

Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV

- Endbericht -

Vorgelegt vom

Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

der

Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Dr. Sonja Schillo

Prof. Dr. Gerald Lux

Dr. Silke Neusser

unter Mitarbeit von

Jasmin Weisenbacher M.A., Anne-Lene Fode B.Sc. und Malte Haring B.Sc.

Vorgelegt am 31.05.2016

Executive Summary

1. Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) das Bundesversicherungsamt (BVA) verpflichtet, ein Gutachten in Auftrag zu geben, mit dem Modelle für eine zielgerechtere Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld entwickelt werden sollen. Das BVA hat im Ergebnis einer öffentlichen Ausschreibung das genannte Gutachten an den Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen vergeben. Es wird hiermit vorgelegt.
2. Am System der Finanzierung der GKV über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ergänzende kassenindividuelle Zusatzbeiträge nehmen alle Krankenkassen bis auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung teil. Neben standardisierten Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Satzungs- und Ermessensleistungen, Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, Verwaltungskosten) stehen mit rd. 95 % die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Finanzierung der Ausgaben für Pflichtleistungen im Vordergrund (Risikostrukturausgleich). Zu den Pflichtleistungen zählt das Krankengeld. Für den Leistungsbereich Krankengeld sind eigenständige RSA-Regelungen für die Zuweisungen an die Krankenkassen etabliert. Über die im Wesentlichen seit der Einführung des RSA (mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992) unveränderte Ausgestaltung des RSA im Leistungsbereich Krankengeld wird von Beginn an kontrovers debattiert.
3. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen steht die Tatsache, dass das Krankengeld, anders als die Sachleistungen, eine einkommensabhängige Lohnersatzleistung ist. Die „Preis-komponente“ der Krankengeldausgaben, etwa ausgedrückt im Zahlbetrag je Krankengeldbezugstag, steigt daher c. p. für die Krankenkassen mit steigenden beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Dem steht allerdings gegenüber, dass die „Mengenkomponente“ der Krankengeldausgaben, etwa ausgedrückt in der Zahl der Krankengeldtage je Anspruchsberechtigten, aufgrund u. a. der sie beeinflussenden Morbidität, tendenziell mit der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder sinkt. Im aktuellen System der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich wird die Einkommensabhängigkeit der Krankengeldausgaben nicht berücksichtigt – dies benachteiligt bei isolierter Betrachtung die Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Einkommen ihrer krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder. Zugleich wird die Morbidität nur schwach und indirekt, nämlich über Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus berücksichtigt – dies benachteiligt bei isolierter Betrachtung die Krankenkassen mit überdurchschnittlicher krankengeldbezogener Morbidität ihrer krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder. Gemessen auf der individuellen Ebene der Mitglieder weist das aktuelle Zuweisungsmodell für Krankengeld entsprechend eine vergleichsweise geringe

Zielgenauigkeit¹ auf. Auf der Ebene der Krankenkassen ergeben sich bei einer größeren Zahl von Krankenkassen relativ hohe Unter- bzw. Überdeckungen.

4. Eine hohe Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der versichertenindividuellen Ebene ist deswegen zentral, weil es wesentliche Aufgabe des Risikostrukturausgleiches ist, Anreize zur Risikoselektion zugunsten günstiger bzw. zulasten ungünstiger Risiken zu verringern. Demgegenüber ist die Betrachtungsebene der Krankenkassen für die Beurteilung der Modellgüte zunächst nicht ohne Weiteres eingängig. Die Skepsis zielt zum einen darauf, dass Unter- und Überdeckungen auf Kassenebene immer auch Effektivität und Effizienz des Kassenhandelns, vorliegend insbesondere des Krankengeldmanagements, widerspiegeln sollen, die ja gerade nicht ausgeglichen werden sollen. Außerdem spiegeln sie jeweils auch die Fusionsstände wider: Betrachtet sei etwa der hypothetische Fall, dass die GKV aus n gleich großen Krankenkassen bestünde, von denen jeweils die Hälfte zwischen den Kassen identische beträchtliche Überdeckungen und die andere Hälfte identische beträchtliche Unterdeckungen in betragsmäßig gleicher Höhe hätten. Das Modell würde auf Kassenebene eine schlechte Performance, gemessen mit Deckungsquoten und Kassen-MAPE, aufweisen. Würde nun jeweils eine der unterdeckten Kassen mit einer der überdeckten Kassen fusionieren, wären alle Unter- und Überdeckungen verschwunden und das zuvor als defizitär eingeschätzte Zuweisungsmodell erschiene auf der Kassenebene plötzlich als „perfekt“. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Krankenkassen in den geltenden Regelungsrahmen von Leistungs-, Finanzierungs- und Zuweisungsrecht geworfen sind und die Forderung legitim erscheint, sie sollten im Kassenwettbewerb keine systematischen Vor- oder Nachteile haben, die primär den Regelungskranz und nicht eigene Effizienz und Effektivität im Kassenhandeln widerspiegeln.
5. Eine Analyse der Deckungsquoten aller am RSA beteiligten Krankenkassen von 2009 bis 2014 zeigt dabei auf den ersten Blick, dass es eine große Spannbreite von deutlicher Unterdeckung im Krankengeldbereich bis zu einer hohen Überdeckung gibt. So lag das Minimum der Deckungsquoten 2014 (vor Anwendung der Sonderregelung des GKV-FQWG) bei 70 %, das Maximum hingegen bei 182 %; die Spannbreiten in den Vorjahren sind vergleichbar. Ein zweiter Blick zeigt allerdings, dass es sich hierbei in überdurchschnittlichem Maße um ein Phänomen kleinerer Krankenkassen handelt. Die einzelnen Krankenkassen, die in mindestens einem der Jahre 2011 bis 2014 eine Fehldeckung von mehr als 20 %-Punkten (ohne Sonderregel) aufwiesen, hatten in Summe im Jahr 2014 einen Anteil an den Leistungsausgaben im Leistungsbereich Krankengeld von nur 6,64 %. Betrachtet man ausschließlich die Krankenkassen die im Jahr 2014 eine Fehldeckung von mindestens 20 %-Punkten aufweisen, so zeigt sich, dass diese Krankenkassen gemeinsam nur 3,18 % der Leistungsausgaben im Krankengeldbereich tragen. Die jeweils 5 % der Krankenkassen mit der größten Unterdeckung und der größten Überdeckung, zusammen also 10 % der Krankenkassen, haben nur

¹ Zu den Gütemaßen für Zielgenauigkeit vgl. Abschnitt 8.2 des Gutachtens.

einen Anteil an den Krankengeldausgaben von 1,6 % bzw. 1,2 %, zusammen also unter 3 %. Allerdings liegen andererseits auch von den 20 Krankenkassen mit den größten absoluten Ausgabenvolumina im Bereich Krankengeld in 2014 fünf Kassen mit ihrer Deckungsquote unterhalb von 90 % und vier dieser 20 Kassen haben eine Deckungsquote größer als 110 %.

6. Der Problembereich der adäquaten Ausgestaltung der Zuweisungen für Krankengeld ist bereits mehrfach wissenschaftlich untersucht worden. Schon unmittelbar bei Einführung des RSA 1993 wurden wissenschaftliche Konzepte für alternative Ausgestaltungen des Zuweisungsmechanismus für Krankengeld vorgelegt (etwa Wasem 1993, Reschke 1993). Empirische Untersuchungen wurden in den vom Gesetzgeber veranlassten RSA-Gutachten von Jacobs et al. (2002) und von Reschke et al. (2005) sowie in dem vom BMG beauftragten Evaluationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA (Drösler et al. 2011) vorgelegt. Alle drei empirischen Untersuchungen schätzten die von ihnen überprüften in der Diskussion befindlichen Modelle sowie die von den Wissenschaftlergruppen jeweils neu entwickelten Modelle nicht als gegenüber dem Status Quo überlegen ein und empfahlen daher keine Änderung im Zuweisungsalgorithmus.
7. In der jüngeren politischen Diskussion wurden die Über- und Unterdeckungen auf Kassenebene allerdings als korrekturbedürftig eingeschätzt. Mit dem GKV-FQWG hat der Gesetzgeber daher eine Sonderregelung vorgesehen, mit der 50 % der Zuweisungen für Krankengeld nach den tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen erfolgen. Damit werden die Unter- und Überdeckungen für die Krankenkassen in diesem Leistungsbereich halbiert, allerdings auch ihre Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten, insbesondere zum Krankengeldmanagement, herabgesetzt. Der Gesetzgeber erwartet, dass die Sonderregelung entfallen kann, wenn ein verbessertes Modell zur Standardisierung der Zuweisungen vorliegt.
8. Vor diesem Hintergrund widmet sich das vorliegende Gutachten erneut der Suche nach Modellen für zielgenauere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Leistungsbereich Krankengeld. Hierzu haben die Gutachter mit mehreren Methoden gearbeitet. Einerseits kamen leitfadengestützte Expertengespräche zum Einsatz, um mögliche Einflussfaktoren auf die Krankengeldausgaben, die ggfs. im Zuweisungsmechanismus berücksichtigt werden könnten, zu identifizieren; auch wurde das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) ausgewertet. Andererseits wurden quantitative Methoden der Datenanalyse angewendet. Hierfür standen den Gutachtern die beim BVA für das RSA-Verfahren regelhaft genutzten Daten zur Durchführung von Berechnungen in den Räumlichkeiten des BVA zur Verfügung. Darüber hinaus und wesentlich wurde von den Gutachtern in Kooperation mit insgesamt 21 Krankenkassen aber auch ein eigener Datenpool aufgebaut. Die gelieferten Daten von 18 dieser 21 Krankenkassen konnten in die Analysen einfließen, während bei drei Krankenkassen die Daten

schließlich aufgrund von Datenmängeln nicht berücksichtigt werden konnten. Die berücksichtigten Daten umfassten rd. 20,9 Mio. krankengeldanspruchsberechtigte Mitglieder und damit knapp 65 % der in der GKV anspruchsberechtigten Mitglieder. Der Datensatz enthält von diesen Mitgliedern über die beim BVA vorliegenden Daten hinausgehende Variablen. Es konnten daher auch Modelle entwickelt und empirisch überprüft werden, die über die aktuelle RSA-Datenbasis hinausgehen.

9. Die leistungsrechtlichen Regelungen zum Krankengeld präformieren die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Bereich und bilden insoweit den Bezugsrahmen für die Zuweisungen für den Leistungsbereich Krankengeld im RSA. Der Anspruch auf Krankengeld wird durch drei unterschiedliche Tatbestände ausgelöst, nämlich wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit, wegen Erkrankung eines Kindes und bei Spende von Organen und Geweben. Es war im empirischen Teil der Untersuchung möglich, nach Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit und Krankheit wegen Erkrankung eines Kindes getrennte Zuweisungsmodelle zu überprüfen, während das Krankengeld bei Spende von Organen und Geweben nicht separat modelliert werden kann. Modelle mit Trennung der beiden Bezugsgründe können dann sinnvoll sein, wenn ergänzende Morbiditätsinformationen (z. B. über hierarchisierte Morbiditätsgruppen) einbezogen werden, weil diese Informationen nur beim Krankengeld wegen Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit sinnvoll verwendet werden können. Des Weiteren weichen die Bezugsdauern und Häufigkeiten des Krankengeldbezuges für die unterschiedlichen auslösenden Tatbestände stark voneinander ab. Die Gutachter empfehlen, für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und das übrige Krankengeld getrennte RSA-Zuweisungsmodelle zu verwenden.
10. Zu den relevanten leistungsrechtlichen Regelungen gehört auch, dass der Anspruch des Mitglieds auf Krankengeld ruht, solange Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers bezogen wird. Die Expertengespräche hatten das Ergebnis früherer wissenschaftlicher Untersuchungen bestätigt, dass unterschiedlich lange tarifvertragliche Entgeltfortzahlungsregelungen über den gesetzlichen Anspruch hinaus den Umfang der zu leistenden Krankengeldtage hinsichtlich Zahl der Krankengeldfälle und Dauer des Krankengeldbezugs beeinflussen und insoweit ausgabenrelevant sind. Allerdings ergab sich im Laufe der Untersuchung, dass aktuell keine Möglichkeit besteht, diesen Einflussfaktor hinreichend valide systematisch bei den Krankenkassen zu erfassen, und die Experten waren skeptisch, ob eine verlässliche Erhebung und kontinuierliche Pflege der Variablen möglich wäre. Der Einfluss dürfte allerdings zwischenzeitlich auch eher gering und zumindest im Zeitablauf abnehmend sein, da Tarifverträge für neu in ihren Geltungskreis eintretende Beschäftigte nur noch in wenigen Fällen über den gesetzlichen Anspruch hinausgehende Entgeltfortzahlungszeiträume vorsehen.

11. Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes ist über das sog. „Regelentgelt“, und damit das regelmäßige Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, von den beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder abhängig. Für den erweiterten Datenbestand dieses Gutachtens haben die Gutachter daher auch die individuellen beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder von den Krankenkassen angefordert. Zwar ergaben sich für einzelne Mitgliedergruppen, insbesondere die Selbständigen und die Arbeitslosen, hierbei Probleme der Datenqualität, insgesamt jedoch liegen Daten mit als hinreichend eingeschätzter Verlässlichkeit vor. Damit ist es erstmal möglich, die „Preiskomponente“ in einer wissenschaftlichen Untersuchung durch (fiktive) versichertenindividuelle Zahlungsbeträge je Krankengeldbezugstag kassenübergreifend zu approximieren.
12. Die Gutachter haben daher ein Modell gerechnet, das hinsichtlich der „Mengenkomponente“ zur Standardisierung von Krankengeldbezugstagen auf dem Status Quo (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus) aufsetzt und hinsichtlich der „Preiskomponente“ die unterschiedliche Höhe der individuellen Einkommen bzw. der Zahlungsbeträge je Krankengeldtag berücksichtigt (Modell C2, Abschnitt 8.1.2.2.2 sowie 9.3). Es bestätigt sich hierbei – wie bereits aus dem Evaluationsbericht 2011, der ein solches Modell unter Verwendung kassenspezifischer Zahlungsbeträge überprüft hatte, bekannt –, dass damit im Ergebnis nur eine geringfügige Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen sowohl auf versichertenindividueller als auch auf Kassen-Ebene als im Status Quo erreicht wird und das Modell daher nicht empfohlen werden kann.
13. Deutliche Modellverbesserungen auf der versichertenindividuellen Ebene lassen sich hingegen erreichen, wenn bei der „Mengenkomponente“ über den Status Quo hinausgehende Morbiditätsinformationen in das Modell integriert werden. Das vorliegende Gutachten bestätigt insoweit die Untersuchungen, die der Wissenschaftliche Beirat 2011 vorgelegt hatte. Dies gilt insbesondere, wenn die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGn) des Morbi-RSA als Morbiditätsinformation einfließen, aber auch für die kleinteiligeren, nicht hierarchisierten DxG-Gruppen des Morbi-RSA-Modelles. Weitergehend als der Wissenschaftliche Beirat konnten die Gutachter allerdings im nächsten Schritt auch solche Modelle mit verbesserten Morbiditätsinformationen zusätzlich um Informationen zur „Preiskomponente“ unter Verwendung versichertenindividueller Daten zur Höhe der Einkommen bzw. der Zahlungsbeträge je Krankengeldtag erweitern. Hierbei zeigt sich, dass mit solchen Modellen zumindest im vorliegenden Datensatz eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit auf der versichertenindividuellen Ebene erreicht werden kann. So führt das für das normale Krankengeld berechnete Modell, bei dem HMGn bei der Standardisierung der Krankengeldbezugstage und versichertenindividueller Zahlungsbeträge bei der „Preiskomponente“ verwendet werden (Modell C3, vgl. Abschnitt 8.1.2.2.3 und 9.3) auf der Analy-

seebene der Versicherten zu einem R^2 von 14,87 % (gegenüber 2,11 % im Status Quo), einem CPM von 15,48 % (ggü. 2,59 % im Status Quo) und einem MAPE von 365 € (ggü. 421 € im Status Quo). Auch auf der Kassenebene schneidet das gerade beschriebene Modell C3 bezogen auf das normale Krankengeld (ohne Kinderkrankengeld) hinsichtlich der Deckungsquoten mit einer Spannbreite von 52% deutlich besser ab als der Status quo (Spannbreite: 82%). Das ungewichtete absolute Kassen-MAPE ist mit 40,79 € deutlich besser als das des Status Quo (44,92 €) und das gewichtete Kassen-MAPE liegt mit 33,28 € auf dem Niveau des Status Quo (33,12 €). Die Gutachter erachten dieses Modell auf der vorliegenden empirischen Basis in besonderer Weise zur Verbesserung der Zuweisungen als geeignet und empfehlen, es in einem Folgegutachten zu überprüfen, wenn die datentechnischen Voraussetzungen dafür vorliegen, insbesondere also mitgliederindividuelle Daten zur Höhe der Einkommen bzw. der Zahlungsbeträge je Krankengeldtag in einer Vollerhebung für alle am RSA beteiligten Krankenkassen vorliegen und mit den übrigen RSA-Informationen verknüpfbar sind.

14. Auch bei einem Modell, das eine elaborierte Morbiditätsmessung (wie über HMGN) bei der „Mengenkomponente“ mit der Berücksichtigung der „Preiskomponente“ (über individuelle Zahlungsbeträge je Krankengeldbezugstag) verbindet, bleibt trotz gegenüber dem Status Quo deutlich verbesserter Zielgenauigkeit allerdings die Spannbreite der Deckungsquoten für das Krankengeld hoch – wenn auch (zumindest im Datensatz des Gutachtens) deutlich geringer als im Status Quo. Offenbar gibt es weitere Einflussfaktoren auf Unter- und Überdeckungen jenseits der in die Modelle einbezogenen Variablen. In den leitfadengestützten Expertengesprächen, die im Rahmen der Bearbeitung des Gutachtens geführt worden sind, wurden einige dieser Faktoren identifiziert. Hier gibt es auch eine große Übereinstimmung mit den Faktoren, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten aus Dezember 2015 identifiziert hat. Als relevante Größen wurden die konjunkturelle Lage, regionale Einflussfaktoren, branchen- und betriebs-spezifische Faktoren sowie insbesondere auch die intrinsische Motivation der Mitglieder, genannt. Allerdings bestand keine Einigkeit über die Wirkungsrichtung dieser Faktoren. Außerdem lassen sie sich, so die Einschätzung auch der Experten, nicht in einer dem Zuweisungsalgorithmus für den RSA zugänglichen Weise operationalisieren.
15. Ein möglicherweise leichter operationalisierbares Instrument stellt der Tätigkeitsschlüssel dar, der heute bereits bei den Krankenkassen für die Beschäftigten verfügbar ist. Für die Berücksichtigung von Informationen aus dem Tätigkeitsschlüssel als Risikofaktor haben die Gutachter deswegen illustrativ ein Modell entwickelt und berechnet (mit durchaus passablen statistischen Gütekriterien). Allerdings haben die Experten einhellig gewarnt, dass der Tätigkeitsschlüssel erhebliche Validitätsprobleme aufwiese. Die Arbeitgeber würden, so die Experten, schon bei der Erstlieferung

der Informationen bei Beschäftigungsaufnahme häufig keine hinreichend differenzierten Informationen liefern, insbesondere aber würden Tätigkeitswechsel, die Beschäftigte im Laufe der Tätigkeit im Unternehmen vollziehen, vielfach nicht nachvollzogen. Die Gutachter regen daher an, bevor der Tätigkeitsschlüssel in weiteren Untersuchungen verwendet wird, kritisch zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen der Tätigkeitsschlüssel ein belastbares Instrument zur Schätzung des Krankengeldbezugsrisikos werden könnte.

16. Verbleibende Unterschiede in den Deckungsquoten können, solange keine weiteren Ausgleichsvariablen identifiziert werden, die zu deren Abbau beitragen, in erster Linie über Elemente eines partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleichs korrigiert werden. Diesen Weg ist das GKV-FQWG mit der Einführung einer Quote von 50 % Ist-Ausgaben-Erstattung für Krankengeld gegangen. Inwieweit nach Einführung eines „besseren“ RSA-Modelles im Bereich Krankengeld angesichts verringerter Fehldeckungen von Krankenkassen eine geringere Ist-Ausgaben-Quote angesetzt werden könnte, ist alleine politisch zu entscheiden. Extreme Ausreißer bei den Deckungsquoten treten (wie aufgezeigt) insbesondere bei kleinen Krankenkassen auf – bei kleinen Krankenkassen mit teilweise nur wenigen Hundert oder wenigen Tausend Krankengeldfällen führen schon einzelne Ausreißer zu spürbaren Effekten auf die Deckungsquoten. Hier ist daher auch nicht zu erwarten, dass Verfahren, die standardisierte Zuweisungen mittels statistischer Modelle vorsehen, zu einem engen Rahmen von Deckungsquoten führen. Dies können bei kleinen Kassen nur Modelle der partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleiche leisten. Soweit es um Unterdeckungen geht, wäre ein Risikopool, wie er bis 2009 (damals für mehrere Leistungsbereiche, darunter das Krankengeld) etabliert war, für den Leistungsbereich Krankengeld eine mögliche Alternative. Es sind unterschiedliche Ausgestaltungen eines solchen Risikopools denkbar – etwa bei der Frage, ob hohe Krankengeldausgaben bei einzelnen Mitgliedern als solches oder erst hohe Unterdeckungen Anknüpfungspunkt für Zahlungen aus dem Risikopool sein sollten, sowie bei der Art der „Gegenfinanzierung“ der Risikopoolzahlungen.
17. Im vorliegenden Projekt wurden zwei Modelle eines Risikopools (F1 und F2; Abschnitt 8.1.4 und 9.6) illustrativ in Ergänzung zu von den Gutachtern überprüften Zuweisungsmodellen für das normale Krankengeld gerechnet. Beide führen – neben einer zu erwartenden Verbesserung der Gütemaße auf der individuellen Ebene (und hier insbesondere des ausreißersensitiven R^2) – auch zu Verbesserungen der Gütemaße auf Kassenebene: Kassen-MAPE und Spannweite der Deckungsquoten sinken, wenn diese Modelle an die zuvor gerechneten Modelle (B1 im Falle des Pool-Modelles F1 und C3 im Falle des Pool-Modelles F2) angeknüpft werden – der Umfang der Verbesserungen ist gegenüber dem Status quo sehr deutlich, gegenüber den Ausgangsmodellen B1 und C3 allerdings überschaubar. Allerdings sind sehr kleine Kassen, die auf der BVA-Datenbasis erhebliche Unterdeckungen im Leistungsbereich Krankengeld aufweisen und bei denen mit einem Risikopool die Unterdeckungen abgebaut wer-

den könnten, im vorliegenden Forschungsdatensatz der Gutachter kaum vertreten. Die Gutachter regen an, die unterschiedlichen Modelle mit ihren je spezifischen Auswirkungen auf die Unter- und Überdeckungen der Krankenkassen in einem etwaigen Folgegutachten zu überprüfen. Hierfür muss insbesondere die Verteilung der Hochkostenfälle auf die Krankenkassen bekannt sein und somit muss die Datenbasis für solche Berechnungen eine Vollerhebung der GKV sein. Festzuhalten ist allerdings, dass ein Risikopool keine Antwort auf Überdeckungen liefert, da er asymmetrisch bei Mitgliedern mit hohen Ausgaben, nicht aber bei überdurchschnittlich vielen Mitgliedern mit keinen oder nur sehr geringen Ausgaben beim Krankengeld ansetzt.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	2
Inhaltsverzeichnis.....	10
Tabellenverzeichnis	13
Abbildungsverzeichnis.....	14
Abkürzungs- und Akronymverzeichnis.....	15
1 Einleitung	18
1.1 Anlass für dieses Gutachten	18
1.2 Forschungsfragen	18
1.3 Methodische Herangehensweise	19
1.4 Aufbau des Gutachtens	19
2 Hintergrund.....	21
3 Anspruchsgrundlage für Krankengeld.....	25
3.1 Leistungsrechtliche Regelungen zum Krankengeldbezug	25
3.2 Änderungen im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes	27
4 Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld.....	29
4.1 Zuweisungsverfahren für Krankengeld im Morbi-RSA	29
4.1.1 Einteilung in Risikogruppen.....	30
4.1.2 Ermittlung der Zuweisungen	31
4.2 Sonderregelung im Rahmen des GKV-FQWG.....	31
4.3 Verbesserungspotenziale im Zuweisungsverfahren	32
5 Experteninterviews	34
5.1 Vorgehensweise	34
5.2 Interviewleitfaden	35
5.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Experteninterviews	37
5.3.1 Einflussfaktoren auf die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeld	37
5.3.2 Einflussfaktoren auf die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldzahlung.....	43
5.3.3 Einflussfaktoren auf die Dauer des Krankengeldbezuges.....	43
5.3.4 Informationen zum Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes	48
5.4 Verfügbarkeit und Qualität der Daten	49
5.4.1 Intrapersonelle und berufsspezifische Einflussfaktoren.....	49
5.4.2 Betriebs- und branchenspezifische Einflussfaktoren	52

5.4.3	Kassenspezifische Faktoren.....	52
5.4.4	Daten zum Kinderkrankengeld.....	52
5.5	Schlussfolgerungen.....	53
6	Gutachten des Sachverständigenrates	54
7	Datengrundlage.....	56
7.1	Daten des BVA	56
7.2	Umfang der Datenlieferungen an den Lehrstuhl für Medizinmanagement	57
7.2.1	Versichertenstammdaten	57
7.2.2	Arzneimitteldaten	57
7.2.3	Daten zur Krankenhausversorgung.....	57
7.2.4	Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	57
7.2.5	Daten zu den Leistungsausgaben.....	57
7.2.6	Daten zu den Krankengeldfällen	58
7.2.7	Erweiterte Versichertenstammdaten	58
7.3	Qualität der gelieferten Daten	60
7.4	Weitere Bearbeitung des Datensatzes am Lehrstuhl für Medizinmanagement.....	61
7.4.1	Datenbereinigung.....	61
7.4.2	Datenaufbereitung	62
7.5	Deskriptive Analysen	64
7.5.1	Deskriptive Analysen der BVA-Daten	64
7.5.2	Deskriptive Analyse der Datenbasis des Lehrstuhls.....	68
8	Beschreibung des methodischen Vorgehens.....	81
8.1	Modellrechnungen	81
8.1.1	Modellgruppe A: Status Quo.....	83
8.1.2	Modelle auf Basis des Evaluationsberichts (Modellgruppen B-D).....	84
8.1.3	Modellgruppe E: Ereigniszeitanalyse (ind. Zahlbetrag)	90
8.1.4	Modellgruppe F: Risikopool	92
8.1.5	Überblick über die berechneten Modelle	94
8.2	Gütemaße.....	96
8.2.1	Gütemaße auf Individualebene.....	96
8.2.2	Gütemaße auf Krankenkassenebene	97
9	Empirische Ergebnisse	100

