

KBS Sozialreport

NEWSLETTER DER KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

KRANKENVERSICHERUNG

Pflegebedürftigkeit im Morbi-RSA berücksichtigen

Die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wird zurzeit intensiv diskutiert. Die Zielsetzung des Morbi-RSA ist ein stärkerer und chancengleicher Wettbewerb zwischen den Krankenkassen für eine effiziente gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat im Herbst 2017 die Wirkungen der aktuellen Rahmenbedingungen näher untersucht und Vorschläge zur Weiterentwicklung beschrieben. Ein weiteres Gutachten des Beirates zur Behandlung regional unterschiedlicher Kostenstrukturen liegt zur Bewertung im Gesundheitsministerium vor. Dabei gilt es auch soziodemografische Unterschiede der Versichertengruppen auszugleichen, um gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Deutlich wird die Notwendigkeit zur Berücksichtigung soziodemografischer Unterschiede in dem Kontext, ob ein Versicherter Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder nicht.

Seit Jahren ist der Morbi-RSA, der Basis der Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds ist, in der Diskussion. Er soll die finanziellen Belastungen aus unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen ausgleichen. Durch den Ausgleich sollen Krankenkassen mit vielen älteren bzw. kranken Versicherten die gleichen fairen Wettbewerbschancen erhalten wie Kassen mit einem jungen und gesunden Klientel. Zu den zentralen Funktionen des Morbi-RSA gehört somit die Vermeidung von Risikoselektion. Ein Wettbewerb um Mitglieder mit möglichst wenig gesundheitlichen Risiken ist in dieser Konzeption gesundheitspolitisch nicht erwünscht. Der einzelnen Versichertengemeinschaft soll kein Nachteil durch die Versicherung von

zum Beispiel chronisch Kranken bzw. alten oder pflegebedürftigen Versicherten entstehen. Die KNAPPSCHAFT befürwortet das Instrument des Morbi-RSA, das den Krankenkassen unabhängig vom Alter, Gesundheitszustand oder Wohnort ihrer Versicherten die gleichen Voraussetzungen im Wettbewerb um eine gute Versorgung geben soll. Um dieses Ziel zu erreichen, sind Korrekturen im lernenden System des Morbi-RSA notwendig.

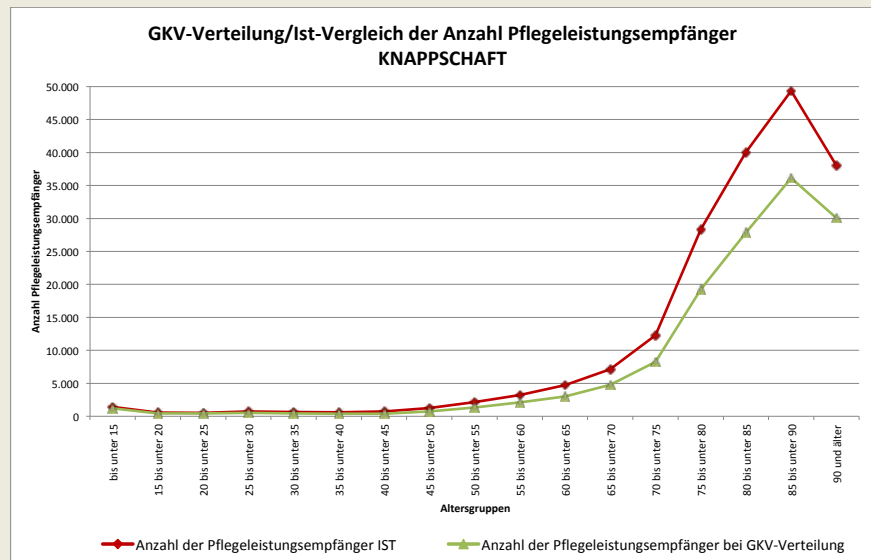
Um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu erhöhen, ist aus Sicht der KNAPPSCHAFT neben der Berücksichtigung von regional unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen auch die Einführung soziodemografischer



Positionspapier der KNAPPSCHAFT zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Unterscheidungen notwendig. Pflegebedürftige Versicherte sind derzeit „schlechte Risiken“ für alle gesetzlichen Kassen. Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Morbi-RSA sind für Pflegebedürftige im Vergleich zu den auf sie entfallenden Ausgaben systematisch untergedeckt.

