

KBS Sozialreport

NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

KRANKENVERSICHERUNG

Große Koalition nimmt gesundheitspolitisch Fahrt auf

— Mit der Vorlage des Referentenentwurfs eines „Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz)“ setzt das Bundesministerium für Gesundheit erste Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag um.

Paritätische Finanzierung

Kernpunkt ist die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Neben den Beiträgen sollen auch die individuellen Zusatzbeiträge einer Krankenkasse ab dem Jahr 2019 wieder paritätisch von Versicherten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. bei den Rentnerinnen und Rentnern durch die Rentenversicherungsträger finanziert werden. Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung entlastet – so die KNAPPSCHAFT – gesetzlich Versicherte und verteilt die Finanzierung des medizinischen Fortschritts auf die Schultern von Versicherten und Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern.

Deckelung und Rückführung von Finanzreserven der Krankenkassen

Ausreichende Finanzreserven der Krankenkassen dienen der stabilen Beitragsgestaltung und Verlässlichkeit in der Planung für die

Krankenkassen und deren Mitglieder. Hierdurch können unerwünschte Beitragssatzschwankungen vermieden werden. Ausreichende Rücklagen sind insofern Polster für schlechtere Zeiten.

Der Referentenentwurf sieht die Neujustierung der Höchstgrenzen für Finanzreserven der Krankenkassen und Regelungen zur Abschmelzung von Betriebsmitteln und Rücklagen vor. Zukünftig darf eine Obergrenze als Finanzreserve von genau einer Monatsausgabe nicht überschritten werden – bislang galt der 1,5-fache Satz. Überschüssige Finanzreserven müssen durch Senkung der Zusatzbeiträge an die Versicherten zurückgegeben werden. Die KNAPPSCHAFT sieht hierin einen Eingriff in die Beitragssatzautonomie der Selbstverwaltung der Krankenkassen und lehnt dies ab.

Die vorgesehene Regelung verstärkt den Preiswettbewerb. Vorab ist es daher unerlässlich, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen



Bettina am Orde
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

chancengleich auszugestalten. Hierfür ist eine Reform des Morbi-RSA notwendig. Der Morbi-RSA soll gleiche Wettbewerbsbedingungen schaffen, so dass Kassen mit vielen älteren oder kranken Mitgliedern nicht schlechtere Marktbedingungen haben als Kassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern.

Dies gelingt jedoch nur unzureichend. Mit seinem im November 2017 veröffentlichten „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt eine fundierte Analyse des Morbi-RSA vorgelegt. Er hat auf dieser Basis konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ausgesprochen – alle Empfehlungen mit dem Ziel, allen Kassen gleiche Startvoraussetzungen zu bieten, unabhängig davon, welches Alter bzw. welchen Gesundheitszustand ihre Versicherten haben oder wo sie wohnen. Die KNAPPSCHAFT unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich Überlegungen, die Beschränkung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten zu beenden. Diese Beschränkung war ein politischer Kompromiss in der Einführungsphase des Morbi-RSA. Hier ist eine Erweiterung dringend geboten.

Der Morbi-RSA ist als lernendes System konzipiert. Sobald weitere wissenschaftlich fundierte Analysen vorliegen, wie zum Beispiel das ausstehende Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates zur Regionalkomponente im Morbi-RSA, das Ende Mai 2018 erwartet wird, müssen diese Ergebnisse zeitnah aufgegriffen und umgesetzt

werden. Der Bundesregierung liegen dann hinreichend wissenschaftlich fundierte Analysen vor, die eine weitere Reform des Morbi-RSA möglich machen. Kurzfristige Übergangsregelungen, wie sie interessengeleitet von manchen formuliert werden, führen aus Sicht der KNAPPSCHAFT zu Verunsicherung im Gesundheitswesen und befördern letztendlich ein unwirtschaftliches Leistungsmanagement. In der Konsequenz sind sie abzulehnen.

