,503**

nannte Gesamtbetrag zusammensetzt, zeigt Abb. 8.

Diese Beitragseinnahmen der Minijob-Zentrale umfassen einen Anteil am GRV-Gesamtbeitragsvolumen von 1,8 v. H.; anders ausgedrückt bedeutet dies, dass der Anteil dieser Einnahmen am Gesamtbeitragssatz der Rentenversicherung von 18,7 v. H. rund 0,3 Prozentpunkte ausmacht. Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt beträgt der entsprechende Wert für den Anteil am Gesamtbeitragsvolumen 1,6 v. H. beziehungsweise bezogen auf den Anteil am Beitragssatz rund 0,2 Prozentpunkte.

Die Verwaltungskosten der Minijob-Zentrale werden im Rahmen der Kostenstellenrechnung erfasst und damit verursachungsgemäß zugeordnet. Diese Ausgaben sind letztlich erfolgsneutral, da ihnen Einnahmen aus der Beitragseinzugsstellenvergütung der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie der BA und Erstattungen des Bundeszentralamtes für Steuern sowie sonstige Verwaltungseinnahmen gegenüberstehen.

Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2017 stehen für stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in den neun Reha-Kliniken der knappschaftlichen beziehungsweise der allgemeinen Rentenversicherung der KBS insgesamt 1.322 Betten und 75 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Aufwendungen umfassen in 2017 voraussichtlich insgesamt 66,710 Mio. Euro.

Investitionen

Im Haushaltsplan 2016 sind Investitionen in einer Größenordnung von 59,333 Mio. Euro vorgesehen. Diese Mittel sind für bauliche und technische Optimierung in den Rehabilitationskliniken sowie in der Verwaltung, hier insbesondere im Bereich Datenverarbeitung, eingeplant.

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Auf der Grundlage des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) vom 22. Dezember 2005[2], das ab 1. Januar 2006 in Kraft ist, erbringt die KBS Versicherungsleistungen für rund 2,265 Mio. am Verfahren beteiligte Arbeitgeber. Damit dürfte die Arbeitgeberversicherung der KBS die größte Deutschlands sein. Bei der Haushaltsplanung 2017 wurde von folgenden Umlagesätzen ausgegangen: Im Bereich des Umlageverfahrens bei Krankheit beträgt der Umlagesatz 0,9 v. H., im Bereich des Umlageverfahrens bei Mutterschaft 0,30 v. H. Mit diesen Umlagesätzen liegt die KBS deutlich unter dem bundesdurchschnittlichen Umlageniveau. Zum Beginn des Jahres 2017 konnte der Umlagesatz U1 (Krankheit) von vormals 1,0 auf 0,9 v. H. reduziert werden.

Der Erstattungssatz für Krankheitsfälle beträgt 80 v. H., der entsprechende Erstattungssatz bei Mutterschaft beläuft sich auf 100 v. H. des fortgezahlten Entgelts. Insgesamt wird mit einem Finanzvolumen von rund 325,667 Mio. Euro im Jahr 2017 gerechnet. Der Rückgang gegenüber dem Vorjahr (- 0,3 v. H.) resultiert im Wesentlichen aus einer leichten Reduzierung der Erstattungsfälle im Bereich des Umlageverfahrens U1 im Verlaufe des Jahres 2016. Dabei wird angenommen, dass sich diese Entwicklung im Jahr 2017 fortsetzt.

Renten-Zusatzversicherung

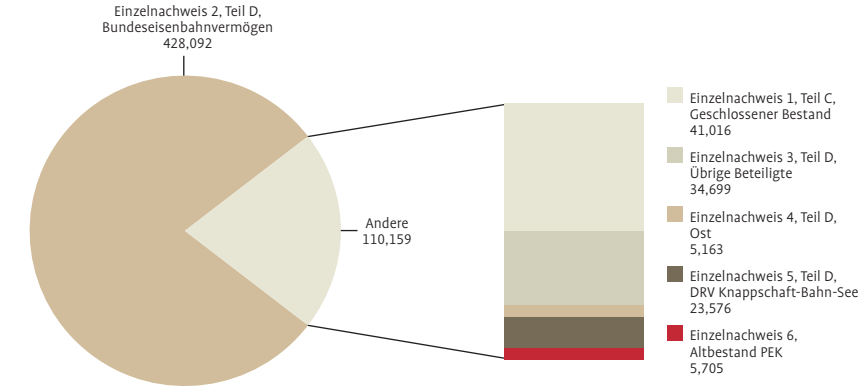
Mit Artikel 83 § 16 des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 9. Dezember 2004[3] wurde das Satzungsrecht der Bahnversicherungsanstalt zum 1. Oktober 2005 auf die KBS übergeleitet. Die entsprechenden Einnahmen, Leistungsaufwendungen und Verwaltungsausgaben der Renten-Zusatzversicherung werden in einem Sondervermögen getrennt von dem sonstigen Vermögen der KBS verwaltet. Der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben ist in einer Anlage zum Haushaltsplan der KBS zu führen, die nicht des Genehmigungsverfahrens nach § 71 SGB IV, sondern der Genehmigung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung bedarf.

Bedingt durch die unterschiedliche Finanzierung wurde der Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung in sechs Einzelnachweise untergliedert. Insgesamt sind in der Renten-Zusatzversicherung Einnahmen und Ausgaben in einer Größenordnung von 538,251 Mio. Euro veranschlagt. Dies bedeutet einen Rückgang von 1,274 Mio. Euro oder 0,2 v. H. Die Finanzvolumina der sechs Einzelnachweise werden durch Abb. 9 verdeutlicht.

Die Einnahmen und Ausgaben des sogenannten Geschlossenen Bestandes, in dem die Versicherungsfälle vor dem 1. August 1979 nachgewiesen sind, werden im Einzelnachweis 1 dokumentiert. Nach den Übergangsbestimmungen C der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS trägt das Bundeseisenbahnvermögen alle dem Teil C entstehenden Ausgaben. Für das Jahr 2017 erwartet die KBS Einnahmen und Ausgaben von 41,016 Mio. Euro. Bei diesen Ansätzen wurde ein Rückgang der Empfänger von Zusatzrenten von geplanten 8.476 im Jahr 2016 auf 7.370 berücksichtigt. Relativ am deutlichsten wird der Rückgang bei den Versichertenrenten ausfallen. Bei den Hinterbliebenenrenten dürfte die Abnahme der Zahlfälle gemäßigter sein.

Im Einzelnachweis 2 (Bundeseisenbahnvermögen) sind alle Leistungsfälle ab dem 1. August 1979 von Versicherten etatisiert, die Arbeitnehmer der ehemaligen Deutschen Bundesbahn waren oder durch die Bahnreform auf das Bundeseisenbahnvermögen be-

Abb. 9: Nachweis der Einnahmen und Ausgaben der Renten-Zusatzversicherung 2017 - in Mio. Euro -



ziehungsweise auf die Deutsche Bahn AG übergegangen sind. Nach § 183 Absatz 1 der Anlage 7 zu § 95 der Satzung der KBS werden die nicht durch Einnahmen gedeckten Ausgaben durch einen Zuschuss zu Lasten des Bundeshaushaltes (Bundeszuschuss) aufgebracht. Insgesamt rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von 428,092 Mio. Euro, es wurden 91 633 Rentenempfänger berücksichtigt.

Im Einzelnachweis 3 (Übrige Beteiligte) werden alle Versicherungsfälle ab dem 1. August 1979 von Arbeitnehmern der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, der Wasserwirtschafts- und Schifffahrtsverwaltungen der Länder Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein berücksichtigt. Darüber hinaus sind die pflichtversicherten Arbeitnehmer der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, des Eisenbahn-Waisenhortes und der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt, die ab dem 1. April 1999 neu eingestellt wurden und nicht aus dem Bereich des Bundeseisenbahnvermögens kamen, hier versichert. Für den Deckungsabschnitt vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2021 wurde ein Umlagesatz von 10,81 v. H. festgelegt. Für das Jahr 2017 erwartet die KBS Einnahmen von 32,256 Mio. Euro und Ausgaben von 34,699 Mio. Euro. Hieraus resultiert ein eingeplanter Fehlbetrag von 2,443 Mio. Euro, der aus dem vorhandenen Vermögen gedeckt werden kann. Die Zahl der Bezieher von Versichertenrenten dürfte im Verlaufe des Jahres 2017 nahezu konstant bleiben.

Der Einzelnachweis 4 (Ost) beinhaltet alle Versicherungsfälle ab dem 1. Januar 1997, die pflichtversicherte Arbeitnehmer der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes, des Bundeseisenbahnvermögens, der Bahn-Betriebskrankenkasse, der ehemaligen Eisenbahn-Unfallkasse, des Eisenbahn-Waisenhortes und der ehemaligen Bahnversicherungsanstalt im Tarifgebiet Ost sind. Die Finanzierung dieses Bestandes erfolgt in einem sogenannten Kombinationsmodell. Der Umlagesatz für die Arbeitgeber beträgt 2,0 v. H. Die Beiträge für den kapitalgedeckten Bereich (Beitragssatz 4,0 v. H.) werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Vor dem Hintergrund dieses besonderen Finanzierungsverfahrens rechnet die KBS mit einem Überschuss von 3,482 Mio. Euro. Die voraussichtlichen Einnahmen betragen 5,163 Mio. Euro. Demgegenüber stehen erwartete Ausgaben von 1,681 Mio. Euro für 1.040 Rentenzahlfälle.

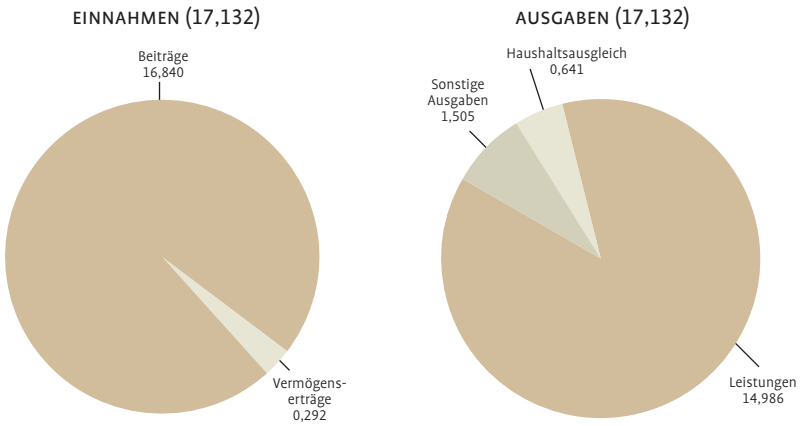
Die Versicherungsfälle, die ab dem 1. Oktober 2005 pflichtversicherte Arbeitnehmer der KBS oder ihrer Beteiligungsgesellschaften sind, werden im Einzelnachweis 5 etatisiert. Die Finanzierung erfolgt in einem Kapitaldeckungsverfahren. Der Beitragssatz beträgt 6,8 v. H. ab Beginn des Jahres 2017. Hiervon werden 3,99 v. H.-Punkte von den Arbeitgebern getragen, der restliche Beitragssatzanteil von den Arbeitnehmern. Insgesamt erwartet die KBS Einnahmen von 23,576 Mio. Euro und Ausgaben von 0,453 Mio. Euro, also einen Überschuss von 23,123 Mio. Euro. Derzeit geht die KBS von lediglich 194 Rentenzahlfällen für das Jahr 2017 aus.