Im Vergleich der Deckungsquoten ist deutlich zu erkennen, dass Versicherte ohne Pflegeleistungen nahezu durchgehend überdeckt sind, während Versicherte, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen, eine drastische Unterdeckung aufweisen. Selbst in der Spitze erreichen letztere lediglich Deckungsquoten von maximal 90 Prozent. Besonders auffällig ist, dass gerade in den älteren Jahrgängen, in denen die Pflegebedürftigkeit überwiegend hervorgerufen wird, die Abstände zwischen den Deckungsquoten sehr stark auseinandertreiben. 83 Prozent der Versicherten der KNAPPSCHAFT, die Pflegeleistungen erhalten, sind in einem Alter von 70 bis 94 Jahren. Deren Ausgaben weisen lediglich eine Deckungsquote von knapp 75 Prozent auf.

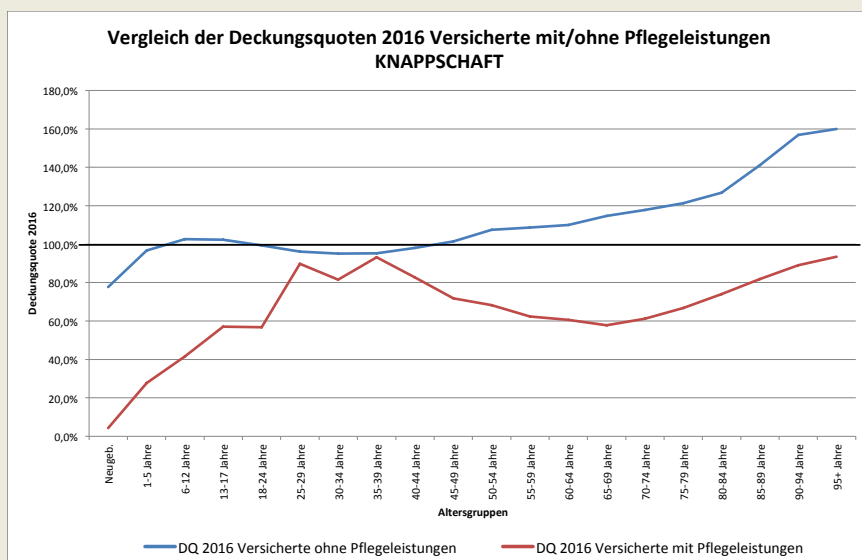


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit / eigene Berechnungen

Als Ursache für diese Unterdeckung lässt sich feststellen, dass zum einen der Anteil der multimorbiden Versicherten bei den Pflegebedürftigen überdurchschnittlich hoch ist. Die Multimorbidität wird jedoch nicht ausreichend bei den Zuweisungen berücksichtigt. Daraus folgt, dass auch bei den Pflegebedürftigen ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Versicherten systematisch unterdeckt ist.

Zum anderen sind Pflegebedürftige überdurchschnittlich bei Erkrankungen vertreten, die nicht zu den 80 Auswählerkrankungen des Morbi-RSA gehören. Wenn Erkrankungen zu einer Pflegebedürftigkeit führen,

die nicht im Modell berücksichtigt werden, ist davon auszugehen, dass hier überdurchschnittliche, systematisch unterdeckte Ausgaben vorliegen. Zudem ist eine Unterdeckung auch darauf zurückzuführen, dass das gleichzeitige Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und einer Erkrankung zu höheren krankheitsspezifischen Leistungsausgaben führt. So ist zum Beispiel nachvollziehbar, dass ein Hautgeschwür bei einem bettlägerigen Versicherten mit dem Pflegegrad 5 zu höheren Komplikationsraten und Kosten führt als bei einem Versicherten ohne Einstufung in einen Pflegegrad.



Neben der Unterdeckung spielt die Ungleichverteilung der Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenlandschaft eine zusätzliche Rolle. Gerade die KNAPPSCHAFT weist aufgrund ihrer besonderen Altersstruktur auch überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige auf und ist somit doppelt betroffen.

Der Anteil der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, die 2016 Leistungsempfänger

der Sozialen Pflegeversicherung waren, liegt bei 3,9 Prozent. Bei der KNAPPSCHAFT liegt der Anteil bei 10,9 Prozent.