Neben den Regelungen zur Deckelung und Rückführung von Finanzreserven bei den Krankenkassen selber soll auch im Gesundheitsfonds eine Obergrenze für die Mindestrücklage bzw. Liquiditätsreserve eingeführt werden. Diese Regelung ist zu begrüßen, weil damit überschüssige Finanzmittel im Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zurückfließen und somit für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Reduzierung von Beitragsschulden

Die gesetzlichen Krankenkassen sitzen auf einem Berg von Beitragsschulden von rund sechs Milliarden Euro insbesondere von freiwillig versicherten Selbstständigen. Hier sieht die gesetzliche Krankenversicherung schon länger Handlungsbedarf.

Daher ist es richtig und wichtig, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, also die Beitragserhebung auf Basis eines Mindestbeitrags, auch wenn die tatsächlichen Einnahmen darunter liegen, von Selbstständigen bzw. Kleinunternehmern in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und die Beitragsfeststellung flexibler auszugestalten. So

würden bei freiwillig versicherten Selbstständigen weniger „fiktive“ Beitragsschulden aufgebaut. Die KNAPPSCHAFT begrüßt die neue vorgesehene Regelung, die dazu beitragen wird, den Zuwachs der Beitragsschulden wirksam zu bremsen und gegebenenfalls sogar zurückzuführen.

Eine begleitende Einführung einer Versicherungspflicht für den gesamten Personenkreis der Selbstständigen würde dazu beitragen, auch besser verdienende Selbstständige solidarisch an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen und damit wirklich den Solidargedanken zu stärken.

Obligatorische Anschlussversicherung

Mit der obligatorischen Anschlussversicherung wird sichergestellt, dass für Personen, die aus einer Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse ausgeschieden sind, zum Beispiel durch ein Eintritt in eine Selbstständigkeit, ein weiterer ununterbrochener Versicherungsschutz begründet wird – und zwar als freiwillige Versicherung. Die Anschlussversicherung kommt kraft Gesetzes zustande. Eine Erklärung des Versicherten ist nicht erforderlich. Die Regelungen zur Überprüfung der Mitgliedschaften bei der obligatorischen Anschlussversicherung sehen im vorliegenden Referentenentwurf die rückwirkende Klärung der Versichertenverzeichnisse vor. Ungeklärte „passive“ Mitgliedschaften können so bereinigt werden. Hiermit geht konsequentermaßen eine Rückzahlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Zeiträume der aufgehobenen

Mitgliedschaften vonstatten. Diese Änderungen sind aus Sicht der KNAPPSCHAFT zielführend.

Ausblick

Um die Entlastung der Versicherten konsequent voran zu bringen,

fehlt im Referentenentwurf die im Koalitionsvertrag vereinbarte schrittweise Einführung kostendeckender Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die KNAPPSCHAFT würde eine Aufnahme in den Gesetzentwurf begrüßen. ■

BUNDESFACHSTELLE BARRIEREFREIHEIT

Beratungstätigkeit stark ausgeweitet

■ Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Jahr 2016 die Bundesfachstelle Barrierefreiheit eingerichtet. Als zentrale Stelle sammelt und veröffentlicht sie vielfältiges Wissen zur Umsetzung von Barrierefreiheit und trägt zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit und ohne Einschränkungen bei. Als kompetenter Ansprechpartner unterstützt sie alle Bundesbehörden zum Abbau von Barrieren in den Bereichen Bau, Verkehr und Mobilität sowie Information und Kommunikation.

Erstberatung – Umsetzung der EU-Webseitenrichtlinie im Fokus

Die meisten Anfragen zur Erstberatung betrafen in etwa der gleichen Größenordnung Gebäude (28 Prozent) und die Informationstechnik (26 Prozent). Während die Anfragen bezüglich der barrierefreien Gestaltung von Gebäuden gegenüber 2016 zurückging, verdreifachte sich der Anteil der Anfragen, wie die Informationstechnik barrierefrei gestaltet werden kann. Das zeigt einen zunehmenden Beratungsbedarf im Bereich digitaler Barrierefreiheit. Diese war vor allem durch die Frist zur Umsetzung der EU-Richtlinie zur Barrierefreiheit von Webseiten öffentlicher Stellen geprägt, die bis September 2018 in nationales Recht umgesetzt werden muss.