Im Einzelnachweis 6 (Altbestand Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen) sind alle Versicherungsfälle der Abteilungen D (Bund) und E (Freistaat Bayern) der Pensionskasse Deutscher Eisenbahnen und Straßenbahnen nachgewiesen. Diese Versicherungsverhältnisse wurden nach Artikel 2 § 2 des Gesetzes zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes und anderer Gesetze auf die ehemalige Bahnversicherungsanstalt übertragen. Hierfür rechnet die KBS mit Einnahmen und Ausgaben von jeweils 5,705 Mio. Euro. Erwartet wird ein Rückgang der Zahlfälle von 285 im Jahr 2016 auf 255 im Jahr 2017.

Seemannskasse

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

Abb. 10: Bewirtschaftungsplan 2017 der Seemannskasse - in Mio. Euro -



Anforderungen und Bedingungen der Schifffahrt Rechnung.

Das veranschlagte Ausgabevolumen für das Jahr 2017 beläuft sich auf 16,491 Mio. Euro, was einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 5,7 v. H. bedeutet. Der Umlagesatz wurde ab Beginn des Jahres 2016 auf 4,0 v. H. festgelegt; im Jahr 2015 betrug der Umlagesatz noch 1,5 v. H. Die Erhöhung erfolgte im Hinblick auf die Wirtschaftslage im Reedereigewerbe, die von den Fachleuten als kritisch eingeschätzt wird. Es wird damit gerechnet, dass die anhaltende Schifffahrtskrise zu einem deutlichen Rückgang der deutschen Handelsflotte führt und damit auch zu einer rückläufigen Zahl deutscher Seeleute. Aufgrund der sich daraus ergebenden negativen Konsequenzen für die Finanzentwicklung der SMK – sinkende Einnahmen bei steigender Inanspruchnahme von Leistungen – wurde aus Gründen der kaufmännischen Vorsicht der Umlagesatz auf 4,0 v. H. festgesetzt, so dass das vorhandene Vermögen konstant gehalten werden kann. Die Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Seemannskasse ist der Abb. 10 zu entnehmen.

Bundesfachstelle Barrierefreiheit

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

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

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

Für das Haushaltsjahr 2017 wurden für den Betrieb der Bundesfachstelle Barrierefreiheit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 990 000 Euro etatisiert.

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

FUSSNOTEN
[1] Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung
[2] BGBl. I, Seite 3686
[3] BGBl. I, Seite 3242

© okalinichenko - Fotolia.com

BETTINA AM ORDE, DR. MED. JÜRGEN RANFT, DR. MED. KATHRIN NIEMÖLLER, DIETER CASTRUP, DR. RER. POL. STEFAN HÖRTER, DR. MED. PETER HALBERSTADT, DANIEL MAY

Gehen ist Leben! – Versorgung von Patienten mit Durchblutungsstörungen verbessern

Eine Analyse der Versorgungsforschung der KBS

Durchblutungsstörungen der Beine sind vielen Menschen nicht als gefährliche Volkskrankheit bekannt und werden daher oftmals unterschätzt. Eine aktuelle Untersuchung des Instituts für Versorgungsforschung der Knappschaft-Bahn-See (KBS) gemeinsam mit der Abteilung für klinische und interventionelle Angiologie[1] des Knappschaftskrankenhauses Bottrop hat die medizinische Versorgungssituation der Betroffenen analysiert. Sie zeigt den großen sozioökonomischen Stellenwert der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit

Hintergrund

Während Herzinfarkt und Schlaganfall vielen Menschen als gefährliche Volkskrankheiten bekannt sind, werden Durchblutungsstörungen der Beine oftmals unterschätzt. Eine eingeschränkte Durchblutung (Ischämie) der Extremitäten und der Hauptschlagader (Aorta) wird als periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bezeichnet.

Ursache der PAVK ist überwiegend eine Arteriosklerose, wie sie sich auch bei der koronaren Herzerkrankung und Verschlussprozessen der hirnversorgenden Arterien findet. Dieser Prozess der „Gefäßverkalkung" beginnt physiologisch bereits im jungen Lebensalter. Bestimmte Risikofaktoren, wie das Tabakrauchen, arterieller Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus sowie eine genetische Prädisposition, führen zur Ausbildung und zum schnellen Voranschreiten von Durchblutungsstörungen.

Symptome

Patienten mit PAVK leiden je nach Schwere der Erkrankung an belastungsabhängigen Schmerzen der Beine („Claudicatio intermittens" – unterbrochenes Hinken); „Schaufensterkrankheit"[2]) oder bilden Wunden oder Wundheilungsstörungen. Die Spätstadien werden auch als „kritische Extremitätenischämie" – kritisch eingeschränkte Durchblutung der Beine – bezeichnet.

Eine Einteilung der Krankheitsstadien wird nach dem klinischen Erscheinungsbild vorgenommen und erfolgt nach Fontaine oder Rutherford (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Klinische Stadieneinteilung der PAVK nach Fontaine und Rutherford

Fontaine		Rutherford	
Stadium	Klinisches Bild	Stadium	Klinisches Bild
I	Asymptomatisch*	0	Asymptomatisch
II a	Gehstrecke > 200 m	1	Leichte Claudicatio intermittens
II b	Gehstrecke < 200 m	2	Mäßige Claudicatio intermittens
		3	Schwere Claudicatio intermittens
III	Ruheschmerzen	4	Ruheschmerzen
IV	a) trockene Nekrose**	5	Distale Nekrose
	b) feuchte Nekrose	6	Über das Niveau der Mittelfußknochen hinausgehende, großflächige Nekrose

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. AWMF-Register Nr. 065/003:19. 2015. Leicht verändert.
*im täglichen Leben keine Einschränkung durch Krankheitssymptome
**Als Nekrose bezeichnet man Gewebeschäden, die durch das Absterben von Zellen entstehen.

Häufigkeit und Neuerkrankungen (Prävalenz und Inzidenz)
Die PAVK tritt mit einer Häufigkeit oder Verbreitung (Prävalenz) von 3 bis 10 Prozent in der deutschen Bevölkerung auf. Ab einem Lebensalter von über 70 Jahren steigt sie auf etwa 20 Prozent an. Schätzungsweise sind in Deutschland über 4,5 Millionen Menschen an einer PAVK erkrankt.[3]

Weltweit nimmt die Zahl der PAVK-Neuerkrankungen (Inzidenz) zu. In Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen zeigte sich in den Jahren 2000 bis 2010 ein Anstieg um 29 Prozent, in Ländern mit hohem Einkommen immerhin um 13 Prozent.[4] Auch in Deutschland sind die stationären Behandlungsfälle wegen einer PAVK stetig steigend. Insbesondere die Zahl der Behandelten mit einer kritischen Extremitätenischämie (Stadium 5 und 6 nach Rutherford) ist von 2005 bis 2009 um 32 Prozent angewachsen.[5]

Diagnostik
Die PAVK lässt sich einfach diagnostizieren. Dazu wird aus den Blutdruckwerten von Knöchelarterien und Arm der sogenannte Knöchel-Arm-Index (Ankle-Brachial-Index = ABI) bestimmt.[6]

Als weitergehende, nicht-invasive diagnostische Methode der ersten Wahl zur Abklärung der Aorta sowie der Becken- und Beinarterien empfiehlt sich der Gefäß-Ultraschall (farbkodierte Duplexsonographie). Damit kann ein erfahrener Untersucher mit nahezu 100-prozentiger Treffsicherheit Informationen zur Diagnosesicherung sowie zur Stenosegraduierung (Ausmaß der Gefäßverengung) gewinnen und anschließend die Therapie planen.

Bei Unsicherheiten und für die Behandlungsplanung stehen weitere bildgebende Verfahren, wie die Computer- und Magnetresonanz-Tomographie und die intraarterielle Angiographie[7], zur Verfügung. Diese haben allerdings den Nachteil einer etwaigen Kontrastmittel- und Strahlenexposition oder Invasivität (durch den Eingriff verursachte Verletzungen der Gefäße oder Blutergüsse).

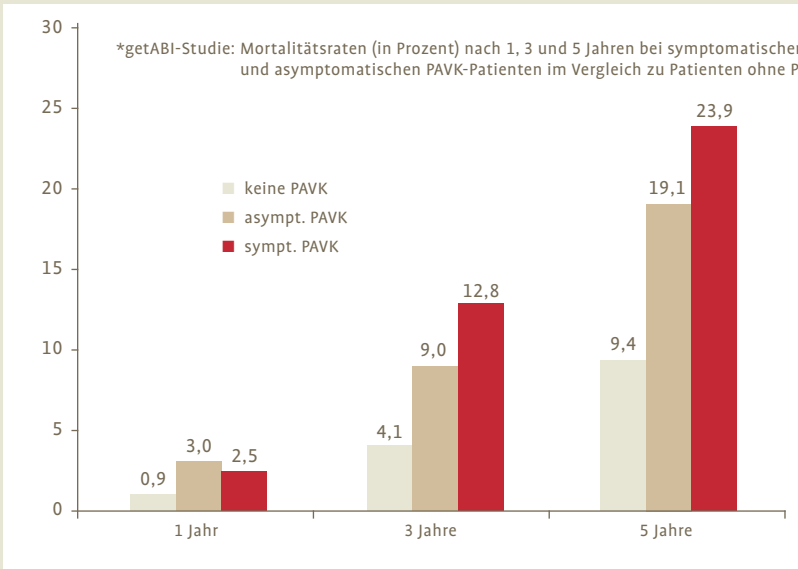
Stadienabhängige Therapie
Die deutschen Leitlinienempfehlungen umfassen je nach Krankheitsstadium die konservative und medikamentöse Therapie sowie die interventionelle und chirurgische Behandlung. In Abhängigkeit vom Stadium sind verschiedene Therapieziele definiert:

- die Verschlechterung der Krankheit (Progression) zu hemmen,
- Belastbarkeit, Gehleistung und Lebensqualität zu verbessern,
- Schmerzen zu reduzieren,
- eine Wundabheilung zu erreichen und
- Amputationen zu vermeiden.