In den jüngeren Jahrgängen bis zu einem Alter von 50 Jahren ist die Zahl der Pflegeleistungsempfänger der KNAPPSCHAFT nahezu im GKV-Durchschnitt. Die KNAPPSCHAFT weist jedoch allgemein unterdurchschnittlich wenige Versicherte in dieser jüngeren Altersgruppe auf. In den Altersgruppen ab 50 ändert sich dieses Bild aber vollständig. Hier hat die KNAPPSCHAFT aufgrund ihrer besonderen Altersstruktur ein Vielfaches an Pflegebedürftigen gegenüber dem GKV-Vergleich. Die ungleiche

Verteilung von Pflegefällen in der GKV führt so zu einer zusätzlichen Wettbewerbsverzerrung.

Es besteht ein politischer Konsens darüber, dass im Wettbewerb der Krankenkassen faire Bedingungen herrschen müssen, bei denen die Versichertenstruktur möglichst keinen Einfluss auf die finanzielle Lage der Krankenkassen ausübt. Pflegebedürftige sind eine klar identifizierbare Gruppe, die anfällig für Risikoselektionsstrategien von Krankenkassen ist. Zudem ist es aufgrund der vorliegenden Unterdeckung Pflegebedürftiger für die Krankenkasse unattraktiv, Versorgungsstrategien für kranke Versicherte mit Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Aufgrund der

ungleichen Verteilung dieser Versicherten zwischen den Krankenkassen entstehen Verzerrungen im Kassenwettbewerb.

Daher ist es aus Sicht der KNAPPSCHAFT sachgerecht und zwingend erforderlich, das Merkmal „Pflegebedürftigkeit“ als weiteres Ausgleichsmerkmal zuweisungsrelevant im Morbi-RSA zu berücksichtigen, um dessen Zielgenauigkeit zu erhöhen. Die Einführung des Pflegekennzeichens ist leicht durchsetzbar, da die entsprechenden Informationen den Krankenkassen bereits vorliegen, nicht manipulationsanfällig sind und somit unkompliziert erhoben werden können. ■

VERBUNDSYSTEM KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

Wirtschaftlichkeit im Verbund

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist als Verbund-Sozialversicherungsträger einzigartig in der deutschen Sozialversicherung. Die KBS vereint Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung, Renten-Zusatzversicherung, Seemannskasse und ein medizinisches Kompetenznetz aus Krankenhäusern, Reha-Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Sozialmedizinischem Dienst unter einem Dach. Außerdem betreut die KBS durch die Minijob-Zentrale alle geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse und ist Träger der Bundesfachstelle Barrierefreiheit.

Die Vielfalt der Aufgaben der KBS verlangt nach Koordinierung. Gerade aus der gemeinsamen Administration von Aufgaben werden Synergieeffekte erzielt, die sich positiv auf die Verwaltungseffizienz auswirken. Hier bringt das Verbundsystem der KBS erhebliche Vorteile mit sich. Sämtliche Querschnittsbereiche, wie zum Beispiel Personalwesen, Organisation, Innenrevision, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit werden gemeinsam genutzt, jedoch getrennt finanziert. Auch die

Zusammenarbeit im medizinischen Kompetenznetz der KNAPPSCHAFT mit seinen integrierten Versorgungsnetzen, abgestimmten Behandlungspfaden und elektronischer Behandlungsinformation hebt nachhaltig Wirtschaftlichkeitspotentiale, die positiv die Verwaltungskosten beeinflussen.

Kranken- und Pflegeversicherung KNAPPSCHAFT

Die KNAPPSCHAFT als Kranken- und Pflegeversicherung mit 1,6 Millionen Versicherten ist eine bundesweit

agierende Krankenkasse und ein zentraler Versicherungsweig im Verbundsystem der KBS. In Zeiten des wiedereingeführten Beitragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung steht die KNAPPSCHAFT wie alle anderen Krankenkassen in einer dauerhaften Wettbewerbssituation. Gerade deshalb ist es von großer Bedeutung, wirtschaftlich zu handeln, um für die Versicherten Vorteile in finanzieller und qualitativer Hinsicht zu erschließen.