Beratungsangebote für Behörden umgesetzt

Die Richtlinie bringt einige Neuerungen für Webseitenbetreiber öffentlicher Stellen mit sich. Beispielsweise wird es einen Feedback-Mechanismus geben, der prominent auf den Websites eingebunden sein muss. Sind Inhalte – beispielsweise PDF-Dateien – nicht barrierefrei, können Nutzerinnen und Nutzer künftig über diesen Mechanismus darauf hinweisen. Die Behörden müssen zeitnah antworten und barrierefreie Dokumente oder Alternativen zur Verfügung stellen. Die Bundesfachstelle ist bereits im Vorfeld auf die Behörden zugegangen und hat mit der Vortragsreihe „Fristenheft EU-Webseitenrichtlinie“ informiert. Auch mit Blick auf die EU-Richtlinie und die dadurch neu entstehenden Aufgaben und Pflichten wird es für Behörden künftig noch wichtiger sein, Wissen intern aufzubauen und das Thema in die Arbeitsabläufe zu integrieren. Die Vortragsreihe wird 2018 fortgesetzt.

Muster-Vorlage zur Berichterstattung über die Barrierefreiheit der Gebäude des Bundes

Im Jahr 2021 müssen die nach dem Behindertengleichstellungsgesetz verpflichteten Behörden des Bundes über den Stand der Barrierefreiheit ihrer Gebäude berichten und gleichzeitig verbindliche Maßnahmen- und Zeitpläne zum Abbau der Barrieren entwickeln. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales will den Bundesbehörden hierzu eine Muster-Vorlage an die Hand geben, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Das Ministerium hat einen Arbeitskreis aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesbehörden einberufen und die Bundesfachstelle mit der Leitung beauftragt. Die Herausforderung besteht einerseits darin, alle Daten zu erfassen, die sowohl für eine aussagekräftige Berichterstattung als auch für Planungsprozesse nach den Richtlinien für Bauvorhaben des Bundes erforderlich sind. Andererseits muss angesichts der

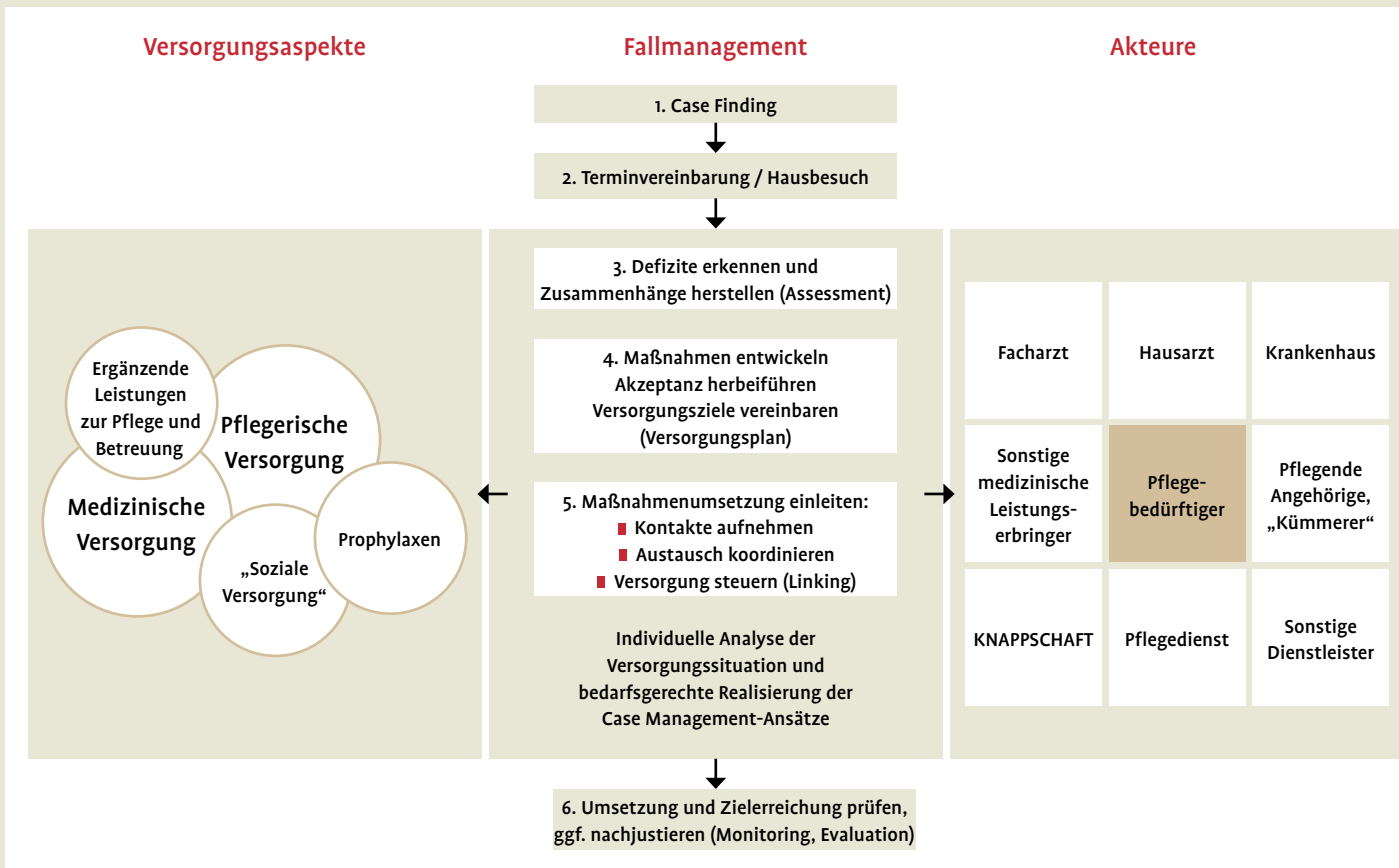
Case-Management in der Pflegeberatung der KNAPPSCHAFT