9.1 Modellgruppe A: Status Quo	100
9.2 Modellgruppe B: Standardisierung der KG-Leistungsausgaben.....	101
9.3 Modellgruppe C: Standardisierung der KG-Bezugstage	104
9.4 Modellgruppe D: Zweistufige Standardisierung der KG-Bezugszeiten	105
9.5 Modellgruppe E: Ereigniszeitanalyse	106
9.6 Modellgruppe F: Risikopool.....	106
10 Limitationen	109
11 Verbesserung der Datenbasis	110
11.1 Branchenkennzeichen	110
11.2 Tätigkeitsschlüssel	110
11.3 Entgeltfortzahlung	111
11.4 Beitragspflichtige Einnahmen.....	112
11.5 Trennung von normalem und Kinderkrankengeld	112
12 Schlussüberlegungen zur Weiterentwicklung des Zuweisungsmodells	114
Anhang	119
A 1 Leistungsrechtliche Regelungen zum Krankengeldbezug	119
A 1.1 Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit	119
A 1.1.1 Anspruchsberechtigter Personenkreis.....	119
A 1.1.2 Beginn des Anspruchs auf Krankengeld.....	121
A 1.1.3 Ruhen des Krankengeldes bzw. Beginn des Krankengeldbezuges	121
A 1.1.4 Dauer des Krankengeldbezuges.....	123
A 1.1.5 Höhe und Berechnung des Krankengeldes	124
A 1.2 Krankengeld bei Spende von Organen	127
A 1.3 Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes.....	128
A 1.3.1 Anspruchsvoraussetzungen	128
A 1.3.2 Freistellung von der Arbeitsleistung	129
A 1.3.3 Beginn, Dauer und Höhe des Anspruchs	130
A 1.3.4 Regelungen bei Alg-I Beziehern	131
A 2 Gesamtübersicht über die Modellergebnisse	132
A 3 Detaillierte Modellergebnisse	134
Literatur- und Rechtsnormenverzeichnis.....	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: K-AGGn	30
Tabelle 2: K-EMGn	31
Tabelle 3: Eckdaten Krankengeld-Sondererhebung 2009.....	68
Tabelle 4: Eckdaten Lehrstuhl-Daten	77
Tabelle 5: Krankengelddaten nach Krankenkassen	78
Tabelle 6: Zuordnung KG-AGG bzw. KG-EMG	85
Tabelle 7: Modellüberblick.....	94
Tabelle 8: Ergebnisse Modellgruppe A: Status Quo.....	100
Tabelle 9: Ergebnisse Modellgruppe B: Standardisierung der KG-Leistungsausgaben	102
Tabelle 10: Ergebnisse Modellgruppe C: Standardisierung der KG-Bezugstage.....	104
Tabelle 11: Ergebnisse Modellgruppe D: Zweistufige Standardisierung KG-Bezugszeiten ...	105
Tabelle 12: Ergebnisse Modell E: Ereigniszeitanalyse.....	106
Tabelle 13: Ergebnisse Modellgruppe F: Risikopool	107
Tabelle 14: Gesamtübersicht Modellergebnisse.....	132
Tabelle 15: Ausgeschlossene HMGn, Modell B2 normales KG (HMGn)	134
Tabelle 16: Koeffizienten, Modell B2 normales KG (HMGn).....	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interviewleitfaden.....	36
Abbildung 2: KG-Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht, BVA-Daten	64
Abbildung 3: KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, BVA-Daten	65
Abbildung 4: Mittlere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr, BVA-Daten.....	65
Abbildung 5: Deckungsquoten je Krankenkasse in 2014 nach Anteil LA, GKV	66
Abbildung 6: Anteil an den KG-Ausgaben von Kassen mit Fehldeckungen über 20 %.....	67
Abbildung 7: KG-Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten.....	69
Abbildung 8: KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten	69
Abbildung 9: Kinder-KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten	70
Abbildung 10: Normale KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten	71
Abbildung 11: Mittlere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr, Lehrstuhl-Daten	72
Abbildung 12: Mittlere KG-Ausgaben, KinderKG, je KG-Anspruchsjahr, Lehrstuhl-Daten	72
Abbildung 13: Mittlere KG-Ausgaben, normales KG, Lehrstuhl-Daten.....	73
Abbildung 14: Durchschnittliche Bezugszeit für Kinder-KG	73
Abbildung 15: Durchschnittliche Bezugszeit für normales KG.....	74
Abbildung 16: KG-Anspruchsjahre, EMGler nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten	75
Abbildung 17: Normale KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, EMGler, Lehrstuhl-Daten..	75
Abbildung 18: Mittlere KG-Ausgaben, normales KG, EMGler, Lehrstuhl-Daten.....	76
Abbildung 19: Anspruchsjahre je bpE-Klasse	79
Abbildung 20: Krankengeldfälle je tausend Anspruchsjahre je bpE-Klasse	79
Abbildung 21: Mittlere KG-Ausgaben je Anspruchsjahr nach bpE-Klassen	80
Abbildung 22: Mittlere Bezugsdauer je Fall nach bpE-Klassen	80

Abkürzungs- und Akronymverzeichnis

abs.	absolut
AfA	Agentur für Arbeit
Alg	Arbeitslosengeld
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
bpE	beitragspflichtige Einnahmen
BRTV	Bundesrahmentarifvertrag für das Baugewerbe
BVA	Bundesversicherungsamt
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease)
c. p.	ceteris paribus
CPM	Cumming's Prediction Measure
DEÜV	Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung)
DMP	Disease-Management-Programm(e)
DQ	Deckungsquote
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DxG	Diagnosegruppen
Ebd.	Ebenda
EMG	Erwerbsminderungsgruppe
EFZG	Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)
EFZ	Entgeltfortzahlung
EVS	Erweiterte Versichertenstammdaten
GEK	Gmünder Ersatzkasse
gew.	gewichtet

ggü.	gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
HLB	Hauptleistungsbereich
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
i.d.F.d.	in der Fassung des
ind.	Individuell
i. V. m.	in Verbindung mit
K-AGG	Krankengeld Alters- und Geschlechtsgruppe
K-EMG	Krankengeld Erwerbsminderungsgruppe
KG	Krankengeld
KG-AGG	neue Krankengeld Alters- und Geschlechtsgruppe
KG-EMG	neue Krankengeld Erwerbsminderungsgruppe
KGG	Krankengeldgruppe
Kinder-KG	Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes
LA	Leistungsausgaben
MAPE	Mittlerer absoluter Prognosefehler (mean absolute prediction error)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDK-T	Tarifvertrag für die Beschäftigten der MDK
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
PLZ	Postleitzahl
rd.	rund
RSA	Risikostrukturausgleich

RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
SA100	Satzart 100 (Versichertenstammdaten)
SA110	Satzart 110 (Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten)
SA111	Satzart 111 (Versichertenstammdaten für das monatliche Abschlagsverfahren)
SA400	Satzart 400 (Arzneimitteldaten)
SA500	Satzart 500 (Krankenhausdaten)
SA600	Satzart 600 (Ambulante Daten)
SA700	Satzart 700 (Leistungsausgaben)
SA300	Satzart 300 (Krankengeld-Stammdaten)
SA301	Satzart 301 (Krankengeld-Diagnosedaten)
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
vgl.	vergleiche
WLS	Weighted least squares, gewichtete kleinste Quadrate
ZB	Zahlbetrag

1 Einleitung

1.1 Anlass für dieses Gutachten

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) das Bundesversicherungsamt (BVA) verpflichtet, ein Gutachten in Auftrag zu geben, mit dem Modelle für eine zielgerechtere Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld entwickelt werden sollen (§ 269 Abs. 3 SGB V i.d.F.d. GKV-FQWG). Hintergrund ist eine mehr als 20-jährige Debatte über die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs im Leistungsbereich Krankengeld (vgl. dazu unten Kap. 2).

Das BVA hat im Ergebnis einer öffentlichen Ausschreibung das genannte Gutachten an den Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen vergeben. Es wird hiermit vorgelegt.

Die Gutachter danken den Krankenkassen und ihren Mitarbeitern, die Daten für dieses Gutachten zur Verfügung gestellt haben. Unser Dank geht auch an die Experten bei den Krankenkassen, die uns als Gesprächspartner für die leitfadengestützten Interviews zur Verfügung standen. Schließlich danken wir auch den Mitarbeitern des BVA für die unkomplizierte Zusammenarbeit, insbesondere die Möglichkeit, mit den Daten des BVA auf den dortigen Rechnern zu arbeiten.

1.2 Forschungsfragen

Das BVA hat in der Leistungsbeschreibung für das Gutachten Forschungsfragen definiert, zum Teil mit Unter-Fragestellungen. Die fünf Hauptfragestellungen lauten:

1. Wie ist das Status Quo-Verfahren zur Ermittlung der Krankengeldzuweisungen im Risikostrukturausgleich gestaltet und welche Verbesserungspotenziale bestehen?
2. Welche wesentlichen Faktoren bestimmen die Krankengeldausgaben der Krankenkassen?
3. Welche Daten sind zur Abbildung von zusätzlichen Bestimmungsfaktoren für die Krankengeldausgaben der Krankenkassen notwendig?
4. Welche Empfehlungen für die Etablierung eines verbesserten Standardisierungsverfahrens für Krankengeld können durch die Beantwortung der vorangegangenen Forschungsfragen gegeben werden?
5. Sollten die Empfehlungen unter Rückgriff auf die bestehende Datengrundlage nicht umsetzbar sein: Welche konkreten, umsetzbaren Vorschläge werden bzgl. zusätzlich zu erhebender Daten gemacht und welche weiteren Schritte wären für die Entwicklung eines umsetzbaren Verfahrens notwendig?

Bei der Bearbeitung des Gutachtens hat sich gezeigt, dass aufgrund der Interdependenz der Themen eine Darstellung entlang der Forschungsfragen nicht zweckmäßig ist. Daher folgt die Gliederung dieses Gutachtens und die Beantwortung der Forschungsfragen einer aus Sicht der Gutachter für den Leser eingängigeren Darstellungsfolge (vgl. dazu sogleich Abschnitt 1.4.).

1.3 Methodische Herangehensweise

Im Rahmen des Gutachtens werden unterschiedliche methodische Herangehensweisen verwendet, die insbesondere dem heterogenen Charakter der in den Forschungsfragen aufgeworfenen materiellen Gegenstände Rechnung tragen:

- Für die Darstellung des Status Quo der Zuweisungen wie auch für mögliche Entwicklungen von Differenzierungen im Zuweisungsalgorithmus hat es sich insbesondere auch aus der Perspektive des Lesers als notwendig erwiesen, auch auf die leistungsrechtlichen Dimensionen des Krankengeldbezugs einzugehen. Die hier verwendete Methode besteht insbesondere in einer Dokumentenanalyse, ergänzt durch vereinzelt Expertengespräche (vgl. dazu Abschnitte 3 und 5 sowie Anhang A 1).
- Für die Analyse der Einflussfaktoren auf die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeld, auf die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldzahlung und die Dauer des Krankengeldbezugs wurden einerseits leitfadengestützte Experteninterviews geführt, die sowohl zur Hypothesengenerierung als auch zur Hypothesenvalidierung dienen (vgl. dazu Abschnitt 5). Auch wurde das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aus Dezember 2015 ausgewertet (vgl. dazu Abschnitt 6); zuvor bereits fand ein Gedankenaustausch mit dem SVR statt. Andererseits wurden identifizierte Zusammenhänge soweit wie möglich einer quantitativen Analyse unterzogen (vgl. Abschnitt 7 bis 9).
- Die Entwicklung von möglichen Modellen für eine Weiterentwicklung des Zuweisungsalgorithmus für Krankengeld erfolgt auf Basis einer unsystematischen Literaturrecherche, insbesondere wurden hierbei Vorarbeiten im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA (Drösler et al 2011), in welchem seinerseits die bisherigen Modellentwicklungen aufgearbeitet worden waren, identifiziert. Die Spezifikation der statistischen Modelle und die Bestimmung der verwendeten Gütemaße werden gesondert in Abschnitt 8 beschrieben, die Ergebnisse werden in Abschnitt 9 berichtet.

1.4 Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten folgt dem im Inhaltsverzeichnis ersichtlichen Aufbau. Zunächst wird in Abschnitt 2 der Hintergrund, vor dem das Gutachten erstellt wird, dargestellt. In Abschnitt 3 wird auf die Anspruchsgrundlagen für das Krankengeld eingegangen, da dies – für die Be-

antwortung der ersten Forschungsfrage etwa durch Modelle, die auf Anspruchsberechtigungen basieren, in hohem Maße relevant ist. In Abschnitt 4 wird entsprechend der Forschungsfrage 1 das aktuelle Verfahren zur Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankengeld beschrieben. Die Vorgehensweise und die Ergebnisse der Experteninterviews, aus denen sich Hinweise für die Beantwortung der zweiten und dritten Forschungsfrage ergeben, werden in Abschnitt 5 dargestellt. Abschnitt 6 nimmt auf das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bezug. Mit Abschnitt 7 beginnt der quantitative Teil der Studie, aus dem ebenfalls Antworten auf die Forschungsfragen zwei und drei gegeben werden: Abschnitt 7 stellt die Datengrundlagen dar und beschreibt die Ergebnisse deskriptiver Analysen, Abschnitt 8 beschreibt das methodischen Vorgehen für die Modellrechnungen, Abschnitt 9 die empirischen Ergebnisse. In Abschnitt 10 werden die Limitationen dargestellt. Abschnitt 11 ist den Möglichkeiten zur Verbesserung der Datenbasis gewidmet. Abschnitt 12 enthält Schlussüberlegungen zur Verbesserung des Zuweisungsverfahrens.

2 Hintergrund

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.² Soweit einer Krankenkasse die Deckung ihrer Ausgaben über die Zuweisungen nicht möglich ist und sie eine Differenz nicht durch Auflösung von Rücklagen ausgleichen kann, ist die verpflichtet, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben. Am System der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ergänzende kassenindividuelle Zusatzbeiträge nehmen alle Krankenkassen bis auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung teil. Neben standardisierten Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Satzungs- und Ermessensleistungen, Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, Verwaltungskosten) stehen mit rd. 95 % die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Finanzierung der Ausgaben für Pflichtleistungen eindeutig im Vordergrund (Risikostrukturausgleich). Zu den Pflichtleistungen zählt das Krankengeld. Für den Leistungsbereich Krankengeld sind eigenständige RSA-Regelungen für die Zuweisungen an die Krankenkassen etabliert. Im Rahmen eines zeitgleichen Modelles werden die Zuweisungen für das Krankengeld im Rahmen eines sog. Zellenansatzes nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrenten-Status der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder ermittelt; diese Vorgehensweise ist auch bei Einführung des morbiditätsorientierten RSA bei den Sachleistungen ab 2009, der auf ein prospektives Modell, einen Regressionsansatz und die zusätzliche Verwendung von direkten Morbiditätsvariablen umgestellt hat, nicht verändert worden.³

Seit dem Beschluss zur Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 ist die Ermittlung der Zuweisungen (bis einschl. 2008: des Beitragsbedarfs) für den Hauptleistungsbereich Krankengeld in der Kontroverse. Im Mittelpunkt der Diskussionen steht seit Anfang des RSA die Tatsache, dass das Krankengeld anders als die Sachleistungen eine einkommensabhängige Lohnersatzleistung ist.⁴ Daraus folgt, dass Krankenkassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) ihrer Mitglieder c. p. je Krankengeldzahltag eine höhere Leistungsverpflichtung haben. Die bpE-Höhe bestimmt die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldleistung (Preiskomponente). Sind bei einer Kasse viele Mitglieder mit hohem Einkommen versichert, führt dies zu höheren Krankengeldausgaben als dies bei Kassen, in denen viele Mitglieder mit geringem Einkommen versichert sind, der

² Dies gilt nicht für die landwirtschaftliche Krankenversicherung, die nicht am System der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und dem Risikostrukturausgleich teilnimmt (vgl. § 266 Abs. 9 SGB V).

³ Das vom BMG zur Entwicklung eines Morbi-RSA-Modelles auf der Grundlage von § 268 SGB V in der Fassung des RSA-Reformgesetzes vom 10.12.2001 beauftragte Gutachten hatte festgestellt, dass die für die Sachleistungen in dem Gutachten untersuchten Modelle beim Krankengeld zu wenig plausiblen Ergebnissen führen und hatte daher empfohlen, „beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA keine Veränderungen der Ausgestaltung des RSA gegenüber dem Status quo im Leistungsbereich Krankengeld vorzunehmen“ (Reschke et al. 2005, S. 13).

⁴ Vgl. dazu unten Abschnitt A 1.1.5.

Fall ist. Die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder werden wiederum durch weitere Kriterien determiniert: So bedingen bspw. die spezifische Tätigkeit, die Branche sowie die Art des Berufes und die jeweilige Stellung die Höhe der bpE. Entsprechend machen Krankenkassen mit überdurchschnittlichen bpE ihrer Mitglieder geltend, dass sie durch die Nicht-Berücksichtigung der Einkommensabhängigkeit des Krankengeldes im RSA systematisch benachteiligt werden und fordern etwa, die Einkommensabhängigkeit in den Zuweisungsalgorithmus zu integrieren.

In der Diskussion wurde allerdings zugleich herausgearbeitet, dass die Leistungsausgaben (LA) für Krankengeld von den jeweiligen Bezugszeiten abhängen, also davon, wie häufig und für welche Dauer Krankengeld bezogen wird (Mengenkomponente).⁵ Je öfter und je länger Krankengeld gewährt werden muss, desto höher fallen die Ausgaben aus. Es ist offensichtlich, dass die Morbidität (Art und Schwere der Erkrankung) der Mitglieder einen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und damit auf die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges und somit auch auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld besitzen. Die Morbidität wird im aktuellen RSA im Bereich des Krankengeldes indirekt zum einen über die Variablen Alter und Geschlecht, zum anderen durch die Bildung gesonderter Krankengeldgruppen für die Bezieher von Erwerbsminderungsrenten berücksichtigt. Von der Berücksichtigung von Diagnosen oder anderen „direkten“ Morbiditätsinformationen, die über Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus hinausgehen, wurde bei der Einführung des Morbi-RSA abgesehen, nachdem das vorbereitende Gutachten von Reschke et al. (2005) kein geeignetes Modell hierzu identifiziert hatte. Daher werden die durch die Morbidität jenseits der genannten Faktoren bedingten unterschiedlichen Krankengeld-Bezugszeiten der Mitglieder derzeit ebenso wenig berücksichtigt, wie bspw. das Einkommen oder der Berufsstand der Mitglieder, die ihrerseits die Morbidität bzw. die Leistungspflicht und damit die Krankengeldausgaben der Krankenkassen beeinflussen.⁶

Dabei gilt in der Tendenz, dass in den Krankenkassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder die Zahl der Krankengeldtage niedriger ist als bei Krankenkassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Das heißt, dass bei Mitgliedern mit verhältnismäßig hohen bpE die Krankengeldzahlungen zwar preismäßig mehr ins Gewicht fallen, aber es bei dieser Personengruppe im Verhältnis mengenmäßig seltener zu Krankengeldfällen kommt.⁷

Aus der beschriebenen Situation bei Preis- und Mengenkomponente der Krankenleistungsverpflichtung einerseits und der Zuweisungen andererseits ergeben sich typische Konstellationen für die Krankenkassen:

⁵ Vgl. etwa Jacobs et al. (2002), Reschke et al. (2005).

⁶ Vgl. Drösler et al. (2011).

⁷ Vgl. Jacobs et al. (2002), Reschke et al. (2005), Drösler et al. (2011).

- Krankenkassen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen je krankengeldanspruchsberechtigtem Mitglied und einer hohen krankengeldbezogenen Morbidität sind typischerweise im Leistungsbereich Krankengeld „unterdeckt“, das heißt, relativ hohen Ausgaben stehen (oftmals deutlich) geringere Zuweisungen gegenüber.
- Krankenkassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen je krankengeldanspruchsberechtigtem Mitglied und einer niedrigen krankengeldbezogenen Morbidität sind im Leistungsbereich Krankengeld typischerweise „überdeckt“, das heißt, relativ niedrigen Ausgaben stehen (oftmals deutlich) höhere Zuweisungen gegenüber.
- Bei Krankenkassen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen je krankengeldanspruchsberechtigtem Mitglied und einer niedrigen krankengeldbezogenen Morbidität sowie umgekehrt bei Krankenkassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen je krankengeldanspruchsberechtigtem Mitglied aber einer hohen krankengeldbezogenen Morbidität hängt es von der Relation der Abweichungen vom Durchschnitt bei Preis- und Mengenkomponente ab, ob im Ergebnis die Krankenkassen in diesem Bereich eine Unter- oder Überdeckung aufweisen. Dabei ist ihre Deckungssituation ausgeglichener als in den anderen beiden zuvor beschriebenen Konstellationen.

Im Ergebnis über alle Krankenkassen kommt es beim Abgleich der Zuweisungen mit den tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld bei einer größeren Anzahl von Krankenkassen in diesem Bereich zu erheblichen Unter- und Überdeckungen. Über- und Unterdeckungen sind Gegenstand heftiger Kontroversen, da sie die Zusatzbeitragssituation der Krankenkassen beeinflussen und daher unmittelbar wettbewerbsrelevant sind. Dies hatte dazu geführt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2009 den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beauftragt hatte, Modelle für eine zielgenauere Berücksichtigung des Krankengeldes im RSA zu berücksichtigen. Im Rahmen des Evaluationsgutachtens des Wissenschaftlichen Beirats wurden daher umfangreiche Modelle zur Weiterentwicklung des RSA-Modelles im Bereich Krankengeld entwickelt und empirisch getestet.⁸

Im Einzelnen hatte der Wissenschaftliche Beirat fünf verschiedene Modellgruppen zur Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeldleistungen entwickelt, gerechnet und evaluiert. Hierfür wurden gesonderte Datenmeldungen der Kassen herangezogen und Informationen aus dem Morbi-RSA zur Morbidität der Mitglieder verwendet. Die Modelle berücksichtigten als zusätzliche Kriterien Morbiditätsindikatoren (Modellgruppe I), den kassenindividuellen Krankengeldzahlbetrag (ZB) (Modellgruppe II), ein zweistufiges Verfahren zur Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten (Modellgruppe III), die Anpassung der Zuweisungen über einen Grundlohnkorrekturfaktor (Modellgruppe IV) sowie die Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten auf Kassenebene (Modellgruppe V). Dabei zeigte sich allerdings, dass sich durch die verwendeten Modelle die statistischen Ergebnisse hinsichtlich der Zielgenauigkeit

⁸ Vgl. Drösler et al. (2011).

auf Individualebene verbesserten, aber auf aggregierter Kassenebene keine bis allenfalls geringfügige Verbesserungen erzielt werden konnten. Die Ursachen liegen vermutlich darin, dass zu den analysierten Faktoren zusätzlich weitere Determinanten existieren, die einen Effekt auf die Leistungsausgaben für Krankengeld ausüben. Diese konnte der Wissenschaftliche Beirat seinerzeit aber mit den vorliegenden Daten nicht analysieren.⁹

Der Wissenschaftliche Beirat gab daher keine Empfehlung, eines der von ihm entwickelten Modelle (oder ein anderes Modell) aufzugreifen und das bis dato praktizierte Modell aufzugeben. Aufgrund der weiterhin geführten Diskussion hat sodann allerdings der Gesetzgeber im GKV-FQWG zum einen eine Sonderregelung für die Zuweisungen beim Krankengeld beschlossen,¹⁰ zum anderen hat er die Ausschreibung und Vergabe eines Gutachtens zu dieser Thematik durch das BVA vorgesehen. Mit dem Gutachten ist der Lehrstuhl für Medizinmanagement beauftragt worden. Mit diesem Bericht wird das Gutachten vorgelegt.

⁹ Vgl. Drösler et al. (2011).

¹⁰ Vgl. dazu unten Abschnitt 4.2.

3 Anspruchsgrundlage für Krankengeld

Die erste Forschungsfrage des Gutachtensauftrages lautet: „Wie ist das Status Quo-Verfahren zur Ermittlung der Krankengeldzuweisungen im Risikostrukturausgleich gestaltet und welche Verbesserungspotenziale bestehen?“.

Um diese Frage beantworten zu können, ist es zunächst erforderlich, die konzeptionellen und leistungsrechtlichen Regelungen des Krankengeldes im Rahmen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) darzustellen. Auf dieser Grundlage wird herausgearbeitet, welche Personkreise Anspruch auf Krankengeld besitzen, wann dieser eintritt, wann und wie lange es zu einer Krankengeldzahlung kommt und wie hoch diese ausfällt. Darüber hinaus wird in diesem Abschnitt auf die das Krankengeld betreffenden Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) Bezug genommen.

Diese Darstellung ist auch deswegen geboten, weil die Bearbeitung der Daten und die Entwicklung der Modelle durch die Gutachter ein Verständnis bezüglich der versicherungsrechtlichen Regelungen durch den Leser voraussetzt. Da eine tiefgehende Kenntnis dieser Regelungen für das Verständnis des Gutachtens nicht zwingend erforderlich ist, werden an dieser Stelle nur die notwendigen Grundlagen erläutert, eine detailliertere Darstellung erfolgt im Anhang (vgl. A 1).

3.1 Leistungsrechtliche Regelungen zum Krankengeldbezug

Der Anspruch auf Krankengeld wird durch drei Tatbestände ausgelöst:

- der Anspruch auf Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit (§ 44 SGB V),
- der Anspruch auf Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (§ 44a SGB V),
- sowie der Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V).

Der Anspruch auf *Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit* (AU) besteht für Mitglieder, die aufgrund einer Erkrankung ihrer Arbeitsleistung nicht nachkommen können oder stationär zu Lasten der Krankenkasse in einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Für ein und dieselbe Erkrankung besteht Anspruch auf eine Zahlung des Krankengeldes für max. 78 Wochen innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraumes, der sog. Blockfrist. Bei Arbeitnehmern ruht der Krankengeldanspruch solange sie vom Arbeitgeber Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle erhalten, d. h. im Regelfall in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung. Näheres zu den Anspruchsvoraussetzungen und zur Dauer des Bezugs von Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit vgl. Abschnitt A 1.1.4.

Die Höhe des Krankengeldes beträgt 70 % des regelmäßigen (kalendertäglichen) Arbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens (Regelentgelt). Dabei wird das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen nur soweit berücksichtigt, wie es auch der Beitragspflicht in der GKV unterliegt und die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) nicht übersteigt. Das Krankengeld darf dabei maximal 90 % des Nettoarbeitsentgeltes betragen. In diesem Sinne wird eine Vergleichsrechnung zwischen 70 % des Regelentgelts und 90 % des Nettoarbeitsentgelts durchgeführt und der Anspruch auf Krankengeld besteht in Höhe des niedrigeren Betrages. Für Arbeitslosengeld-I Bezieher (Alg-I Bezieher) ergibt sich die Besonderheit, dass das Krankengeld in gleicher Höhe wie das Alg-I, welches zuletzt bezogen wurde, gewährt wird. Bei selbstständig erwerbstätigen Mitgliedern ist das Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen zu ermitteln. Näheres zur Höhe des Krankengeldes siehe Abschnitt A 1.1.5.

Anspruch auf *Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben* besitzen Organ- oder Gewebespende in Rahmen des Transplantationsgesetzes, sofern sie die Spende arbeitsunfähig macht. Dabei ist der Krankengeldanspruch nicht an den Status des GKV-Versicherten bzw. an eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch gekoppelt. Vielmehr erhalten auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen, insbesondere privat Krankenversicherte, im Falle der genannten Voraussetzungen Krankengeld. Leistungsträger des Krankengeldes ist im Fall der Organ- oder Gewebespende diejenige Krankenkasse, bei der der Empfänger der Spende versichert ist.

Das Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben wird für die Dauer des komplikationslosen Verlaufes der Spende von Organen oder Geweben gewährt und richtet sich dabei nach dem individuellen Heilungsverlauf und den Anforderungen an die berufliche Tätigkeit. Näheres zur Anspruchsberechtigung auf Krankengeld für Spender von Organen oder Geweben sowie zu dessen Höhe siehe in Anhang A 1.2.

Anspruch auf *Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes* haben Mitglieder, sofern sie ihr erkranktes Kind pflegen, beaufsichtigen oder betreuen und aus diesen Gründen von der Arbeit fernbleiben müssen. In diesem Zusammenhang wird vom sog. Kinder-Krankengeld (Kinder-KG) gesprochen.

Voraussetzungen für den Erhalt von Kinder-KG sind zum einen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist (Familienversicherung oder eigene Mitgliedschaft, z. B. beim Bezug einer Waisenrente) und auch der Elternteil über eine Versicherung mit Krankengeldanspruch verfügt. Zum anderen muss der Krankenkasse ein formungebundenes ärztliches Zeugnis über die Erkrankung des Kindes vorgelegt werden, aus dem die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes hervorgeht. Ferner darf keine weitere im Haushalt lebende und nicht berufstätige Person vorhanden sein, die die Betreuung übernehmen könnte. Das erkrankte Kind darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für versicherte Kinder, die von einer Behinderung betroffen und auf Hilfe angewiesen sind, findet die Altersbegrenzung keine Anwendung.

Für die Zeit, in der Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes besteht, haben die Mitglieder Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung durch den Arbeitgeber.

Das Kinder-KG wird mit dem ersten Tag gewährt, mit dem die genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Dauer des Kinder-KG-Bezuges ist zeitlich begrenzt. Innerhalb eines Kalenderjahres haben versicherte Arbeitnehmer einen Anspruch auf Kinderkrankengeld für zehn Arbeitstage pro Kind. Sofern mehr als zwei Kinder vorhanden sind, besteht der Anspruch auf Kinderkrankengeld für max. 25 Arbeitstage. Der Anspruch auf Kinderkrankengeld steht jedem berufstätigen krankengeldanspruchsberechtigten Elternteil zu. Alleinerziehende versicherte Arbeitnehmer verfügen über den doppelten Anspruch, sodass sie pro Kind max. 20 Tage Kinderkrankengeld beanspruchen können. Die Bezugsdauer pro Kalenderjahr ist bei dieser Personengruppe bei mehr als zwei Kindern auf max. 50 Arbeitstage begrenzt.

Die Höhe des Kinder-KG richtet sich nach dem kalendertäglichen Netto-Arbeitsentgelt. Dieses wird aus dem beitragspflichtigen Brutto-Arbeitsentgelt ermittelt. Das Kinder-KG beträgt 90 % des ausgefallenen Netto-Arbeitsentgeltes.

Näheres zu den Anspruchsvoraussetzungen, der Dauer und Höhe des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes siehe Abschnitt A 1.3.3.

3.2 Änderungen im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes

An dieser Stelle werden die Neuregelungen durch das GKV-VSG zusammengefasst dargestellt.¹¹

Mit dem GKV-VSG änderte sich der Beginn des Anspruchs auf Krankengeld. So entsteht der Krankengeldanspruch von dem Tag an, an dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird (§ 46 Satz 1 Nummer 2 SGB V). Neu eingefügt wurde der anschließende Satz 2, der sich auf eine geringfügig verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit bezieht. Danach besteht der Anspruch fort, wenn spätestens am nächsten Arbeitstag (Werktag) durch eine Folgebescheinigung die weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung ärztlich festgestellt wird. Damit soll künftig der Leistungsbezug gesichert und das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V lückenlos gewährleistet werden.¹²

Bei den gesetzlichen Vorschriften zum Krankengeld bei Spende von Organen und Geweben wurde als zusätzlicher Tatbestand die Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen gemäß dem ebenfalls neugefassten § 27 Abs. 1a SGB V aufgenommen.