In allen Stadien der PAVK ist es notwendig, die Risikofaktoren zu managen: So muss auf Nikotin verzichtet, der Diabetes therapiert und der Blutdruck behandelt werden. Die frühzeitige Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern[8] (TAH) und Statinen[9] verlangsamt das Fortschreiten der PAVK und senkt die kardiovaskuläre Mortalität sowie die Amputationshäufigkeit.

In den nicht kritischen Stadien (1 bis 3 nach Rutherford) kann ein strukturiertes Gehtraining[10] den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Bei bestehender, zumindest mittelschwerer Einschränkung der Gehstrecke (Claudicatio) können abhängig vom Leidensdruck des Patienten Maßnahmen zur mechanischen Verbesserung der Durchblutung erfolgen. Hierzu stehen endovaskuläre (durch die Blutgefäße) Eingriffe mittels Ballonaufdehnungen und Stent-Implantationen sowie operative

Abb. 2: getABI-Studie*



Quelle: getABI-Studie, Diehm et al. 2007, Circulation; 116:II841-b (Suppl.)

Maßnahmen wie die Bypass-Chirurgie zur Verfügung. Ist das Stadium einer kritischen Extremitätenischämie erreicht, ist umgehend jegliches Verfahren zum Erhalt der Extremitäten heranzuziehen.[11]

Prognose

Die Prognose der PAVK-Patienten ist limitiert, das heißt im Verlaufe der Krankheit verschlechtert sich der Gesundheitszustand und die Sterblichkeit steigt, da alle Gefäßregionen von der Erkrankung betroffen sind. Bereits bei symptomfreier PAVK ist die Sterblichkeit erhöht. Daten älterer Kohortenstudien wie der getABI-Studie zeigen, dass die Ein-, Drei- und Fünf-Jahres-Mortalitätsraten bei Patienten mit PAVK – mit und ohne Symptomatik – im Vergleich zu Patienten ohne PAVK jeweils mehr als doppelt so hoch sind (siehe Abb. 2).[12]

Bei Patienten mit PAVK-bedingten Beschwerden ist die Sterblichkeit noch weiter erhöht und erreicht bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie ihre traurige Spitze. Verschiedene Untersuchungen (z.B. das französische COPART-Register) zeigen bereits im Ein-Jahres-Verlauf eine Sterblichkeit von etwa 29 Prozent sobald Wunden auftreten.[13] Patienten mit PAVK sind somit Hochrisikopatienten mit einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko auch für Ereignisse in anderen Gefäßregionen wie dem Herzinfarkt und dem Schlaganfall.

Es ist weitläufig bekannt, dass Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder zerebralen Durchblutungsstörungen gefährdete Patienten sind. Sind diese Patienten zusätzlich von einer begleitenden PAVK betroffen, verschlechtert sich die Prognose gravierend. Daten des Reach-Registers[14] können zeigen, dass die Rate tödlicher und nicht-tödlicher kardiovaskulärer Ereignisse, zum Beispiel eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls, innerhalb des Verlaufs eines Jahres bei alleinigem Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung (KHK) 13 Prozent beträgt. Treten KHK und PAVK gleichzeitig auf, liegt die Rate bei 23,1 Prozent.

Klinische Relevanz für die Prognose der PAVK besitzen auch Begleiterkrankungen wie die Herz- und Niereninsuffizienz sowie ein Diabetes mellitus. Die Manifestation und Progression der PAVK steigt bei diesen Patienten an. Darüber hinaus ist die Gefäßoffenheit nach Revaskularisation, das heißt nach Verbesserung oder Wiederherstellung der Durchblutung, und das (amputationsfreie) Überleben vermindert.

Versorgungsrealität

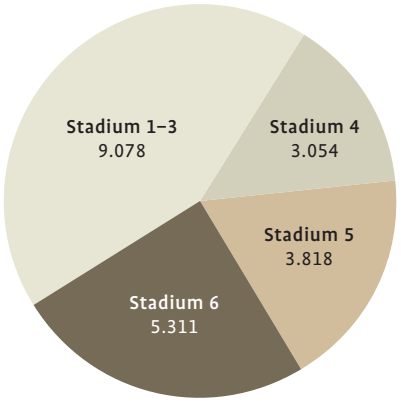
Lange lagen keine Analysen auf der Grundlage von Routinedaten zur Versorgung von PAVK-Patienten vor. Kürzlich wurden am Universitätsklinikum Münster stationäre PAVK-Behandlungen analysiert. Hier zeigte sich zwischen den Jahren 2005 und 2009 ein Anstieg PAVK-bedingter Krankenhausaufenthalte um 21 Prozent. Auffällig war die besonders starke Zunahme von schweren PAVK-Fällen (Stadium 5 und 6 nach Rutherford) um 32 Prozent.

Auch stieg die Zahl der in Kliniken vorgenommenen endovaskulären Eingriffe um 46 Prozent, bei der Gruppe der am schwersten erkrankten PAVK-Patienten sogar um 73 Prozent. Zwar ging die Zahl der „Major"-Amputationen (oberhalb der Knöchelregion) um 25 Prozent zurück, jedoch auf Kosten einer Zunahme von kleineren „Minor"-Amputationen im Fußbereich (Gesamtzahl-Zunahme um 8 Prozent).

Insbesondere bei Patienten mit kritischer Ischämie wurde nur die Hälfte der Betroffenen vor einer Amputation nach den Leitlinien, die diagnostische und revaskuläre Maßnahmen vorsehen, behandelt.[15] Die bekannt hohe Mortalität der PAVK-Patienten blieb zu den Vorjahren ohne wesentliche Veränderung.

Wenig überraschend ist, dass auch die Kosten deutlich gestiegen sind. Belief sich die Vergütungssumme für stationäre PAVK-Patienten im Jahr 2007 noch auf 2,14 Milliarden Euro, waren es im Jahr 2009 bereits 2,56 Milliarden Euro – ein Kostenanstieg um 21 Prozent.[16]

Abb. 3: Verteilung der betroffenen Versicherten nach Rutherford-Stadien



Ausgewertet wurden Daten von insgesamt 21.261 Knappschafts-Versicherten in der Zeit zwischen Januar 2010 und Dezember 2012.

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 4: Durchschnittliche Kosten je Versichertenjahr in 2013 von Versicherten mit Indexaufenthalt 2012 versus alle Versicherten

	Arztkosten	Zahnkosten	Arzneikosten	Krankenhaus-kosten	sonstige Leistungs-ausgaben	Dialysekosten	Krankengeld-kosten	Gesamt-kosten
Alle Versicherten	596 €	172 €	629 €	1.531 €	519 €	53 €	130 €	3.631 €
Rutherford-Stadium								
1-3	958 €	164 €	1.470 €	5.488 €	1.138 €	253 €	246 €	9.718 €
4	1.039 €	124 €	1.674 €	8.431 €	2.063 €	724 €	121 €	14.177 €
5	1.195 €	126 €	2.484 €	10.433 €	3.530 €	819 €	127 €	18.714 €
6	1.259 €	111 €	2.656 €	11.785 €	4.673 €	1.712 €	122 €	22.317 €

Quelle: Eigene Darstellung

Andere Arbeiten zeigten, dass PAVK-Patienten hinsichtlich der medikamentösen Sekundärprophylaxe deutlich unterversorgt sind. So erhalten nur etwa 50 Prozent einen TAH und nur 23 Prozent ein Statin. Im Gegensatz hierzu waren Patienten mit koronarer Herzerkrankung wesentlich besser therapiert (67 Prozent TAH und 46 Prozent Statin).[17] Einem strukturierten Gehtraining wird nur eine Minderheit der Patienten zugeführt. Ebenso wird aufgrund mangelnder Strukturen nur in Einzelfällen eine spezialisierte gefäßmedizinische Rehabilitation zur Verfügung gestellt.

Erste Analysen der KBS

Nutzung von Routinedaten

Eine gemeinsame Untersuchung des Instituts für Versorgungsforschung der KBS und der Klinik für klinische und interventionelle Angiologie des Knappschaftskrankenhauses Bottrop beleuchtete zahlreiche klinisch-wissenschaftliche Fragestellungen und sozio-ökonomische Aspekte der PAVK. Insgesamt wurden die Daten von 21.261 Knappschafts-Versicherten untersucht, bei denen zwischen Januar 2010 und Dezember 2012 während eines Krankenhausaufenthaltes eine PAVK diagnostiziert wurde. Der erste Krankenhausaufenthalt eines Versicherten in diesem Zeitraum wird als Indexhospitalisierung bezeichnet. Mit der Indexhospitalisierung startet der jeweilige Beobachtungszeitraum in der vorliegenden Analyse. Als Einschlussdiagnosen wurden die entsprechenden ICD-10-Kodierungen für Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten unterhalb der Hauptschlagader herangezogen. Ihr Schweregrad wird nach Rutherford-Stadien unterteilt (vgl. Abb. 1). Die verhältnismäßig weniger kritischen Stadien 1 bis 3 wurden zu einer Kategorie zusammengefasst.

Für die betrachteten Versicherten wurden die relevanten Daten für das Jahr vor der Indexhospitalisierung als sogenannte Baseline-Informationen zusammengetragen. Im Anschluss an die Indexhospitalisierung wurde ein Nachbeobachtungszeitraum bis Dezember 2014 gebildet, um möglichst viele Informationen bezüglich der Prognose der PAVK zu sammeln.

Auswertungen

Das mittlere Alter der Erkrankten bei Diagnosestellung betrug 74 Jahre. Mit einem Anteil von 63,5 Prozent waren die Männer deutlich stärker betroffen als die Frauen. Aus Abb. 3 lässt sich die Verteilung der Schweregrade der betroffenen Versicherten ablesen. Insgesamt befanden sich 43 Prozent der Patienten im Stadium 1 bis 3 und 57 Prozent in kritischeren Stadien.

Die Verweildauer bei den Indexaufenthalten stieg mit dem Stadium der PAVK von 6,5 Tagen in den Stadien 1 bis 3 auf 22 Tage im Stadium 6 an. Auch die Kosten erhöhten sich drastisch mit dem Stadium der PAVK. Abb. 4 weist die einzelnen Kosten für Knappschafts-Versicherte im Jahr 2013 auf, welche einen Indexaufenthalt im Jahr 2012 aufgrund der PAVK hatten. Die Gesamtkosten pro Jahr stiegen von 9.700 Euro im Stadium 1 bis 3 auf über 22.300 Euro im Stadium 6 an. Im Vergleich dazu verursacht ein knappschaftlich Versicherter im Durchschnitt nur etwa 3.600 Euro Gesamtkosten pro Jahr.

Auch der Pflegebedarf stieg im Patientenkollektiv sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich nach dem Indexereignis deutlich an. Befanden sich vor dem Indexaufenthalt nur 11 Prozent beziehungsweise 27 Prozent der Patienten mit einer Pflegestufe

eins beziehungsweise zwei in stationären Pflegeeinrichtungen, stiegen die Zahlen danach auf 23 Prozent beziehungsweise 40 Prozent an.