Der Gesetzgeber verlangt von allen Krankenkassen eine Veröffentlichung der wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise. Um eine realistische Betrachtung des verwaltungsökonomischen Handelns abbilden zu können, sind die entstandenen Verwaltungskosten in das Verhältnis zu den angefallenen Leistungsausgaben zu setzen. Dadurch wird die Morbidität der versicherten Personen einer Krankenkasse mit in die Betrachtung einbezogen. Die Arbeitsmenge einer Krankenkasse bemisst sich nämlich nicht nur ausschließlich an der Zahl ihrer Versicherten, sondern auch an der Menge der von ihnen beanspruchten Leistungen.

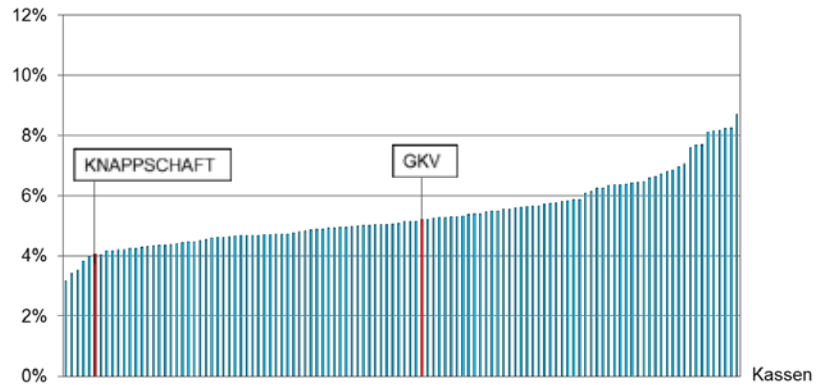
In der vergleichenden Analyse wird deutlich, dass das Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Leistungsausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen zwischen 3,2 Prozent und 8,7 Prozent liegt. Die KNAPPSCHAFT bewegt sich – seit Jahren weitestgehend konstant – bei einem Wert von rund 4 Prozent. Damit belegt sie aktuell den sechstbesten Platz unter allen Krankenkassen. Der Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung liegt bei rund 5,2 Prozent. Für den Erfolg der KNAPPSCHAFT sind sicherlich die auf breiter Basis vorgenommenen Anstrengungen zur Reduzierung der Verwaltungskosten ursächlich.

Vergleicht man die persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten je Beschäftigten des Jahres 2016, so wird deutlich, dass die KNAPPSCHAFT im Vergleich zum GKV-Durchschnitt sehr geringe Ausgaben für das Personal hat. Mit persönlichen Verwaltungskosten je Beschäftigten von 60.786 Euro liegt sie rund 20

Prozent unter dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung von 73.055 Euro. Die sächlichen Verwaltungskosten je Beschäftigten belaufen sich bei der KNAPPSCHAFT auf 21.906 Euro und betragen somit rund 77 Prozent des GKV-Vergleichswertes.

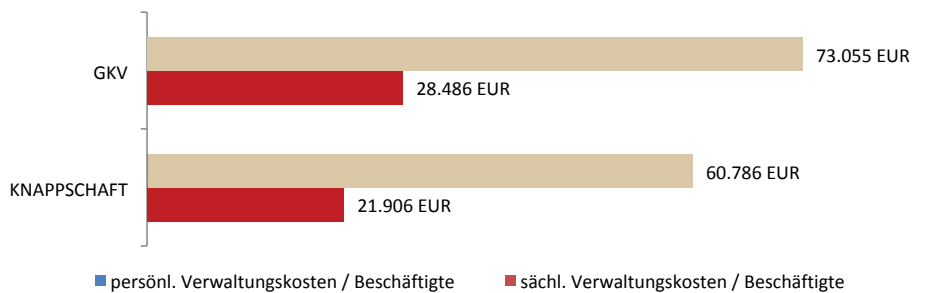
Rentenversicherung 1,4 Prozent, bei der Knappschaft-Bahn-See waren es lediglich 1,0 Prozent. Unter Hinzunahme zusätzlicher, nicht monetärer Kennzahlen ergibt sich ein Gesamtbild, das von hoher Wirtschaftlichkeit bei