¹¹ Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2015, Teil I; Nr. 30: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV - VSG).

¹² Anmerkung: Zur bisher existierenden versicherungsrechtlichen Problematik des § 192 SGB V bei verspäteter Folgebescheinigung siehe Deutscher Bundestag (2015), S. 84.

Außerdem wurde § 47a SGB V eingefügt, welcher Neuregelungen der Beitragszahlung an berufsständische Versorgungseinrichtungen für Bezieher von Krankengeld umfasst. So besteht auf Antrag des Mitglieds nun die Möglichkeit, dass die Krankenkassen für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären, übernimmt.

Darüber hinaus ergibt sich als weitere Neuregelung eine Ergänzung des § 44 SGB V um einen vierten Absatz. Dieser beinhaltet, dass Krankengeldbezieher mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes einen spezifischen und klar geregelten Anspruch auf ein unterstützendes Fallmanagement bekommen, welches ihnen Unterstützung und Hilfeleistung während des Krankengeldbezuges gewähren soll. So sollen Kassen bspw. bei Terminvereinbarungen mit Leistungserbringern oder der Wiedereingliederung ins Berufsleben behilflich sein.

Die Teilnahme der Krankengeldbezieher am unterstützenden Fallmanagement ist freiwillig. Die für das unterstützende Fallmanagement relevanten Daten dürfen nur nach schriftlicher Einwilligung des Krankengeldbeziehers und vorheriger schriftlicher Information erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bezieher können ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Regelungen des unterstützenden Fallmanagements berühren in gewisser Weise den Sozialdatenschutz, da – ggf. auch in Kooperation mit anderen Leistungsträgern und -erbringern – sensible, personenbezogene Daten über die individuellen und sachlichen Lebensverhältnisse der Krankengeldbezieher gesammelt, ausgewertet und genutzt werden. Aus diesem Grund darf keinerlei Druck oder Zwang auf sie ausgeübt werden, am unterstützenden Fallmanagement teilzunehmen und die entsprechenden Daten bereitzustellen. Sofern Bezieher ihre Einwilligung nicht erteilen möchten, sollen sie mit keinerlei leistungsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen haben. Sofern die schriftliche Einwilligung vorliegt, dürfen die Krankenkassen die zur Durchführung des unterstützenden Fallmanagements im Sinne einer individuellen Beratung und Hilfestellung erforderlichen personenrelevanten Daten erheben, auswerten und nutzen.

Das unterstützende Fallmanagement soll durch qualifizierte Kassenmitarbeiter durchgeführt werden. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, das Aufgabengebiet nach § 35 Abs. 1 SGB I an eine andere Stelle, die bei anderen Leistungsträgern bzw. deren Verbänden angesiedelt ist, zu übertragen. Dies allerdings nur dann, wenn diese Stelle die Aufgabe wirtschaftlicher und ebenfalls im Interesse der Betroffenen durchführen kann und die Rechte der Mitglieder nicht berührt werden. Eine Delegation der Aufgabe des unterstützenden Fallmanagements an private Dritte wird ausgeschlossen.¹³

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag (2015).

4 Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld

Wie in Abschnitt 3 ausführlich dargelegt, ergeben sich durch die leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 44-51 SGB V zahlreiche Tatbestände, in denen die Krankenkassen Krankengeldleistungen zu erbringen haben. Aus dieser Leistungspflicht ergibt sich die Notwendigkeit von Zuweisungen für Krankengeldleistungen aus dem Gesundheitsfonds, die aktuell im Rahmen des Morbi-RSA organisiert sind. Im Folgenden werden das Zuweisungsverfahren des Morbi-RSA für diesen Leistungsbereich und die Sonderregelung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität im Gesundheitswesen (GKV-FQWG) skizziert.

4.1 Zuweisungsverfahren für Krankengeld im Morbi-RSA vor Inkrafttreten der Sonderregelung

Im Rahmen des seit 2009 bestehenden Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, die zur Deckung ihrer Ausgaben vorgesehen sind. So ist zwischen einer Grundpauschalen zur Deckung von Pflichtleistungen, Zuweisungen zur Deckung von Satzungs- und Ermessungsleistungen, Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben für die Entwicklung, Etablierung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme (DMP)) sowie Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungsausgaben zu unterscheiden. Zu beachten ist, dass sich alle von den Kassen angebotenen Wahltarife nach § 53 SGB V durch Einsparungen, Einnahmen und Effizienzsteigerungen, die durch selbige erzielt werden, refinanzieren müssen (§ 53 Abs. 9 SGB V). Die Wahltarife bleiben bei der Ermittlung der Grundpauschalen unberücksichtigt; dies gilt auch für den Wahltarif beim Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V.¹⁴

Die genannte Grundpauschale für Pflichtleistungen wird nach Maßgabe des § 266 SGB V im Rahmen des Morbi-RSA durch alters- und geschlechtsspezifische sowie risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge an die Risikostruktur der jeweiligen Kasse angepasst. Damit wird ein Risikostrukturausgleich zwischen den einzelnen Kassen durchgeführt, der die Unterschiede in der Versichertenstruktur und die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen ausgleichen soll. Zu den im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen bzw. auszugleichenden Leistungen zählen nach § 4 Abs. 1 RSAV u. a. die Hauptleistungsbereiche für Behandlungen bei Ärzten, Zahnärzten sowie in Krankenhäusern und Leistungen von Apotheken. Weitere wichtige aus-

¹⁴ Grundsätzlich wäre zu thematisieren, ob durch den Abschluss eines Wahltarifes Selbstselektionseffekte von Versicherten ausgelöst werden, die auch über den Bereich der Wahltarife hinaus relevant für die Leistungsausgaben sind. Solche Selbstselektionseffekte könnten RSA-relevant sein. Dies wird vorliegend allerdings nicht thematisiert.

gleichsrelevante Leistungsbereiche sind das Krankengeld nach den §§ 44, 44a und 45 SGB V inklusive der bei KG-Bezug zu leistenden Beiträge.¹⁵

Für die im Rahmen des Morbi-RSA durchgeführte Anpassung der Grundpauschale an die Risikostruktur durch entsprechende Zu- und Abschläge werden nach § 29 RSAV folgende Kriterien herangezogen bzw. ausgeglichen: Alter und Geschlecht, Morbidität anhand 80 ausgewählter und vom BVA nach § 31 Abs. 2 RSAV regelmäßig zu prüfender Krankheiten, Minderung der Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 45 SGB VI sowie Krankengeldbezug.

Im Folgenden werden die für die Generierung einer Krankengeldzuweisung relevanten Schritte des Morbi-RSA dargestellt.

4.1.1 Einteilung in Risikogruppen

Für den Leistungsbereich des Krankengeldes sind nach Alter und Geschlecht differenzierte Gruppen (KG-RSA-Zellen) definiert worden. Die Versicherten mit Krankengeldanspruch werden in genau eine von 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) eingeteilt.¹⁶ Diese Gruppen gliedern sich nach dem Geschlecht in Altersgruppen mit einjährigem Abstand. Für die Einteilung ist das Alter im Berichtsjahr entscheidend (vgl. Tabelle 1). Im Unterschied zum Morbi-RSA-Modell im Bereich der Sachleistungen kommt beim Krankengeld also ein zeitgleiches Modell zur Anwendung. Bei Einführung des Morbi-RSA wurde somit das bis dahin bestehende Verfahren für die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld insoweit ohne Änderungen fortgeführt.

Tabelle 1: K-AGGn

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-AGG 001	weiblich, 0 Jahre	K-AGG 092	männlich, 0 Jahre
K-AGG 002	weiblich, 1 Jahre	K-AGG 093	männlich, 1 Jahre
K-AGG 003	weiblich, 2 Jahre	K-AGG 094	männlich, 2 Jahre
...	...	...	...
K-AGG 086	weiblich, 85 Jahre	K-AGG 177	männlich, 85 Jahre
K-AGG 087	weiblich, 86 Jahre	K-AGG 178	männlich, 86 Jahre
K-AGG 088	weiblich, 87 Jahre	K-AGG 179	männlich, 87 Jahre
K-AGG 089	weiblich, 88 Jahre	K-AGG 180	männlich, 88 Jahre
K-AGG 090	weiblich, 89 Jahre	K-AGG 181	männlich, 89 Jahre
K-AGG 091	weiblich, 90 Jahre +	K-AGG 182	männlich, 90 Jahre +

Auf Basis von: BVA (2014c).

In Fällen, in denen Versicherte mit Krankengeldanspruch an mindestens 183 Tagen des Berichtsjahres eine Erwerbsminderungsrente bezogen haben, werden sie statt in eine K-AGG in

¹⁵ Da die Anzahl der Lebendorganspenden verhältnismäßig gering ist - den Statistiken der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist zu entnehmen, dass im Jahr 2014 862 Lebendorganspenden transplantiert wurden (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (a) und (b)(o. J.)) -, haben die Organspenden in Bezug auf die Leistungsausgaben für den Bereich Krankengeld eine untergeordnete Bedeutung und werden in diesem Gutachten nicht gesondert betrachtet.

¹⁶ Versicherte ohne KG-Anspruch werden bei der Ermittlung der KG-Zuweisungen nicht berücksichtigt.

eine von 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG) eingruppiert (vgl. Tabelle 2). Diese gesonderten Erwerbsminderungsgruppen wurden bei Einführung des RSA gebildet, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Wahrscheinlichkeit bei Personen, die bereits einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung unterliegen und deswegen erwerbsgemindert sind, in Krankengeldbezug zu gelangen, deutlich höher ist als bei Personen, die nicht erwerbsgemindert sind. Auch für diese Gruppen erfolgt die Zuordnung über das Alter im Berichtsjahr.¹⁷

Tabelle 2: K-EMGn

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG 001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG 032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG 033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
...	...	...	...
K-EMG 030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG 061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG 062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

Auf Basis von: BVA (2014c).

4.1.2 Ermittlung der Zuweisungen

Für die Berechnung der Zuweisungen an die Krankenkassen werden zunächst die standardisierten Leistungsausgaben für die einzelnen KG-RSA-Zellen berechnet. Dies geschieht über die Summierung der Krankengeldausgaben in den einzelnen K-AGGn und K-EMGn und Division durch die Summe der Versichertentage je Gruppe, wodurch sich standardisierte Krankengeldausgaben pro Tag pro KG-RSA-Zelle ergeben.¹⁸ Diese entsprechen also den Durchschnittsausgaben, die im entsprechenden Jahr in den jeweiligen Versichertengruppen anfallen.

Anschließend wird je Krankenkasse die Summe der Versichertentage in den einzelnen Gruppen (KG-RSA-Zellen) berechnet und mit den standardisierten Krankengeldausgaben pro Tag multipliziert, woraus sich die Zuweisung an die Krankenkasse ergibt.¹⁹ Hierbei wird durch Korrekturfaktoren, auf die nicht näher eingegangen werden soll, Summenneutralität sichergestellt.

4.2 Sonderregelung im Rahmen des GKV-FQWG

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität im Gesundheitswesen (GKV-FQWG), wurden einige Änderungen im Ausgleichsverfahren des Morbi-RSA vorgenommen, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erhöhen und bestehende Über- bzw. Unterdeckungen zu reduzieren. Für den Leistungsbereich des Krankengeldes wurde

¹⁷ Vgl. BVA (2014c) Abschnitt C.3.c.

¹⁸ Vgl. BVA (2014c) Abschnitt D.3.c.1.

¹⁹ Vgl. BVA (2014c) Abschnitt D.6.

eine Übergangslösung eingeführt, die solange Anwendung finden soll, bis ein geeigneteres und zielgenaueres Modell zur Ermittlung der standardisierten Zuweisungen identifiziert wurde. Diese Sonderregelung in § 269 Abs. 1 SGB V regelt, dass neben den (wie bisher ermittelten) standardisierten Ausgaben für Krankengeldleistungen auch die tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen anteilig berücksichtigt werden.

In diesem Kontext hat das BVA die standardisierten Zuweisungen für das Krankengeld um einen Ist-Kosten-Ausgleich ergänzt. Die Zuweisungen erfolgen nunmehr zur einen Hälfte – wie bisher – auf Basis der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld. Zur anderen Hälfte werden die tatsächlichen Leistungsausgaben der jeweiligen Krankenkasse für Krankengeld ausgeglichen.²⁰ Durch diese Neuerungen werden zwar die bestehenden Zielungenauigkeiten in den Zuweisungen für das Krankengeld in Form von Unter- bzw. Überdeckungen einzelner Kassen nicht behoben, aber wenigstens halbiert. Die konzeptionellen Schwächen im Zuweisungsverfahren werden damit allerdings nicht eliminiert. Außerdem werden durch einen Ist-Kosten-Ausgleich im Vergleich zum Ausgleich standardisierter Leistungsausgaben geringere Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt.

4.3 Verbesserungspotenziale im Zuweisungsverfahren

Die im Status Quo Verfahren aktuell für die Berechnung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an die Krankenkassen für den Bereich Krankengeld berücksichtigten Variablen (Alter, Geschlecht, (Nicht-)Bezug einer Erwerbsminderungsrente) weisen den Vorteil auf, dass sie leicht verfügbar und wenig manipulationsanfällig sind und dass von ihnen keine unerwünschten Anreizwirkungen ausgehen. Die Datenqualität ist als sehr gut zu bezeichnen. Auch haben die Variablen zweifellos Einfluss auf die Krankengeldzahlungen. Allerdings zeigt insbesondere die in Abschnitt 2 dargestellte Situation der Deckungsquoten auf Kassenebene, dass Verbesserungsbedarf beim Zuweisungsmodell besteht, der letztlich auch zur Implementierung der Sonderregelung und der Vergabe dieses Gutachtens geführt hat.

Die Darstellungen in den vorangegangenen Abschnitten haben deutlich gemacht, an welchen Sachverhalten mögliche Verbesserungen des Zuweisungsmodelles anknüpfen können. Ein erster Ansatzpunkt ist auch im Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirates bereits beschrieben worden²¹: Die Trennung des normalen Krankengeldes vom Kinderkrankengeld. Die leistungsrechtlichen Regelungen für das Kinderkrankengeld unterscheiden sich gravierend von denen des normalen Krankengeldes, weshalb eine Trennung für die Berechnung standardisierter Zuweisungen aus theoretischer Sicht zu empfehlen ist.

Für den Bereich des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes lässt sich festhalten, dass es sich hierbei im Vergleich zu den übrigen Krankengeldfällen um eher untypische Fälle handelt. So ist dieser Leistungsbereich laut BVA-Daten lediglich für 2,4 % der Leistungsausgaben und 1,6 % der Bezugszeiten im Krankengeldbereich verantwortlich. Gleichwohl sind 40 % aller

²⁰ Vgl. BVA (2014b).

²¹ Vgl. Drösler et al. (2011).

Krankengeldfälle auf die Betreuung und Pflege eines erkrankten Kindes zurückzuführen. Dies ist darin begründet, dass die Bezugszeiten für das Kinderkrankengeld sehr gering sind. Auch für Kinderkrankengeldfälle lässt sich sagen, dass es unberücksichtigte Faktoren gibt. So wird bspw. der Familienstand des Mitglieds, der die Bezugsdauer (doppelte Anzahl an Anspruchstagen für Alleinerziehende) determinieren kann, im momentanen Modell nicht berücksichtigt.

Auch die Abhängigkeit der Krankengeldzahlungen (dies gilt für alle Formen des Krankengeldes) von den bpE des krankengeldbeziehenden Mitglieds ist eine hinlänglich bekannte Tatsache (Preiskomponente), die im aktuellen Zuweisungsverfahren – wie in Abschnitt 4 beschrieben – nicht berücksichtigt wird. An dieser Stelle lässt sich aus den leistungsrechtlichen Regelungen also ebenfalls das Potenzial einer Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit ableiten. Die bpE ihrerseits sind vom Regelentgelt bei abhängig Beschäftigten, vom Alg bei Arbeitslosen und vom Einkommen bei Selbstständigen abhängig.

Darüber hinaus sind die Leistungsausgaben für Krankengeld von den jeweiligen Bezugszeiten abhängig (Mengenkomponente). Je öfter und je länger Krankengeld gewährt werden muss, desto höher fallen die Ausgaben aus. Es ist offensichtlich, dass die Morbidität (Art und Schwere der Erkrankung) der Mitglieder einen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und damit auf die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges und somit auch auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankengeld besitzen und dass hier eine weitere Möglichkeit für die Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit besteht. Denn mit Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus wird – wie in Abschnitt 4 beschrieben – die Morbidität nur indirekt und wenig zielgenau abgebildet.

Für die Häufigkeit und die Bezugsdauer des Krankengeldes sind zudem bspw. tarifvertragliche Regelungen zur Dauer der Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber relevant, da – wie erläutert – der Anspruch auf Krankengeld und damit die Leistungspflicht der Kassen in dieser Zeit ruhen. Darüber hinaus sind für die Dauer des Krankengeldbezuges und die damit verbundenen Leistungsausgaben die betriebspezifischen Möglichkeiten einer an die Einschränkungen des Mitglieds angepassten Wiederaufnahme der Tätigkeit von Bedeutung.²² Grundsätzlich würde die Berücksichtigung solcher Faktoren auch zu einer Verbesserung des Zuweisungsalgorithmus beitragen können.

Hinweis auf weitere Verbesserungspotenziale sollen Experteninterviews geben, die die Verfasser des Gutachtens geführt haben und auf die im Folgenden eingegangen wird.

²² Vgl. Drösler et al. (2011).

5 Experteninterviews

Neben der Betrachtung der leistungsrechtlichen Anspruchsgrundlage für den Bezug von Krankengeld und des aktuellen Verfahrens der Zuweisungsberechnung zur Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten, wurden im Rahmen dieses Forschungsvorhabens Experteninterviews durchgeführt, um die Einschätzungen der Krankenkassen, insbesondere in Bezug auf die Forschungsfragen 1, 2 und 3, herauszuarbeiten. Auf Basis dieser Gespräche sollten weitere, bislang nicht berücksichtigte Merkmale identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges, auf den kalendertäglichen Krankengeldzahlbetrag sowie auf die Dauer des Bezuges besitzen.

Es sollten insbesondere solche Einflussfaktoren herausgearbeitet werden, die in den standardisierten Datenmeldungen an das BVA nach § 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV bisher keine Berücksichtigung finden. In den Interviews sollte so zum einen eruiert werden, welche Faktoren aus Sicht der Experten Einfluss auf den Krankengeldbezug haben und ob über diese Faktoren valide Daten zur Verfügung stehen. Zum anderen sollte ein Überblick über die Strukturierung und Organisation des Krankengeldmanagements bei verschiedenen Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten gewonnen werden, um den Einfluss des Krankengeldmanagements auf die Krankengeldzahlungen einordnen zu können. Im Folgenden werden zunächst das methodische Vorgehen bei den Experteninterviews beschrieben (Abschnitt 5.1) und der für die Experteninterviews entwickelte Interviewleitfaden (Abschnitt 5.2) wiedergegeben. Anschließend erfolgen die Erörterung der zentralen Auswertungsergebnisse und die Ableitung von Schlussfolgerungen für das Zuweisungsverfahren von Krankengeld.

5.1 Vorgehensweise

Für die leitfadengestützten Experteninterviews wurden Vertreter unterschiedlicher Krankenkassen rekrutiert, um die heterogenen Erfahrungen im Bereich des Krankengeldmanagements, die nicht zuletzt durch die Unterschiede in der Versichertenstruktur bedingt werden, adäquat abbilden zu können. Dabei wurde die Auswahl der Krankenkassen so getroffen, dass sowohl Krankenkassen mit besonders hohen bzw. niedrigen Krankengeldbezugsdauern als auch Krankenkassen mit besonders hohen bzw. niedrigen kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträgen in der Auswahl enthalten sind.

Die Interviewpartner sind in sehr unterschiedlichen beruflichen Tätigkeitsbereichen innerhalb der einbezogenen Krankenkassen beschäftigt. Es wurden Interviews mit Krankengeldfallmanagern (Sachbearbeiter), Ressortleitern (fachverantwortlich für die strategische und operative Ausgestaltung des Krankengeldmanagements) und Controllern geführt. Zudem wurden auch Experten von Krankenkassenverbänden befragt, die eine strategische und steuernde Aufgabe im Krankengeldbereich besitzen.

Die Gespräche wurden entlang eines Gesprächsleitfadens geführt, welcher den Experten bereits im Vorfeld zur Verfügung gestellt wurde, damit sich die Interviewpartner auf die Fragen vorbereiten konnten. Die Befragung erfolgte im Frühjahr 2015 (Februar und März) mündlich im Rahmen offener, strukturierter Interviews – entweder im persönlichen Gespräch oder am Telefon. Sie wurden durch zwei im Projekt involvierte Mitarbeiter des Lehrstuhls gemeinsam durchgeführt, abgesehen von einem Interview, das nur von einem Mitarbeiter durchgeführt wurde. Für interne Zwecke wurden die Gespräche aufgezeichnet. Die Gesprächsdauer variierte zwischen 30 Minuten und vier Stunden. Die Gespräche wurden durch Mitschriften protokolliert. Den Interviewpartnern wurde Anonymität zugesichert.

Für die Auswertung der zentralen Inhalte der Interviews wurden die Aussagen der Gespräche geclustert und inhaltlich anhand der Zuordnung zu den einzelnen Forschungsfragen ausgewertet. Diese Auswertung erfolgte anonym, sodass keine Rückverfolgung auf die einzelnen Krankenkassen möglich ist.

5.2 Interviewleitfaden

Die Fragen des Leitfadens (vgl. Abbildung 1) wurden auf der Basis der zu beantwortenden Forschungsfragen entwickelt. Insgesamt wurden fünf Themenkomplexe abgefragt: Angaben zum Interviewpartner, Informationen zum Krankengeldbezug (Eintrittswahrscheinlichkeit und Dauer eines Krankengeldbezuges, Höhe des Krankengeldzahlbetrages), Informationen zum Krankengeld(fall)management, Informationen zur Verfügbarkeit und Nutzung von Daten im Rahmen des Fallmanagements sowie ein Themenkomplex zum Zuweisungsverfahren und möglichen Verbesserungsansätzen.

Zusätzlich wurde in den Interviews eine Einschätzung der Experten hinsichtlich der verfügbaren Daten und insbesondere der Datenqualität, -vollständigkeit und -validität abgefragt.

Abbildung 1: Interviewleitfaden



1 Angaben zum Interviewpartner

- 1.1 Wie lautet Ihr Name (Ansprechpartner für Rückfragen)?
- 1.2 In welcher Organisation sind Sie tätig?
- 1.3 Was ist Ihre Position in Ihrer Organisation?
- 1.4 Was sind Ihre Berührungspunkte mit dem Thema Krankengeld?

2 Fragen zum Krankengeldbezug

- 2 Welches sind die wesentlichen Faktoren, die Krankengeldbezug bestimmen?
 - 2.1 Welche Faktoren sind maßgeblich für den Eintritt von Krankengeldbezug?
 - 2.2 Welche Faktoren bestimmen die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldzahlung?
 - 2.3 Welche Faktoren sind maßgeblich für die Dauer des Krankengeldbezuges?

3 Fragen zum Krankengeldfallmanagement

- 3.1 Haben Sie in Ihrer Krankenkasse ein Krankengeldfallmanagement?
- 3.2 Wie ist das Fallmanagement bei Ihrer Kasse organisiert?
- 3.3 Beschreiben Sie einen typischen Ablauf eines Krankengeldfalls.

4 Fragen zu den verfügbaren Daten

- 4.1 Welche Daten stehen Ihnen im Krankengeldbereich zur Verfügung?
- 4.2 Wie schätzen Sie die Qualität dieser Daten ein? Welche Daten sind valide, welche sind weniger valide?
- 4.3 Welche dieser Daten verwenden Sie für das Krankengeldfallmanagement?

5 Fragen zum Zuweisungsverfahren

- 5 Haben Sie Vorschläge, wie das aktuelle Zuweisungsverfahren verbessert werden könnte?

5.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Experteninterviews

In diesem Abschnitt erfolgt die Darstellung der zentralen Ergebnisse aus den Experteninterviews. Dabei orientiert sich die Darstellung an den Forschungsfragen.

Im Folgenden wird zunächst auf das „normale“ Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit Bezug genommen; in Abschnitt 5.3.4 erfolgt dann die Auswertung der Experteninterviews im Hinblick auf die Besonderheiten für den Leistungsbereich des Krankengeldes wegen Erkrankung eines Kindes.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass alle Gesprächspartner darauf hinwiesen, dass es nicht *die* alles entscheidenden allgemeingültigen Faktoren gibt, die die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Dauer eines Krankengeldbezuges determinieren. Vielmehr müsse jeder einzelne Krankengeldfall als Resultat einer individuellen Mischung aus verschiedenen Faktoren gesehen werden. Entsprechend zeigt sich auch in der folgenden Darstellung der Interviewergebnisse, dass sich die Aspekte, die die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Dauer eines Krankengeldbezuges bedingen, anhand der Interviews nicht trennscharf abgrenzen lassen. Bei der Auswertung dieser Unterpunkte treten deshalb ggf. Dopplungen auf bzw. werden entsprechende Verweise vorgenommen.

5.3.1 Einflussfaktoren auf die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeld

Grundsätzlich lassen sich die Einflussfaktoren, die die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges beeinflussen, unterschiedlichen Bereichen zuordnen:

- allgemeine strukturelle Faktoren: diese betreffen die vorherrschenden regionalen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen;
- intrapersonelle und berufsspezifische Faktoren: diese betreffen das einzelne Mitglied, etwa Erkrankungsschwere, persönlicher Umgang mit der Erkrankung aber auch die Charakteristika der ausgeübten beruflichen Tätigkeit (etwa physische Belastungen etc.);
- arbeits- und branchenspezifische Faktoren, die den Arbeitgeber und das Arbeitsverhältnis betreffen.
- kassenspezifische Faktoren.

5.3.1.1 Strukturelle Einflussfaktoren

Nach Ansicht aller Experten wirke sich die allgemeine wirtschaftliche und konjunkturelle Lage auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges aus. Dabei verlief die Entwicklung der Krankenstände konträr zur wirtschaftlichen Lage: In Zeiten des konjunkturellen Abschwungs bzw. in der wirtschaftlichen Depression seien die Krankenstände und damit die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges gering. Aus Angst vor Arbeitsplatzverlust seien Arbeitnehmer in diesen Zeiten tendenziell weniger und kürzer arbeitsunfähig; Krankheiten würden ggf. verschleppt oder planbare Eingriffe auf einen späteren Zeitpunkt verlegt. In

Phasen des wirtschaftlichen Aufschwungs stiegen hingegen die Krankenstände und damit die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges.

Von einigen Experten werden auch gesellschaftliche Entwicklungen angeführt, die die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit beeinflussen. In diesem Zusammenhang sehen sie eine Zunahme von Stress und Druck am Arbeitsplatz, erhöhte Anforderungen an berufliche Flexibilität und einen steigenden Anteil prekärer Beschäftigungsverhältnisse, die zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Mitglieder und damit einer erhöhten Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit führen. Auch die Alterung der Gesellschaft im Rahmen des demografischen Wandels wirke sich steigernd auf die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit aus, da ein höheres Alter der Mitglieder mit einem größeren Arbeitsunfähigkeits- und somit Krankengeldrisiko korreliere (s. Abschnitt 5.3.1.2).

Einzelne Experten führen an, dass politische Entscheidungen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges hätten. So entstünden durch manche politische Entscheidungen „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern und den gewährten Sozialleistungen. Genannt wurde in diesem Zusammenhang die zeitliche Restriktion des Alg-I Bezuges. Durch diese Begrenzung werde die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges erhöht, da Mitglieder versuchten, ihren Anspruchszeitraum auf Alg-I durch Krankengeldbezugszeiten zu verlängern. Diese Beobachtung sei insbesondere gegen Ende des Bewilligungszeitraumes von Alg-I zu machen. Da das Krankengeld in Höhe des Alg-I gewährt wird, welches in der Regel deutlich über dem Alg-II Regelsatz liegt, werde dieser Anreiz verstärkt. Darüber hinaus hätten die Änderungen in den Anspruchsvoraussetzungen nach dem GKV-VSG einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit des Krankengeldbezuges: diese steige, da der Anspruch bereits mit dem Tag der ärztlichen Feststellung gewährt wird.²³ Ferner wurde von allen Experten vermutet, dass die Anhebung des Eintrittsalters für die Regelaltersrente auf 67 Jahre zu einer Zunahme des Krankengeldbezuges in der Nähe des Renteneintrittsalters führe. Es sei schon jetzt zu beobachten, dass Mitglieder höheren Alters ihrer Tätigkeit – je nach Beruf – entweder aus körperlichen oder psychischen Ursachen nicht mehr nachkommen könnten bzw. wollten. Zum Teil spielten auch motivationale Gründe eine Rolle. Die Mitglieder versuchten durch Ausschöpfung anderer Sozialleistungen, wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld, ihre Erwerbszeiten zu verlängern, um so abschlagsfrei in Altersrente gehen zu können. Diese Personengruppe wird von den Fachkundigen als sehr schwer steuerbar im Sinne eines Fallmanagements beschrieben.