Die Pflegeberatung in Deutschland kann auf eine fast zehnjährige Geschichte zurückblicken. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde erstmals ab Januar 2009 der Anspruch auf Pflegeberatung im Sozialgesetzbuch XI gesetzlich normiert. Die Pflegeberatung zielt seither auf die Verbesserung der Versorgung im konkreten Einzelfall ab und dient der umfassenden und zielgerichteten Unterstützung des Einzelnen. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen insbesondere die Ermittlung und Feststellung des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialbetreuerischen Hilfebedarfs sowie die Zusammenstellung von individuellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten einschließlich der Unterstützung bei der Umsetzung und Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen.

Weitere Anpassungen des Gesetzgebers, zum Beispiel mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012/2013, erleichtern den Zugang der Versicherten und deren Angehörigen zur Pflegeberatung, indem die Pflegekassen bei Antragseingängen den Versicherten proaktiv eine Pflegeberatung anbieten müssen. Hierdurch lässt sich frühzeitig der individuelle Hilfebedarf des Pflegebedürftigen ermitteln.

Obwohl die Pflegeberatung schon in der Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit den Steuerungsprozessen eines Case-Managements fest verbunden war, besteht bis heute bei den Pflegekassen, Pflegestützpunkten und kommunalen Beratungsstellen inhaltlich ein unterschiedliches Verständnis von Pflegeberatung. Dies liegt zum einen daran, dass der eigentliche Gesetzestext die klare Absicht der Gesetzesbegründung

nicht widerspiegelt und zum anderen Case-Management-Prozesse erheblichen Ressourceneinsatz erfordern. Pflegeberatung wird bisweilen nur als Informationsweitergabe und leistungsrechtliche Beratung verstanden. Hierzu zählen beispielsweise die Ausgabe von Leistungserbringerlisten, die Mitteilung von Kontaktdaten zu ehrenamtlichen Helfern und Informationen zu Leistungsanträgen.