Verwaltungskosten im Verhältnis zu Leistungsausgaben 2016



Quelle: Veröffentlichung der Rechnungsergebnisse 2016 nach § 305b SGB V

Verwaltungskosten je Beschäftigten 2016



Quelle: KJ 1 2016 und KG 1 2016

Rentenversicherung
Wirtschaftliches Handeln in der gesetzlichen Rentenversicherung lässt sich in erster Linie aus einem Kennzahlenvergleich ableiten. Hierfür eignet sich besonders der Vergleich aussagekräftiger Kennzahlen aus dem Benchmarking-Tool der Deutschen Rentenversicherung. Diese stützen sich auf vereinheitlichte Datenbasen und sind daher mit Ausnahme des Vertragsbereiches, in dem die Träger wegen unterschiedlicher Aufgabenstellungen nicht

vergleichbar sind, sehr gut für einen trägerübergreifenden Wirtschaftlichkeitsvergleich geeignet.

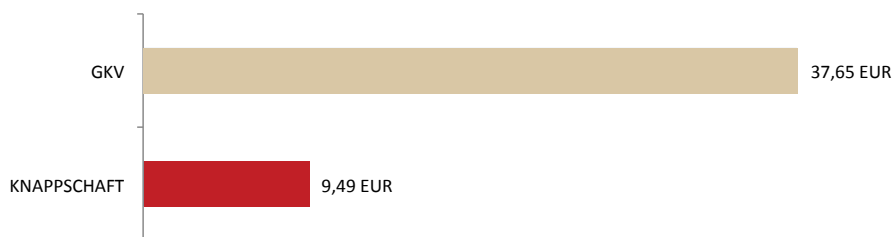
Im Ergebnis ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in fast allen Betrachtungsbereichen einer der wirtschaftlichsten Akteure unter allen 16 Rentenversicherungsträgern. Im Jahr 2017 betragen die Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Leistungsausgaben im Durchschnitt der gesamten Deutschen

gleichzeitig hoher Qualität der Aufgabenerledigung sowie einer außerordentlich hohen Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit geprägt ist. Die Knappschaft-Bahn-See belegt seit Jahren einen Spitzenplatz unter den Rentenversicherungsträgern in Deutschland.

Arbeitgeberversicherung

Auch im Bereich der Arbeitgeberversicherung ist die Wirtschaftlichkeit der KNAPPSCHAFT überdurchschnittlich hoch. Dies ist insbesondere im Vergleich der Verwaltungskosten je Fall auf Kassenartenebene für die beiden Erstattungsverfahren U1 (Krankheit) und U2 (Mutterschaft) nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz zu erkennen. Dabei weist die KNAPPSCHAFT im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung

Verwaltungskosten U1-/U2-Verfahren je Fall 2017



Quelle: Rückläufer KJ 1 2017 (Schlüssel-Nr. 9419 und 9439) und KG 4 2017

die mit Abstand niedrigsten Verwaltungskosten auf. Der Wert von 9,49 Euro je Fall entspricht rund 25 Prozent der durchschnittlichen Fall-Verwaltungskosten aller Krankenkassen.

Fazit

Die Knappschaft-Bahn-See erbringt in allen Bereichen ihres Verbundsystems ihre Leistungen

mit günstigen Verwaltungskosten, sie liegen unter dem Durchschnitt der übrigen gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Damit wird deutlich, dass der Träger Knappschaft-Bahn-See aufgrund seiner Verbundstruktur mit den Beiträgen ihrer Versicherten sparsam wirtschaftet und in hohem Maße verwaltungsökonomisch effektiv arbeitet. ■

MINIJOB-ZENTRALE

Das neue Forderungs- und Vollstreckungsmanagement

Seit dem 20. August 2018 vollstreckt die Minijob-Zentrale der Knappschaft-Bahn-See Beitragsrückstände, die entstehen, wenn Arbeitgeber ihre Sozialversicherungsbeiträge nicht pünktlich entrichten, selbst. Bislang hat die Minijob-Zentrale für Vollstreckungs- und Vollziehungsmaßnahmen hierfür die Zollverwaltung mit ihren 41 Hauptzollämtern beauftragt.