Zusätzlich wurde auch die Versorgung mit Medikamenten nach dem Indexaufenthalt betrachtet. Wie in einer Vielzahl von anderen Studien zur PAVK-Versorgung der Bevölkerung bereits belegt, fand sich auch bei dem hier betrachteten Patientenkollektiv eine medikamentöse Unterversorgung. Nach der Diagnosesicherung der PAVK zum Indexzeitpunkt erhielten jeweils 49 Prozent der Patienten ein Statin und/oder einen TAH. In den nichtkritischen Stadien war die medikamentöse Versorgung allerdings signifikant besser als bei kritischer Extremitätenischämie. So erhielten beispielsweise im Stadium 1 bis 3 rund 64 Prozent der Patienten ein Statin und 56 Prozent einen TAH. Im Stadium 5 waren es hingegen nur noch 39 Prozent mit Statin beziehungsweise 45 Prozent mit TAH und im Stadium 6 waren es 32 Prozent mit Statin und 39 Prozent mit TAH.

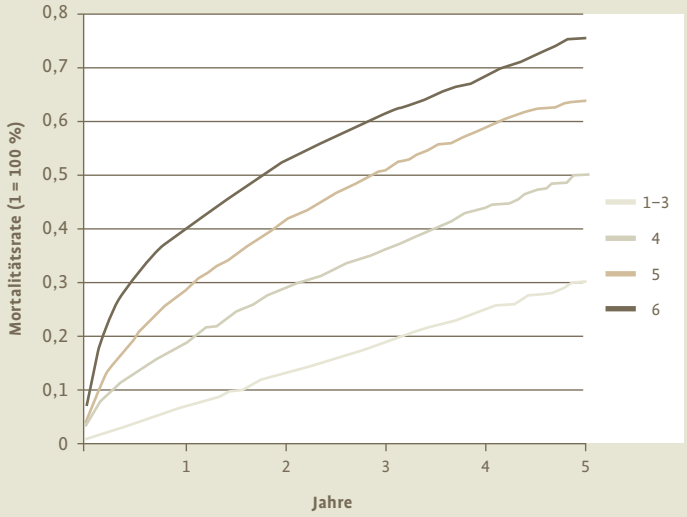
Ferner wurden auch eine Vielzahl sogenannter „patientenrelevanter Endpunkte“ (kritische Ereignisse) untersucht, darunter das Sterbe- und Amputationsrisiko. So wurde ermittelt wie hoch das Risiko ist, nach dem Indexzeitpunkt zu versterben. Zur Feststellung des Sterberisikos wurde die Überlebenszeit in Jahren ab dem Datum der Hospitalisierung ermittelt. Im Patientenkollektiv zeigte sich eine mit dem Stadium der PAVK zunehmende Verschlechterung der Prognose. Die Fünf-Jahres-Mortalität lag im Stadium 1 bis 3 bei 30 Prozent gegenüber 64 Prozent bis 76 Prozent im Stadium 5 und 6 (siehe Abb. 5).

Die Prognose einer Amputation in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium zeigt, dass die Amputationsraten nach fünf Jahren bei 8 Prozent in nichtkritischen Stadien versus 43 Prozent bis 71 Prozent bei kritischer Extremitätenischämie (Stadium 5 und 6) liegen (siehe Abb. 6). Insgesamt gab es 2.971 Patienten (vornehmlich im Stadium 5 oder 6), die zum Indexzeitpunkt eine Minor- oder Major-Amputation erhielten. Nur 40 Prozent dieser Patienten wurde jedoch zuvor mittels einer Angiographie untersucht oder in irgendeiner Form (endovaskulär und/oder operativ) revaskularisiert. Dies stellt eine offensichtliche Diskrepanz zu den Leitlinien dar und zeigt auf, welch immenser Spielraum besteht, die Versorgung von Gefäßpatienten zu optimieren.

Ausblick

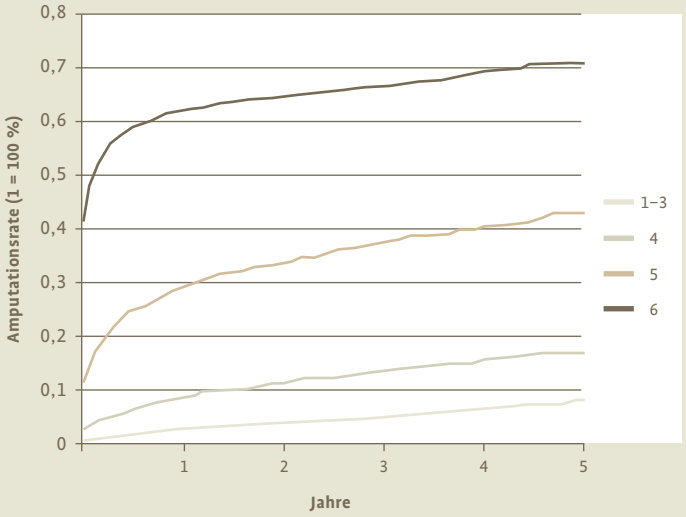
Genau wie Erkrankungen in anderen Gefäßregionen, wie Herz und Gehirn, wird die PAVK durch den demografischen Wandel einen enormen Anstieg erfahren. Ziel sollte es sein, das Wissen über die Erkrankung PAVK sowohl bei den Versicherten als auch bei den

Abb. 5: Mortalität in Abhängigkeit des PAVK-Stadiums



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 6: Amputationen in Abhängigkeit des PAVK-Stadiums



Quelle: Eigene Darstellung

behandelnden (Haus-)Ärzten zu verbessern und eine patientenzentrierte Therapie zu ermöglichen.

Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto größer ist die Chance die Prognose zu verbessern. Der Patient muss während seines Krankheitsverlaufs umfassend betreut und die Risikofaktoren und Begleiterkrankungen müssen effektiv und stadiengerecht behandelt werden. Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang spezielle (Präventions-)Programme nach dem Vorbild der Disease Management Programme (DMP) (oder gänzlich eigene DMP) zu entwickeln, wie sie beispielsweise bei Herzpatienten etabliert sind.

Bislang erfolgt die Versorgung der PAVK in wenig spezialisierten Abteilungen wie zum Beispiel der Allgemeinchirurgie. In einer Lenkung der Patienten in gefäßmedizinisch ausgerichtete Abteilungen könnte ein weiterer Ansatz zur effektiven Erfüllung der Standards liegen, um die Versorgung der PAVK-Patienten zu optimieren.

Über die oben angeführten Maßnahmen ließen sich stationäre Behandlungsfälle vermeiden oder deren Verweildauer senken. Darüber hinaus könnte die Anzahl an Patienten mit einer langwierigen Wundversorgung oder Amputation gesenkt und damit entsprechende Heil- und Hilfsmittelkosten verringert werden.

Welche Ursachen zu einer teilweise mangelnden Umsetzung der Leitlinien führen, muss analysiert und evaluiert werden. Dies gilt insbesondere für die medikamentöse Therapie und die Versorgung von Patienten mit kritischer Ischämie der Extremitäten bezüglich revaskularisierender Maßnahmen.

Des Weiteren zeigen die Daten eine Diskrepanz in der Therapie zwischen den Geschlechtern. Bei Frauen tritt die PAVK später, dann jedoch in höherem Stadium auf und wird häufiger nicht optimal therapiert. Auch hier gibt es Klärungsbedarf. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Münster und der Abteilung für klinische und interventionelle Angiologie des Knappschaftskrankenhauses Bottrop werden diese Defizite weiter untersucht. Ziel ist, die Ergebnisse in bekannten Fachzeitschriften zu publizieren und damit zugleich wichtige Ansätze zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Versorgung zu liefern.

Innerhalb der KBS ist die Gefäßmedizin bereits gut aufgestellt. In allen Krankenhäusern des Verbundsystems der KBS ist über bestehende angiologische und/oder gefäßchirurgische Fachabteilungen gefäßmedizinische Kompetenz vorhanden. Darüber hinaus können mit Hilfe der Versorgungsforschung die Realität abgebildet und Schwachstellen aufgedeckt werden. Im Schulterschluss mit Medizinern lassen sich daraus Strategien entwickeln, die Therapie zu verbessern.

Bettina am Orde
KBS/Geschäftsführung
Dr. med. Jürgen Ranft,
Dr. med. Kathrin Niemöller
Knappschaftskrankenhaus Bottrop
Dieter Castrup
KBS/Vertrags- und Versorgungsmanagement in der Kranken- und Pflegeversicherung
Dr. rer. pol. Stefan Hörter,
Dr. med. Peter Halberstadt,
Daniel May
KBS/Institut für Versorgungsforschung

FUSSNOTEN

[1] Die Angiologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Funktion und den Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße befasst.
[2] Der Begriff Schaufensterkrankheit wird verwendet, weil Betroffene aufgrund der Schmerzen in den Beinen, die beim Laufen auftreten, zu häufigen Gehpausen gezwungen sind, ähnlich wie sie bei einem Schaufensterbummel eingelegt werden. Verursacht werden diese Schmerzen durch Sauerstoffmangel infolge einer eingeschränkten Durchblutung.
[3] Diehm C, Schuster A, Allenberg H, Darius H, Haberl R, Lange S, Pittrow D, von Stritzky B, Tepohl G, Trampisch H. High prevalence of peripheral arterial disease and comorbidity in 6,880 primary care patients: cross sectional study. Atherosclerosis 2004; 172:95-105.
[4] Fowkes FG, Rudan D, Rudan I et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. Lancet 2013; 382:1329-1340.
[5] Malyar N, Furstenberg T, Wellmann J et al. Recent trends in morbidity and in-hospital outcomes of in-patients with peripheral arterial disease: a nationwide population-based analysis. Eur Heart J 2013; 34:2706-2714.
[6] Xu D, Zou L, Xing Y et al. Diagnostic value of ankle-brachial index in peripheral arterial diesase: a meta-analysis. Can J Cardiol 2013; 29:492-498
[7] Darstellung der Schlagadern mit Hilfe von Kontrastmitteln und Röntgen.
[8] Medikamente, die die Verklumpung von Blutplättchen reduzieren, zum Beispiel Acetylsalicylsäure (ASS) oder Clopidogrel.
[9] Medikamente, welche den Fettstoffwechsel beeinflussen und die Cholesterinsynthese hemmen.
[10] Basistherapie bei PAVK. Intervalltraining durch Gehen bis zum Einsetzen des Schmerzes mit nachfolgender Ruhephase von etwa zwei Minuten. Optimal ist diese Therapie drei Mal wöchentlich über 60 Minuten über eine Dauer von sechs Monaten durchzuführen. Das strukturierte Gehtraining ist eine anerkannte Reha-Sportmaßnahme. Ziel ist die Ausbildung von Umgehungsgefäßen und somit die Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke.
[11] Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. AWMF-Register Nr. 065/003 Entwicklungsstufe 3. 2015
[12] Diehm C, Allenberg JR, Haberl R et al. High all-cause mortality in patients with peripheral arterial disease in primary care: five-year result of the getABI Study. Circulation 2007; 116:II 841-b (Suppl.)
[13] Cambou JP, Aboyans V, Constans J et al. Characteristics and outcome of patients hospitalised for lower extremity peripheral artery disease in France: the COPART Registry. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010; 39:577-585
[14] Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. JAMA 2007; 297:1197-206
[15] Reinecke H, Unrath M, Freisinger E et al. Peripheral arterial disease and critical limb ischaemia: still poor outcomes and lack of guideline adherence. Eur Heart J 2015; 36:932-38
[16] Malyar et al. 2013
[17] Diehm et al. 2007

ANDRÉ FASEL

Änderungen in der Sozialversicherung zum 1. Januar 2017

Auch zum Jahreswechsel 2016/2017 sind wieder eine Vielzahl von Änderungen in Kraft getreten. Neben den üblichen Anpassungen der Rechengrößen der Sozialversicherung aufgrund der Rechengrößen-Verordnung wirkt sich auch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) im Beitragsrecht für das Jahr 2017 aus. Keinen direkten Einfluss auf die Rechengrößen der Sozialversicherung, jedoch auf die Beitragseinnahmen, hat die Anhebung des Mindestlohnes zum 1. Januar 2017.