Steuerungsaktivitäten der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der KNAPPSCHAFT im Jahr 2017

6.000	Pflegeberatungen in der Häuslichkeit des Pflegedürftigen
19.000	Kontakte zu Leistungserbringern wie Ärzten und Pflegediensten
74.500	Gesprächskontakte insgesamt

Die KNAPPSCHAFT hat die pflegepolitische Diskussion und die Forderung nach besserer Vernetzung und Versorgungssteuerung frühzeitig aufgegriffen und die Pflegeberatung organisatorisch und prozessual aus dem Leistungsbereich der Pflegeversicherung ausgegliedert und dem Bereich des Versorgungsmanagements zugeordnet. Die KNAPPSCHAFT beschäftigt eine Vielzahl von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, größtenteils examinierte Pflegefachkräfte mit entsprechender medizinisch-pflegerischer Fachkompetenz. Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel in der häuslichen Umgebung des Versicherten, damit direkt vor Ort Versorgungsdefizite erkannt und Pflegearrangements durch ein aktives medizinisch-pflegerisches Case-Management optimiert werden können.

Auf Wunsch des Versicherten übernehmen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der KNAPPSCHAFT für die Versorgungspakete die aktive Steuerung der Maßnahmen

und die Überprüfung der Zielerreichung bzw. die Anpassung der Versorgungsmaßnahmen an veränderte Versorgungssituationen. Somit sind mit dem Case-Management umfangreiche Verfahrensschritte und zahlreiche Kontakte zu Versicherten und Leistungserbringern verbunden.

Die bisherigen Erfahrungen machen deutlich: Pflegeberatung ist nicht gleich Pflegeberatung. Dabei geht es nicht nur um die unterschiedliche Ausgestaltung der Institutionen der Pflegeberatung und der unterschiedlichen Interpretationen des Begriffs der Pflegeberatung, sondern auch um Strategien, geeignete Case-Management-Fälle aus der Vielzahl der Pflegebedürftigen und Ratsuchenden zu identifizieren. Nicht jede häusliche Versorgungssituation ist defizitär und steuerungsbedürftig. Einen ersten Schritt zu einer Harmonisierung der Pflegeberatung ist der Gesetzgeber mit der verpflichtenden Einführung von Pflegeberatungs-Richtlinien

zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung im Zweiten Pflegestärkungsgesetz gegangen. Die KNAPPSCHAFT hat sich bei der Ausgestaltung der Richtlinie auf Bundesebene aktiv eingebracht und daran mitgewirkt, dass die Pflegeberatung konsequent verbunden wird mit den Parametern

- Feststellung des individuellen Hilfebedarfs (Defizitermittlung),
- Erarbeitung und Abstimmung möglicher Maßnahmen,
- Festlegung von Verantwortlichkeiten,
- Zielvereinbarung,
- Erfolgskontrolle.

Viele Pflegeberatungsstellen werden künftig ihre Beratungsansätze und Beratungsinhalte neu justieren müssen. Die KNAPPSCHAFT setzt die Inhalte der Richtlinie seit Jahren zur Versorgungsoptimierung ihrer Pflegebedürftigen konsequent um. ■

Generation 100plus – Wie geht es unseren Ältesten?

Die Population der Hundertjährigen nimmt im Zuge des demografischen Wandels an Bedeutung zu. Die Hochbetagten bilden diejenige Bevölkerungsgruppe, für die das Statistische Bundesamt den stärksten relativen Anstieg bis 2060 erwartet. Von heute 24.000 Personen im Alter von mindestens hundert Jahren wird die Anzahl bis 2060 prognostiziert rund um das Zwölfwache auf über 300.000 Personen ansteigen.

Aufgrund der alternden Gesellschaft verändern sich die Bedürfnisse der Menschen und Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob mit steigender Lebenserwartung die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen stetig zunimmt oder die Inanspruchnahme im hochbetagten Alter abflacht. Ein Indiz für eine andersartige Versorgung der Hundertjährigen zeigen die Ausgabenprofile der gesetzlichen Krankenversicherung nach Altersgruppen, die 2015 vom Bundesversicherungsamt veröffentlicht wurden. Während die hohen durchschnittlichen Gesamtausgaben der vergleichsweise jüngeren Altersgruppen der 80- bis 89-Jährigen sowie der 90- bis 99-Jährigen sich mit 6.727 Euro bzw. 6.996 Euro kaum voneinander unterscheiden, liegen die Kosten der Hundertjährigen mit durchschnittlich 5.734 Euro deutlich darunter.