Da ein Krankengeldbezug eine vom Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit voraussetzt, sind sich die Experten einig, dass auch das Krankschreibungs- und Behandlungsverhalten der Ärzte die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit determiniere. Einerseits wird in diesem Zusammenhang von regionalen Unterschieden gesprochen, welche allerdings mit den Aussagen aus den Experteninterviews nicht näher auf eine Region hin konkretisiert werden kön-

²³ Es wurde allerdings auch darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen auf die Summe der Krankengeldbezugsstage insgesamt wohl zu vernachlässigen sei.

nen. Andererseits seien aber auch Differenzen zwischen einzelnen Facharzttrichtungen zu beobachten. So wird davon berichtet, dass Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner eher eine Arbeitsunfähigkeit attestierten, als dies bei Fachärzten der Fall sei.

Darüber hinaus führen alle Experten an, dass regionale Komponenten die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges beeinflussen. Diese seien zum einen etwa darin begründet, dass in manchen Regionen eine bessere Arbeitsmarktsituation vorherrsche, die sich in einer geringeren Arbeitslosenquote zeige. Die Wirkungsrichtung von Arbeitslosigkeit wurde allerdings nicht einheitlich interpretiert. Zum anderen werden auch Unterschiede im Lohnniveau als Erklärungsgrund für die regionalen Differenzen angeführt. Auf diesen Aspekt wird im Kontext des Einflusses des Einkommens Bezug genommen.

Darüber hinaus werden auch regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems für eine unterschiedliche Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges verantwortlich gemacht. Genannt werden in diesem Zusammenhang die Verfügbarkeit von indikationsspezifischen Ärzten und Angeboten, das unterschiedliche Verhalten der Leistungserbringer in Bezug auf Krankschreibungen sowie die teils stark differierenden Wartezeiten auf einen Facharzttermin, diagnostische Maßnahmen, wie bspw. bildgebende Untersuchungen, oder einen Therapieplatz bei psychischen Erkrankungen. Diese Faktoren hätten Einfluss auf die Länge der Arbeitsunfähigkeit, weshalb sie auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges mitbestimmten. Ferner wird für die regionalen Unterschiede teilweise auch die unterschiedliche Mentalität der Menschen verantwortlich gemacht. Ebenfalls wird berichtet, dass sich auch regionale Unterschiede in der Krankheitslast der Mitglieder beobachten ließen.

5.3.1.2 Intrapersonelle und berufsspezifische Einflussfaktoren

Es liegt nach Ansicht aller Experten auf der Hand, dass die Morbidität in Form von Art und Schwere der Erkrankung die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges maßgeblich bedinge. Es wird berichtet, dass insbesondere psychische Erkrankungen, Verletzungen bzw. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges erhöhten. Bestehende Vorerkrankungen und ggf. ein vorheriger Krankengeldbezug erhöhten die Eintrittswahrscheinlichkeit zusätzlich. Es gelte zu beachten, dass nach Ansicht der Experten nicht nur die 80 RSA-relevanten Krankheiten eine Rolle spielten, sondern das gesamte Indikationsspektrum relevant sei.

Darüber hinaus sind alle Gesprächspartner der Meinung, dass soziodemografische Faktoren wie das Alter und das Geschlecht des Mitglieds die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit determinierten. Einige Experten berichteten, dass Frauen tendenziell häufiger arbeitsunfähig seien, wodurch ein Krankengeldbezug weiblicher Personen wahrscheinlicher werde. Darüber hinaus wiesen ältere Mitglieder eine höhere Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges auf. In diesem Zusammenhang wurde, wie bereits eingangs kurz erwähnt, von allen

Experten die Beobachtung angeführt, dass ein Alter in Nähe des Altersrenteneintritts deutlich mit einer höheren Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Krankengeldbezug korreliere.

Ob es durch eine vorliegende Arbeitsunfähigkeit tatsächlich zu einem Krankengeldbezug kommt, hängt nach Ansicht aller Fachkundigen insbesondere auch von der individuellen Motivation des Mitglieds ab, wieder arbeitsfähig sein zu wollen. Die Motivation werde dabei von mehreren individuellen Faktoren geleitet.

So spielten nach Ansicht aller Experten der Familienstand bzw. das soziale Umfeld und die persönliche bzw. familiäre Situation des Mitglieds eine Rolle. In welche Richtung dieser Zusammenhang besteht, ist durch die Expertengespräche nicht eindeutig auszumachen. Einerseits wird berichtet, dass Alleinstehende tendenziell häufiger arbeitsunfähig seien und damit die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit für diese Personengruppe erhöht sei. Andererseits könne durch die teils schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf und familiär belastende Situationen, wie bspw. durch die Pflege oder den Verlust eines Angehörigen, einen Schicksalsschlag, die Betreuung von Kindern bei gleichzeitiger Erwerbstätigkeit oder Eheprobleme eine psychische Belastung entstehen, die erst eine Arbeitsunfähigkeit begründe und damit den Eintritt ins Krankengeld wahrscheinlicher mache. Als mögliche positive Effekte eines Familienverbundes wurde angeführt, dass vor dem Hintergrund der familiären Verpflichtungen aber auch aufgrund der familiären Unterstützung vor bzw. während eines Krankheitsfalles mögliche Krankengeldfälle vermieden werden könnten.

Darüber hinaus sehen alle befragten Fachkundigen einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit durch die Art und Schwere der Erkrankung, berufsbezogene Aspekte wie die körperliche Beanspruchung durch die ausgeübte Tätigkeit, Stellung im Beruf und Höhe des Einkommens. Dabei schilderten alle Experten den Eindruck, dass die Art und Schwere der Erkrankung immer im Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit gesehen werden müsse. Eine körperlich belastende Tätigkeit mache einen Krankengeldbezug aufgrund physischer Beschwerden wahrscheinlicher, wohingegen eine geistig anspruchsvolle Tätigkeit zu einer Arbeitsunfähigkeit primär wegen anderer Indikationen – oftmals psychischer Art – führe.

Bezüglich der Stellung im Beruf kann auf Basis der Interviews nicht eindeutig geklärt werden, in welche Richtung sich der Zusammenhang darstellt. Einerseits wird berichtet, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezugs umso geringer sei, je höher die Position im Beruf und je höher das Einkommen eines Mitglieds seien. Als Begründung wird angeführt, dass die betroffenen Mitglieder aufgrund ihrer beruflichen Verantwortung eine größere Motivation besäßen, arbeitsfähig zu bleiben. Gleichmaßen sei der wirtschaftliche Ausfall durch einen Krankengeldbezug bei höheren Einkommen größer, sodass diese Personengruppen einen Krankengeldbezug eher vermieden. Andererseits sei aber auch denkbar, dass die berufliche Belastung und der psychische Druck in diesen Positionen höher sei, was eine Arbeitsunfähigkeit und damit einen Krankengeldbezug wiederum wahrscheinlicher werden ließe. Hinzu kommt, nach Meinung der Experten, dass davon auszugehen sei, dass durch Ersparnisse ein vorübergehender Einkommensverlust leichter auszugleichen sein könnte.

Umgekehrt bedeutet nach Einschätzung der Experten eine niedrige Stellung im Beruf und ein damit häufig verbundenes geringeres Einkommen, dass sich die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges erhöhe. Als Gründe werden seitens der Experten genannt, dass die wirtschaftlichen Einbußen bei dieser Personengruppe nicht derart ins Gewicht fielen, wodurch die Motivation, schnellstmöglich wieder arbeitsfähig zu werden und nicht in den Krankengeldbezug zu rutschen, geringer sei. Zugleich seien die Beschäftigungsverhältnisse häufig durch körperlich belastende Tätigkeiten gekennzeichnet, die eine Arbeitsunfähigkeit in Fällen begründeten, in denen bei einer anderen Tätigkeit noch Arbeitsfähigkeit bestehen würde. Als Beispiel wird in diesem Zusammenhang der Beinbruch bei einem Dachdecker im Vergleich zu einem überwiegend am Schreibtisch tätigen Verwaltungsangestellten angeführt.

Außerdem wird von den Experten ein Zusammenhang zwischen dem Versichertenstatus und der Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit berichtet – ob ein Mitglied als Arbeitnehmer, Arbeitsloser oder Selbstständiger versichert sei, wirke sich auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges aus. Insbesondere von Alg-I Beziehern wird berichtet, dass diese häufiger und länger arbeitsunfähig seien und damit eine größere Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Krankengeldbezug aufwiesen. Dies wird von den Experten vorwiegend darüber erklärt, dass für Arbeitslose kein Einkommensverlust durch den Bezug von Krankengeld entsteht. Es bestehe somit keinerlei Anreiz, möglichst frühzeitig wieder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung zu stehen. Bei Selbstständigen hänge die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges davon ab, ob sie überhaupt eine Versicherung mit Krankengeldschutz gewählt hätten und wie dieser Anspruch ausgestaltet sei (vgl. Anhang A 1.1.1). Darüber hinaus spiele bei selbstständig Erwerbstätigen die Höhe des wirtschaftlichen Ausfalls eine Rolle für die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit: je höher der Ausfall, desto geringer sei die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges.

Aus Sicht der Experten ist es unklar, ob und inwieweit die Teilnahme an einem DMP einen Einfluss auf die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit hat. Zwar sei in diesem Zusammenhang denkbar, dass die Dauer des Bezuges aufgrund der strukturierten und engmaschigeren Behandlung reduziert werden könnte, allerdings liege darin nicht das primäre Ziel der DMP.

5.3.1.3 Betriebs- und branchenspezifische Faktoren

Alle befragten Fachkundigen sehen in der Dauer der Entgeltfortzahlung (EFZ), die durch den Arbeitgeber gewährt wird, einen maßgeblichen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges. Bestehen arbeits- und tarifvertragliche Regelungen, die eine längere EFZ vorsehen, sei die Eintrittswahrscheinlichkeit reduziert. Die Experten weisen aber darauf hin, dass die Information über die Dauer der EFZ den Kassen erst dann zur Verfügung stehe, wenn tatsächlich eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit vorläge, die eine Prüfung des Entgeltfortzahlungsanspruchs des Mitglieds erforderlich mache.

Umgekehrt erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges, wenn die EFZ aufgrund von Vorerkrankungen vermindert sei bzw. gesetzlich nicht bestehe, wie das bspw.

bei Heimarbeitern oder unständig Beschäftigten oder aber auch bei einem Beschäftigungsverhältnis, das weniger als vier Wochen andauere, der Fall sei (s. Anhang A 1.1.1). Nach Einschätzung der meisten Experten seien die Personengruppen der Heimarbeiter und unständig Beschäftigten allerdings in einer verhältnismäßig kleinen Anzahl vertreten und dürften zahlenmäßig in der Zuweisungspraxis keine allzu große Relevanz besitzen.

Seitens der Experten wird außerdem berichtet, dass ein bevorstehendes Ende des Beschäftigungsverhältnisses Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges ausübe. Sofern ein befristetes Arbeitsverhältnis vorläge, welches nicht weiter verlängert werde, bestehe gegen Ende der Befristung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Arbeitsunfähigkeit und einen Krankengeldbezug, da die Motivation des Mitglieds bestehe, einen möglichen Arbeitslosengeldbezug hinauszuzögern. Es gelte zu beachten, dass mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses auch der Anspruch auf Entgeltfortzahlung entfällt, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldeintritts zusätzlich erhöht werde.

Darüber hinaus spiegele sich nach Einschätzung der Experten auch die wirtschaftliche Situation des Arbeitgebers im Sinne einer drohenden Insolvenz und ggf. bevorstehende Massenentlassungen im Krankenstand wider und erhöhe die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldeintritts. Es wird von einigen Experten berichtet, dass in wirtschaftlich prekären Phasen zwar aus Angst vor Entlassungen ein geringer Krankenstand zu beobachten sei, sobald allerdings bspw. das Insolvenzverfahren eröffnet werde und Massenentlassungen bevorstünden, steige die Anzahl an Arbeitsunfähigkeiten und gleichermaßen die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges.

Auch die Motivation und Kooperation des Arbeitgebers seien für die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit von Bedeutung. Diese spielten in dem Maße eine Rolle, wie der Arbeitgeber sich um die Arbeitsfähigkeit seiner Arbeitnehmer bemühe und sie durch verschiedene Maßnahmen, wie bspw. betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung, innerbetriebliche Umbesetzungen sowie Umgestaltungen am Arbeitsplatz, versuche zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dieser Aspekt habe aber vor allem auf die Dauer des Krankengeldbezuges Einfluss, was in Abschnitt 5.3.3.4 näher thematisiert wird.

Zudem berichten die Experten, dass betriebspezifische Gegebenheiten die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldeintritts beeinflussen. Gerade im Kontext von Mobbing und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz seien das Betriebsklima und der Umgang zwischen und mit Vorgesetzten bzw. Mitarbeitern und Kollegen von Bedeutung. Auch sei es nach Ansicht einiger Experten denkbar, dass die Betriebsgröße einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges habe. Es wurde die Vermutung geäußert, dass mit steigender Betriebsgröße die Anonymität steige und damit auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldeintritts. In kleineren Betrieben könnten die Beschäftigten hingegen ein höheres Verantwortungsbewusstsein und Interesse an ihrer Arbeitsfähigkeit aufweisen, da sie auf-

grund kleinerer Beschäftigungszahlen das Gefühl hätten, dass ihre Arbeitskraft weniger austauschbar und weniger verzichtbar sei.

Die Experten berichten außerdem über branchenspezifische Besonderheiten, die die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges beeinflussen. So wird angemerkt, dass in einigen, insbesondere saisonabhängigen Branchen die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldeintritts erhöht sei. Gerade in auftragsschwachen Monaten sei mit erhöhten Krankengeldfällen zu rechnen. Als Beispiel wurde das Baugewerbe in den Wintermonaten angeführt.

Insgesamt ergibt sich das Bild einer Vielzahl von betriebs- und branchenspezifischer Faktoren, ohne dass diese in eine eindeutige Rangfolge gebracht werden könnten. Auch erweisen sie sich als kaum für die Zwecke des RSA-Zuweisungsalgorithmus operationalisierbar. Möglicherweise ist die Branche als solches eine Ausgleichsvariable. Diese stand im Datensatz, den die Gutachter für den quantitativen Teil des Gutachtens aufgebaut haben, nicht zur Verfügung, da eine größere Zahl der mitwirkenden Krankenkassen diese Daten nicht zur Verfügung stellten.

5.3.1.4 Kassenspezifische Faktoren

Ob aus einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeldbezug wird, lässt sich seitens der Krankenkassen nach Ansicht der Experten zu einem gewissen Anteil durch eine gezielte Fallsteuerung im Sinne einer Fallvermeidung im Rahmen des Krankengeldmanagements beeinflussen. Demnach werde die Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit dadurch beeinflusst, ob ein Krankengeldmanagement vorliege und wie erfolgreich dieses bei der Fallvermeidung agiere. Das Thema des Krankengeldmanagements wird im nächsten Unterabschnitt, in dem die Einflussfaktoren auf die Dauer des Krankengeldbezuges thematisiert werden, eingehender beleuchtet.

5.3.2 Einflussfaktoren auf die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldzahlung

Nach Ansicht aller Experten ist die Höhe der kalendertäglichen Krankengeldzahlung von den beitragspflichtigen Einnahmen abhängig, die der Krankengeldberechnung des Mitglieds zugrunde liegen. Eine Einflussmöglichkeit durch die Krankenkasse sei nicht gegeben.

Einzelne Experten führten an, dass sich eine gute wirtschaftliche Lage über längere Sicht lohnsteigernd auswirke, wodurch auch die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldzahlungsbetrages beeinflusst werde. Demnach wirke sich langfristig gesehen die konjunkturelle Lage auf die Höhe des Krankengeldzahlungsbetrages aus.

5.3.3 Einflussfaktoren auf die Dauer des Krankengeldbezuges

Im folgenden Abschnitt werden diejenigen Einflussfaktoren dargestellt, die von den Kassenvertretern im Zusammenhang mit der Dauer des Krankengeldbezuges genannt wurden. Als Einflussfaktoren auf die Dauer des Krankengeldbezugs werden mehrere Aspekte genannt. Sie lassen sich grob untergliedern in persönliche und berufsspezifische Einflussfaktoren, Fak-

toren, die das Krankengeldmanagement einer Kasse betreffen, sowie weitere Faktoren, die insbesondere mit Leistungserbringern oder anderen Institutionen des Deutschen Sozialversicherungssystems in Zusammenhang stehen, und Faktoren, die durch die Kooperation und Motivation des Arbeitgebers bedingt werden. Teilweise sind die Faktoren, die die Dauer des Krankengeldbezugs beeinflussen, identisch mit denen, die die Eintrittswahrscheinlichkeit determinieren; insofern ergeben sich Doppelungen mit Abschnitt 5.3.1.

5.3.3.1 Intrapersonelle Einflussfaktoren

Den größten Einfluss auf die Dauer des Krankengeldbezuges haben nach Ansicht aller Experten die Art und Schwere der Erkrankung bzw. Morbidität. Je schwerwiegender die Krankheit, desto länger dauere die Arbeitsunfähigkeit an. Als Indikationen, die einen besonders lang andauernden Krankengeldbezug bedingen, werden Krebserkrankungen und psychische Leiden genannt. Es verwundert in diesem Zusammenhang nicht, dass auch das Alter einen Einfluss auf die Krankengeldbezugsdauer zu haben scheint: ältere Personen seien tendenziell häufiger und auch schwerer erkrankt, sodass bei ihnen häufig längere Krankengeldbezugsdauern zu beobachten seien.

Einen maßgeblichen Einfluss auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sehen die Experten auch in der Motivation des Mitglieds, wieder arbeitsfähig sein zu wollen. Diese hänge, wie bereits in Abschnitt 5.3.1.2 erwähnt, von mehreren Faktoren ab.

So spiele in diesem Kontext der Versichertenstatus eine Rolle: erfahrungsgemäß besäßen Alg-I Bezieher und Personen in einem Alter in der Nähe des Renteneintritts eine geringere Motivation, wieder arbeitsfähig bzw. auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar zu sein, sodass sie überdurchschnittlich lange Krankengeldbezugsdauern aufwiesen.

Auch die Einkommenshöhe und die ausgeübte Tätigkeit bzw. die Stellung im Beruf üben nach Aussagen der befragten Experten einen Einfluss auf die Genesungsmotivation des jeweiligen Mitglieds aus. Nach Ansicht aller Experten, wie bereits bei der Krankengeldeintrittswahrscheinlichkeit erwähnt, bedinge das Zusammenspiel aus ausgeübter Tätigkeit und vorliegender Erkrankung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankengeldbezuges – so sei die jeweilige Indikation immer im Kontext der vorliegenden Tätigkeit zu bewerten.

Bezüglich des Einflusses der Einkommenshöhe und der Stellung im Beruf geben die Experten zwar einen Zusammenhang mit der Krankengeldbezugsdauer an, allerdings ist die Richtung dieses Einflusses nicht klar: einerseits wurde berichtet, dass mit steigender Einkommenshöhe die wirtschaftlichen Einbußen eines Krankengeldbezuges höher seien, wodurch Mitglieder höherer Einkommensklassen einen größeren Anreiz hätten, schnell wieder arbeitsfähig zu werden und desto kürzer dauere demzufolge ein bestehender Krankengeldbezug. Es wurde aber auch von den Experten berichtet, dass manche Arbeitgeber insbesondere ihren Arbeitnehmern mit höherer Stellung einen Aufstockungsbetrag zum Krankengeld gewährten, der die wirtschaftlichen Einbußen, die sich aus der Differenz des üblichen Nettoeinkommens und dem gewährten Krankengeld ergeben, reduziere oder komplett ausgleiche. In diesen

Fällen sei die finanzielle Motivation des Mitglieds, möglichst zügig ins Arbeitsleben zurückzu-kehren, geringer und die Krankengeldbezugsdauer entsprechend länger. Andererseits könne nach Ansicht der Experten aber auch davon ausgegangen werden, dass, wenn diese Perso-nengruppe arbeitsunfähig sei und es zum Krankengeldbezug komme, auch in der Regel eine schwerwiegende Erkrankung vorläge, die – wie oben erwähnt – eine längere Krankengeldbe-zugsdauer determiniere.

Es wird berichtet, dass die Dauer des Krankengeldbezuges in manchen, nicht sehr häufigen Fällen, auch von der Informiertheit der Mitglieder bzgl. ihrer Anspruchsvoraussetzungen auf Krankengeld abhängt. Sofern die Mitglieder detailliert über die Regelungen zu Blockfristen und erneutem Krankengeldanspruch informiert seien, kann eine längere Krankengeldbe-zugsdauer beobachtet werden, da – sofern ein Arzt entsprechend die Arbeitsunfähigkeit attestiert – geschickt zwischen Diagnosen und Blockfristen gewechselt werde, um die Dauer des Krankengeldbezuges möglichst in die Länge zu ziehen. Seitens der Krankenkassen werde allerdings versucht, diesem Phänomen im Rahmen der Fallsteuerung und Festlegung der Blockfristen entgegen zu wirken.

5.3.3.2 Krankengeldmanagement als Einflussfaktor

Mit einer Ausnahme geben alle befragten Krankenkassen an, Krankengeldmanagement mit strategischer Ausrichtung durchzuführen.

Die Teams der Krankengeldmanager sind in den verschiedenen Kassen unterschiedlich zu-sammengesetzt. In den meisten Fällen wurde berichtet, dass das Fallmanagement durch gelernte Sozialversicherungsfachangestellte durchgeführt wird. Teils werden die Teams durch Angestellte mit einem medizinischen Hintergrund, wie Gesundheits- und Krankenpfle-ger, ergänzt. Zudem finden sich in den Arbeitsgruppen teilweise auch Reha- und Rentenbe-rater sowie Sozialpädagogen. In seltenen Fällen stehen den Krankengeldmanagern Mediziner beratend zur Seite.

Ausschlaggebend für die erfolgreiche Fallsteuerung sei nach Auskunft der Experten, inwie-weit es gelänge, eine Beziehung zum Mitglied aufzubauen und im Rahmen des Fallmanage-ments eine Win-Win-Situation herzustellen, so dass sowohl das jeweilige Mitglied als auch die Krankenkasse profitierten. Primäres Ziel sei es, die Betroffenen zu einer zeitnahen Wie-deraufnahme der Tätigkeit zu motivieren und individuelle Lösungen zu finden, um dieses Ziel zu erreichen. Hierfür sei nach Ansicht aller Experten eine individuelle Fallbetrachtung erfor-derlich. Die Beratung der Mitglieder laufe meistens über den telefonischen Kontakt. Teilwei-se berichten die Befragten aber auch von persönlichen Gesprächen.

Darüber hinaus sei für eine erfolgreiche Fallsteuerung die Kooperation mit Leistungserbrin-gern, Leistungsträgern und dem Arbeitgeber essentiell. Auf diese Punkte wird in den folgen-den Abschnitten gesondert Bezug genommen.

Manche Kassenvertreter berichten, dass sie für besondere Indikationen spezifische Versorgungsangebote vorhalten, um eine schnellere Genesung zu gewährleisten.

Alle befragten Kassenvertreter berichten, dass sie die Expertise des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit heranzögen. Grundsätzlich böten sich für die Krankenkassen im Rahmen des Fallmanagements nach Begutachtung des MDK verschiedene Steuerungsmöglichkeiten: a) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nur noch von einem Facharzt zu akzeptieren, b) das Mitglied aufzufordern, nach § 51 SGB V innerhalb von zehn Wochen einen Rehabilitationsantrag zu stellen, sofern die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sei, c) dem Mitglied eine Arbeitsfähigkeit zu attestieren oder d) bestimmte Behandlungsvorschläge, bspw. im Sinne der Einleitung einer Physiotherapie, zu unterbreiten. Darüber hinaus könne der MDK das Mitglied zu einer persönlichen Begutachtung einbestellen.

5.3.3.3 Strukturelle Einflussfaktoren

Von den befragten Kassenvertretern wird zudem angemerkt, dass auch das Verhalten der Ärzte einen maßgeblichen Einfluss auf die Dauer des Krankengeldbezuges besäße. Dies beziehe sich etwa auf die Terminvergabepraxis, da sich bei größeren Wartezeiten auf Termine die Dauer des Krankengeldbezugs verlängere; die Ärzte seien hier auch gegenüber den Krankenkassen unterschiedlich kooperativ. In diesem Zusammenhang werden unspezifisch regionale Unterschiede erwähnt. Darüber hinaus spielten für die Dauer des Krankengeldbezuges auch versorgungsstrukturelle Besonderheiten eine Rolle. Je schneller das erkrankte Mitglied Zugang zu den erforderlichen Behandlungsmaßnahmen erhalte, wie bspw. zu einer Psychotherapie oder anderweitig relevanten Leistungen, desto förderlicher sei dies grundsätzlich für seinen Genesungsprozess und desto kürzer dauere der Krankengeldbezug an. Es sei offensichtlich, dass in diesem Kontext auch die Versorgungsqualität, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor sowie bei Rehabilitationsleistungen, von Bedeutung sei.

Die Krankenkassenexperten berichten, dass sie zur Falleinschätzung und –beurteilung die sozialmedizinische Fachberatung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nutzen. Teilweise erfolge die Begutachtung durch den MDK nach Aktenlage, teils werde der MDK auch für Untersuchungen herangezogen. Dabei wird von den Experten angemerkt, dass die Beratungs- und Begutachtungserfolge von der Kooperationsbereitschaft des Medizinischen Dienstes mit den Krankenkassen abhängen. Zudem wird drauf hingewiesen, dass die Qualität der Beratung und damit der Einfluss auf die Krankengeldbezugsdauer von der jeweiligen Region und Organisation des MDK sowie von individuellen bzw. personellen Faktoren der ärztlichen Gutachter abhängig seien.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Dauer des Krankengeldbezuges wird im Zusammenhang mit den bereits kurz erwähnten (Abschnitt 5.3.1.1) „Verschiebebahnhöfen“ zwischen den Sozialversicherungsträgern gesehen. So sei es bspw. für die Dauer des Krankengeldbezuges entscheidend, wie schnell eine Rehabilitationsmaßnahme von der Deutschen Rentenversicherung bearbeitet bzw. bewilligt wird. In diesem Kontext seien auch das Angebot und die

Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Bedeutung und inwieweit Mitglieder über die Möglichkeiten sowie die Antragsstellung informiert seien. Von den Experten werden bezüglich der Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung regionale Unterschiede wahrgenommen. Auch die Qualität der Arbeitsvermittlung der Agentur für Arbeit spiele in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Ebenso habe die Beurteilung und Dauer der Entscheidungsfindung der Berufsgenossenschaften, ob es sich bei der vorliegenden gesundheitlichen Einschränkung um eine Berufskrankheit handele oder nicht, einen Einfluss auf die Dauer des Krankengeldbezuges.

Darüber hinaus spiele für die Dauer des Krankengeldbezuges eine Rolle, wie schnell die Prüfung in der Abstimmung mit den Berufsgenossenschaften vorstattengehe, ob es sich bei der Erkrankung ggf. um die Folge eines regresspflichtigen Unfalls handele, der die Zahlung von Verletzten- statt Krankengeld zur Folge hätte.

Da aber nach Einschätzung der Experten Berufskrankheiten und Regressfälle relativ selten vorkommen, dürfte dieser Einflussfaktor in der Praxis keine große Rolle spielen.

5.3.3.4 Kooperation und Motivation des Arbeitgebers

Neben den genannten Faktoren beeinflusst nach Einschätzung der Experten auch die Bereitschaft und Motivation des Arbeitgebers zur Wiedereingliederung des Mitarbeiters die Dauer des Krankengeldbezuges. Je nachdem inwieweit der Arbeitgeber auf bestehende gesundheitliche Einschränkungen des Arbeitnehmers reagiere, bspw. mit einer innerbetrieblichen Umbesetzung, verlängere oder verkürze sich der Krankengeldbezug des Mitglieds. In diesem Zusammenhang sei auch von Bedeutung, ob und in welchem Ausmaß ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement in der Praxis Anwendung finde und inwieweit dem Arbeitnehmer die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung gegeben werde, um schnellstmöglich wieder ins Berufsleben zurückzukehren.

