



Vorschlag für eine Korrektur des Zuweisungsverfahrens Krankengeld

1 Vorbemerkung

Die Zuweisungssystematik im Segment Krankengeld führt seit der Einführung des Gesundheitsfonds wegen gravierender Unterschiede der kassenindividuellen Deckungsquoten im Bereich Krankengeld zu signifikanten Wettbewerbsverzerrungen: Eine Veröffentlichung des BVA aus dem Frühjahr 2011 zeigt die Spanne der Deckungsquoten des Jahres 2009 im aktuellen Verfahren auf, die bei rd. 100 % liegt (von einer Unterdeckung von ca. 50 % bis zu einer Überdeckung von über 50 %)¹. Die Streuung der Deckungsquoten ist in keinem anderen Segment ausgeprägter². Rd. 83 % der Kassen waren von relevanten Abweichungen der Deckungsquoten betroffen:

Ausprägung	Deckungsquote	Anzahl	Anteil (%)
Überdeckungen	> 103 %	46	27,5
Bedarfsdeckung ³	≥ 97 % u. ≤ 103 %	29	17,4
Unterdeckungen	< 97 %	92	55,1

Tabelle 1: Verteilung der Deckungsquoten 2009; Quelle: BVA

Das BKK-System versicherte im Jahr 2009 ca. 1/4 der Mitglieder mit Krankengeldanspruchszeiten. Auf der Grundlage von Informationen des BVA ergibt sich für rd. 85 % der BKK-Anspruchszeiten eine Unterdeckung der Krankengeldausgaben. Dieser Wert übersteigt den Anteil untergedeckter Krankengeldanspruchszeiten im GKV-System um rd. 28 Prozentpunkte.

Die Summe der Unterdeckung betrug für das BKK System 2009 rd. -120 Mio. Euro und stieg

¹ vgl. „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirats, S. 194

² mündliche Information Dr. Göppfarths im Rahmen des BVA-Folienvortrages: „Aktuelle Entwicklungen beim Risikostrukturausgleich“ vom 23.05.2011: „Die Streuung ist nirgends höher.“

³ Herleitung der Bedarfsdeckung: Berechnungen innerhalb des BKK-Systems aus dem Jahr 2008 (Evaluation nach Reorganisation des Kostenmanagements, Auswertungsperiode 2007) haben ergeben, dass rd. 6 % der Krankengeldausgaben durch Kostenmanagement beeinflussbar sind (Steuerungsrelevanz).

2010 bereits auf rd. -150 Mio. Euro an; infolgedessen verschlechterte sich die Deckungsquote um 1,4 Prozentpunkte von 92,8 % auf 91,4 %⁴.

Quoten	Anspruchsjahre GKV	Anteil (%)	Anspruchsjahre ohne BKK	Anteil (%)	Anspruchsjahre BKK	Anteil (%)
< 100 %	15.283.385	55,4%	10.050.883	47,3%	5.232.502	82,9%
>= 103 %	12.286.853	44,6%	11.208.681	52,7%	1.078.172	17,1%
	27.570.238	100,0%	21.259.564	100,0%	6.310.674	100,0%

Tabelle 2: Deckungsquoten KG-Anspruchszeiten GKV und BKK 2009; Quelle: BVA

Wettbewerbliche Relevanz der Fehlallokation

Eine weitere Ursache für die systematische Benachteiligung des BKK-Systems liegt in der offenkundig fehlerhaften Betrachtung des Krankengeldes als Sachleistung (inkl. Standardisierungsparametern Alter, Geschlecht, EMR). Die u. a. dadurch bestehenden Überdeckungen beeinflussen den Wettbewerb in der GKV maßgeblich: Eigene Berechnungen haben ergeben, dass bereits ab Überdeckungen von 25 % eine jährliche Prämienzahlung von rd. 40 Euro je Mitglied möglich ist. Hiervon sind immerhin 17 Kassen (rd. 10 % der Kassen; davon eine Kasse mit mehr als 1 Mio. Versicherten, vier Kassen mit zw. 30 Tsd. und 1 Mio. Versicherten, 13 Kassen mit weniger als 30 Tsd. Versicherten) betroffen. Es ist davon auszugehen, dass zumindest eine Ersatzkasse infolge dieser Fehlallokation Prämienzahlungen vornehmen kann und bei den AOK eine nicht unerhebliche Quersubventionierung erfolgt.