Neben der Gesundheitsversorgung wird der Pflegebedarf durch das zunehmende Alter spürbar an Bedeutung gewinnen. Einerseits werden die körperlichen Einschränkungen Hochaltriger den Bedarf an Pflegeleistungen insgesamt erhöhen, andererseits wird durch das hohe Alter der noch lebenden Angehörigen, die eventuell selber schon pflegebedürftig sind, die Nachfrage von ambulanten

Pflegedienstleitern und stationären Pflegeeinrichtungen zunehmen.

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité hat die KNAPPSCHAFT untersucht, in welchem Maß sich die Krankheitslast und die damit verbundene Versorgung von Hundertjährigen von jüngeren Kohorten unterscheiden. Die 100-jährig und älteren Verstorbenen (100plus) aus dem Jahr 2015 werden mit jeweils einer zufällig gewählten Stichprobe der Verstorbenen im Alter von 80 bis 89 (80plus) sowie der Verstorbenen im Alter zwischen 90 und 99 Jahren (90plus) verglichen. Fokus der Studie sind die letzten fünf Lebensjahre vor dem Tod. Neben der Analyse von Krankheitsprävalenzen mit zunehmenden Alter und der Nähe zum Tod wird die Versorgung mit Blick auf die ärztliche und stationäre Versorgung, die Medikation sowie die Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen verglichen.

Zur Beurteilung der Krankheitslast der Untersuchungsgruppen werden die dokumentierten Diagnosen der ambulanten und stationären Versorgung in den letzten fünf Lebensjahren differenziert nach Quartalen vor dem Tod untersucht. Die Hundertjährigen zeigen über die gesamte Periode eine niedrigere Multimorbidität,

wobei die Verstorbenen im Alter von mindestens 100 Jahren mit durchschnittlich 3,4 Erkrankungen im Quartal vor ihrem Tod deutlich weniger Krankheiten aufweisen als die Verstorbenen der Altersklassen 80plus und 90plus (4,8 bzw. 4,4 Erkrankungen). In allen drei Altersgruppen nimmt die Krankheitslast zum Tod hin sukzessive zu. Die Hundertjährigen zeigen in dieser Analyse nicht nur eine insgesamt niedrigere Multimorbidität, sondern die Krankheitsanzahl nimmt zum Tod hin auch weniger stark zu als in den anderen beiden Altersgruppen.

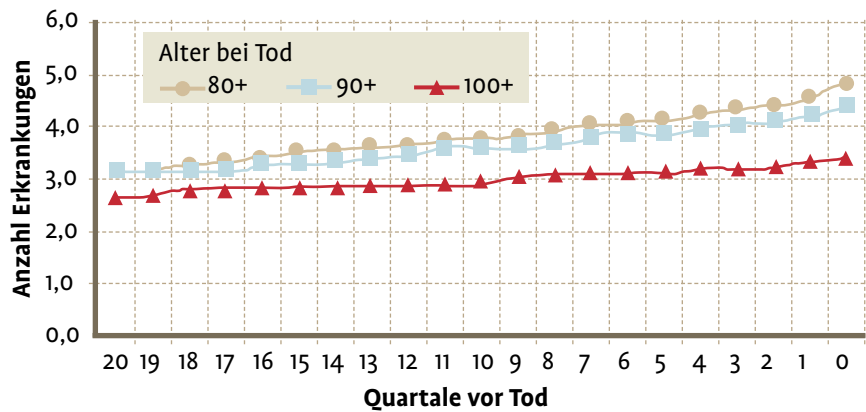
Analog hierzu werden in der Studie Unterschiede in der Anzahl von verordneten Wirkstoffen festgestellt. Die jüngeren Kohorten nehmen im Vergleich zu den Verstorbenen der Gruppe 100plus in ihrem letzten Lebensjahr mehr Wirkstoffe ein. Diese Ergebnisse können auf die Gültigkeit der These der „Kompression der Morbidität“ deuten. Teil dieser Theorie ist die Annahme, dass die Morbidität mit dem zeitlichen Abstand zum Tod zusammenhängt und mit zunehmender Lebenserwartung nicht die Dauer der in Krankheit verbrachten Jahre steigt.