Darüber hinaus sei in diesem Kontext die Größe des Betriebes von zentraler Bedeutung; erfahrungsgemäß könne in größeren Betrieben flexibler bspw. mit innerbetrieblichen Umbesetzungen auf die gesundheitlichen Einschränkungen eines Arbeitnehmers reagiert werden. Nach Ansicht einiger Experten sei auch denkbar, dass das Interesse des Arbeitgebers an der Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers in kleineren Betrieben größer sei, da hier der Arbeitsausfall schwieriger zu kompensieren sei und die Arbeitskraft eines jeden einzelnen Mitarbeiters essentieller sei als in Großkonzernen.

Von den Experten wird berichtet, dass gerade bei Personen kurz vor Eintritt des Rentenalters der Arbeitgeber einen geringeren Anreiz besäße, seinem Beschäftigten eine den gesundheitlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit anzubieten. Auch bei Ende des Beschäftigungsverhältnisses wegen Befristung oder betriebsbedingter Kündigung falle das Interesse des Arbeitgebers an der Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers weg. Dies führe dazu, dass in diesen Fällen die Krankengeldbezugsdauer in der Regel länger sei.

5.3.4 Informationen zum Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes

Unter allen Experten besteht Konsens, dass das „reguläre“ Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit und das Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes zwei völlig voneinander losgelöste Leistungsbereiche darstellen. Es bestehen, wie im Anhang in den Abschnitten A 1.1 und A 1.3 umfassend erörtert, Differenzen in den Anspruchsvoraussetzungen und der Anspruchsdauer, welche eine separate Betrachtung der beiden Leistungsbereiche erforderlich machen. Die identifizierten Strukturen und Treiber des „regulären“ Krankengeldes lassen sich nicht auf das Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes übertragen. Es wird übereinstimmend festgestellt, dass die Krankenkassen keinerlei Steuerungsmöglichkeiten in Bezug auf das Kinderkrankengeld hätten.

Von einigen Experten wurden regionale Unterschiede in den Kinderkrankengeldfällen berichtet. So sei eine vermehrte Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern (v. a. Sachsen, Thüringen) zu verzeichnen. Diese Besonderheit wird von den Experten auf die hohe Beschäftigungsquote der Frauen und auf eine höhere Bereitschaft, diese Leistung in Anspruch zu nehmen, zurückgeführt. Diese Differenzen im Inanspruchnahmeverhalten werden von den befragten Kassenvertretern mit den historisch gewachsenen Unterschieden in den gesellschaftlichen Strukturen zwischen Ost und West erklärt.

Ebenso werden von den Experten geschlechtsspezifische Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Kinderkrankengeld identifiziert: Frauen beanspruchten diesen Leistungsbereich häufiger als Männer. Dieser Umstand wird der in der Gesellschaft vorherrschenden Rollenverteilung zugeschrieben. Einige Experten beobachteten, dass in den letzten Jahren auch zunehmend Männer die Leistung des Kinderkrankengeldes in Anspruch nähmen, gerade im südlicheren Bundesgebiet. Dies wird damit erklärt, dass hier häufiger beide Elternteile erwerbstätig seien.

Mit Ausnahme einer Krankenkasse²⁴ wird das Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes nicht von den Mitarbeitern des Krankengeldmanagements bearbeitet, sondern im Rahmen anderer Leistungsbereiche – sei es von Mitarbeitern, die die übrigen Entgeltersatzleistungen, wie das Mutterschaftsgeld, bearbeiten oder sich mit Sachleistungen befassen. Dies ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass es sich laut Ansicht aller Experten um einen nahezu nicht steuerbaren Leistungsbereich handele, der nicht im Rahmen des Fallmanagements bearbeitet werden muss.

²⁴ Anmerkung: Bei dieser Kasse besteht die Besonderheit, dass insgesamt dezentrale, nicht-spezialisierte Organisationsstrukturen gepflegt werden, sodass alle Leistungsbereiche eines Versicherten von einem einzelnen Mitarbeiter bearbeitet werden.

5.4 Verfügbarkeit und Qualität der Daten

In den Interviews wurden die Experten um eine Einschätzung im Hinblick darauf gebeten, ob den Krankenkassen Daten über die genannten Einflussfaktoren vorliegen und wenn ja, in welcher Qualität sie vorhanden sind.

5.4.1 Intrapersonelle und berufsspezifische Einflussfaktoren

5.4.1.1 Soziodemografische Faktoren

Soziodemografische Faktoren spielen nach Angaben aller Experten eine Rolle sowohl in Bezug auf die Eintrittswahrscheinlichkeit als auch in Bezug auf die Dauer des Krankengeldbezuges. Daten über das Geschlecht und das Alter liegen den Krankenkassen in sehr guter Qualität vor und diese Daten werden bereits im aktuellen Ausgleichsmodell angewendet.

Darüberhinausgehende Angaben, die nach teilweiser Einschätzung einen Einfluss haben, wie bspw. der Familienstand und das soziale Umfeld, sind nicht verfügbar und werden nur teilweise über die Gespräche mit den Mitgliedern im Rahmen des Krankengeldmanagements unsystematisch erhoben. Zwar können somit subjektive Aussagen der Experten über den Einfluss dieser Faktoren getroffen werden, allerdings war die Wirkungsrichtung, ob bspw. verheiratete Mitglieder seltener oder häufiger Krankengeld in Anspruch nehmen, nicht auszumachen.

Weiterhin wurde angemerkt, dass die Nähe zum Renteneintritt einen Einfluss auf den Krankengeldbezug hat. Allerdings liegen den Krankenkassen auch hierüber keine Routinedaten vor, lediglich die Höhe des Alters lässt einen Rückschluss auf die Nähe zum Renteneintritt zu.

5.4.1.2 Morbidität

Übereinstimmend gaben die Experten an, dass die *generelle* Morbidität eines Mitglieds über die von den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern an die Krankenkassen übermittelten Daten gut abgebildet ist. Die Daten liegen nicht nur für die 80 Krankheiten, die für den Morbi-RSA genutzt werden, vor, sondern für das gesamte Krankheitsspektrum und sind auch über die volle Indikationsbreite valide und nutzbar.

In Bezug auf die *krankengeldspezifische* Morbidität waren die Aussagen der Experten in den Interviews nicht eindeutig. Zwar liegen den Krankenkassen über die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen Morbiditätsinformationen über ihre krankgeschriebenen Mitglieder vor, allerdings war für die Krankenkassenvertreter nicht klar, ob diese Daten auch die krankengeldspezifische Morbidität gut widerspiegeln.

Aus diesem Grund wurde vom Lehrstuhl für Medizinmanagement eine schriftliche Anfrage zum Entstehen und zur Validität der AU-Diagnosen an den Hausärzteverband gesendet, die von zwei Medizinern beantwortet wurde. Des Weiteren wurden zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen befragt, um auch die Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten zu berücksichtigen.

Übereinstimmend gaben die Mediziner an, dass die Auswahl einer AU-Diagnose zu Beginn – also bei akuten Erkrankungen – in der Regel symptomgesteuert ist, wobei in der Praxis von einer Beschränkung des Detailgrads der Kodierung auszugehen sei, da die AU-Diagnosen weder Behandlungs- noch Abrechnungsrelevanz besitzen. Dabei würden die Diagnosen in aller Regel EDV-gesteuert aus der Behandlungsakte des Patienten übernommen, weshalb es an dieser Stelle nicht zu Übertragungsfehlern kommen sollte.

Besteht eine Erkrankung über einen längeren Zeitraum, so kann davon ausgegangen werden, dass die Diagnose der ersten AU-Bescheinigung zunächst übernommen wird. Bis zum 31.12.2015 stellte der die AU bescheinigende Arzt für den Krankengeldbezug einen Auszahlungsschein aus, auf den nach Angabe der befragten Mediziner zumeist händisch die AU-Diagnose eingetragen wurde. Dieses händische Übertragen der AU-Diagnose führte, so äußerten sich zwei der Mediziner, zu einer Reflexion der Diagnose und ggfs. zu einer Änderung.

Seit dem 1.1.2016 entfällt allerdings der Auszahlungsschein, da er mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zusammengeführt wurde. Ob dies eine Auswirkung auf die Dokumentation der AU-Diagnosen und ggfs. auf die Validität der Diagnosen haben wird, kann zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht eingeschätzt werden.

5.4.1.3 Ausgeübte Tätigkeit

Den Krankenkassen steht über die Meldung nach der Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung (DEÜV-Meldung) der Arbeitgeber der Tätigkeitsschlüssel des Mitglieds zur Verfügung (§ 28a Abs. 3 Nr. 5 SGB IV). Bis zum 30.11.2011 wurde der Tätigkeitsschlüssel in einem fünfstelligen Code verschlüsselt. Seit dem 1.12.2011 wird ein neunstelliger Code verwendet. Die Schlüsselverzeichnisse der beiden Codes können nicht eins zu eins ineinander überführt werden.

Der neunstellige Tätigkeitsschlüssel umfasst Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zum höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss, zum höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss, zur Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform des Arbeitsvertrags des Mitglieds. Grundsätzlich stehen den Krankenkassen somit detaillierte Informationen über die Tätigkeit und die Ausbildung ihrer Mitglieder zur Verfügung. Allerdings wird die Validität dieser Daten von allen befragten Experten stark angezweifelt. Der Tätigkeitsschlüssel besitzt keinerlei Relevanz für die Tätigkeit der Krankenkassen oder der Arbeitgeber; die Richtigkeit der Angaben des Arbeitgebers kann von den Krankenkassen außer im persönlichen Gespräch mit dem Mitglied nicht überprüft werden.

Einige der befragten Experten äußerten die Meinung, dass die Angabe, ob es sich um eine Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung handle, ggfs. verlässlich sei. Andere Experten bezweifelten dies, da sie nicht davon ausgehen, dass der Tätigkeitsschlüssel bei einer Veränderung der Vertragsform auch tatsächlich angepasst würde.

Andere Interviewpartner vermuteten, dass die Angabe zum höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss verlässlich sein könnte, da dieser Abschluss in der Regel bereits zur Erstanstellung erreicht sei und somit keinen Änderungen mehr unterliege. Wohingegen sich bspw. der höchste berufliche Ausbildungsabschluss durchaus während einer Anstellung ändern und dann nachgetragen werden müsse, was zusätzlicher Verwaltungsaufwand für den Arbeitgeber sei und wegen der fehlenden Relevanz des Tätigkeitsschlüssels nicht unbedingt vorgenommen würde.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die befragten Krankenkassenvertreter die Informationen, die mit dem Tätigkeitsschlüssel übermittelt werden, als sinnvolle Informationen für die Verwendung im Rahmen eines Zuweisungsverfahrens für Krankengeld betrachten, die Validität der tatsächlich übermittelten Schlüssel für ihre Mitglieder aber stark in Frage stellen und teilweise von einer Verwendung sogar abraten.²⁵

5.4.1.4 Beitragspflichtige Einnahmen

Entscheidend für die Höhe der Krankengeldzahlungen je Bezugs-Tag („Preiskomponente“) sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Für abhängig Beschäftigte liegen den Krankenkassen aus den Meldungen der Arbeitgeber gemäß § 28a Abs. 1 und 2 SGB IV Informationen über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder über die DEÜV-Meldungen vor.²⁶ Diese Daten werden von allen befragten Experten als sehr valide eingestuft. Allerdings werden die beitragspflichtigen Einnahmen im Rahmen dieser Meldung nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (vgl. § 28a Abs. 3 Satz Nr. 2b SGB IV) übermittelt.

Nach § 203a SGB V übernimmt die Agentur für Arbeit die Meldung an die Krankenkassen für Bezieher von Alg-I gemäß der Datenübermittlung BA/Kommunen (DÜBAK), so dass den Krankenkassen im Rahmen dieses Meldeverfahrens die Höhe des vom Mitglied bezogenen Arbeitslosengeldes zur Verfügung steht. Einige der befragten Krankenkassenvertreter gaben an, dass diese Informationen nicht immer verlässlich seien.

Für Selbstständige²⁷ stehen den Krankenkassen die Informationen für die Beitragsbemessung zur Verfügung, die einheitlich durch den GKV-Spitzenverband geregelt sind.²⁸ Danach müssen zur Ermittlung der Krankenkassenbeiträge die Selbständigen ihrer Krankenkasse den Einkommenssteuerbescheid zur Verfügung stellen. Liegt kein Einkommenssteuerbescheid

²⁵ Vereinzelt mit Personalbearbeitern in Behörden und Unternehmen geführte Gespräche ergaben den Eindruck, dass zumindest teilweise wenige Standardschlüssel von den Personalabteilungen verwendet und diese bei Aktualisierungen der Tätigkeit nicht regelhaft angepasst werden. Dies bestätigt die Skepsis der Krankenkassen-Experten.

²⁶ Vgl. auch § 5 Abs. 4 sowie § 10 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung.

²⁷ Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Krankengeld im Rahmen eines Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V nicht im Rahmen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt wird, da sich die Wahltarife vollständig selber tragen müssen.

²⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (2014b).

vor, so wird auf eine Selbstauskunft des Mitglieds zurückgegriffen. Die befragten Experten halten auch diese Daten für sehr valide.

5.4.1.5 Entgeltfortzahlung

Die Experten gaben in den Interviews an, dass die Dauer der Entgeltfortzahlung Einfluss auf die Dauer des Krankengeldbezuges habe. Allerdings steht die Information, ob das Mitglied über den gesetzlichen Anspruch von sechs Wochen hinaus Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat, den Krankenkassen erst dann zur Verfügung, wenn das Mitglied tatsächlich in Krankengeldbezug kommt. Aus den Routinedaten der Krankenkassen können lediglich für Heimarbeiter und unständig Beschäftigte Aussagen zu einem von der gesetzlichen Sechswochenfrist abweichenden Anspruch getroffen werden. Diese Personengruppen sind allerdings so klein, dass sie nach Aussage der Experten keinen großen Einfluss auf die Krankengeldzahlungen besitzen.

5.4.2 Betriebs- und branchenspezifische Einflussfaktoren

Wie erläutert, haben betriebs- und branchenspezifische Faktoren Einfluss auf Wahrscheinlichkeit und Dauer von Krankengeldzahlungen. Daher hatten die Gutachter beabsichtigt, das Branchenkennzeichen in dem Datensatz für die eigenen quantitativen Analysen zu verwenden. Nachdem eine größere Zahl der kooperierenden Krankenkassen jedoch mitgeteilt hatte, diese Informationen nicht zur Verfügung zu stellen, wurde auf ihre Aufnahme in die Datensatzanforderung letztlich verzichtet.

5.4.3 Kassenspezifische Faktoren

Das Krankengeldmanagement hat zwar einen Einfluss auf den Umfang zu leistender Krankengeldzahlungen; Daten zum Krankengeldmanagement stehen jedoch nicht in einer für den RSA operationalisierbaren Form zur Verfügung.

5.4.4 Daten zum Kinderkrankengeld

Der Bezug von Kinderkrankengeld hängt davon ab, ob im Haushalt des Mitglieds Kinder unter zwölf Jahren leben, die im Falle einer Erkrankung vom Mitglied betreut werden müssen. Die Krankenkassenvertreter berichten übereinstimmend, dass den Krankenkassen keine Informationen über die Haushaltszusammensetzung ihrer Mitglieder vorliegen und somit auch nicht über die Anzahl von Kindern unter zwölf Jahren. Lediglich über das Mitglied mitversicherte Kinder sind in den Krankenkassendaten zu identifizieren. Auch seien keine validen Daten über den Familienstand des Mitglieds verfügbar, welche die grundsätzliche Anspruchsdauer (max. 25 Tage bei Verheirateten bzw. max. 50 Tage bei Alleinerziehenden) voraussagen könnten.

5.5 Schlussfolgerungen

Die Expertengespräche haben bestätigt, dass sich der Bezug von Krankengeld für die Betreuung eines erkrankten Kindes und der Bezug von Krankengeld aufgrund einer Erkrankung des Mitglieds in ihrer Art deutlich unterscheiden. Der Bereich des Kinderkrankengeldes biete, so gaben die Experten einstimmig an, keinerlei Ansatzpunkte für eine Steuerung oder ein Fallmanagement. Deshalb ist es folgerichtig diesen Bereich im Zuweisungsverfahren anders zu behandeln als die Zuweisungen für Krankengeld gemäß § 44 SGB V. Daher werden Modelle gerechnet, die beide Krankengeldbereiche trennen.

Im Rahmen der Experteninterviews wurde eine Fülle branchen-, betriebs- und berufsbezogener potenzieller Einflussfaktoren genannt. Die meisten dieser Faktoren lassen sich allerdings nicht für die Zwecke des RSA operationalisieren. Der Tätigkeitsschlüssel lässt sich als RSA-Variable verwenden, da er bei den Krankenkassen verfügbar ist und datentechnisch auswertbar ist. Auch wenn er von den Experten überwiegend als nicht sehr zuverlässig eingeschätzt wurde, haben die Gutachter ihn in ihrer Datensatzbeschreibung angefordert, für die meisten Versicherten auch geliefert bekommen und unter seiner Verwendung ein RSA-Zuweisungsmodell gerechnet. Das Branchenkennzeichen ist potenziell ebenfalls geeignet und grundsätzlich verfügbar, lag jedoch in der vorliegenden Studie – wie beschrieben – nicht vor.

Das Krankengeldmanagement ist ein wichtiger Einflussfaktor. Es kann zwar nicht für die Zwecke des RSA operationalisiert werden. Jedoch liegt es nahe, dass RSA-Modelle, die einen hohen Anteil von krankenkassenspezifischen Ist-Ausgaben in die Zuweisungen für Krankengeld einfließen lassen, die Anreize bei den Krankenkassen für das Krankengeldmanagement sinken lassen, da die Ausgaben dafür vollständig von der Kasse zu tragen sind, damit erzielbare Ausgabenreduktionen jedoch anteilig die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds reduzieren.

Die Morbidität hat einen erheblichen Einfluss auf die Mengenkomponte (Krankengeld-Bezugstage). RSA-Modelle für den Bereich Krankengeld sollten die Morbidität daher berücksichtigen. Da die Experten die Auffassung vertraten, dies gelte auch für das Krankheitsspektrum jenseits der 80 RSA-Erkrankungen, haben die Gutachter auch ein Modell gerechnet, das das vollständige Morbiditätsspektrum berücksichtigt.

Die beitragspflichtigen Einkommen der einzelnen Mitglieder haben bei Krankengeldbezug über die Preiskomponte einen erheblichen Einfluss auf die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse. Die Gutachter haben daher in ihrer Datenanforderung an die Krankenkassen auch Informationen zu den beitragspflichtigen Einkommen abgefragt und Modelle gerechnet, die diese Informationen verwenden.

6 Gutachten des Sachverständigenrates

Das BMG hat im Dezember 2014 den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) mit der Erstellung eines „Sondergutachtens zur Analyse der Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld“ beauftragt. In diesem Gutachten sollten angesichts der seit Jahren steigenden Ausgabenentwicklungen für Krankengeld neben den demografischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben auch die Steuerungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Zugleich zog der Auftrag des BMG an den SVR eine Querverbindung zum vorliegenden Gutachten. Die Ergebnisse des SVR-Gutachtens sollten nämlich „... auch eine Hilfestellung für das durch das Bundesversicherungsamt auf Basis der Neuregelung des § 269 Abs. 3 SGB V zu vergebende und zeitlich parallel beginnende Gutachten zum Krankengeld bieten.“ (SVR (2015), S. 22). Vor diesem Hintergrund haben sich der Vorsitzende des SVR und der Projektleiter dieser RSA-Studie früh zu einem Gedankenaustausch verabredet. Mitte 2015 haben SVR und Projektleiter die jeweils aktuellen Bearbeitungsstände gegenseitig kommuniziert und die Zwischenergebnisse auf einer Sitzung des SVR diskutiert. Nach Vorlage des Gutachtens des SVR hat das Projektteam es für die Zwecke der eigenen Begutachtung ausgewertet.

Wie bereits erwähnt sind die Ursachen der Entwicklung der Krankengeldausgaben eine der zentralen Fragestellungen des SVR. Da dabei auch Treiber krankenkassenspezifischer Krankengeldausgaben identifiziert werden können, die unter bestimmten Voraussetzungen für eine Modellspezifikation geeignet sein können, wurden die SVR-Ergebnisse unter dieser Perspektive analysiert. Der SVR identifiziert, wie auch bereits die Gutachter der vorliegenden Studie für den hiesigen Kontext im Rahmen der Expertengespräche, Krankengeldfälle, Dauer des Leistungsbezugs und Höhe des durchschnittlichen Zahlbetrags als Determinanten der Entwicklung der Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit. Für die Entwicklung der Krankengeldfälle identifiziert der SVR die Zahl der Krankengeldanspruchsberechtigten, die ihrerseits konjunktur-, arbeitsmarkt- und sozialpolitischen (z. B. rentenrechtlichen) Einflüssen unterliegen; auch dies stimmt mit den Ergebnissen aus den Expertengesprächen in der vorliegenden Untersuchung überein. Der Rat identifiziert eine Parallelität der Verläufe von Bezugsdauer und Fallzahlen, so dass hier offenbar gleiche Einflussfaktoren einwirken.

Hinsichtlich der Entwicklung der Krankengeldzahlbeträge rekurriert der SVR insbesondere auf die Entwicklung der Entgelthöhen infolge der Orientierung der Krankengeldleistungshöhe am Regelentgelt; weitere Einflussfaktoren sind u. a. Branche und Tätigkeitsmerkmale – auch dies stimmt mit den Ergebnissen der Experteninterviews der vorliegenden Studie überein. Der SVR listet schließlich eine Reihe weiterer Einflussfaktoren, die er für qualitativ plausibel hält – wie die spezifische Morbidität der Mitglieds, Bildungsabschluss der Mitglieder, Größe des Unternehmens, bei dem der Anspruchsberechtigte tätig ist, Wohnort des Mit-

glieds sowie schließlich Intensität und Qualität des Krankengeldfallmanagements der Krankenkassen. Sämtliche dieser Faktoren sind auch im Rahmen der in Abschnitt 5 dargestellten Experteninterviews identifiziert worden.

Wie die vorliegende Studie differenziert auch der SVR zwischen dem Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und dem Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Im Zeitablauf identifiziert der SVR eine Geschlechtsabhängigkeit der Niveaus und Entwicklungen der Ausgaben. Veränderungen in der Erwerbstätigenquote sowie gesellschaftliche Faktoren wie die innerfamiliäre Aufgabenteilung werden als mögliche Einflussfaktoren identifiziert. Dies stimmt ebenfalls mit den oben berichteten Ergebnissen der Expertengespräche überein. Weitergehend als in den Expertengesprächen spekuliert der SVR, ob die Entwicklung von Tagesplätzen zur Betreuung von Kindern über den Einfluss auf die Erwerbsmöglichkeiten von Eltern einen indirekten Einfluss haben; allerdings dürfte eine Operationalisierung für eine Verwendung in einem Zuweisungsmodell für Krankengeld schwierig sein.

Das SVR-Gutachten erweist sich daher als eine gute externe Validierung der im vorliegenden Projekt identifizierten Treiber; allerdings ergeben sich für das vorliegende Gutachten keine weitergehenden Erkenntnisse zu den Determinanten krankenkassenspezifischer Entwicklungen der Krankengeldausgaben, die über die in den Expertengesprächen gewonnenen hinausgehen. Auch ergeben sich für die identifizierten Treiber keine neuen Hinweise in Bezug auf eine Operationalisierung für quantitative Modelle.

Eine zweite wesentliche Fragestellung des SVR-Gutachtens ist die Steuerungsmöglichkeit von Krankengeldausgaben. Als wesentliche Größe kommt hier das Fallmanagement der Krankenkassen in Betracht. Die Analysen des Fallmanagements durch den SVR kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie in der vorliegenden Studie. Sie bestätigen, dass Krankenkassen in der Regel ein aktives Fallmanagement betreiben, das nach ihrer eigenen Einschätzung auch erfolgreich ist, indem es das Mitglied bei der Rückkehr in den Arbeitsprozess unterstützt, was auch c. p. zur Minderung von Krankengeldausgaben der Kassen führt. Vor diesem Hintergrund gilt es, bei der Ausgestaltung des Zuweisungsmodelles hinreichend starke Anreize zum Krankengeldmanagement zu wahren. Ein weitgehendes Modell der Erstattung von Ist-Ausgaben, das deutlich über das aktuelle Modell mit einem Ist-Ausgaben-Erstattungssatz von 50 % (vgl. oben Abschnitt 4.2) hinausgeht, wäre vor diesem Hintergrund als nicht anreizkompatibel und insoweit als problematisch einzuschätzen.

7 Datengrundlage

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde den Mitarbeitern des Lehrstuhls für Medizinmanagement Zugang zu Daten gewährt, die beim BVA vorliegen und im folgenden Unterabschnitt beschrieben sind. Da viele Aspekte der Forschungsfragen nicht auf Basis dieser Daten empirisch beantwortet werden können, wurde eine erweiterte Datenbasis in Kooperation mit insgesamt 21 Krankenkassen aufgebaut. Diese Datenbasis ist in Abschnitt 7.2 beschrieben.

7.1 Daten des BVA

Beim Bundesversicherungsamt wurde den Mitarbeitern des Lehrstuhls Zugriff auf die dem BVA vorliegenden Daten der folgenden Satzarten (SA) gewährt:

- Satzart 100
- Satzart 110
- Satzart 111
- Satzart 300
- Satzart 301
- Satzart 400
- Satzart 500
- Satzart 600
- Satzart 700.

Die Daten der SA 100, 400, 500, 600 und 700 liegen für die Schlüsseljahre 2010 bis 2014 vor. Die anderen SA sind nicht für alle Jahre verfügbar, insbesondere die Daten der Sondererhebung für Berechnungen der Zuweisungen für den Bereich Krankengeld (SA 300 und SA 301) liegen ausschließlich für das Jahr 2010 vor.

Der Umfang der SA ist in Anlage 1.4 der „Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V“ eingehend beschrieben, weshalb an dieser Stelle auf die einschlägigen Vorschriften verwiesen sei.²⁹

Dem Lehrstuhl für Medizinmanagement wurden zusätzlich vom Bundesversicherungsamt berechnete Deckungsquoten für den Leistungsbereich Krankengeld auf Kassenebene für die Jahre 2009 bis 2014 zur Verfügung gestellt.

²⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2012).

7.2 Umfang der Datenlieferungen an den Lehrstuhl für Medizinmanagement

Am Lehrstuhl für Medizinmanagement wurde eine erweiterte Datenbasis aufgebaut, die Daten von insgesamt 21 Krankenkassen umfasst. Die Datenlieferungen der Krankenkassen orientierten sich an den Daten, die für eine Gruppierung im Rahmen des Morbi-RSA notwendig sind und umfassen neben Versichertenstammdaten Daten zur Arzneimittelversorgung, zu Krankenhausbehandlungen, zu Behandlungen im ambulanten ärztlichen Bereich, zu den Leistungsausgaben sowie Angaben zu Krankengeldfällen, gehen jedoch auch darüber hinaus.³⁰ Dabei war die Lieferung auf die Daten derjenigen Versicherten zu beschränken, die mindestens einen Tag mit Krankengeldanspruch hatten (hierbei handelt es sich um Mitglieder). Die Daten werden im Folgenden näher beschrieben.

7.2.1 Versichertenstammdaten

Die Versichertenstammdaten enthalten Angaben über das Alter, das Geschlecht, die Versichertentage mit Einschreibung in DMP, mit Krankengeldanspruch, mit Einschreibung als Auslandsversicherter, Angaben zur extrakorporalen Blutreinigung sowie ein Verstorbenen-Kennzeichen.

7.2.2 Arzneimitteldaten

Die Arzneimitteldaten enthalten je Versicherten Angaben über die Verordnungen, die Versicherte zu Lasten der GKV in Apotheken eingelöst haben. Hierzu zählen das Verordnungsdatum, die Pharmazentralnummer sowie die Verordnungsmenge.

7.2.3 Daten zur Krankenhausversorgung

Dieser Datensatz beinhaltet Angaben zu Krankenhausbehandlungen je Versicherten. Diese umfassen den Entlassmonat, die Angabe der Entlassdiagnosen, der Lokalisation, Angaben zur Art der Diagnose und zur Art der Behandlung.

7.2.4 Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung beinhalten für jeden Versicherten die dokumentierten Diagnosen mit dem jeweiligen Leistungsquartal, die Qualifizierung der Diagnose, die Lokalisation sowie den Abrechnungsweg.

7.2.5 Daten zu den Leistungsausgaben

Die Angaben zu den Leistungsausgaben beziehen sich auf die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Hauptleistungsbereiche und sind je Versicherten übermittelt worden.

³⁰ Diese Angaben werden pro Versicherten erhoben und gemeldet. Für das vorliegende Gutachten wurden nur die Daten für Versicherte gemeldet, die mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

7.2.6 Daten zu den Krankengeldfällen

Für die Beantwortung der Forschungsfragen des Gutachtens war es insbesondere notwendig, Daten der Krankengeldfälle zu bearbeiten. Aus diesem Grund wurden von den Krankenkassen je Krankengeldfall Angaben darüber geliefert, ob es sich um einen Kindergeldkrankengeldfall handelt oder nicht. Weiterhin wurden das Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit, das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezuges sowie die Höhe der Krankengeldausgaben geliefert.