Zusammenfassung Vorbemerkung

Das bestehende Verfahren ist offenbar nicht geeignet, um die relevanten Determinanten (Fallhäufigkeit, Falldauer, Grundlohn⁵, Kostenmanagement) sachgerecht abzubilden und führt zu systematischer Benachteiligung des BKK-Systems. Eine zeitnahe Verfahrensänderung muss daher zu einer sinnvollen Nivellierung der Deckungsquoten führen.

⁴ Eigene Berechnungen: Ausgaben auf Basis der Rechnungsergebnisse KJ1 2009/2010, Zuweisungen berechnet auf der Basis GKV-SV RS 2010/585 sowie des Jahresausgleichs 2010. Veränderungen innerhalb der Deckungsquote, die auf einen Mitgliederverlust des BKK-Systems im Bezugszeitraum 2009 und 2010 zurückgeführt werden könnten, wurden zum einen aufgrund der uns unbekannten kassenindividuellen Deckungsquoten und zum anderen aufgrund der für die Problemstellung untergeordneten Bedeutung nicht untersucht.

⁵ vgl. „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirats, S. 192

2 Problem

Bereits im Jahr 2009 vergab das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an den wissenschaftlichen Beirat, um Modelle für eine zielgenaue Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben zu entwickeln.

Der wissenschaftliche Beirat vertritt die Auffassung, dass die derzeitige Betrachtung des Krankengeldes als Sachleistung nebst Standardisierung der Ausgaben mit Hilfe der Variablen Alter, Geschlecht sowie EMR falsch ist⁶. Im Rahmen der Analysen wurde festgestellt, dass die bisherigen alternativen Vorschläge entweder zu anderen Unter- und Überdeckungen führen würden oder aufgrund weiterer unsachgerechter Effekte nicht zielführend wären. Deshalb vertritt der wissenschaftliche Beirat die Auffassung, dass ein neues Verfahren notwendig ist.

Die für die Gestaltung eines neuen Verfahrens als notwendig erachteten Daten wurden dem Beirat Anfang 2011 zur Verfügung gestellt. Parallel wurden von Kassen bzw. deren Verbänden weitere Vorschläge unterbreitet, welche die Zielgenauigkeit des Verfahrens erhöhen sollten. Vorschläge wurden u. a. für einen Ist-Kosten-Ausgleich, für die Standardisierung von Krankengeldtagen im prospektiven Morbi-RSA-Modell sowie für ein Grundlohnfaktor-Korrekturverfahren vorgelegt. Ein Modell, welches die bestehenden unsachgerechten Verwerfungen nachhaltig auf ein vertretbares Maß reduziert, konnte vom wissenschaftlichen Beirat bisher, auch nach der Prüfung von ca. 25 Verfahren, nicht entwickelt werden⁷. Im Zuweisungssegment Krankengeld ist für die Erstellung eines neuen Verfahrens eine andauernde intensive Forschungs- und Entwicklungsarbeit erforderlich⁸.

⁶ vgl. Wissenschaftlicher Beirat des BVA, Folienvortrag Prof. Dr. Wasem: „Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt – aktuelle Aufgaben und Probleme“ vom 22.10.2010, S. 10

⁷ mündliche Information Dr. Göppfarths im Rahmen des BVA-Folienvortrags: „Aktuelle Entwicklungen beim Risikostrukturausgleich“ am 23.05.2011

⁸ vgl. „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirats, S. 216

3 Übergangslösung

Die im Folgenden dargestellte zweistufige Lösungsoption stellt einen Vorschlag für eine Übergangslösung dar, die vor der abschließenden Entwicklung eines zielgenauen Zuweisungsverfahrens durch den wissenschaftlichen Beirat zu bedarfsgerechteren Zuweisungen und somit zusätzlich zu einer Reduzierung der bestehenden Fehlallokation führt, ohne dabei die als notwendig erachteten Wirtschaftlichkeitsanreize zu eliminieren.