Am Lebensende leiden die Hundertjährigen am häufigsten an Hypertonie, demenziellen

Erkrankungen, an Herzinsuffizienz sowie an Arthritis. In der Analyse aller in der Studie aufgeführten Diagnosen ist hervorzuheben, dass die Hundertjährigen für viele Krankheitsbilder eine günstigere Prävalenz als die Verstorbenen der jüngeren Altersgruppen aufzeigen. Dies gilt unter anderem für Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz, chronische Lungenerkrankungen, Depressionen sowie soliden Tumoren ohne Metastasen. Mit einem höheren Sterbealter verliert die Diagnose Krebs an Bedeutung. Vor dem Tod liegt der Anteil der Krebserkrankten mit 7 Prozent bei den Hundertjährigen deutlich unter dem Niveau der Verstorbenen der Population 90plus sowie 80plus, für welche der Anteil bei 13 Prozent bzw. 18 Prozent liegt.

Im Kontrast dazu nimmt die Prävalenz für die Erkrankungen an Herzinsuffizienz und an Demenz mit zunehmendem Alter zum Sterbezeitpunkt zu. Insbesondere demenzielle Erkrankungen fallen auf. Während bei den Verstorbenen im Alter von 80 bis 89 Jahren der Anteil noch bei 47 Prozent liegt, sind bei der Kohorte der 100plus knapp 70 Prozent dement. Es handelt sich nicht um eine akut lebensbedrohliche Krankheit, Demenz ist aber durch den zuneh-

Entwicklung der Erkrankungen je Versicherten in den letzten fünf Lebensjahren



menden Gedächtnisverlust und den Abbau von geistigen Fähigkeiten mit erheblichen Einbußen bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens versehen. Dieser Entwicklung entsprechend zeigt sich die Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen. Zum Lebensende sind nahezu alle Hundertjährigen pflegebedürftig. Vollstationäre Langzeitpflege bildet hierbei mit 66 Prozent die Mehrheit. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Personen in Pflegeheimen bei der Kohorte 80plus „nur“ bei 38 Prozent.

Insgesamt gibt die Studie Grund für die Annahme, dass die Hundertjährigen eine selektierte Gruppe darstellen. Ihre Multimorbidität zeigt am Lebensende ein vergleichsweise niedriges Maß und dementsprechend fällt auch ihre medikamentöse Versorgung aus. Das Risiko von

Medikationsfehlern im Rahmen von Polypharmazie wie zum Beispiel Neben- und Wechselwirkungen kann demzufolge niedriger ausfallen. Die hohe Prävalenz für pflegerische Leistungen als auch die Dominanz von demenziellen Erkrankungen deuten dennoch an, dass die Lebensqualität zum Lebensende der Hochbetagten im Alter von mindestens 100 Jahren nicht unbedingt besser ist als die der jüngeren Kohorten.

Zum ausreichenden Verständnis der Versorgungslage von Hundertjährigen sowie für die Identifikation von möglichen Handlungsfeldern bedarf es weiterer Forschungsergebnisse. Vor diesem Hintergrund sind zwei weitere Studien von der Charité in Kooperation mit der KNAPPSCHAFT in Planung. ■

IMPRESSUM
KBS-SOZIALREPORT - NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
www.kbs.de

V.i.S.d.P.
Bettina am Orde
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Anfragen
Martin Böckmann
Telefon 0234 304-82000

Dr. Wolfgang Buschfort
Telefon 0234 304-82050
Telefax 0234 304-82060

E-Mail
sozialreport@kbs.de

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe oder Speicherung in elektronischen Medien von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach vorheriger Genehmigung des Herausgebers und mit Quellenangaben gestattet.

Stand: Mai 2018