Rechengrößen in der Sozialversicherung

Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung wurden mit dem „GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz“ (GKV-FQWG) die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits zum 1. Januar 2015 festgesetzt, so dass der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung seitdem und somit auch für das Jahr 2017 bundeseinheitlich 14,6 Prozent beträgt. Dieser gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder eine Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben. Ebenso bleibt der ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent erhalten. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Sowohl die nach dem allgemeinen als auch nach dem ermäßigten Beitragssatz berechneten Krankenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte vom Versicherten und vom Arbeitgeber getragen.

Zum allgemeinen beziehungsweise ermäßigten Beitragssatz in der Krankenversicherung können die Krankenkassen noch einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, welcher von den Versicherten allein zu tragen ist. Aufgrund der gut geplanten Finanzen, verringerten Verwaltungskosten sowie einiger anderer Maßnahmen bleibt der Zusatzbeitrag der Knappschaft im Jahr 2017 unverändert bei 1,3 Prozent.

Lediglich für Versicherte, deren Beiträge regelmäßig von Dritten getragen werden, gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen findet auch dann Anwendung, wenn die Krankenkasse keinen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhebt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag für 2017 beträgt 1,1 Prozent.

Pflegeversicherung

Durch das PSG II wurde der Gesamtbeitrag in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 auf 2,55 Prozent angehoben; der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte bleibt hingegen unverändert bei 0,25 Prozentpunkten. Hieraus ergibt sich ein Beitragsanteil für den Arbeitgeber von 1,275 Prozent und für den Versicherten von 1,275 Prozent beziehungsweise für kinderlose Versicherte von 1,525 Prozent.

Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sind krankenversicherungsfrei und damit auch nicht in der Pflegeversicherung versichert. Zu unterscheiden sind die allgemeine und die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze. Sie sind abhängig von der Entwicklung der Löhne und Gehälter in Deutschland. Die Jahresarbeitsentgeltgrenzen ändern sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Im Jahr 2017 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze 57.600 Euro. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze wird für 2017 auf 52.200 Euro angehoben; diese gilt für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren.

Zum 1. Januar 2017 wurden auch die Beitragsbemessungsgrenze zur Kranken- und Pflegeversicherung auf einen Monatswert von 4.350 Euro beziehungsweise 52.200 Euro jährlich angehoben. Die Beitragsbemessungsgrenzen der Kranken- und Pflegeversicherung gelten bundeseinheitlich für alle dortigen Mitglieder.

Renten und Arbeitslosenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt es auch zum 1. Januar 2017 bei einem Beitragssatz von 18,7 Prozent. Inwieweit dieser Beitragssatz für das gesamte Jahr 2017 gilt, bleibt abzuwarten. Bereits im vergangenen Jahr fanden im Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter dem Stichwort „Dialog Alterssicherung“ Gespräche zur Entwicklung eines Konzeptes zur Reform der Rentenversicherung statt. Daran beteiligt waren Vertreter aus der Politik und den Gewerkschaften, sowie Arbeitgeber, Wissenschaftler und Rentenexperten.

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

Bisher gab es in der Renten- und Arbeitslosenversicherung noch keine Angleichung der Beitragsbemessungsgrenzen in den alten und in den neuen Bundesländern; deshalb ist auch im Jahr 2017 eine Unterscheidung nach dem Rechtskreis für die Bemessung der Höchstbeiträge vorzunehmen. In den alten Bundesländern steigen die Beitragsbemessungsgrenzen der allgemeinen Rentenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung 2017 auf 6.350 Euro monatlich beziehungsweise 76.200 Euro jährlich. In den neuen Bundesländern sind 2017 höchstens 5.700 Euro monatlich beziehungsweise 68.400 Euro jährlich beitragspflichtig.

Abweichend hiervon beträgt in der knappschaftlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze im Jahre 2017 im Rechtskreis West 7.850 Euro monatlich beziehungsweise 94.200 jährlich; die Beitragsbemessungsgrenze Ost liegt bei monatlich 7.000 Euro beziehungsweise jährlich 84.000 Euro.

Alle Rechengrößen der Sozialversicherung entnehmen Sie der Abb. 1.

Beitragsnachweise einreichen und Beitragsfälligkeit

Ein gewerblicher Arbeitgeber hat zwei Arbeitstage vor Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge der jeweiligen Einzugsstelle der Gesamtsozialversicherungsbeiträge (der gesetzlichen Krankenkasse oder der Minijob-Zentrale) einen Beitragsnachweis durch Datenübertragung zu übermitteln. Der Beitragsnachweis kündigt der Einzugsstelle an, in welcher voraussichtlichen Höhe sich die Beitragsschuld des Arbeitgebers für den laufenden Entgeltabrechnungszeitraum beläuft. Auch kann der Arbeitgeber hiermit Daten für den Vormonat korrigieren. Die Einreichungsfrist für den Beitragsnachweis orientiert sich am Fälligkeitstag für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt, werden die Gesamtsozialversicherungsbeiträge fällig. Die einzelnen Termine können der Abb. 2 entnommen werden.

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.

Für Minijobber sind die Beitragsnachweise bei der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in Essen einzureichen. Private Arbeitgeber, die einen Minijobber im sogenannten Haushaltsscheck-Verfahren angemeldet haben, brauchen keinen monatlichen Beitragsnachweis einzureichen. Die Minijob-Zentrale nimmt die notwendigen Abbuchungen im Lastschriftverfahren vor.

Mindestlohn

Seit dem 1. Januar 2015 gilt die vom Gesetzgeber festgelegte Lohnuntergrenze, der Mindestlohn. Per Gesetz wurde zunächst für alle Bundesländer ein Mindestlohn von mindestens 8,50 Euro brutto je Zeitstunde eingeführt. Hiermit wollte und will der Gesetzgeber die Tarifautonomie aller Tarifvertragsparteien stärken und angemessene Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten sicherstellen.

Abb. 2: Fälligkeits- und Übermittlungstermine für Beitragsnachweise im Jahr 2017

	Übermittlung des Beitragsnachweises	Fälligkeitstag
Januar	24.	27.
Februar	21.	24.
März	26.	29.
April	23.	26.
Mai	23.	29.
Juni	25.	28.
Juli	24.	27.
August	24.	29.
September	24.	27.
Oktober	23.	26.
November	23.	28.
Dezember	20.	27.

Aufgrund des vom Statistischen Bundesamt ermittelten Tarifindexes beschloss die Mindestlohnkommission, ein Gremium in dem Arbeitgeber und Gewerkschaften paritätisch vertreten sind, dass der Mindestlohn zum 1. Januar 2017 um 34 Cent auf 8,84 Euro angehoben wird.

Nach dem Mindestlohngesetz ist der Mindestlohn alle zwei Jahre durch die Kommission anzupassen. Die nächste Änderung soll zum 1. Januar 2019 erfolgen.

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

Abb. 1: Größen des Versicherungs- und Beitragsrechts ab 1. Januar 2017

	Beitragssätze in Prozent		monatliche Höchstbeiträge in Euro für freiwillig Versicherte
Krankenversicherung			
allgemeiner Beitragssatz[1] insgesamt	14,60		374,10
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,60		317,55
- Arbeitgeber	7,30		
ermäßigter Beitragssatz[2] insgesamt	14,00		361,05
- Arbeitnehmer (inklusive Zusatzbeitrag in Höhe von 1,3 %)	8,30		304,50
- Arbeitgeber	7,00		
Pflegeversicherung grundsätzlich[3] [4]	2,55		55,46
kinderlose Arbeitnehmer insgesamt	2,80		
- Arbeitnehmer	1,525		66,34
- Arbeitgeber	1,275		55,46
knappschaftliche Rentenversicherung	24,80		
- Arbeitnehmer	9,35		
- Arbeitgeber	15,45		
allgemeine Rentenversicherung[4]	18,70		
Arbeitslosenversicherung[4]	3,00		
Seemannskasse[4]	4,00		
geringfügig entlohnte Beschäftigte	**im gewerblichen Bereich**	**im Privathaushalt**	
Krankenversicherung	13,00	5,00	
Rentenversicherung	18,70	18,70	
- Arbeitnehmer[5]	3,70	13,70	
- Arbeitgeber	15,00	5,00	
Umlagesätze			
Umlage 1 = Krankheit, Kur[6]	0,90		
Umlage 2 = Mutterschutz[7]	0,30		
Insolvenzgeldumlage	0,09		
Gleitzone			
Faktor	0,7509		
vereinfachte Gleitzonenformel	1,2802375 x Arbeitsentgelt - 238,201		