Hintergrund dieser Verfahrensumstellung ist die Änderung des für die Vollstreckung von Beitragsforderungen maßgeblichen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes. Seit dem 1. Juli 2014 ist die Zollverwaltung berechtigt, für jede übermittelte Vollstreckungsanordnung eine Gebühr – die so genannte Vollstreckungspauschale – in Höhe von neun Euro zu erheben. Diese Gebühr darf nicht an den Schuldner weitergegeben werden und führt damit unmittelbar zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten der Minijob-Zentrale.

Die Knappschaft-Bahn-See hat darauf reagiert und zur Optimierung des Vollstreckungsverfahrens am 16. Dezember 2014 entschieden, dass eine Projektgruppe mit dem Ziel gebildet wird, das Vollstreckungsverfahren zu optimieren und die Höhe der von der Knappschaft-Bahn-See zu tragenden Vollstreckungspauschale möglichst gering zu halten. Die Auswertung dieses Projektes hat gezeigt, dass Außenstände der Minijob-Zentrale sowohl zu einem deutlich höheren Prozentsatz als

auch zu einem deutlich früheren Zeitpunkt realisiert werden können als bei einer Vollstreckung über die Hauptzollämter. Letztlich ergeben sich deutliche finanzielle Vorteile im Vergleich zum bisherigen Vollstreckungsverfahren.

Auf Grundlage einer DV-unterstützten Organisationsentwicklung und der während der Projektphase weiterentwickelten Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe konnte der zukünftige Personalbedarf – der auch Gegenstand einer für die Bundes-

ressorts erstellten Wirtschaftlichkeitsberechnung war – genau ermittelt werden. Bewertet wurden auch die durch die Verzahnung der Rückstandsbearbeitung mit einem Forderungsmanagement und den eigenen Vollstreckungsmaßnahmen erzielten Effizienzgewinne.

Die einheitliche Zuständigkeit führt auch auf Seiten der von Vollstreckungsmaßnahmen betroffenen Arbeitgebern zum Abbau von Bürokratie, da ihnen im Fall einer Zahlungsstockung nur noch ein Ansprechpartner gegenübersteht, mit dem dann gemeinsam Lösungsmöglichkeiten besprochen werden können. Für die nicht säumi-

gen Arbeitgeber trägt die zeitnahe Vollstreckung hingegen dazu bei, Insolvenzausfälle zu vermeiden und damit entsprechend zu zahlende Umlagebeiträge zumindest zu stabilisieren.

Die Bundesressorts haben aufgrund der erstellten Wirtschaftlichkeitsberechnungen für das neue Forderungs- und Vollstreckungsmanagement der Minijob-Zentrale zusätzliche Stellen bewilligt. Die neuen Stellen werden fast ausschließlich am Standort Cottbus eingerichtet.

Von dort aus werden zentral die notwendigen Vollstreckungs-

maßnahmen gegenüber säumigen Arbeitgebern bundesweit ausgebracht und der Zahlungseingang überwacht.

Insgesamt ist es der Knappschaft-Bahn-Ssee und in diesem speziellen Fall der Minijob-Zentrale gelungen, mit Schaffung eines eigenen Forderungs- und Vollstreckungsmanagements zu dokumentieren, dass dem mit der Begründung zur Einführung der Vollstreckungspauschale vom Gesetzgeber gesetzten Anreiz zu einem effizienteren Verwaltungshandeln Rechnung getragen werden konnte. ■

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Hepatitis C: Kosten und Nutzen der neuen Arzneimittel

Die chronische Hepatitis C ist eine der am weitesten verbreiteten chronischen Infektionskrankheiten, die nach Angaben der WHO weltweit 130 bis 150 Millionen Menschen betrifft. Seit einigen Jahren hat ein Wandel in der Arzneimitteltherapie stattgefunden, der für die Patientinnen und Patienten Vorteile verspricht, jedoch eine Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellt.

Bei der Hepatitis C handelt es sich um eine Entzündung der Leber, die durch das auf dem Blutweg übertragene Hepatitis C-Virus verursacht wird. Die akute Infektion mit dem Virus verursacht in der Regel keine oder nur grippeähnliche Symptome und bleibt dadurch häufig unbemerkt. Die Virusinfektion entwickelt sich in bis zu 85 Prozent der Fälle zu einer chronischen Erkrankung. Auch in diesem Stadium verläuft die Krankheit zumeist symptomfrei. Häufig erst dann, wenn die Entzündung die Leber soweit zerstört hat, dass sie ihre

Entgiftungsfunktion nicht mehr richtig ausüben kann, erfahren die Betroffenen von ihrer Krankheit. Etwa 300.000 Menschen sind in Deutschland von einer chronischen Hepatitis C betroffen, die bei den Betroffenen zu Spätfolgen wie Leberzirrhose und Leberkrebs führen kann.