Zusätzlich wurden die dem einzelnen Fall zugeordneten Diagnosen gemäß ICD-10-GM Schlüssel (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) mit dem jeweiligen Dokumentationsdatum übermittelt.

7.2.7 Erweiterte Versichertenstammdaten

Zusätzlich zu den in den vorangegangenen Abschnitten genannten Daten wurden von den Krankenkassen erweiterte Versichertenstammdaten (EVS) zur Verfügung gestellt. Diese Daten bauen auf keinen vorher definierten Formaten auf und wurden gänzlich neu zwischen dem Lehrstuhl und den Krankenkassen abgestimmt. Die einzelnen Datenfelder ergaben sich aus den Vorarbeiten und den Informationen aus den Experteninterviews. Folgende Felder waren in den Datenlieferungen enthalten:

- Berichtsjahr
- Betriebsnummer der Krankenkasse
- Versichertenanonym
- Postleitzahl (PLZ)
- DMP Diabetes mellitus Typ 1
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzkrankheit
- DMP Asthma bronchiale
- DMP COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- DMP Brustkrebs
- Tätigkeitsschlüssel
- Anzahl Tage mit selbstständiger Tätigkeit
- Art der Entgeltfortzahlung
- Anzahl Tage mit Bezug von Alg-I (Arbeitslosengeld I)
- Anzahl Tage mit Bezug von Alg-II (Arbeitslosengeld II)
- Beitragspflichtiges Einnahmen (bpE)
- KG-Zahlbetrag pro KG-Tag

Das Feld „PLZ“ ist definiert als die ersten drei Stellen der Postleitzahl, an der der Versicherte den größten Teil des Jahres gemeldet war.

Die Felder zu den DMP enthalten jeweils eine 0, wenn für den Versicherten kein Tag in dem jeweils entsprechenden DMP gemeldet war und eine 1, wenn mindestens ein Tag mit einer Teilnahme am DMP gemeldet war. Hierbei ist anzumerken, dass einige Krankenkassen je Versicherten nur die Teilnahme an *einem* DMP speichern. Zumeist handelt es sich dabei um das DMP, in dem der Versicherte zuerst eingeschrieben wurde. Somit ist die Teilnahme an einzelnen DMP insgesamt untererfasst.

Im Feld „Tätigkeitsschlüssel“ sollte der Tätigkeitsschlüssel gemeldet werden, für den der längste Meldezeitraum vorlag. Da es im Jahr 2011 einen Umstieg in der Kodierung des Tätigkeitsschlüssels gab, wurden für einige Versicherte Tätigkeitsschlüssel nach dem alten 5-stelligen Tätigkeitsschlüssel und für andere nach dem neuen 9-stelligen Tätigkeitsschlüssel gemeldet.

Das Feld „Anzahl Tage mit selbstständiger Tätigkeit“ war mit der Anzahl der Tage zu befüllen, für die der Versicherte bei der Krankenkasse als selbstständig arbeitend geführt wurde.

Die „Art der Entgeltfortzahlung“ sollte mit einer 0 übermittelt werden, wenn der Versicherte keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung besaß. Eine 1 sollte übermittelt werden, wenn die Entgeltfortzahlung unter den gesetzlichen sechs Wochen lag und eine 2 sollte dann übermittelt werden, wenn der gesetzliche Anspruch von sechs Wochen für den jeweiligen Versicherten galt.

Die beiden Felder „Anzahl Tage mit Bezug von Alg-I“ und „Anzahl Tage mit Bezug von Alg-II“ waren jeweils mit der Anzahl der Tage mit Bezug von Alg-I bzw. Alg-II zu befüllen.

Die bpE eines Versicherten sollten im Feld „bpE“ erfasst werden. Hierzu sollte für abhängig Beschäftigte die Summe der Arbeitgeber-Entgeltmeldungen, die gemäß DEÜV-Meldung an die Krankenkassen übermittelt werden, gebildet werden. Für Selbstständige sollte die Summe über die Einkünfte gemeldet werden, die die Grundlage für die Berechnung des Krankengeldzahlungsbetrages bildet. Für Alg-I Bezieher werden die entsprechenden Bezüge von der Agentur für Arbeit an die Krankenkassen geliefert.

Als letztes Feld der EVS wurde der „KG-Zahlungsbetrag pro KG-Tag“ übermittelt. Für die Ermittlung dieses tatsächlichen täglichen KG-Zahlungsbetrags war die Summe aller (SA 700 relevanten) Krankengeldzahlungen im Berichtsjahr (brutto, inklusive Leistungsträgeranteilen) zu bilden und durch die Anzahl der Krankengeldbezugstage zu dividieren. Dieses Feld konnte nur für die Versicherten befüllt werden, die tatsächlich einen Krankengeldbezug im Berichtsjahr hatten.

Mit einigen Krankenkassen wurden Datenumkodierungen bzw. Datenlöschungen abgestimmt; so wurden beispielsweise die Verwaltungsdaten der Arzneimittelverordnungen jeweils auf den ersten Tag eines Monats umkodiert. Dieses Vorgehen hat keinerlei Auswirkungen auf die Gruppierung der Versicherten. Weiterhin wurden bei einzelnen Krankenkassen Kleinstgruppen (weniger als zehn Versicherte, bspw. mit einer spezifischen Diagnose in ei-

nem spezifischen Entlassmonat) gelöscht. Auch wurden keine Daten von Mitarbeitern der Krankenkassen übermittelt.

7.3 Qualität der gelieferten Daten

Soweit die Datenanforderungen sich auf Daten bezogen, die bereits heute im Rahmen des RSA-Verfahrens von den Krankenkassen an das BVA übermittelt werden, gab es insgesamt vergleichsweise wenig Probleme bei den Datenlieferungen und die diesbezügliche Datenqualität wird von den Gutachtern *cum grano sali* als gut eingeschätzt. Bei der Lieferung der Daten nach dem Muster der alten Satzart 300 gab es hingegen einige Ungenauigkeiten. So war die alte Satzart 300 nach dem Zufluss-Prinzip³¹ gestaltet. Einigen Krankenkassen war es nicht möglich die alte Satzart 300 nach dem Zufluss-Prinzip zu erstellen, da für interne Zwecke auf das Für-Prinzip³² umgestellt wurde und eine nachträgliche Rückführung auf das Zufluss-Prinzip nicht immer möglich war. In diesem Kontext gab es teilweise Unplausibilitäten bei der Angabe des Krankengeldzahlbetrags pro Bezugstag.

Als schwierig erwies sich die Lieferung von Daten, die über bereits im RSA-Verfahren verwendete Daten hinausgingen. Hier waren zum Teil wiederholte Korrekturlieferungen erforderlich, um eine einheitliche Umsetzung der Datenanforderungen zu realisieren.

Einige von den Gutachtern angeforderte Daten konnten nur von Teilen der Krankenkassen bzw. in der von den Gutachtern vorgesehenen Form geliefert werden; insofern musste der Datensatz um fehlende Werte bzw. Mitglieder mit fehlenden Werten bereinigt werden. Teilweise schätzten die Datenexperten der Krankenkassen selber – in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Gespräche mit den Krankengeldexperten der Kassen– die Qualität der Daten als problematisch ein. Aber auch bei Daten, bei denen die Krankenkassen entsprechende Einschränkungen nicht machten, ergaben sich in Teilen eindeutig fehlerhafte oder zumindest unplausible Merkmalsausprägungen.

Eine besondere Herausforderung stellten die individuellen bpE dar. Die Qualität dieser Angabe dürfte bei Mitgliedern, die tatsächlich Krankengeld bezogen haben, am größten sein. Die meisten Krankenkassen konnten nicht für alle Krankengeldanspruchsberechtigten Informationen zum bpE liefern – einige Datenlieferungen enthielten für keine der Versicherten einen Eintrag beim bpE.

Für einige angeforderte Variablen, für die z. B. Versichertentage angefragt wurden (wie Versichertentage mit Alg-I oder Alg-II Anspruch), wurden teilweise Kennzahlen zur Identifikation eines Alg-I oder Alg-II Bezuges geliefert anstelle der Versichertentage und vice versa.

Nicht alle Krankenkassen waren in der Lage, einen bzgl. der Länge und des Inhaltes plausiblen Tätigkeitsschlüssel für die Versicherten zu liefern. In den Dateien der EVS wurden von

³¹ Nach dem Zufluss-Prinzip wird eine Zahlung dem Zeitraum zugeordnet, in dem die Zahlung geleistet wurde.

³² Nach dem Für-Prinzip wird eine Zahlung dem Zeitraum zugeordnet, in dem die Leistung erbracht oder abgerechnet wurde.

einigen Krankenkassen sowohl fünf-, als auch neunstellige Tätigkeitsschlüssel für ihre Versicherten ausgewiesen. Dies machte eine Zusammenführung der beiden Schlüssel notwendig, wodurch nur die Informationen verwendet werden konnten, die in beiden Codierungen enthalten sind. Aus beiden Varianten des Tätigkeitsschlüssels konnten in einem Modellansatz der höchste Schulabschluss, der Ausbildungsgrad und die Art des Arbeitsvertrages (Teil- oder Vollzeit) berücksichtigt werden. Für einige Mitglieder waren allerdings bereits von der Länge her unplausible Tätigkeitsschlüssel vorhanden. Für diese Mitglieder wurde eine eigene Dummy-Variable „Tätigkeitsschlüssel unplausibel“ im Rahmen der Modelle erstellt und berücksichtigt, da sie sonst vollständig von den Auswertungen hätten ausgeschlossen werden müssen.

7.4 Weitere Bearbeitung des Datensatzes am Lehrstuhl für Medizinmanagement

Die von den Krankenkassen gelieferten Daten wurden plausibilisiert, zusammengespielt, gruppiert, bereinigt und aufbereitet.

7.4.1 Datenbereinigung

Insgesamt wurden in den Versichertenstammdaten Einträge von 23.514.796 Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Diese Daten wurden um jene Fälle bereinigt, in denen Versicherte keinen Tag Krankengeldanspruch hatten und fälschlicherweise geliefert wurden. Nach Gruppierung entsprechend den BVA-Vorgaben mit der Gruppierungslogik für das Jahr 2013 mit den in den Abschnitten 7.2.1 - 7.2.4 beschriebenen Daten, verblieben 22.569.633 Versicherte in der Datenbasis.

Diese gruppierten Daten wurden mit den Leistungsausgaben der SA700 zusammengespielt. Für jedes Mitglied muss ein Eintrag in der SA700 erfasst sein, selbst dann, wenn keine Leistungsausgaben vorliegen. Für 33.320 Mitglieder konnte allerdings kein Eintrag in den Leistungsausgaben gefunden werden, so dass sich die Datenbasis auf 22.536.313 Versicherte reduzierte.

Die übermittelten Krankengeldfalldaten (vgl. Abschnitt 7.2.6) wurden separat plausibilisiert. Insgesamt wurden von den Krankenkassen 2.714.637 Datensätze geliefert, bei denen es sich um jeweils getrennte Krankengeldfälle handelt. Einige Krankengeldfälle wurden offensichtlich doppelt gemeldet. Von den identischen Datensätzen wurde jeweils einer in den Daten belassen. In Folge dieses Vorgehens wurden 11.193 Datensätze gelöscht. In einem weiteren Schritt wurden die Daten um Fälle bereinigt, die komplett außerhalb des Jahres 2013 lagen (13.258 Fälle). Die verbleibenden Fälle wurden je Mitglied und je nachdem, ob es sich um Kinderkrankengeldfälle oder nicht handelte, aggregiert. Nach dieser Aggregation verblieben 1.969.063 Fälle. Auf Basis der aggregierten Werte erfolgten eine Überprüfung der Summe der Krankengeldbezugstage und eine entsprechende Bereinigung um Fälle mit einer Bezugsdauer von mehr als 365 Tagen im Jahr 2013.

Im nächsten Schritt wurden die gruppierten und mit den Leistungsausgaben zusammenge-
spielten Daten mit den bereinigten Krankengeldfalldaten abgeglichen. Dabei wurden dieje-
nigen Einträge identifiziert und gelöscht, für die zwar Leistungsausgaben im Hauptleistungs-
bereich (HLB) Krankengeld verbucht waren, denen aber keine Einträge in den Krankengeld-
falldaten gegenüberstanden (95.799 Mitglieder). Des Weiteren wurden die Fälle identifiziert
und gelöscht, für die zwar ein Eintrag in den Krankengeldfalldaten vorlag, dem jedoch keine
Leistungsausgaben im HLB Krankengeld gegenüberstand (15.821 Mitglieder).

In einem letzten Schritt wurde eine Bereinigung über die EVS des Abschnitts 7.2.7 vorge-
nommen. Hier wurde die Plausibilität der Angaben zum bpE überprüft. Die Fälle von Mitglie-
dern mit unplausiblen bpE-Eintrag wurden gelöscht (1.536.937 Mitglieder).

Somit bestand die finale Datenbasis aus 20.887.756 Mitgliedern, die in die weiteren Analy-
sen einbezogen wurden.

Eine Vergleichbarkeit aller zu berechnenden Modelle ist nur möglich, wenn auch alle Model-
le auf derselben Datenbasis gerechnet werden. Um diese Vergleichbarkeit – und damit Rück-
schlüsse auf das beste Modell – gewährleisten zu können, mussten die oben beschriebenen
Datenbereinigungsschritte vorgenommen werden. Allerdings haben Pseudonymprobleme
und die Plausibilisierungsschritte insbesondere zum Tätigkeitsschlüssel und zu den bpE dazu
geführt, dass die Daten von drei Krankenkassen vollständig unberücksichtigt bleiben muss-
ten.

7.4.2 Datenaufbereitung

Für die Modellberechnungen war es notwendig, die Daten noch weiter aufzubereiten.

Für die Modelle, die nicht das gesamte Krankengeld betrachten, sondern nur entweder das
Kinderkrankengeld oder das normale Krankengeld schätzen, war es erforderlich, die Bezugs-
dauern getrennt nach „normalem“ Krankengeld und Kinderkrankengeld zu bestimmen. Wei-
terhin mussten die zugehörigen Leistungsausgaben getrennt bestimmt werden. Für diese
Ermittlung wurde eine Hilfsvariable berechnet, die auch für weitere Modellberechnungen
notwendig war: ein mittlerer täglicher Krankengeldzahlungsbetrag je Versicherten.

Für Mitglieder, die tatsächlich einen Krankengeldbezug hatten, sollte in den EVS der tatsäch-
liche tägliche Zahlungsbetrag übermittelt werden. Dies war nicht allen Krankenkassen möglich.
Aus diesem Grund musste der mittlere tägliche Krankengeldzahlungsbetrag über alle Kranken-
geldbezieher einheitlich berechnet werden. Die Krankengeldausgaben lagen für das Berichts-
jahr in den Daten zu den Leistungsausgaben (vgl. Abschnitt 7.2.5) vor.

Die Krankengeldbezugszeiten lagen in den Daten zu den Krankengeldfällen (vgl. Abschnitt
7.2.6) vor. Die Leistungsausgaben konnten direkt für die weiteren Berechnungen verwendet
werden. Die Krankengeldbezugszeiten mussten zuvor aufbereitet werden, da auch Bezugs-
zeiten außerhalb des Berichtsjahres in dieser Datei enthalten waren. Die Krankengeldbe-
zugszeiten wurden deshalb auf die Zeiten beschränkt, die im Berichtsjahr lagen.

In einem nächsten Schritt wurden dann die Leistungsausgaben durch die Krankengeldbezugszeiten je Mitglied dividiert. Hierdurch ergab sich für jedes Mitglied ein Krankengeldzahlbetrag je Krankengeldbezugstag. Es stellte sich dabei heraus, dass einige Angaben unplausibel waren. Es ergaben sich teilweise Zahlbeträge, die über dem gesetzlich zugelassenen Höchstzahlbetrag, der sich aus der Beitragsbemessungsgrenze ergibt, lagen. Dies ist auf Diskrepanzen zwischen den Daten der Datei der Leistungsausgaben und den Daten der Datei der Krankengeldfälle zurückzuführen. Für die Gutachter war eine Plausibilisierung und Bereinigung nicht möglich, weshalb diese unplausiblen Werte entsprechend dem gesetzlichen Höchstzahlbetrag gekappt wurden. An dieser Stelle birgt der Datensatz eine Unschärfe, da zwar nach oben hin eine Kappung der Beträge vorgenommen werden konnte. Allerdings ist es nicht möglich Werte zu identifizieren, die fehlerhaft niedrig sind. Eine Löschung nur der Versicherten, für die ein zu hoher Betrag übermittelt wurde führt aus diesem Grund nur zu einer einseitigen Korrektur zu hoher Zahlbeträge.³³

Der so ermittelte mittlere tägliche Krankengeldzahlbetrag konnte nun mit den Bezugszeiten für „normales“ Krankengeld bzw. Kinderkrankengeld multipliziert werden, so dass sich die jeweiligen Leistungsausgaben ergaben.

Mit den Daten zu den Krankengeldfällen (vgl. Abschnitt 7.2.6) wurden zwar auch die Krankengeldausgaben übermittelt, allerdings wiesen diese im Vergleich mit den Ausgaben, die in der Datei der Leistungsausgaben (vgl. Abschnitt 7.2.5) dokumentiert waren, eine deutliche Untererfassung auf. Da die Datei der Leistungsausgaben als die zuverlässigere angesehen wurde, wurden diese Daten verwendet. Dabei wurde angenommen, dass das Verhältnis der Bezugszeiten zwischen „normalem“ Krankengeld und Kinderkrankengeld trotz der Untererfassung korrekt ist.

Zusätzlich zu diesem Zahlbetrag, der für jeden Krankengeldbezieher bestimmt werden konnte, war es notwendig einen fiktiven Zahlbetrag je Krankengeldtag für diejenigen Mitglieder zu bestimmen, die im Berichtsjahr kein Krankengeld bezogen hatten (vgl. hierzu die Verwendung des fiktiven Zahlbetrages in Abschnitt 8.1.2.2.2 und 8.1.2.3.2). Hierfür wurde auf die in den EVS übermittelte Variable bpE zurückgegriffen. Diese wurde durch die Anzahl der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch geteilt und mit 0,7 multipliziert, um den fiktiven Zahlbetrag zu erhalten. Dabei wurde ein Höchstbetrag entsprechend der Beitragsbemessungsgrenze beim bpE-Wert eingehalten.

Dabei ist anzumerken, dass dieser fiktive Zahlbetrag Unschärfen aufweist. Wie in Abschnitt A 1.1.5 beschrieben wurde, wird eine Vergleichsrechnung zwischen 70 % des Regelentgelts und 90 % des Nettoarbeitsentgelts durchgeführt und der jeweils niedrigere Wert verwendet. Eine solche Vergleichsrechnung, die eine Überprüfung bspw. von Steuermerkmalen umfasst, konnte für dieses Gutachten nicht vorgenommen werden. Auch die Besonderheit, dass der Zahlbetrag bei Alg-I Empfängern in der Höhe dem gezahlten Arbeitslosengeld entspricht,

³³ Die beiden Alternativen – entsprechende Versicherte aus der Analyse entfernen oder eine Begrenzung beim Höchstzahlbetrag vorzunehmen – führen nicht offensichtlich zu einem plausibleren Datenbestand.

konnte in diesem Gutachten nicht berücksichtigt werden. Hierfür wäre eine nach Bezugstagen differenzierte Meldung der Einkommensarten notwendig gewesen, was für das Gutachten nicht umgesetzt werden konnte (vgl. Abschnitt 7.2.7).

7.5 Deskriptive Analysen

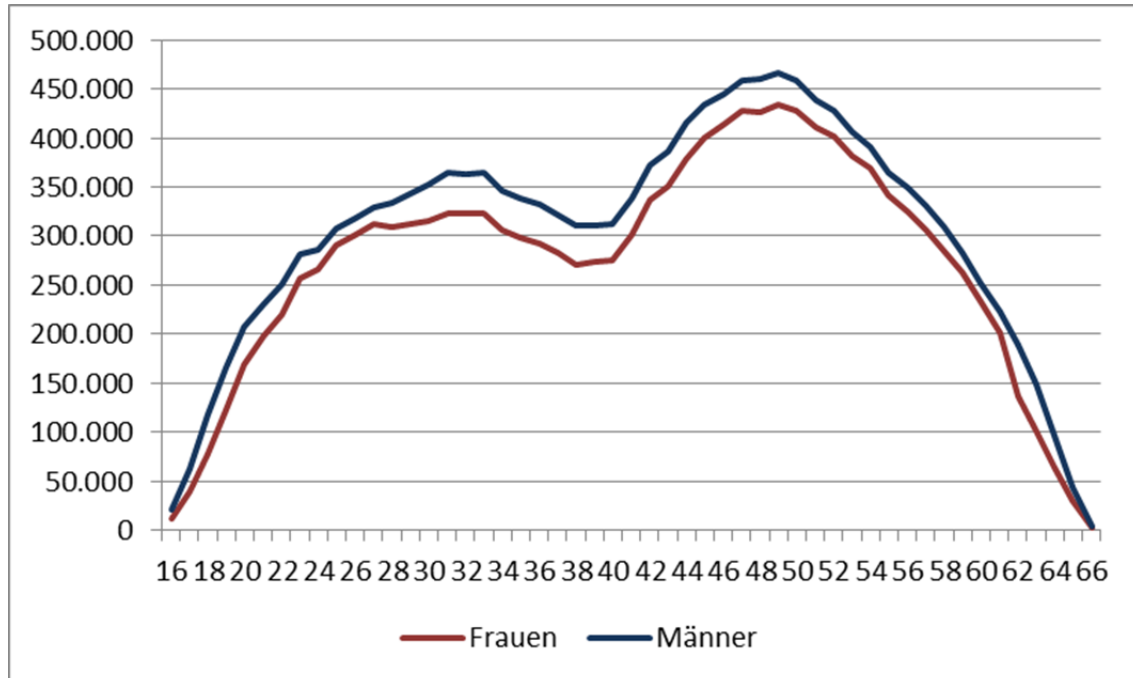
In diesem Abschnitt werden deskriptive Analysen zu den Krankengelddaten vorgestellt.

7.5.1 Deskriptive Analysen der BVA-Daten

Für das Jahr 2013 liegen beim BVA keine gesonderten Daten zum Krankengeldbereich vor. Hier kann lediglich auf die Daten der SA100 und der SA700 zurückgegriffen werden, in denen die Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch je Versicherten und die Leistungsausgaben im Hauptleistungsbereich Krankengeld übermittelt werden. Insgesamt liegen dem BVA Angaben zu 32.367.485 Mitgliedern mit durchschnittlich 331 Tagen Krankengeld-Anspruch pro Mitglied vor. Die Leistungsausgaben belaufen sich insgesamt auf 9.744.676.530 €. Pro Anspruchsjahr wurden 332 € ausgegeben, bezogen auf den einzelnen Krankengeldfall betrugen die Leistungsausgaben 3.273 € im Durchschnitt.

Die Verteilung der Krankengeldanspruchsjahre nach Alter und Geschlecht ist in Abbildung 2 dargestellt.³⁴

Abbildung 2: KG-Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht, BVA-Daten

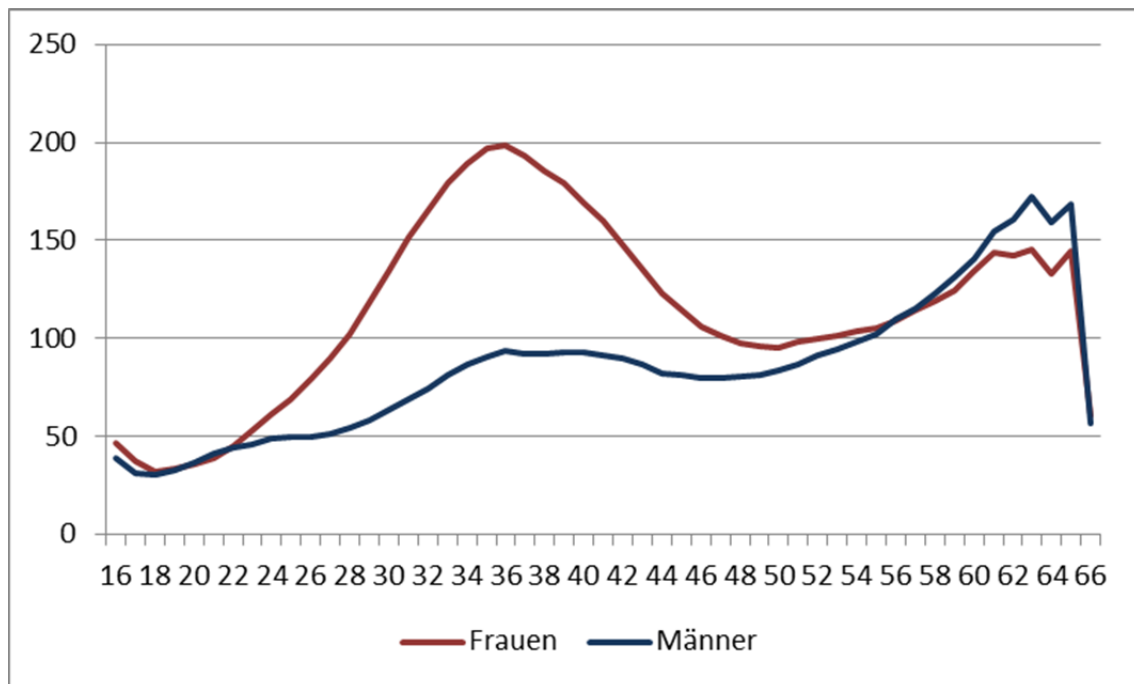


Während die Kurven für Männer und Frauen für den Krankengeldanspruch sehr ähnlich verlaufen, weisen die Frauen bei der tatsächlichen Inanspruchnahme ein stark unterschiedliches Muster gegenüber den Männern auf: Die Krankengeldfälle häufen sich zwischen dem 20ten

³⁴ Abbildung 2 ff. sind Darstellungen des Lehrstuhls auf Basis der BVA-Daten.

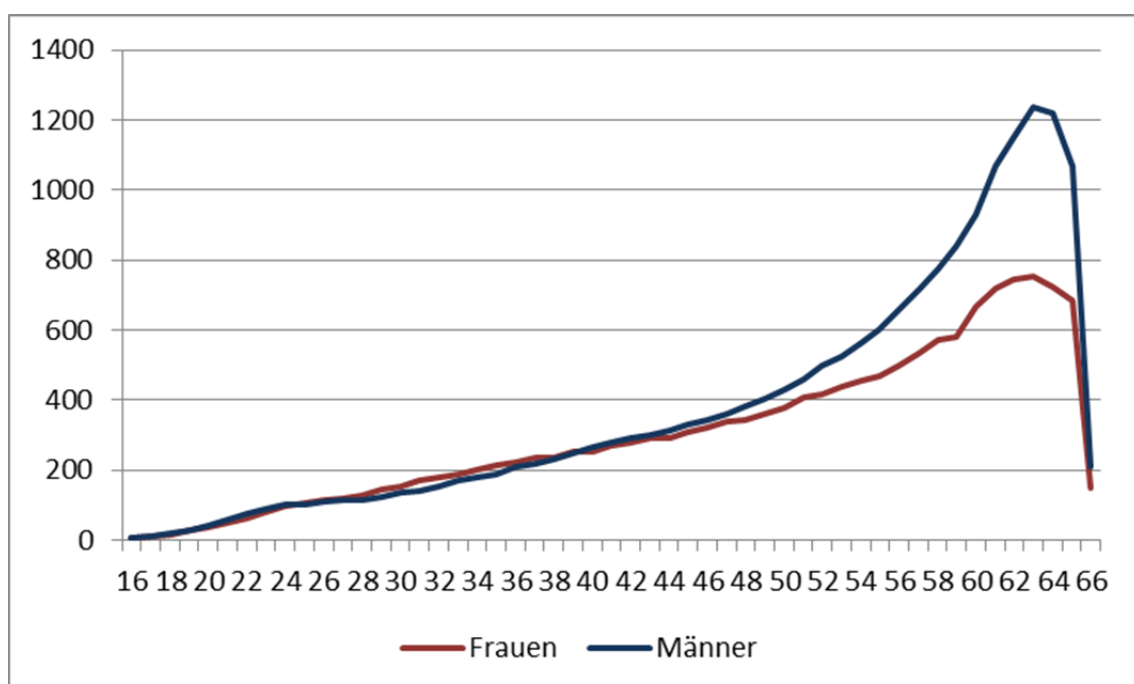
und dem 50ten Lebensjahr deutlich (vgl. Abbildung 3). Dies ist auf die Kinderkrankengeldfälle zurückzuführen.