	West			Ost		
	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro	jährlich Euro	monatlich Euro	täglich Euro
Bezugsgröße - § 18 SGB IV -						
- Kranken- und Pflegeversicherung	35.700,00	2.975,00	99,17	35.700,00	2.975,00	99,17
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	35.700,00	2.975,00	99,17	31.920,00	2.660,00	88,67
Jahresarbeitsentgeltgrenze						
- allgemeine Grenze	57.600,00	-	-	57.600,00	-	-
- besondere Grenze[8]	52.200,00	-	-	52.200,00	-	-
Beitragsbemessungsgrenzen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	52.200,00	4.350,00	145,00	52.200,00	4.350,00	145,00
- knappschaftliche Rentenversicherung	94.200,00	7.850,00	261,67	84.000,00	7.000,00	233,33
- allgemeine Rentenversicherung	76.200,00	6.350,00	211,67	68.400,00	5.700,00	190,00
- Arbeitslosenversicherung	76.200,00	6.350,00	211,67	68.400,00	5.700,00	190,00
- Seemannskasse	76.200,00	6.350,00	211,67	68.400,00	5.700,00	190,00
Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen	-	450,00	15,00	-	450,00	15,00
Mindestarbeitsentgelt für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	29,75	0,99	-	26,60	0,89
Geringverdienergrenze für zur Berufsausbildung Beschäftigte	-	325,00	10,83	-	325,00	10,83
Mindestarbeitsentgelte für behinderte Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.140,00	595,00	19,83	7.140,00	595,00	19,83
- Rentenversicherung	28.560,00	2.380,00	79,33	25.536,00	2.128,00	70,93
Entgeltgrenze für die alleinige Beitragspflicht der Einrichtung bei behinderten Menschen						
- Kranken- und Pflegeversicherung	-	595,00	19,83	-	595,00	19,83
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	-	595,00	19,83	-	532,00	17,73
Beitragspflichtige Einnahmen der Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, und Rehabilitanden, die kein Übergangsgeld erhalten						
- Kranken- und Pflegeversicherung	7.140,00	595,00	19,83	7.140,00	595,00	19,83
- Renten- und Arbeitslosenversicherung	7.140,00	595,00	19,83	6.384,00	532,00	17,73
Sachbezugswert						
- für freie Verpflegung[9]	-	241,00	-	-	241,00	-
- für freie Unterkunft	-	223,00	-	-	223,00	-
Beköstigungssatz[10]	-	240,00	8,00	-	240,00	8,00

[1] Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld / [2] Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld / [3] Im Freistaat Sachsen ergibt sich folgende Beitragstragung: Arbeitgeber 0,775 %, Arbeitnehmer 1,775 % (ggf. zuzüglich Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 %) / [4] Die Beiträge werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen / [5] Befreiung auf Antrag beim Arbeitgeber / [6] Erstattungssatz = 80 % / [7] Erstattungssatz = 100 % / [8] Gilt nur für Personen, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresentgeltgrenze versicherungsfrei und privat krankenversichert waren / [9] Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 95,00 Euro, auf das Frühstück 51,00 Euro / [10] Auf das Mittag- und Abendessen entfallen jeweils 96,00 Euro monatlich (täglich 3,20 Euro), auf das Frühstück 51,00 Euro monatlich (täglich 1,70 Euro)

NORBERT PORATH

Neue Leistung der Seemannskasse

Die Seemannskasse wurde 1974 von der See-Berufsgenossenschaft eingerichtet. Im Zuge der Organisationsreform in der gesetzlichen Unfallversicherung wurde sie dann vom 1. Januar 2009 an in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) integriert. Sie ist ein wichtiger Teil des sozialen Schutzes der Seeleute und ergänzt das deutsche Sozialversicherungssystem. Seeleute können bereits vor Erreichen der Altersgrenzen in der gesetzlichen Rentenversicherung aus der Seefahrt ausscheiden. Sie erhalten unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag Überbrückungsgeld sowie weitere ergänzende Leistungen. Damit trägt die Seemannskasse den speziellen Anforderungen und Bedingungen der Schifffahrt Rechnung, die sonst in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht berücksichtigt würden.

Aktuelle Entwicklung

Im Zuge der Satzungsreform zum 1. Januar 2008 hat die Seemannskasse eine „Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze“ in die Ermächtigungsgrundlage des § 137b Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) sowie die Satzungsbestimmungen aufgenommen. Diese Leistung zielt grundsätzlich auf Seeleute ab, die bis zum Erreichen ihrer individuellen Regelaltersgrenze in der Seefahrt beschäftigt sind. Da die satzungsrechtlichen Regelungen vor 2008 keine Möglichkeit vorsahen, Leistungen über die Regelaltersgrenze hinaus zu erbringen, waren diese Seeleute von den Ansprüchen aus der Seemannskasse bislang ausgeschlossen.

Die Seemannskasse verfügt seit dem 1. Januar 2008 über Regularien, die es erlauben – soweit die speziellen Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – ihre Leistungen ab dem vollendeten 56. Lebensjahr bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nahezu durchgehend anzubieten. Darüber hinaus kann auch die Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze für zwei Jahre bezogen werden.

Gleichwohl verbleibt immer noch eine „Leistungslücke“.

Versicherte, die vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze aufgrund von Besitzschutzregelungen oder wegen des Nachweises von 45 Versicherungsjahren eine ungeminderte Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nehmen, können nach den derzeitigen Satzungsbestimmungen parallel zum Rentenbezug keine Leistungsansprüche aus der Seemannskasse geltend machen. Die Satzung sieht neben der Rente nur dann den Bezug eines Abschlagsausgleichs nach § 13 Satzung der Seemannskasse (SSmk) vor, wenn und soweit die Versichertenrente wegen der vorzeitigen Inanspruchnahme gemindert ist. Die spezielle ungeminderte Altersvollrente (z.B. Altersrente für besonders langjährig Versicherte) unterliegt jedoch in der Regel keiner Minderung. Der Versicherte wird daher das Erreichen seiner Regelaltersgrenze abwarten müssen.

Die Seemannskasse sah hier Handlungsbedarf und hat daher eine Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage des § 137b Absatz 1 SGB VI eingeleitet.

Die entsprechende Neuregelung des § 137b SGB VI ist mit dem 6. Änderungsgesetz zum Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ab 17. November 2016 in Kraft getreten.

§ 137b Absatz 1 Satz 2 SGB VI hat nunmehr folgende Fassung erhalten:

„Die Satzung kann ergänzende Leistungen für Versicherte nach Erreichen der Regelaltersgrenze und bei Bezug einer Altersrente mit ungemindertem Zugangsfaktor vor Erreichen der Regelaltersgrenze vorsehen.“

Zeitgleich wurde in den bislang unbesetzten § 16 der SSmk die neue „Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze“ aufgenommen:

„§ 16 Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze
Der Versicherte, der eine Altersvollrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze mit ungemindertem Zugangsfaktor nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch bezieht, erhält die Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze. Soweit sich die Altersrente im Rahmen des § 34 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch in der Höhe ändert, wird der weitere Anspruch davon nicht berührt.
Der Anspruch auf die Zahlung besteht für 24 Kalendermonate. Der Versicherte, der die für ihn nach § 35 i.V.m. § 235 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch geltende Regelaltersgrenze erreicht hat, erhält die Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze nicht.“

Anspruchsvoraussetzungen

Die neue Leistung aus der Seemannskasse kann nur unter den nachfolgend aufgeführten Bedingungen gewährt werden:

- Antragstellung
  Die Leistung wird nur auf Antrag gewährt. Wir empfehlen, den Antrag möglichst rechtzeitig vor dem Ausscheiden aus der Seefahrt beziehungsweise dem Beginn der Rente zu stellen, da der Beginn der Leistung auch vom Zeitpunkt der Antragsstellung abhängt. Grundsätzlich kann der Antrag formlos gestellt werden. Der formularmäßige Antrag ist nachzureichen.

- Überbrückungsgeld auf Zeit
  Aus der Seemannskasse können keine weiteren Leistungen gewährt werden,

wenn in der Vergangenheit bereits ein Anspruch auf das Überbrückungsgeld auf Zeit bestanden hat.

- Wartezeit
  Die Wartezeit ist erfüllt, wenn eine anrechnungsfähige Seefahrtzeit von 240 Kalendermonaten (= 20 Jahre) zurückgelegt wurde. Auf die Wartezeit angerechnet werden versicherungspflichtige Seefahrtzeiten als Arbeitnehmer oder als pflichtversicherter Küstenschiffer oder Küstenfischer im Sinne der SSmk.

Nicht für die Wartezeit berücksichtigt werden Zeiten mit freiwilligen Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung, Anrechnungszeiten, also zum Beispiel Schulzeiten (auch auf Seefahrtschulen), Krankheitszeiten, Zeiten der Arbeitslosigkeit und Zeiten der Kindererziehung sowie Beitragszeiten auf Grund des Bezuges von Arbeitslosengeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, auch wenn sie sich unmittelbar an Seefahrtzeiten anschließen.

Seefahrtzeiten auf Schiffen unter ausländischer Flagge, die nicht versicherungspflichtig im Sinne der Satzung sind, werden für die Wartezeit ebenfalls nicht berücksichtigt.

- besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung
  Die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden erfüllt, wenn der Versicherte ab dem Monat nach Vollendung des 37. Lebensjahres für mindestens 108 Monate in der deutschen Seefahrt (einschließlich Hochsee- und Küstenfischerei) als Arbeitnehmer beschäftigt oder als Küstenschiffer/Küstenfischer tätig war. Der Bemessungszeitpunkt (Vollendung des 37. Lebensjahres) wird um Zeiten der Arbeitslosigkeit vorverlegt, sofern dies Beitrags- oder Anrechnungszeiten in der Rentenversicherung sind und nach dem vollendeten 50. Lebensjahr liegen.

- Ausscheiden aus der Seefahrt
  Um Leistungen erhalten zu können, muss der Versicherte zunächst aus der deutschen oder ausländischen Seefahrt ausgeschieden sein. Für das Ausscheiden aus der Seefahrt ist das Ende der letzten seemännischen Beschäftigung einschließlich eventueller Urlaubsansprüche maßgebend. Anschließende Zeiten der Arbeitslosigkeit oder Krankheit haben keinen Einfluss auf den Zeitpunkt des Ausscheidens.

- Bezug einer ungeminderten Altersvollrente
  Zusätzlich ist die neue Leistung an eine weitere Bedingung gekoppelt. Der Versicherte muss vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine ungeminderte Altersvollrente beziehen. Die Zahlung von Erwerbsminderungsrente oder Altersrenten, die wegen der vorzeitigen Inanspruchnahme gemindert sind, reicht nicht aus. Zumal der Versicherte hier gegebenenfalls ein Anspruch auf den Abschlagsausgleich haben kann.

  Verändert sich im Rahmen einer Einkommensanrechnung die Rentenhöhe – Teilrente – hat dies keinen Einfluss auf den Anspruch. Der Anspruch auf die ungeminderte Altersvollrente wird nur zu Beginn der Leistung verlangt (§ 16 Satz 2 SSmk).

Der Anspruch auf die neue Leistung besteht wie bei der Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze nur für 24 Kalendermonate.

Die Leistung wird in Höhe der Hälfte der gezahlten Altersvollrente gewährt. Für die Berechnung ist die dem Versicherten zustehende ungeminderte Altersvollrente daher mit dem Faktor 0,5 zu vervielfältigen (§ 18 Absatz 2 SSmk).