Im Rahmen der Entwicklung dieser Option wurde auf Erkenntnisse jüngerer Publikationen zurückgegriffen⁹. Unserer Auffassung nach sind die folgenden Parameter in ein Übergangsverfahren einzubeziehen:

1. Berücksichtigung der kassenindividuellen Krankengeldhöhe (Geldleistung),
2. Begrenzung der Deckungsquoten auf das Potenzial des Kostenmanagements.

Es wird daher unter Beibehaltung des derzeitigen Standardisierungsverfahrens vorgeschlagen, die sich nach der Berücksichtigung der kassenindividuellen Krankengeldhöhe ergeben Unter- und Überdeckungen je Kasse auf das Potenzial des Kostenmanagements zu begrenzen.

3.1 Teil 1 - kassenindividuelle Krankengeldhöhe

Die Berücksichtigung der Krankengeldhöhe durch eine Grundlohnkomponente ist erforderlich, um die bisher fehlerhafte Betrachtung des Krankengeldes als Sachleistung zu beenden. Die Korrektur bewirkt grundsätzlich eine Verschiebung der Deckungsquoten, wobei die Wirkungsrichtung in Abhängigkeit vom Grundlohn bzw. der Höhe des Krankengeldes die folgenden Ausprägungen annehmen kann:

- a. Eine Korrektur mit unterdurchschnittlichen Grundlöhnen führt zu abfallenden Deckungsquoten (vgl. Abbildung 1; Quadranten I, III).
- b. Eine Korrektur mit überdurchschnittlicher Grundlöhnen führt zu ansteigenden Deckungsquoten (vgl. Abbildung 1; Quadranten II, IV).

In der folgenden Abbildung wird die Wirkungsweise einer Grundlohnkorrektur schematisch dargestellt.

⁹ z. B.: „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirates; Prof. Dr. Drabinski: „Gutachten zum BVA-Evaluationsbericht (2011)“

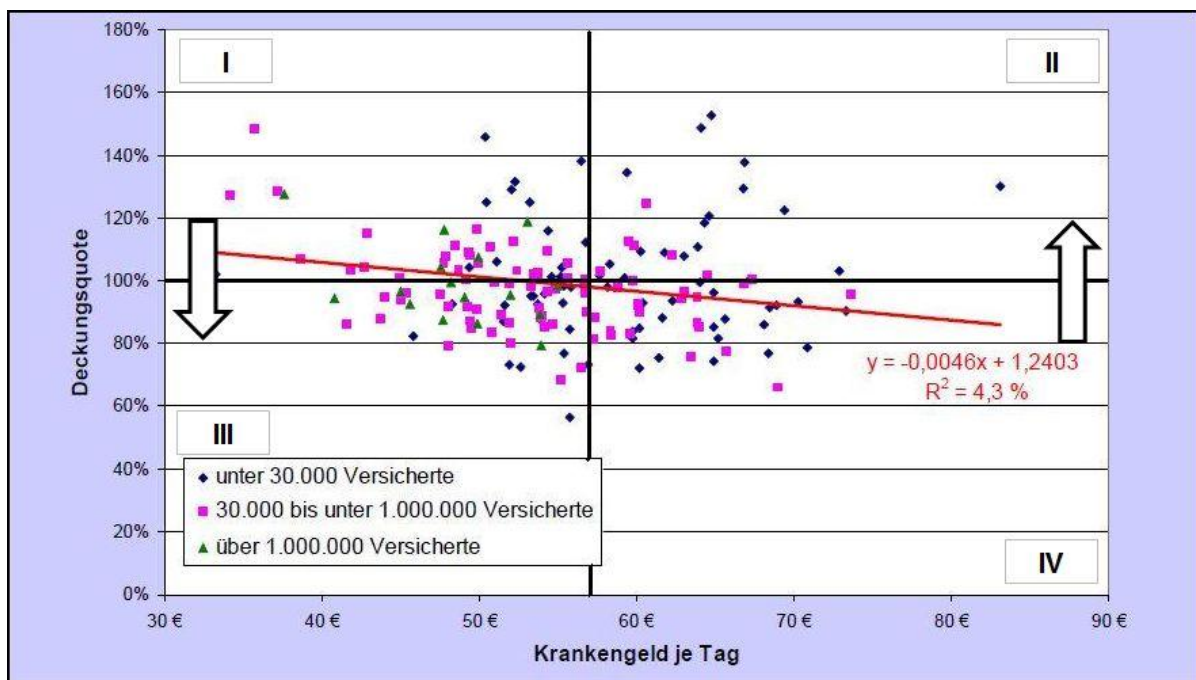


Abbildung 1: KG-Deckungsquote und Krankengeldhöhe; vgl. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirats, S. 216