Bis vor rund vier Jahren wurde die chronische Hepatitis C mit einer Kombination aus Interferon plus Ribavirin behandelt. Diese Therapie dauerte sehr lange und führte bei den Patientinnen und Patienten

vielfach zu Begleiterkrankungen und zahlreichen Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Fieber und Schüttelfrost. Hinzu kam, dass nur jeder zweite Patient auf die Therapie ansprach. Seit 2014 hat sich ein Wandel in der Therapie vollzogen. Die bisherige Therapie wurde durch eine interferonfreie Kombinationsbehandlung mit direkt antiviral wirkenden Substanzen ersetzt. Die neuen antiviralen Medikamente hemmen die Vermehrung des Virus direkt in den Leberzellen. Neben einer hohen Rate an dauerhaft virusfreien Patienten

können die neuen Medikamente auch mit geringen Nebenwirkungen sowie einer nur wenige Monate dauernden Therapie punkten. Das erste bekannte Präparat aus dieser neuen Wirkstoffklasse war Sovaldi®.

Der ursprüngliche Preis von Sovaldi® lag bei rund 700 Euro pro Tablette. Da die Patientinnen und Patienten zwölf Wochen lang jeden Tag eine Tablette einnehmen müssen, lagen die Therapiekosten bei rund 60.000 Euro pro Patient. Nach einem Jahr auf dem Markt wurde der Preis pro Tablette durch Verhandlungen mit den Krankenkassen auf 600 Euro gesenkt.

Für den Zeitraum von Februar 2014, dem Zeitpunkt des Inverkehrbringens von Sovaldi® in Deutschland, bis September 2017 betragen die Ausgaben der KNAPPSCHAFT für die Hepatitis C-Medikamente der neuen hochpreisigen Wirkstoffklasse rund 53 Millionen Euro. Die hohen Ausgaben im Bereich Hepatitis C hat die KNAPPSCHAFT sehr früh zum Anlass genommen, durch vertragliche Regelungen Einsparungen zu erzielen. Bedingt durch die rasanten Verordnungszahlen und die damit verbundene starke Position der Pharmaindustrie können auch durch Rabattverträge im Verhältnis zu den Gesamtausgaben nur marginale Einsparungen erzielt werden.

Weitere Einsparungen durch geringere Gesundheitsausgaben an anderer Stelle konnten ebenfalls nicht in dem Maße, wie zuvor von der Pharmaindustrie dargestellt, realisiert werden. So wurden etwa die hohen Kosten der neuen Arzneimitteltherapie von der Pharmaindustrie unter ande-

rem damit gerechtfertigt, dass Krankenhausaufenthalte und Lebertransplantationen verringert werden könnten. Zu einer spürbaren Kostensenkung bei den Folgekosten ist es nach rund vier Jahren seit Einführung des ersten Arzneimittels



noch nicht gekommen. Weitergehende statistische Analysen der knappschaftlichen Arzneimitteldaten zeigen, dass seit Einführung der neuen Hepatitis-C-Wirkstoffe im Jahr 2014 jede Infektionskohorte (Jahr der Erstinfektion bzw. erstmaligen Dokumentation einer Hepatitis-C-Diagnose) mittelfristig deutlich höhere Arzneimittelausgaben verursacht hat. Für einen Folgezeitraum von vier Jahren (2014 bis 2017) betragen die durchschnittlich pro Quartal und betroffenen Versicherten verursachten Ausgaben rund 900 Euro. Der vergleichbare Wert vor Verfügbarkeit der neuen Wirkstoffe lag bei rund 200 Euro. Der medizinisch-technische Fortschritt zeigt das gewohnte Bild ausgaben erhöhender Produktinnovationen. Rabattverträge führen zwar zu Entlastungen, ändern die Verhältnisse aber nicht grundlegend.