Im Rahmen der satzungsrechtlichen Neuregelungen ist auch die Vorschrift zum Leistungsbeginn modifiziert worden. Nach § 20 Absatz 3 SSmk ist die Leistung vor oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze künftig von dem Monat an zu leisten, zu dessen Beginn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Bei späterer Antragstellung beginnt die Leistung von dem Kalendermonat an, der dem Monat folgt, in dem sie beantragt wurde. Der bisher mögliche taggenaue Beginn ist entfallen.

Soweit die Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt wird, kommt die Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze nicht mehr in Betracht (§ 17 Satz 5 SSmk).

Zusammenfassung

Mit der Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze hat die Seemannskasse die letzte „Leistungslücke“ geschlossen. Sie wurde angelehnt an die „Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze“ konzipiert. Im Grunde wird diese damit nur vorgezogen. Höhere Kosten für die Seemannskasse sind damit nicht verbunden.

Die Leistungen der Seemannskasse im Überblick:

Überbrückungsgeld (ab Vollendung des 56. Lebensjahres)

a) in Höhe der Regelaltersrente ohne Zeiten nach über- und zwischenstaatlichem Recht

b) Abschlagsausgleich:
Differenzbetrag zwischen der geminderten und ungeminderten Altersrente bis zum Erreichen der Regelaltersrente

c) Differenzbetrag:
Differenz zwischen eventuell niedrigerem Arbeitslosengeld I und höherem Überbrückungsgeld

d) Einmalbetrag:
Zusätzliches Überbrückungsgeld bei Erreichen der Regelaltersgrenze

Leistung nach Erreichen der Regelaltersgrenze (ab 1. Januar 2008)
Maximal die Hälfte einer ab Erreichen der Regelaltersgrenze errechneten Rente

Leistung vor Erreichen der Regelaltersgrenze (ab November 2016)
in Höhe der Hälfte der ungeminderten Altersvollrente

Leistungszuschlag
9,0 Prozent des Zahlbetrages der Leistung

Norbert Porath
KBS/Rentenversicherung
Grundsatz innerstaatlich/
Seemannskasse
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

Wahl zur Vertreterversammlung der DRV KBS – Bekanntmachung des Ergebnisses

§ 28 Absatz 2 Wahlordnung für die Sozialversicherung - SVWO -

Findet eine Wahlhandlung nicht statt, stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis fest und macht es spätestens am 13. Februar 2017 zusammen mit der Feststellung, dass und weshalb eine Wahlhandlung unterbleibt, öffentlich bekannt.

Feststellung, dass und weshalb eine Wahlhandlung unterbleibt

Wird aus einer Wählergruppe keine gültige Vorschlagsliste eingereicht oder nur eine Vorschlagsliste zugelassen, so findet für diese Wählergruppe keine Wahlhandlung statt (§ 28 Absatz 1 SVWO).

Eine Wahlhandlung findet auch nicht statt, wenn für eine Wählergruppe zwar mehrere Vorschlagslisten zugelassen werden, in ihnen aber insgesamt nicht mehr Bewerber benannt sind, als Mitglieder zu wählen sind (§ 28 Abs. 1 SVWO).

Der Wahlausschuss der DRV KBS hat in seiner Sitzung am 23. Januar 2017 festgestellt, dass zur Wahl der Vertreterversammlung bei der DRV KBS in der Wählergruppe der Arbeitgeber nur eine gültige Vorschlagsliste, die der Vereinigung Rohstoffe und Bergbau e. V., eingereicht wurde.

In der Wählergruppe der Versicherten sind drei gültige Vorschlagslisten eingegangen, und zwar je eine

- der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie – IG BCE
- der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft – EVG und
- der Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di.

Da aus der Wählergruppe der Arbeitgeber nur eine Vorschlagsliste zugelassen wurde und in der Wählergruppe der Versicherten zwar drei Vorschlagslisten zugelassen wurden, in ihnen aber insgesamt nicht mehr Bewerberinnen und Bewerber benannt sind, als Mitglieder zu wählen waren, findet in beiden Wählergruppen gemäß § 28 Absatz 1 SVWO für die Wahl zur Vertreterversammlung der DRV KBS keine Wahlhandlung statt.

Feststellung des Wahlergebnisses

Gemäß § 28 SVWO wird hiermit das Ergebnis der Wahl zur Vertreterversammlung der DRV KBS bekanntgegeben. Insgesamt waren 30 Mitglieder zu wählen, die sich wie folgt auf die Wählergruppen verteilen:

Gruppe der Versicherten	15 Mitglieder
Gruppe der Arbeitgeber	15 Mitglieder

Aus der Wählergruppe der Versicherten wurden gewählt:

- die 7 Bewerber aus der Vorschlagsliste der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie – IG BCE
- die 5 Bewerber aus der Vorschlagsliste der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft – EVG
- die 3 Bewerber aus der Vorschlagsliste der Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Aus der Wählergruppe der Arbeitgeber wurden gewählt:

- alle 15 Bewerber aus der Vorschlagsliste Vereinigung Rohstoffe und Bergbau e.V.

Vertreterversammlung

Der Vertreterversammlung der DRV KBS gehören aufgrund der Sozialversicherungswahlen 2017 für die XII. Sozialversicherungswahlperiode an:

A. Gruppe der Versicherten

- als Mitglieder –

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Ort
1.	Arndt, Heike	1963	IG BCE Alte Hattinger Str. 19 44789 Bochum
2.	Detemple, Andreas	1958	Elsternweg 20 A 66540 Neunkirchen
3.	Hartmann, Axel	1958	Am Stück 3 36119 Neuhof
4.	Hindersmann, Nils	1980	IG BCE Königsworther Platz 6 30167 Hannover

5.	Schöne, Gisbert	1959	Obere Str. 1 08352 Raschau
6.	Wirtz, Heinrich	1964	Stockweg 10 52372 Kreuzau
7.	Meyer, Udo	1960	Ilseder Str. 46 31226 Peine
8.	Prill, Robert	1961	Dünkirchener Str. 51 47839 Krefeld
9.	Fleischmann, Ursula	1956	Enzianweg 2 83083 Riedering
10.	Stark, Vlatko	1956	Unter den Golläckern 9 64295 Darmstadt
11.	Piatkowski, Rüdiger	1963	Schlachterstr. 17 25348 Glückstadt
12.	Schütze, Thomas	1959	GDL Baumweg 45 60316 Frankfurt
13.	Köhler, Jens	1964	Friedrichstr. 11 18057 Rostock
14.	Näser, Andreas	1961	Lessingweg 21/23 04316 Leipzig
15.	Mädicke, Werner	1958	Dammstr. 2 B 50127 Bergheim

- als Stellvertreterinnen und Stellvertreter -

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Ort
1.	Hundertmark, Friedhelm	1956	IG BCE Breite Str. 12 49477 Ibbenbüren
2.	Schlüter, Barbara	1959	RAG Gleiwitzer Platz 3 46236 Bottrop
3.	Liebsch, Ute	1960	Seitenstr. 6 01896 Lichtenberg
4.	Schnippert, Andreas	1964	Hadubrandstr. 56 45770 Marl
5.	Nettelmann, Frank	1966	Erfurter Str. 8 59077 Hamm
6.	Rolle, Frank	1965	IG BCE Fritz-Dobisch-Str. 5 66111 Saarbrücken
7.	Herrmann, Hans-Dieter	1955	Feldstr. 27 38350 Helmstedt
8.	Sikorski, Harald	1966	Michaeliburgstr. 5 81671 München
9.	Nothhelfer, Friedrich	1960	IG BCE Spohrstr. 6-8 34117 Kassel
10.	Güzel, Ibrahim	1976	Wilhelm-Marx-Str. 46 90419 Nürnberg
11.	Bendl, Volkmar	1946	Eckenerstr. 32 44581 Castrop-Rauxel

- als Stellvertreterinnen und Stellvertreter -

12.	Hoffmann, Martina	1960	Reichsbahnsiedlung 3 06112 Halle
13.	Buchholz, Olaf	1967	Am Wald 97 14656 Brieselang
14.	Wülbeck, Gerhard	1958	Auf dem Dümpel 33 58093 Hagen
15.	Götz, Christian	1972	DB Fahrzeuginstandhaltung GmbH Ingolstädter Str. 259 90461 Nürnberg
16.	Bruskowski, Daniel	1978	Marzeller Weg 18 79379 Müllheim
17.	Franzius, Peter	1969	Klagenfurter Str. 14 30519 Hannover
18.	Ungerer, Olaf	1966	Nüss Drenk 30 47918 Tönisvorst
19.	Sagert, Wolf-Rüdiger	1957	Am Falltor 44 35460 Staufenberg
20.	Lück, Jens-Peter	1968	Poststr. 11 76669 Bad Schönborn
21.	Bobzien, Jens	1967	Dachsbau 12 23879 Mölln
22.	Stecher, Reinhold	1958	Torgauer Str. 45 12627 Berlin
23.	Diekamp, Jutta	1954	Hauptstr. 11 25474 Ellerbek

A. Gruppe der Arbeitgeber

- als Mitglieder -

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Ort
1.	Dr. Voß, Heinz-Werner	1960	RAG Anthrazit Ibbenbüren GmbH Osnabrücker Str. 112 49477 Ibbenbüren
2.	Kroker, Jürgen	1956	RAG AG Bergwerk Prosper-Haniel Alter Postweg 46244 Bottrop
3.	Eikhoff, Jürgen	1958	Buschstr. 92 47445 Moers
4.	Heggemann, Bernd	1960	MIBRAG Glück-Auf-Str. 1 06711 Zeitz
5.	Kahler, Thomas	1970	August-Macke-Str. 68 50181 Bedburg
6.	Sieling, Gerd	1957	Vattenfall Europe Mining AG An der Heide 03130 Spremberg/Schwarze Pumpe
7.	Dr. Boehm, Werner	1965	Wacker Chemie AG Salinenstr. 49 72401 Haigerloch
8.	Pausch, Ulrich	1952	K+S Kali GmbH Glückauf Str. 50 31319 Sehnde
9.	Simon, Jochen	1964	Deutsche Bahn AG Potsdamer Platz 2 10785 Berlin

10.	Graf, Wolfgang	1955	Deiker Weg 7 A 35619 Braunfels
11.	Vanhofen, Frank	1959	DB Cargo AG Mülheimer Str. 66 47057 Duisburg
12.	Dr. Eder, Franz-Josef	1960	Deutsche Bahn AG Karlstr. 6 60329 Frankfurt
13.	Hamelbeck, Claudia	1958	Bundeseisenbahnvermögen - Hauptverwaltung - Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 2 53175 Bonn
14.	Lipinski, Arnold	1957	Hapag-Lloyd AG Ballindamm 25 20095 Hamburg
15.	Dr. Breckling, Peter	1960	Deutscher Fischerei-Verband e. V. Venusberg 36 20459 Hamburg