Das Verfahren bewirkt grundsätzlich eine Verschiebung der systembedingten Deckungsquoten auf ein kassenindividuelles Niveau, führt jedoch aufgrund der isolierten Berücksichtigung der Determinante Grundlohn im Ergebnis nicht vollständig zu gewünschten Effekten. In den Quadranten I und IV werden notwendige Verbesserungen der Deckungsquotenspannen erreicht. Sofern jedoch bestehende Überdeckungen und überdurchschnittliche Grundlöhne kombiniert werden (bzw. Unterdeckungen und unterdurchschnittliche Grundlöhne), führt eine ausschließliche Grundlohnkorrektur zu einer zusätzlichen Ausweitung der maximalen Deckungsquotenspanne (Quadranten II, III)¹⁰. Dieser Effekt ist nicht zielführend, jedoch aufgrund der bisherig ausschließlichen Berücksichtigung der Determinante Grundlohn nicht auszuschließen. Für die Korrektur der Deckungsquotenspannen ist diese Erweiterung des Verfahrens notwendig.

3.2 Teil 2 - Begrenzung der Deckungsquoten auf das Kostenmanagementpotenzial

Um die bestehenden Deckungsquoten auch ohne das Vorliegen von Standardisierungsverfahren für die Determinanten Falldauer und Fallhäufigkeit auf ein sachgerechtes Ausmaß zu reduzieren, ist nach unserer Auffassung übergangsweise eine Nivellierung der Deckungs-

¹⁰ Vgl. „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des wissenschaftlichen Beirats, S. 209 f

quoten auf das Potenzial des Kostenmanagements notwendig. Über- bzw. Unterdeckungen jenseits dieser Spanne müssen nach einem noch festzulegenden Verteilungsalgorithmus ausgeglichen werden.

Analysen innerhalb des BKK-Systems haben ergeben, dass bis zu 6 % der Krankengeldausgaben durch direktes Kostenmanagement beeinflusst werden können. Somit ergibt sich eine Begrenzung der Deckungsquoten auf eine Deckungsquotenspanne von 6 %, also z.B. auf 97 % bis 103 %.

Zusammenfassung Lösung:

Das BKK System beabsichtigt, ein Modell für die wettbewerbsneutrale Ausgestaltung des RSA auch im Hinblick auf das Krankengeld vorzulegen. Die gegenwärtigen Verzerrungen bei den Zuweisungen von Krankengeldzahlungen machen aber eine kurzfristige Übergangslösung erforderlich. Der dargestellte Vorschlag berücksichtigt dabei die kassenindividuell nicht beeinflussbare Krankengeldhöhe und begrenzt die Deckungsquoten übergangswiese¹¹ auf ein Niveau, welches durch ein aktives Kostenmanagement begründet werden kann. Für Kassen verbleibt damit ein sachgerechter Anreiz wirtschaftlich zu agieren¹².

Der Vorschlag verbindet somit die folgenden Vorteile:

- Die Höhe des Krankengeldes wird berücksichtigt (keine Behandlung als Sachleistung),
- Wirtschaftlichkeitsanreize bleiben im relevanten Umfang erhalten,
- wettbewerbsverzerrenden Deckungsquoten werden relativiert,
- keine Mehrbelastung für das GKV-System (Umverteilung).

Der Vorschlag kann zeitnah durch eine RSAV-Änderung umgesetzt werden.

¹¹ Die übergangsweise Begrenzung der Deckungsquoten wird bis zur abschließenden Entwicklung eines Zuweisungsverfahrens durch den wissenschaftlichen Beirats vorgeschlagen, das alle Determinanten der Krankengeldausgaben beinhaltet.

¹² GKV-weit beträgt das steuerungsrelevante Überdeckungsvolumen rd. 230 Mio. Euro (Basis: KJ1 2010)