Einsparungen bei Krankenhausaufgaben durch die neuen Wirkstoffe konnten anhand unserer Analysen

nicht beobachtet werden. Die Infektionskohorten unterscheiden sich vor und nach Verfügbarkeit der neuen Wirkstoffe hinsichtlich der verursachten Folgekosten im stationären Sektor nicht.

Fazit

Mit den neuen Hepatitis C-Arzneimitteln wurden ein Reihe der Schwierigkeiten der früheren Interferon/Ribavirin-Therapie, wie zum Beispiel Begleiterkrankungen und zahlreiche Nebenwirkungen, beseitigt und es konnten vermutlich einige Patienten dauerhaft geheilt werden. Demgegenüber stehen jedoch enorme Ausgaben für die abgegebenen Arzneimittel. Die von der KNAPPSCHAFT geschlossenen Rabattverträge sind ein Mittel, um die Ausgabenbelastung erträglicher zu gestalten. Allerdings können sie nichts daran ändern, dass die neue Arzneimitteltherapie sehr hochpreisig ist, die das System der gesetzlichen Krankenversicherung vor eine große Herausforderung stellt.

Auf der anderen Seite haben die neuen Hepatitis C-Arzneimittel für eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung gesorgt und zu einem deutlichen Anstieg der Lebensqualität der betroffenen Versicherten geführt. ■

Barrierefreies Bauen

Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit ist zentrale Anlaufstelle bei Fragen zum Thema Barrierefreiheit und führt Erstberatungen für Bundes- und Landesbehörden durch. Dabei sammelt, bündelt und entwickelt die Fachstelle Arbeitshilfen und unterstützt bei Fragen mit konkreten Hilfestellungen.

Seit ihrer Eröffnung im Juli 2016 hat die Bundesfachstelle bisher rund 700 Anfragen erhalten.

In einem konkreten Fall hat eine Bundesbehörde die Bundesfachstelle Barrierefreiheit um Unterstützung gebeten. Es ging um Fragen der Anwendung von Bundesbaugesetz und Bauordnungsrecht der Länder.

Der Bundesgesetzgeber hat im Jahr 2002 mit der Einführung des Behindertengleichstellungsgesetzes eine Selbstverpflichtung zum barrierefreien Bauen für seine eigenen Bauten und die der bundesunmittelbaren juristischen Personen des öffentlichen Rechts erlassen.

Das Bauordnungsrecht ist jedoch Ländersache. Fast alle Landesbauordnungen nehmen die nicht öffentlich zugänglichen Bereiche von Gebäuden von der Verpflichtung zum barrierefreien Bauen aus – und damit in der Regel auch die Arbeitsstätten. Eine wich-

tige Frage ist daher, ob bei Neu- und Umbauten von Bundesgebäuden auch die Arbeitsstätten barrierefrei zu gestalten sind.

Daneben hat das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) Planungsgrundlagen für das barrierefreie Bauen herausgegeben. Alle Landesbauordnungen führen Teile dieser Empfehlungen verbindlich als Technische Baubestimmung ein. Strittig ist, ob Neu- und Umbauten von Bundesgebäuden diese Empfehlungen aufgrund der Selbstverpflichtung in vollem Umfang umsetzen müssen.

Zur Beantwortung dieser rechtlichen Fragenstellungen hat die Bundesfachstelle Barrierefreiheit ein interdisziplinäres Tagesseminar aus juristischer und architektonischer Sicht durchgeführt. Zielgruppen des Seminars waren Architektinnen und Architekten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Personalabteilungen und be-

trieblichen Interessenvertretungen.

Neben der konkreten Thematik wurden auch die wesentlichen Rechtsgrundlagen des barrierefreien Bauens dargestellt.

Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit legte ihre Rechtsauffassung dar, dass bei Neu- und Umbauten des Bundes die Planungsgrundlagen zum barrierefreien Bauen in vollem Umfang umzusetzen sind. Auch Arbeitsstätten und Dienstwohnungen sind barrierefrei zu gestalten. Bei den Arbeitsstätten gibt es derzeit noch das Problem, dass es keine geltenden Normen zu deren barrierefreier Gestaltung gibt. Das macht es in der Praxis schwierig, die barrierefreie Gestaltung zu konkretisieren. ■

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: September 2018