- als Stellvertreterinnen und Stellvertreter -

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Ort
1.	Meiers, Hans Jürgen	1961	RAG AG Shamrockring 1 44623 Herne
2.	Dr. Wedig, Martin	1963	Vereinigung Rohstoffe und Bergbau e. V. Am Schillertheater 4 10625 Berlin
3.	Wolf, Gunter	1968	K+S AG Bertha-von-Suttner-Str. 7 34131 Kassel
4.	Ostermann, Dirk	1961	RAG AG Shamrockring 1 44623 Herne
5.	Dr. Rasenberger, Hans-Peter	1955	Lauesche Str. 22 04509 Delitzsch
6.	Savelsberg, Peter	1956	RAG AG Shamrockring 1 44623 Herne
7.	Hasse, Jochen	1961	Sachtleben Bergbau Verwaltungs-GmbH Wolbecke 1 57368 Lennestadt
8.	Guntermann, Georg	1962	Schiefergruben Magog GmbH & Co. KG Alter Bahnhof 9 57392 Bad Fredeburg
9.	Schumann, Christine	1963	MIBRAG Glück-Auf-Str. 1 06711 Zeitz
10.	Kamphues, Michael	1968	DB Services GmbH Hammerbrookstr. 44 20097 Hamburg
11.	Kietzmann, Andrée Sibylle	1966	DB Fernverkehr AG Goldgasse 2 50668 Köln
12.	Stapper, Ursula	1961	Winkeln 8 41068 Mönchengladbach
13.	Dr. Grüneklee, Stefan	1971	Deutsche Bahn AG Karlstr. 6 60329 Frankfurt
14.	Henrich, Joachim	1966	Bundeseisenbahnvermögen - Hauptverwaltung - Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 2 53175 Bonn
15.	Wibmer, Nadir	1981	DB Fernverkehr AG Mannheimer Str. 83 60327 Frankfurt
16.	Gerdes, Knut	1964	Lübbersdamm 7 26655 Westerstede

- als Stellvertreterinnen und Stellvertreter -

17.	Kahlfuss, Norbert	1940	Waldmeisterstr. 22 18546 Sassnitz
18.	Heinig, Klaus	1942	Adolfstr. 10 22926 Ahrensburg
19.	Hogrefe, René	1976	John T. Essberger GmbH & Co. KG Palmaille 45 22767 Hamburg

Amtsdauer

Die in den Vorschlagslisten genannten Bewerberinnen und Bewerber gelten gemäß § 28 Absatz 3 SVWO mit Ablauf des Wahltages (31. Mai 2017) als gewählt. Mitglied beziehungsweise Stellvertreterin oder Stellvertreter werden sie allerdings erst an dem Tage, an dem die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung stattfindet.

Bochum, 23. Januar 2017

Roesler	Prof. Huth	Milles
Vorsitzender	Mitglied	Mitglied

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

Vertreterversammlung

Gruppe der Arbeitgeber

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 17. November 2016 Gerhard Ludwig (Rücktritt zum 30. September 2016) von seinem Amt als Mitglied in der Vertreterversammlung entbunden.

Als Nachfolger wurde Thomas Kahler vorgeschlagen. Durch Beschluss wurde festgestellt, dass Herr Kahler, geboren 1970, Bedburg, als gewählt gilt und Mitglied in der Gruppe der Arbeitgeber der Vertreterversammlung geworden ist.

In seiner Sitzung am 16. Dezember 2016 hat der Vorstand Jürgen Niemann (Rücktritt am 14. November 2016) von seinem Amt als Mitglied in der Vertreterversammlung entbunden.
Ein Nachfolger wurde noch nicht benannt.

KBS

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Gruppe der Arbeitgeber

Widerspruchsausschuss Nordrhein IX

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 17. November 2016 Gerhard Ludwig von seinem Amt als Mitglied im Widerspruchsausschuss Nordrhein IX, mit Wirkung zum 30. September 2016, entbunden.

KBS

57. 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 56. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

   § 57i – Flash Glukose Messsystem
   § 78a – Kooperation mit PKV-Unternehmen

   werden neu eingefügt.

2. § 57i wird neu eingefügt:

   „§ 57i Flash Glukose Messsystem

   (1) Versicherte haben mit dem Ziel einer besseren Kontrolle des Glukoseverlaufes zur Vermeidung einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) oder Hyperglykämie (Überzuckerung) Anspruch auf Versorgung mit einem als Medizinprodukt zugelassenen Flash Glukose Messsystem (CE-Kennzeichnung muss vorhanden sein) zur interstitiellen Glukosemessung, bestehend aus einem Lesegerät sowie den benötigten Sensoren.

   (2) Die Kosten für das Flash Glukose Messsystem werden übernommen bei Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen und diese bereits anwenden und sofern die Voraussetzungen der Absätze 3 bis 7 vorliegen.

   (3) Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die/der Versicherte entsprechend ihres/seines Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegt und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuert.

   (4) Die Verordnung des Flash Glukose Messsystems erfolgte durch:

   a) eine/n Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
   b) eine/n Facharzt/-ärztin für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe/Diabetologin Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
   c) eine/n Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

   Die hier verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch diejenigen Ärztinnen/Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

   Nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigte Ärztinnen/Ärzte mit vergleichbarer Qualifikation sind ebenfalls zur Verordnung berechtigt.

   (5) Voraussetzung ist, dass die/der Versicherte hinsichtlich der sicheren Anwendung des Gerätes geschult ist.

   (6) Soweit der Einsatz des Gerätes eine Verwendung, Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten vorsieht, muss sichergestellt sein, dass diese allein zum Zwecke der Behandlung der/des Versicherten erfolgen und eine Nutzung ohne Zugriff Dritter, insbesondere der Hersteller, möglich ist.

   (7) Voraussetzung ist ferner, dass die Knappschaft in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung zugestimmt hat.

   8) Der/dem Versicherten entsteht eine Eigenbeteiligung in Höhe der gesetzlichen Zuzahlung entsprechend den Vorschriften des § 33 Abs. 8 SGB V.“

3. § 78a wird neu eingefügt:

   „78a Kooperation mit PKV-Unternehmen

   § 69 der Satzung gilt entsprechend.

   (§ 47 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)“

Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1 bis 3 treten am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Internet - auf der Internetseite www.kbs.de – in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 24. November 2016.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von der Vertreterversammlung am 24. November 2016 beschlossene 57. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 6. Dezember 2016
213-59022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Beckschäfer)

58. 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 57. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

Artikel 1

In § 9 Absatz 3 der Anlage 6 (zu § 94 der Satzung) wird die Angabe „1,0“ durch die Angabe „0,9“ ersetzt.

Artikel 2

Der 58. Nachtrag tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Einstimmig beschlossen von den Arbeitgebervertretern in der Sitzung der Vertreterversammlung am 24. November 2016.

Robert Prill
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Der von den Arbeitgebervertretern der Vertreterversammlung am 24. November 2016 beschlossene 58. Nachtrag zur Satzung wird gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit § 90 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches IV genehmigt.

Bonn, den 5. Dezember 2016
213-9022.0-1226/2005

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag

(Beckschäfer)

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Maschinenbucherin Ute Schubert	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Marlies Schwarz	1.1.2017
Verwaltungsangestellter Bernhard Barth	10.1.2017
Verwaltungsangestellter Harald Böhm	31.1.2017
Verwaltungsangestellter Helmut Wegner	9.2.2017
Arzthelferin Christa Schneider	10.2.2017
Verwaltungsangestellter Hans Jürgen Ingenweyen	12.2.2017
Medizinisch-technische Assistentin Sigrid Tietz	25.2.2017
Regierungsoberamtsrat Ronald Migas	28.2.2017

25-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte Maria Celebi	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Beate Döbler-Klemp	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Daniela Findeisen	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Silke Funke	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Barbara Kinne	1.1.2017
Verwaltungsangestellter Ulrich Knoll	1.1.2017
Küchenhilfe Andrea Kruse-Akkermann	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Martina Kubsch	1.1.2017
Raumpflegerin Barbara Motta	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Ellen Mourschinetz	1.1.2017
Angestellte im Schreibdienst Beate Mühlenbeck	1.1.2017
Küchenhilfe Hildegard Sachs	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Karin Sohlich	1.1.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Michael Stark	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Claudia Strugala	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Britta Thom	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Brigitta Tracz	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Karin Wagener	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Illa Wengrzik	1.1.2017
Arzthelferin Maria Westenberger	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Ines Wolf	1.1.2017
Krankenschwester Uta Wortmann	1.1.2017
Verwaltungsangestellte Gudrun Borst	2.1.2017
Verwaltungsangestellter Uwe Kühn	6.1.2017
Verwaltungsangestellte Rosemarie-Hildegard Saemann	6.1.2017
Verwaltungsangestellte Marina Volz	6.1.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Ute Degenhardt	9.1.2017
Verwaltungsangestellte Kathrin Wolff	10.1.2017
Regierungsamtsrätin Marion Schärmann-Rüffer	15.1.2017
Regierungsamtmann Dirk Lohoff	16.1.2017
Verwaltungsangestellte Manuela Stolzenburg	19.1.2017
Verwaltungsangestellte Sigrid Lindner	20.1.2017
Verwaltungsangestellte Gudrun Melzer	21.1.2017
Oberregierungsrat Thomas Neu	21.1.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Michaela Flechtner	27.1.2017
Verwaltungsangestellter Karlheinz Jany	27.1.2017
Archivkraft Richard Sonntag	27.1.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Hildegard Lagemann	31.1.2017
Verwaltungsangestellte Marlies Asmus	1.2.2017
Krankengymnastin Cora Bach	1.2.2017
Diätassistentin Bettina Göthel	1.2.2017
Verwaltungsangestellter Heiko Hamer	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Ute Hertzberg	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Britt Kehrer	1.2.2017
Hilfsköchin Manuela Lo Bue	1.2.2017
Küchenhilfe Angelika Möhrke	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Kerstin Nitter	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Karin Richter	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Katrin Skorna	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Karin Stephan	1.2.2017
Verwaltungsangestellte Monika Willi	1.02.2017
Verwaltungsangestellte Ursula Becker	5.2.2017
Verwaltungsangestellte Sybille Kamp	7.2.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Thomas Löhken	10.2.2017
Pflegepersonal Regina Schmetkamp	20.2.2017
Arzthelferin Patrizia Heßling	24.2.2017

Rög

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Bettina am Orde,
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80020/80030

Chefredaktion
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
Dr. Wolfgang Buschfort (verantwortlich)
Elona Röger
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-82220
Telefax 0234 304-82060
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

Gestaltung:
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Bereich Marketing, Werbung, Corporate Design

Druck:
Graphische Betriebe der Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

Mit Namen oder Namenszeichen versehene Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangte Einsendungen keine Gewähr.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe oder Speicherung in elektronischen Medien von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach vorheriger Genehmigung und mit Quellenangaben gestattet. – Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens zulässig hergestellte oder benutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München.

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E