Abbildung 3: KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, BVA-Daten, nach Alter und Geschlecht



Dies wird auch deutlich, wenn den Krankengeldfällen die mittleren Ausgaben je Krankengeldanspruchsjahr gegenübergestellt werden (vgl. Abbildung 4). Hier zeigt sich deutlich, dass die erhöhte Zahl an Krankengeldfällen der Frauen keinen Einfluss auf die mittleren Krankengeldausgaben hat, was auf die niedrigen Leistungsausgaben für die Kinderkrankengeldfälle zurückzuführen ist.

Abbildung 4: Mittlere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr, BVA-Daten, nach Alter und Geschlecht

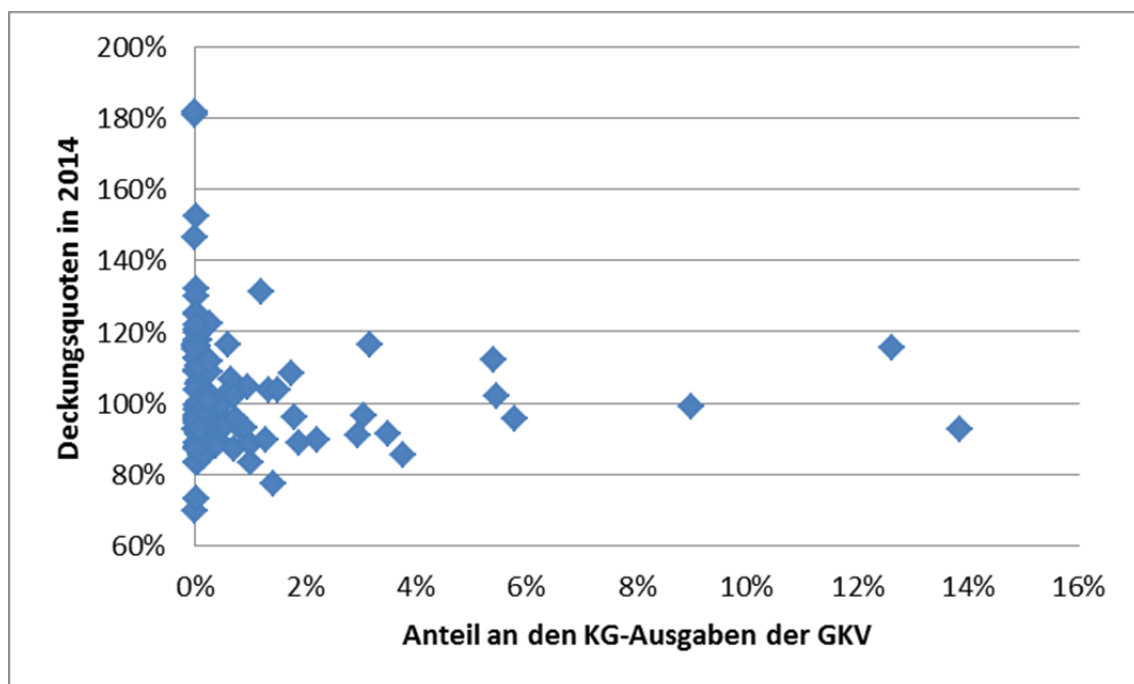


Wie in Abschnitt 7.1 beschrieben, wurden vom BVA Deckungsquoten auf Einzelkassenebene für die Jahre 2009 bis 2014 zur Verfügung gestellt. Da diese Deckungsquoten für die Jahre 2009 und 2010 lediglich auf der Stichprobe der Leistungsausgaben ermittelt wurden, werden diese beiden Jahre von den Analysen ausgeschlossen. Für die Jahre 2011 bis 2014 zeigt sich, dass die Einzelkassen, die in mindestens einem dieser Jahre eine Fehldeckung von mehr als 20 %-Punkten (ohne Sonderregel) aufwiesen, in Summe im Jahr 2014 einen Anteil an den Leistungsausgaben im Leistungsbereich Krankengeld von nur 6,64 % haben.

Betrachtet man ausschließlich die Krankenkassen die im Jahr 2014 eine Fehldeckung von mindestens 20 %-Punkten aufweisen, so zeigt sich, dass diese Krankenkassen gemeinsam nur 3,18 % der Leistungsausgaben im Krankengeldbereich tragen, es sich also um sehr kleine Kassen handelt. Die Krankenkassen, die eine Fehldeckung von mindestens 10 %-Punkten aufweisen, vereinen 39,24 % der Krankengeldleistungsausgaben auf sich. Die jeweils 5 % der Krankenkassen mit der größten Unterdeckung und der größten Überdeckung, zusammen also 10 % der Krankenkassen, haben nur einen Anteil an den Krankengeldausgaben von 1,6 % bzw. 1,2 %, zusammen also unter 3 %; die jeweils 10 % der Krankenkassen mit der größten Unterdeckung und der größten Überdeckung, zusammen also 20 % der Krankenkassen, haben einen Anteil an den Krankengeldausgaben der GKV von 6,7 % bzw. 2 %, zusammen also unter 9 %.

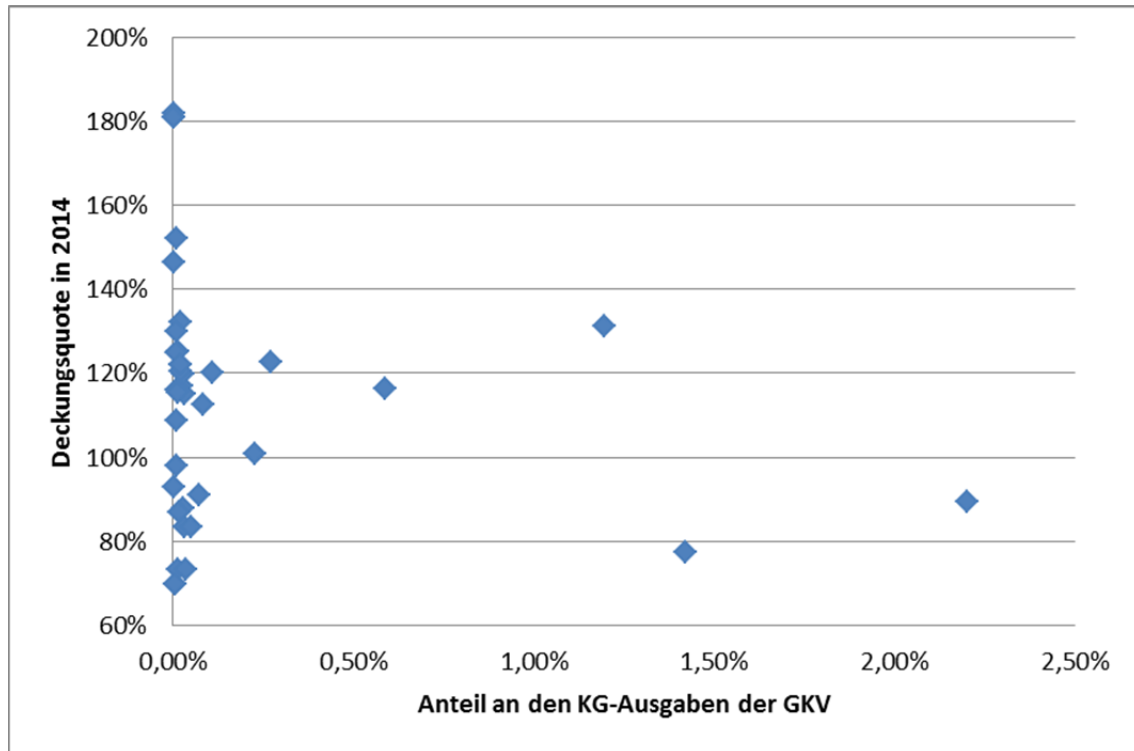
Abbildung 5 verdeutlicht dies: Sehr starke Abweichungen von einer Deckungsquote von 100 % treten nur bei Krankenkassen auf, die einen sehr kleinen Anteil an den Gesamtleistungsausgaben der GKV in diesem Leistungsbereich haben. Es handelt sich dementsprechend auch um kleine Krankenkassen.

Abbildung 5: Deckungsquoten je Krankenkasse in 2014 nach Anteil LA, GKV



Die nachfolgende Abbildung 6 zeigt den Anteil an den Krankengeldausgaben und die Deckungsquoten in 2014 derjenigen Krankenkassen, die in den Jahren 2011 bis 2013 mindestens einmal eine Fehldeckung über 20 % hatten.

Abbildung 6: Anteil an den KG-Ausgaben von Kassen mit Fehldeckungen über 20 %



Allerdings liegen andererseits auch von den 20 Krankenkassen mit den größten Ausgabenvolumina im Bereich Krankengeld in 2014 fünf Kassen mit ihrer Deckungsquote unterhalb von 90 % und vier dieser 20 Kassen haben eine Deckungsquote größer als 110 %.

Insgesamt kann ebenfalls festgehalten werden, dass die Deckungsquoten im Zeitverlauf nicht stabil sind, sondern starke Schwankungen enthalten, die vermutlich auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen sind. Es gibt mehrere – kleinere – Krankenkassen, die zwischen deutlichen Über- und Unterdeckungen über die Jahre hinweg wechseln.

Auf Basis der Sondermeldung zum Krankengeld für das Jahr 2009 für den Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirates konnten spezifischere deskriptive Analysen für den Krankengeldbereich durchgeführt werden, die Aufschluss über die Krankengeldinanspruchnahme in der GKV in 2009 liefern (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Eckdaten Krankengeld-Sondererhebung 2009

	Normales KG	Kinder-KG	KG insgesamt
Anzahl KG-Anspruchsberechtigte		30.128.793	
Gesamtausgaben KG	6.954.132.554	168.480.488	7.122.613.042
Summe der Bezugstage	139.911.297	3.340.863	143.252.160
Bezugstage je Anspruchsberechtigtem	4,64	0,11	4,75
Ausgaben je Anspruchsberechtigtem	230,81	5,59	236,41
Anzahl KG-Bezieher	1.715.407	689.030	2.377.969
Anteil KG-Bezieher	5,7 %	2,3 %	7,9 %
Ausgaben je KG-Bezieher	4.054	245	2.995
Ausgaben je Bezugstag	49,70	50,43	49,72
Mittlere Bezugsdauer je KG-Bezieher	81,6 Tage	4,8 Tage	60,2 Tage

Quelle: In Anlehnung an Wittmann / Göppfarth (2014).

7.5.2 Deskriptive Analyse der Datenbasis des Lehrstuhls

Der finale Datensatz, auf dem im Rahmen dieses Gutachtens am Lehrstuhl für Medizinmanagement Berechnungen durchgeführt werden konnten, umfasst die Daten von 20.887.756 Versicherten.

Die Verteilung des Krankengeldanspruchs nach Alter und Geschlecht im Datensatz des Lehrstuhls (siehe Abbildung 7) entspricht in etwa der Verteilung in den GKV-Daten beim BVA (vgl. Abbildung 2). Es zeigt sich allerdings, dass für die Männer ab einem Alter von ca. 45 Jahren eine leichte Untererfassung in den Lehrstuhldaten vorliegt.³⁵

³⁵ Quelle der nachfolgenden Abbildungen sind eigene Berechnungen auf dem Datensatz, der für das Gutachten am Lehrstuhl für Medizinmanagement aufgebaut wurde.

Abbildung 7: KG-Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten

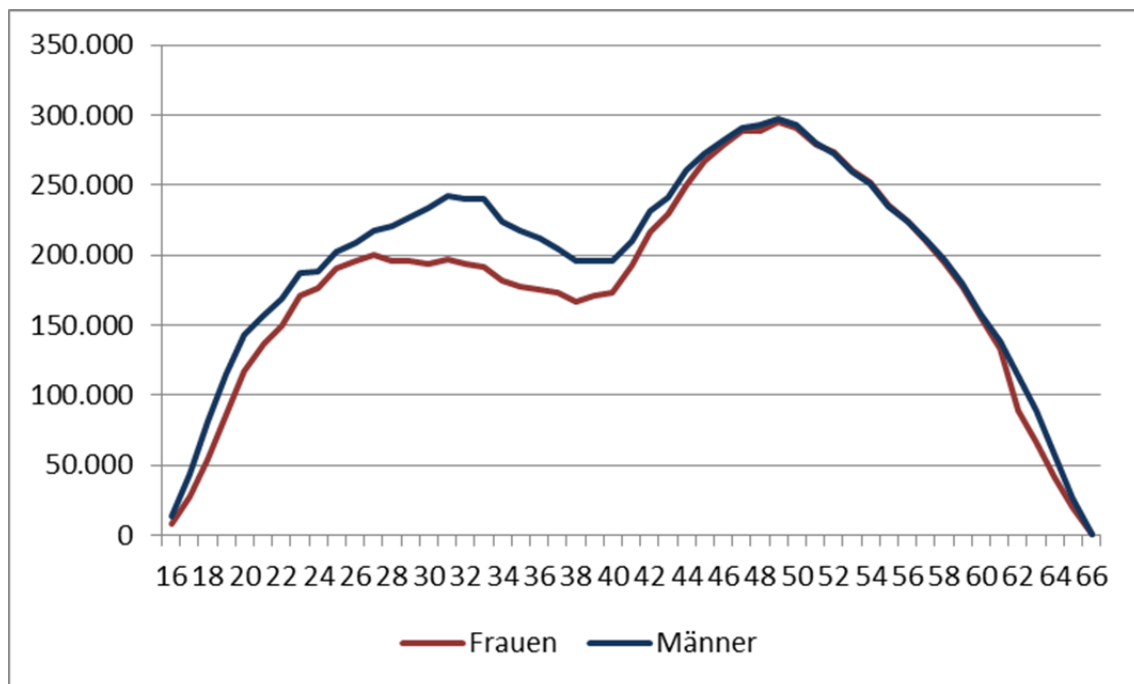
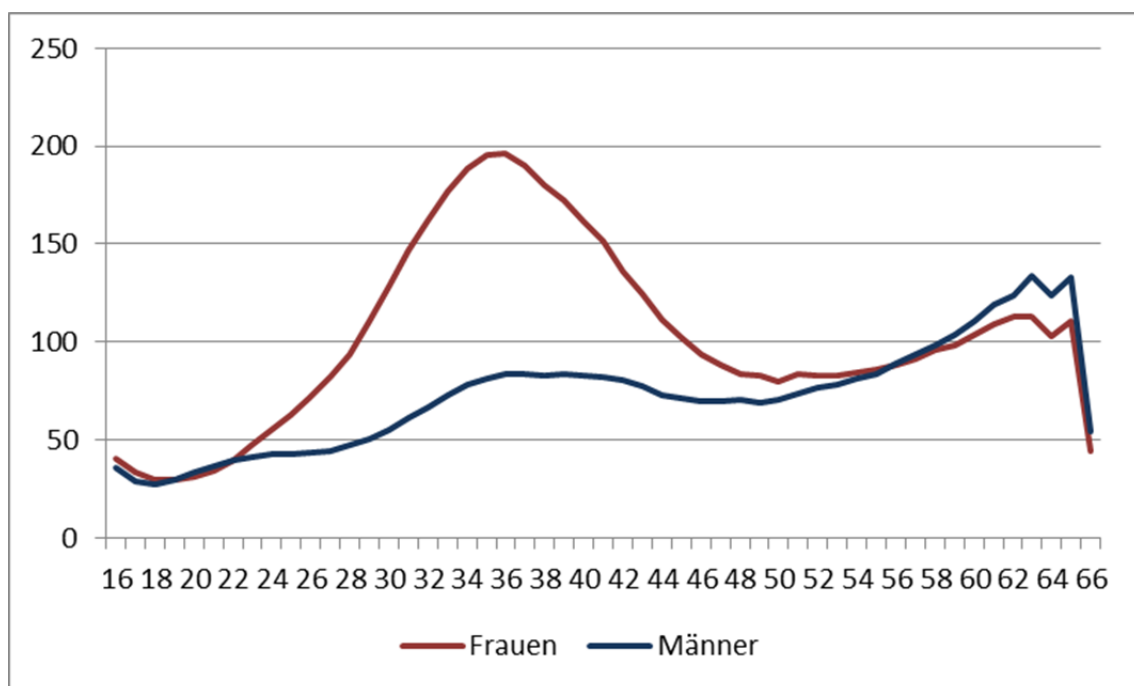


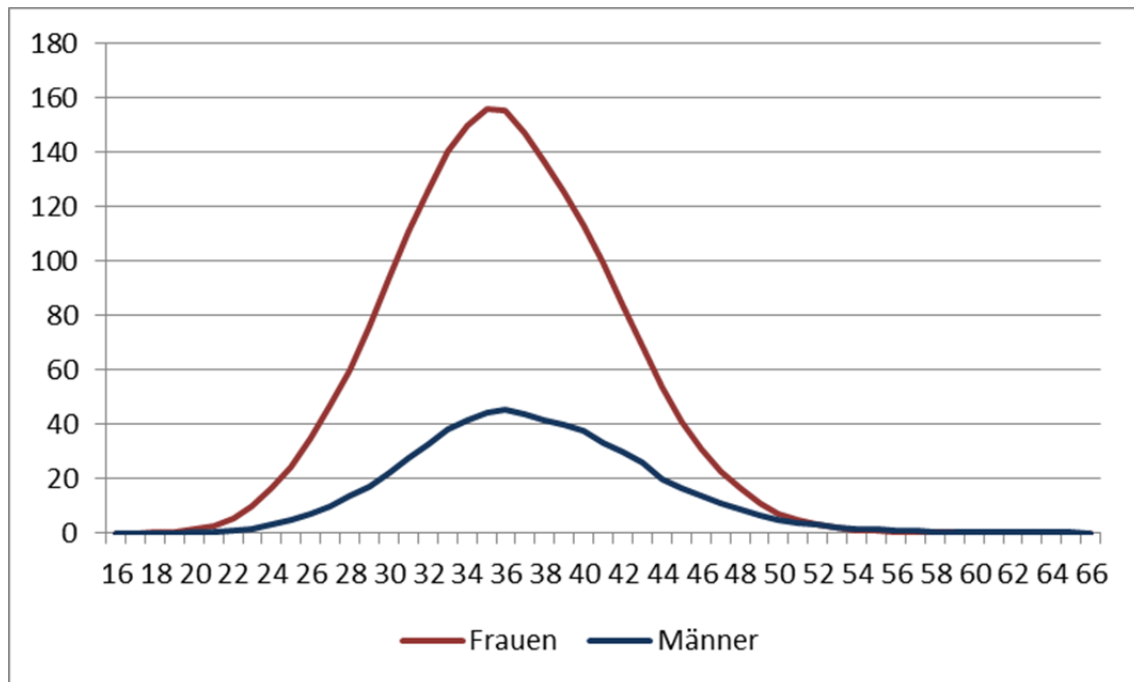
Abbildung 8 gibt den Verlauf der Krankengeldfälle je tausend KG-Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht wieder. Dieser Verlauf entspricht sehr genau dem Verlauf, wie er sich auch in den Daten des BVA auf der Gesamt-GKV zeigt. Insgesamt haben die Frauen einen deutlich höheren Anteil an Krankengeldfällen, mit einer extremen Häufigkeit zwischen dem 20ten und dem 50ten Lebensjahr. Ab einem Alter von 56 Jahren übersteigt die Anzahl der Krankengeldfälle der Männer die der Frauen.

Abbildung 8: KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht



Auf dem Datensatz des Lehrstuhls ist es allerdings möglich, die Fälle, die auf den Bezug von Kinderkrankengeld zurückzuführen sind, von den Fällen zu trennen, die auf den Bezug von normalem Krankengeld zurückzuführen sind. Die folgenden Abbildungen geben die Kinderkrankengeldfälle (vgl. Abbildung 9) und die normalen Krankengeldfälle je tausend Anspruchsjahre nach Alter und Geschlecht wieder (vgl. Abbildung 10).

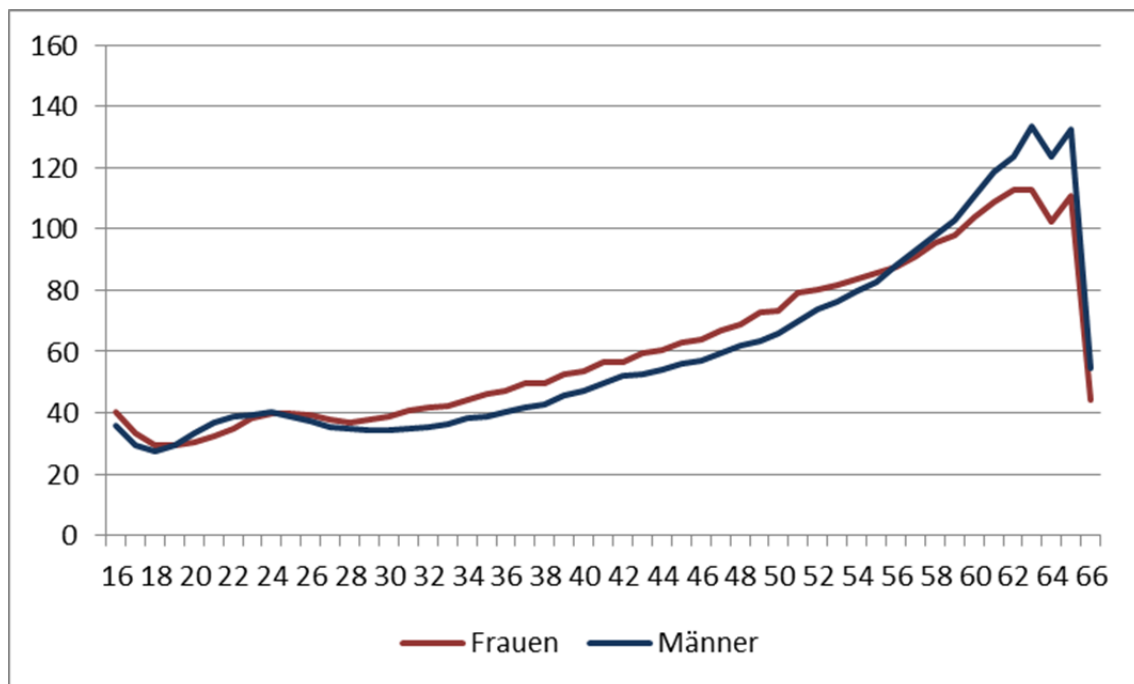
Abbildung 9: Kinder-KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht



Diese Abbildungen machen deutlich, dass der Großteil der Kinderkrankengeldfälle von Frauen in Anspruch genommen wird. Die Inanspruchnahme ist nahezu normalverteilt um das Maximum von 156 Fällen je tausend Anspruchsjahren im Alter von 35 Jahren. Die Verteilung der Kinderkrankengeld-Inanspruchnahme der Männer ist etwas rechtsschief mit einem Maximum von 45 Fällen je tausend Anspruchsjahren im Alter von 36 Jahren.

Zwischen dem 19. und dem 23. Lebensjahr ist die Anzahl von normalen Krankengeldfällen je tausend Anspruchsjahren bei den Männern sehr geringfügig höher als bei den Frauen, wohingegen die Frauen zwischen dem 24. und dem 56. Lebensjahr eine leicht höhere Fallzahl je tausend Anspruchsjahren aufweisen als die Männer. Ab dem 56. Lebensjahr kippt das Verhältnis wieder und die Männer weisen deutlich mehr Krankengeldfälle auf als die Frauen mit einem Maximum im 63. bzw. 65. Lebensjahr von 133 Fällen je tausend Anspruchsjahren (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Normale KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht



Die mittleren Krankengeldausgaben je Anspruchsjahr sind in Abbildung 11 wiedergegeben. Der Verlauf entspricht dem Verlauf der BVA-Daten.

Auch diese Abbildung kann auf den Lehrstuhldaten getrennt für normales und Kinderkrankengeld erstellt werden (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13). In Abbildung 12 zeigt sich, dass der Abstand zwischen den mittleren Krankengeldausgaben je Krankengeldanspruchsjahr für Männer und Frauen noch deutlicher ist, als er es bei der Anzahl der Krankengeldfälle bereits war (vgl. Abbildung 9). Hingegen macht Abbildung 13 im Vergleich mit Abbildung 10 deutlich, dass die Frauen zwar in jüngeren Jahren häufiger Krankengeld beziehen als die Männer, die Ausgaben für diese Krankengeldbezüge allerdings wenn überhaupt nur marginal über denen der Männer liegen.

Abbildung 11: Mittlere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht

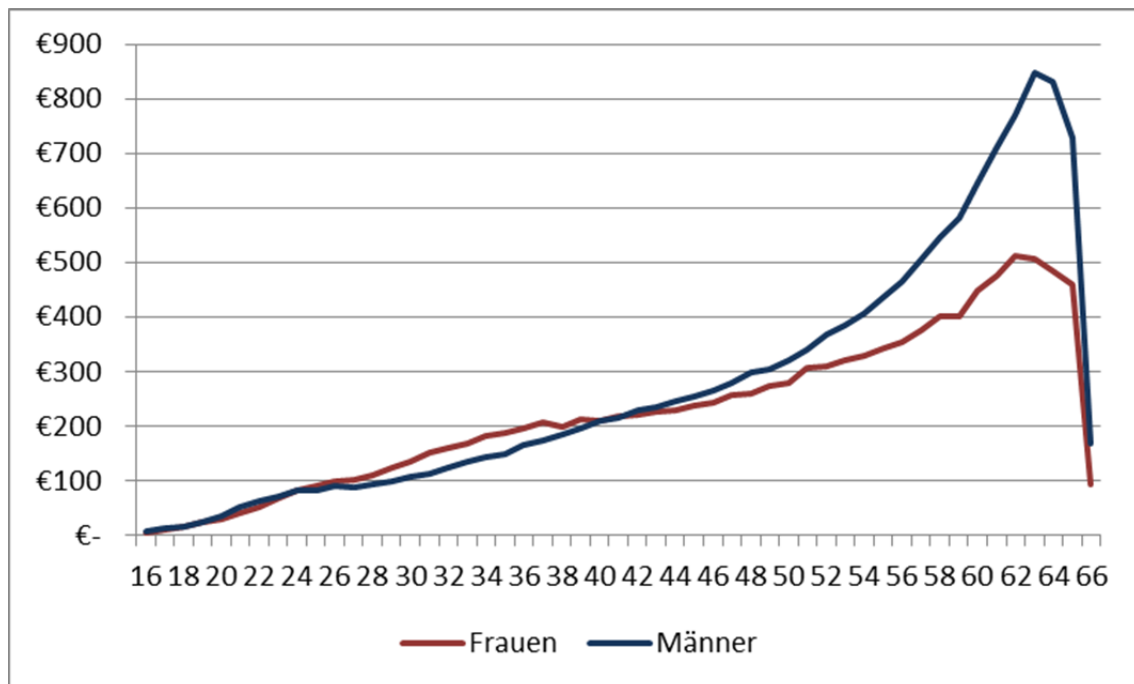


Abbildung 12: Mittlere KG-Ausgaben, KinderKG, je KG-Anspruchsjahr, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht

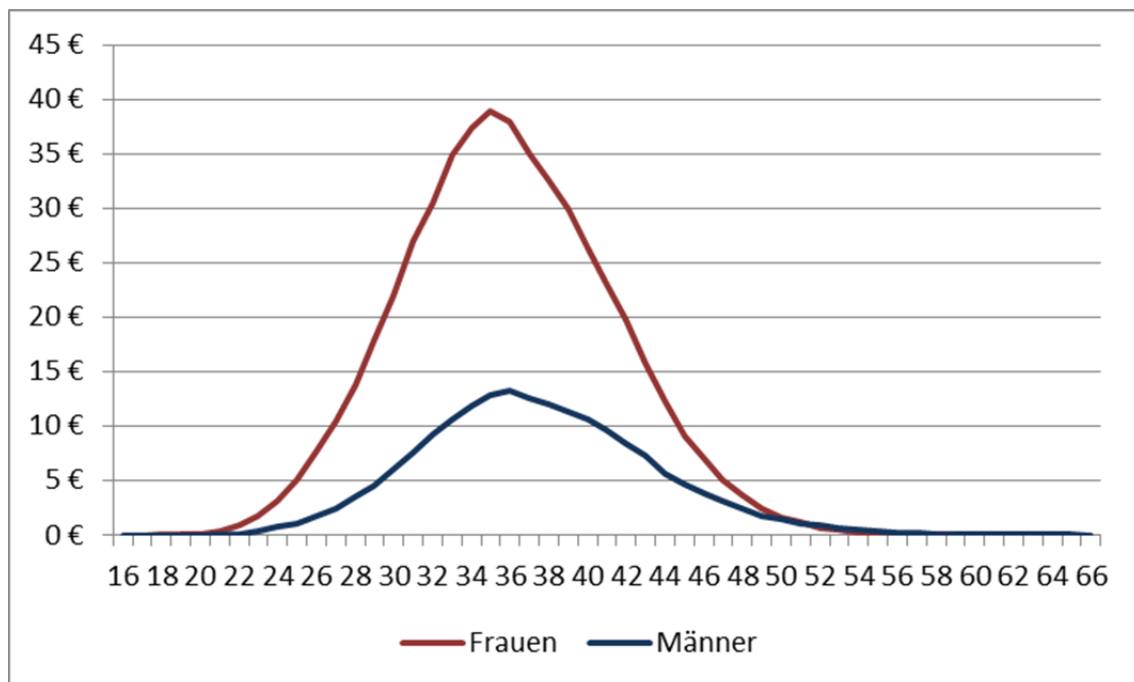
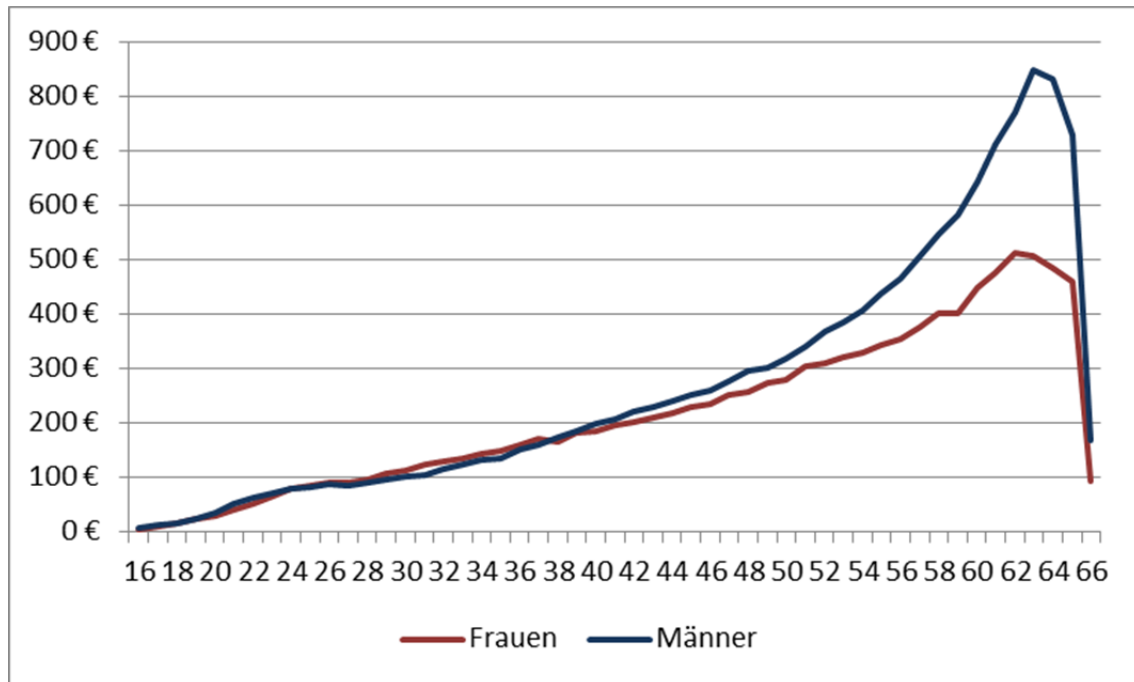
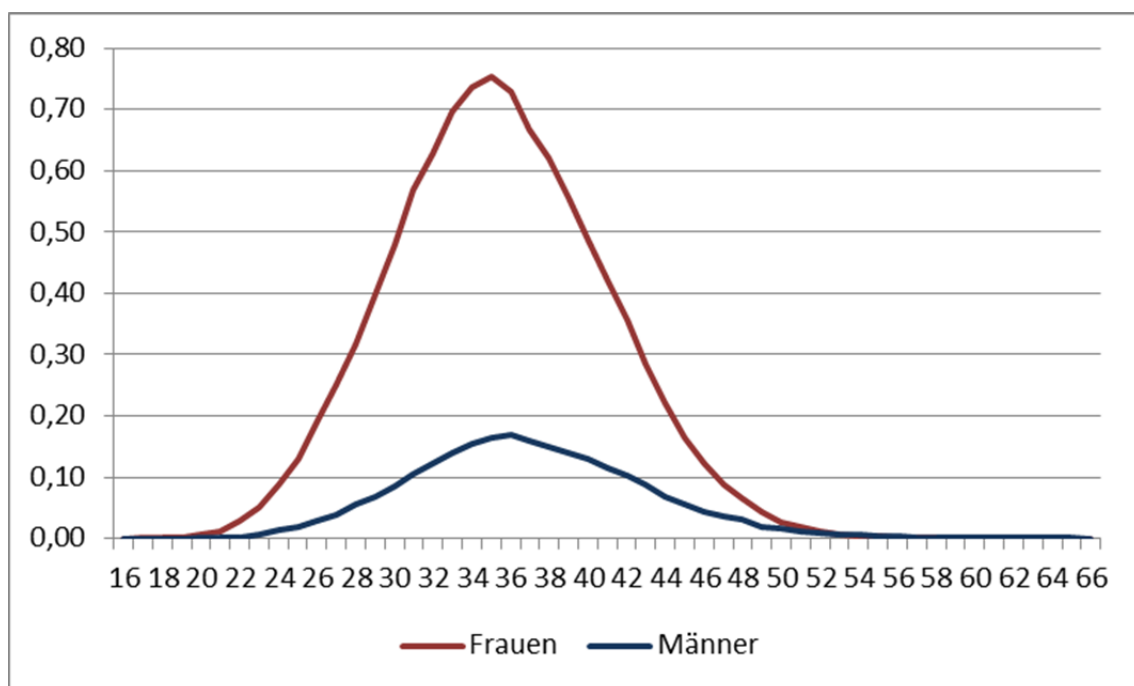


Abbildung 13: Mittlere KG-Ausgaben, normales KG, Lehrstuhl-Daten, je KG-Anspruchsjahr nach Alter und Geschlecht



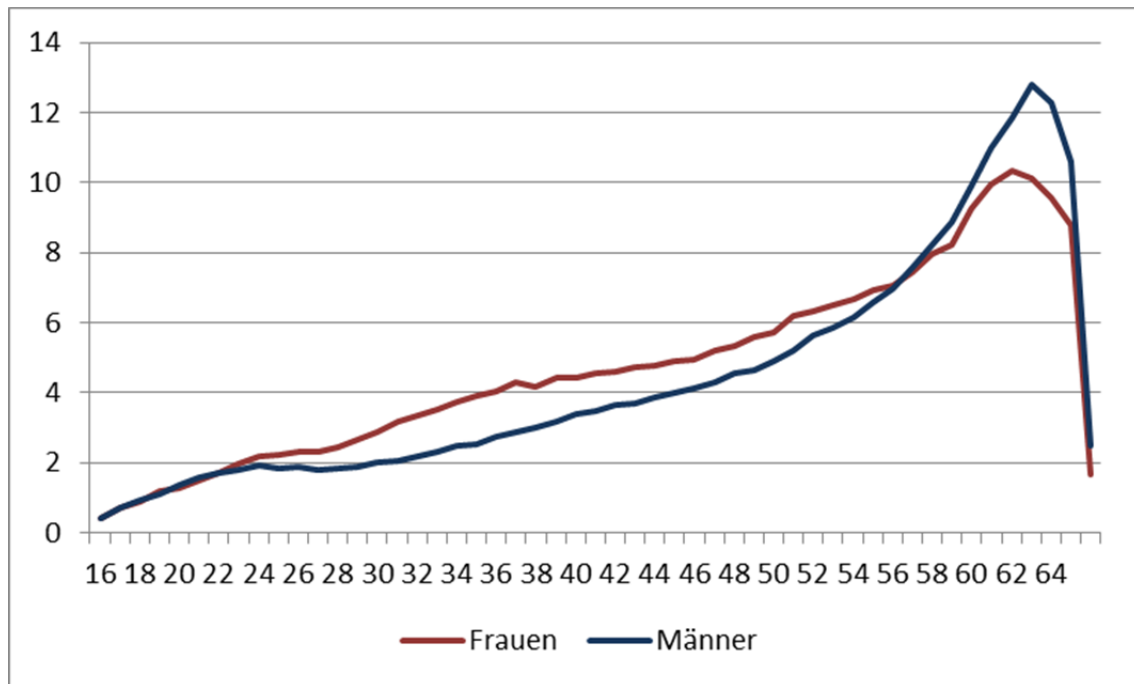
Dass die Kurve der mittleren Leistungsausgaben für Krankengeld insgesamt (vgl. Abbildung 11) der Kurve für normales Krankengeld (vgl. Abbildung 13) sehr ähnelt, liegt daran, dass die Bezugszeiten für das Kinderkrankengeld sehr gering sind (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Durchschnittliche Bezugszeit für Kinder-KG, nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten



Selbst das Maximum der Bezugszeit bei 35-jährigen Frauen ist mit 0,75 Tagen je Krankengeldanspruchsjahr sehr gering. Anders verhält es sich beim normalen Krankengeld, was Abbildung 15 entnommen werden kann.

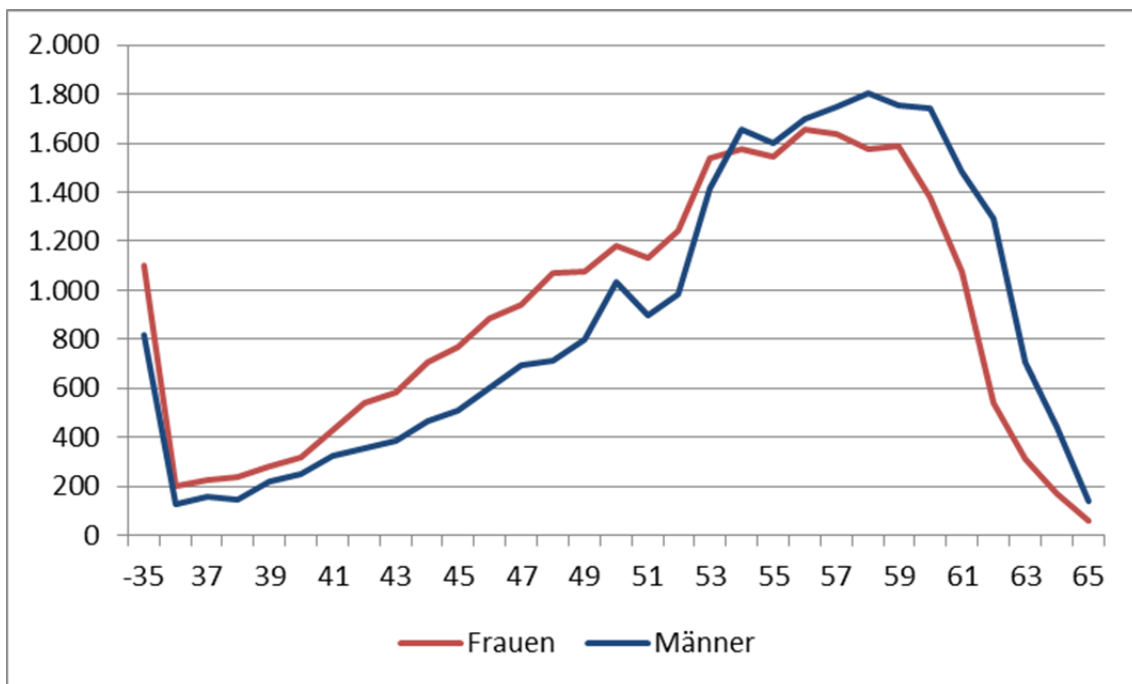
Abbildung 15: Durchschnittliche Bezugszeit für normales KG, nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten



Während die Frauen im Alter zwischen 23 und 56 Jahren im Schnitt 0,61 Bezugstage pro Krankengeldanspruchsjahr mehr als die Männer haben, kippt das Verhältnis ab dem 56. Lebensjahr und die Männer haben nun die deutlich höheren Bezugszeiten, die im Schnitt 1,23 Bezugstage über denen der Frauen liegen.

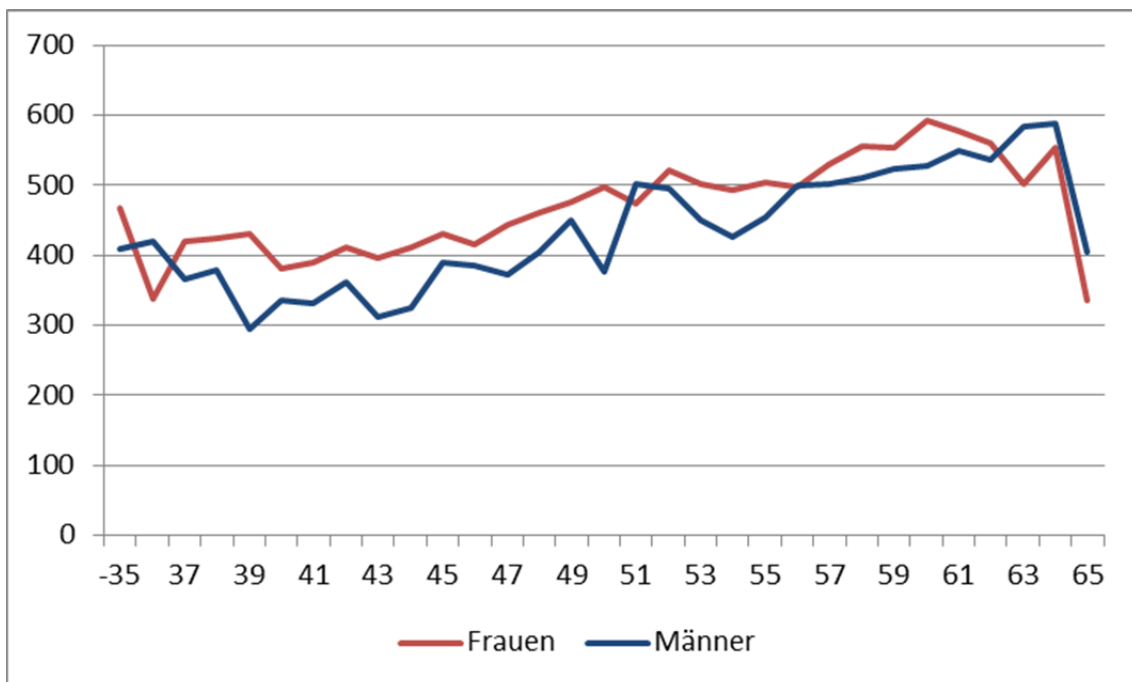
Die Verteilung der Krankengeldanspruchsjahre über die K-EMGn ist Abbildung 16 zu entnehmen.

Abbildung 16: KG-Anspruchsjahre, EMGler nach Alter und Geschlecht, Lehrstuhl-Daten



Die Anzahl der Krankengeldfälle je tausend Anspruchsjahre der Erwerbsminderungsrentner für normales Krankengeld ist in Abbildung 17 wiedergegeben. Es zeigt sich, dass die Anzahl der Fälle mit dem Alter zwar leicht zunimmt, ab einem Alter von 62 Jahren aber stark abfällt. Dies geht mit der stark fallenden Zahl an Anspruchsjahren einher.

Abbildung 17: Normale KG-Fälle je tausend KG-Anspruchsjahre, EMGler, Lehrstuhl-Daten, nach Alter und Geschlecht



Die mittleren Ausgaben je Anspruchsjahr für normales Krankengeld der Erwerbsminderungsrentner sind Abbildung 18 zu entnehmen. Auch hier zeigt sich, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben mit dem Alter ansteigen, in der höchsten Altersklasse aber stark abfallen. Im letzten Jahr vor dem regelhaften Renteneintritt werden die Erwerbsminderungsrentner vermutlich bereits größtenteils verrentet sein und die verbliebenen Erwerbsminderungsrentner eine im Vergleich zu solchen in jüngeren Altersklassen unterdurchschnittliche KG-relevante Morbiditätslast aufweisen. Auch hier ist wiederum zu beachten, dass die Fallzahlen verhältnismäßig klein sind, worauf die starken Sprünge in den Kurven zurückzuführen sind.

Abbildung 18: Mittlere KG-Ausgaben, normales KG, EMGler, Lehrstuhl-Daten, je KG-Anspruchsjahr, nach Alter und Geschlecht

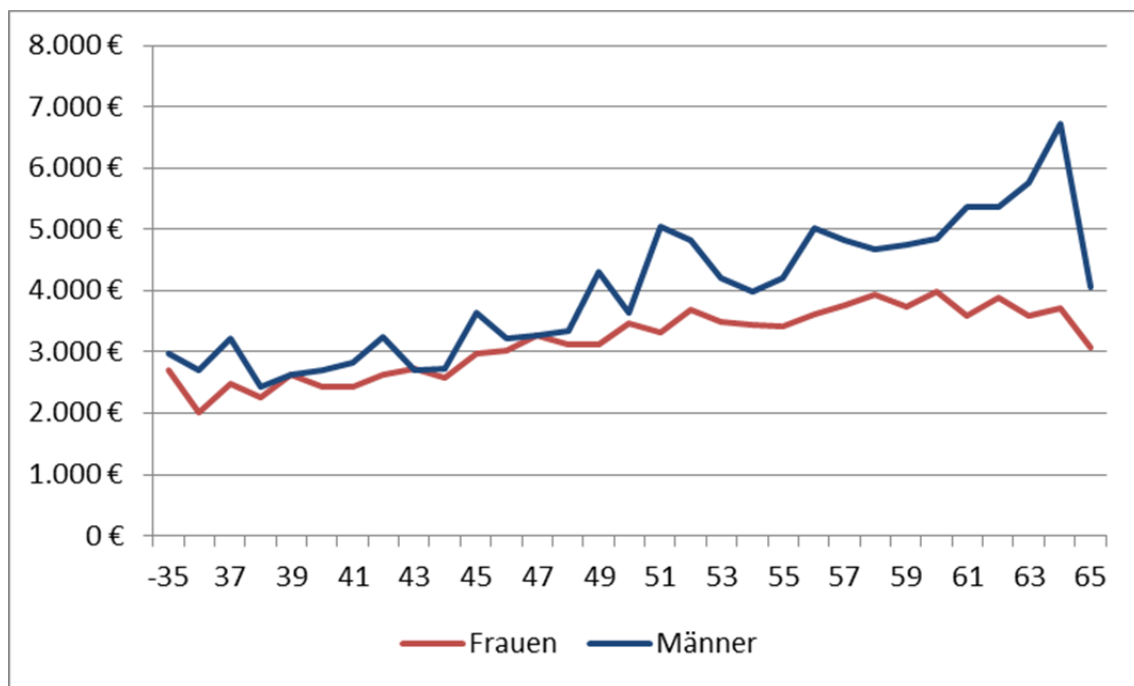


Tabelle 4 enthält analog Tabelle 3 einige weitere Eckdaten über die Datenbasis (Ausgaben in Euro). Allerdings basieren die Angaben in Tabelle 3 auf Daten des Jahres 2009, wohingegen die Daten des Lehrstuhls, auf denen Tabelle 4 beruht, aus dem Jahr 2013 stammen.

Tabelle 4: Eckdaten Lehrstuhl-Daten

	Normales KG	Kinder-KG	KG insgesamt
Anzahl KG-Anspruchsberechtigte	20.887.756		
Summe Tage / Jahre mit KG-Anspruch	6.976.030.676 / 19.112.413		
Gesamtausgaben KG	4.779.557.823	141.916.729	4.921.474.553
Summe der Bezugstage	87.346.408	2.511.657	89.858.065
Bezugstage je Anspruchsberechtigtem	4,18	0,12	4,30
Ausgaben je Anspruchsberechtigtem	229	7	236
Anzahl KG-Bezieher	1.164.636	570.058	1.710.992
Anteil KG-Bezieher	5,58 %	2,73 %	8,19 %
Ausgaben je KG-Bezieher	4.104	249	2.876
Ausgaben je Bezugstag	54,72	56,50	54,77
Mittlere Bezugsdauer je KG-Bezieher	75,0 Tage	4,4 Tage	52,5 Tage

Im finalen Datensatz des Lehrstuhls sind somit knapp 65 % der Anspruchsberechtigten der GKV enthalten, die insgesamt gut 50 % der Leistungsausgaben verursachten. Ein Abgleich mit der Anzahl an Bezugstagen kann für das Jahr 2013 nicht vorgenommen werden.

Insgesamt lassen sich nur leichte Abweichungen zwischen den Daten beim BVA und dem Lehrstuhldatensatz auf Basis dieser deskriptiven Analysen feststellen. Die im Datensatz des Lehrstuhls enthaltenen Versicherten weisen eine unterdurchschnittliche Ausgabenstruktur im Vergleich mit der GKV auf und im Vergleich zu den Daten von 2009 auch eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme.

Tabelle 5 gibt einige Eckdaten für die Verteilung der Inanspruchnahme über die Krankenkassen wieder. Es zeigt sich, dass es deutliche Schwankungen zwischen den Krankenkassen gibt. So reicht die durchschnittliche Krankengeldbezugszeit pro Mitglied von 3,15 Tagen bis hin zu 6,90 Tagen. Für das Kinderkrankengeld ergibt sich ebenso eine weite Spanne zwischen 0,06 und 0,19 Tagen pro Mitglied und Jahr.

Bezieht man die Krankengeldbezugszeiten nicht auf die Zahl der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder, sondern auf die Anspruchsjahre, so wird die Spanne beim Kinderkrankengeld sogar noch höher und reicht von 0,06 Tagen bis hin zu 0,22 Tagen je Anspruchsjahr.

Der Anteil der Mitglieder mit Krankengeldbezug an den KG-Anspruchsberechtigten schwankt ebenfalls deutlich zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen. So liegt das Minimum des normalen Krankengeldbezugs bei 4,30 %, während das Maximum bei 7,71 % liegt. Beim Kinderkrankengeld ist der Abstand zwischen niedrigstem Anteil (1,48 %) und höchstem Anteil (2,73 %) ebenfalls beträchtlich.

Dasselbe Bild ergibt sich für die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Anspruchsjahr. Sie reichen für das normale Krankengeld von 173 € bis hin zu 412 €. Beim Kinderkrankengeld liegen die Werte zwischen 3 € und 11 € je Anspruchsjahr.

Tabelle 5: Krankengelddaten nach Krankenkassen

		Normales KG	Kinder-KG	KG insgesamt
KG-Bezugszeit pro Kopf	min	3,15	0,06	3,27
	max	6,90	0,19	7,00
	MW	4,18	0,12	4,30
KG-Bezugszeit pro Anspruchsjahr (in Tagen)	min	3,43	0,06	3,54
	max	7,57	0,22	7,67
	MW	4,57	0,13	4,70
Anteil Mitglieder mit KG-Bezug (in Prozent)	min	4,30	1,48	6,51
	max	7,71	3,80	9,91
	MW	5,58	2,73	8,19
Durchschnittliche LA pro Anspruchsjahr (in Euro)	min	173	3	184
	max	412	11	419
	MW	250	7	258

Die Krankenkassen haben in den erweiterten Versichertenstammdaten Angaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten übermittelt. Abbildung 19 gibt die Verteilung der Krankengeldanspruchsjahre über bpE-Klassen wieder. Hierfür wurden die Versicherten in bpE-Klassen von 5.000 € Schritten eingeteilt, die oberste Klasse ist von der Beitragsbemessungsgrenze für die Rentenversicherung Ost nach oben offen.

Abbildung 19: Anspruchsjahre je bpE-Klasse

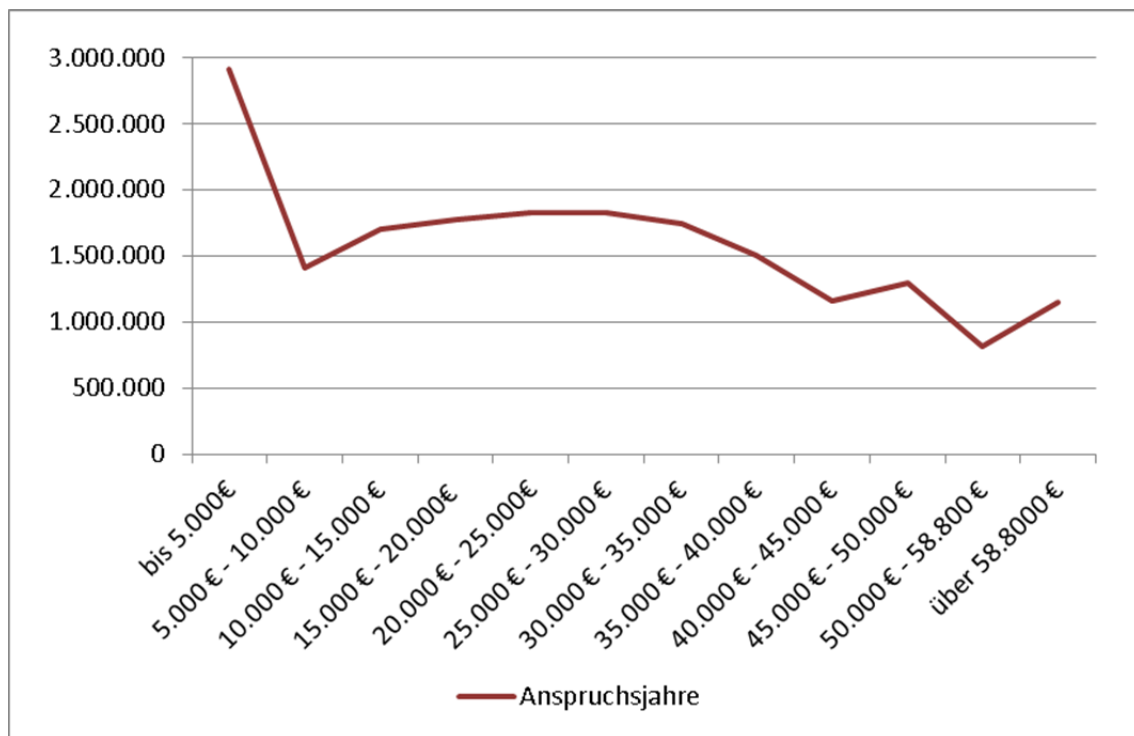
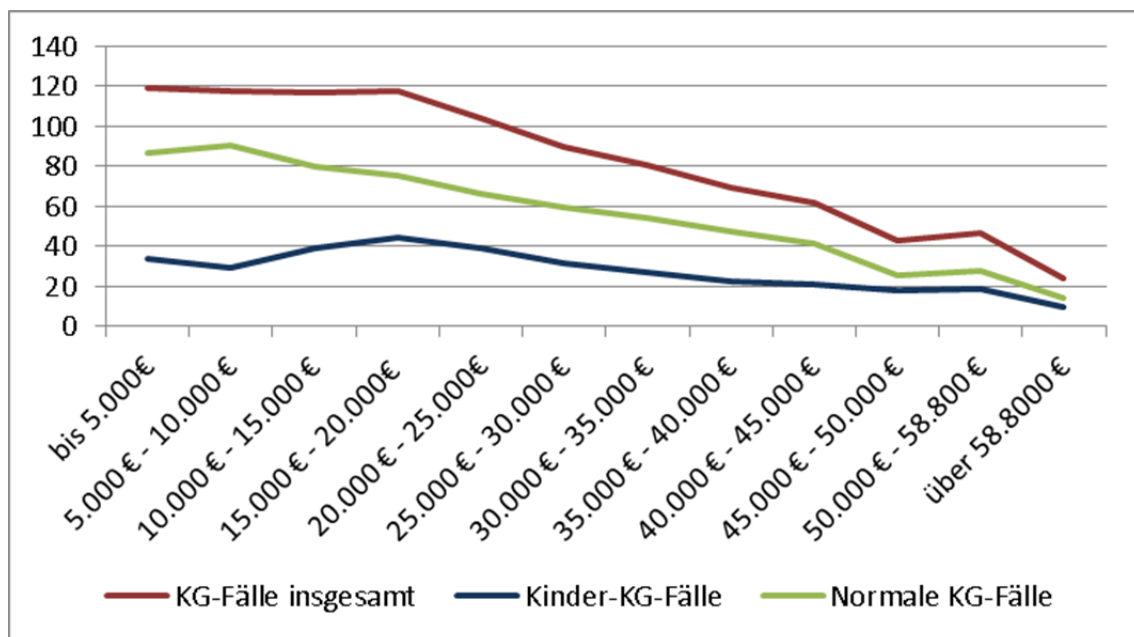


Abbildung 20 ist zu entnehmen, dass die Anzahl der normalen Krankengeldfälle ihr Maximum in der Einkommensklasse zwischen 5.000 € und 10.000 € erreicht und dann kontinuierlich abfällt. Lediglich die bpE-Klasse zwischen 50.000 € und 58.000 € weist noch einmal eine leicht höhere Krankengeldfallzahl auf.

Abbildung 20: Krankengeldfälle je tausend Anspruchsjahre je bpE-Klasse



Die mittleren Krankengeldausgaben je Anspruchsjahr nach bpE-Klassen getrennt sind in Abbildung 21 wiedergegeben. Die mittleren Ausgaben für normales Krankengeld sinken mit steigenden beitragspflichtigen Einnahmen. Dies ist dadurch zu erklären, dass die mittlere Bezugsdauer je Krankengeldfall, wie in Abbildung 22 abgetragen, mit steigenden bpE sinkt und somit trotz steigendem Zahlbetrag die Ausgaben für den einzelnen Fall sinken.

Abbildung 21: Mittlere KG-Ausgaben je Anspruchsjahr nach bpE-Klassen

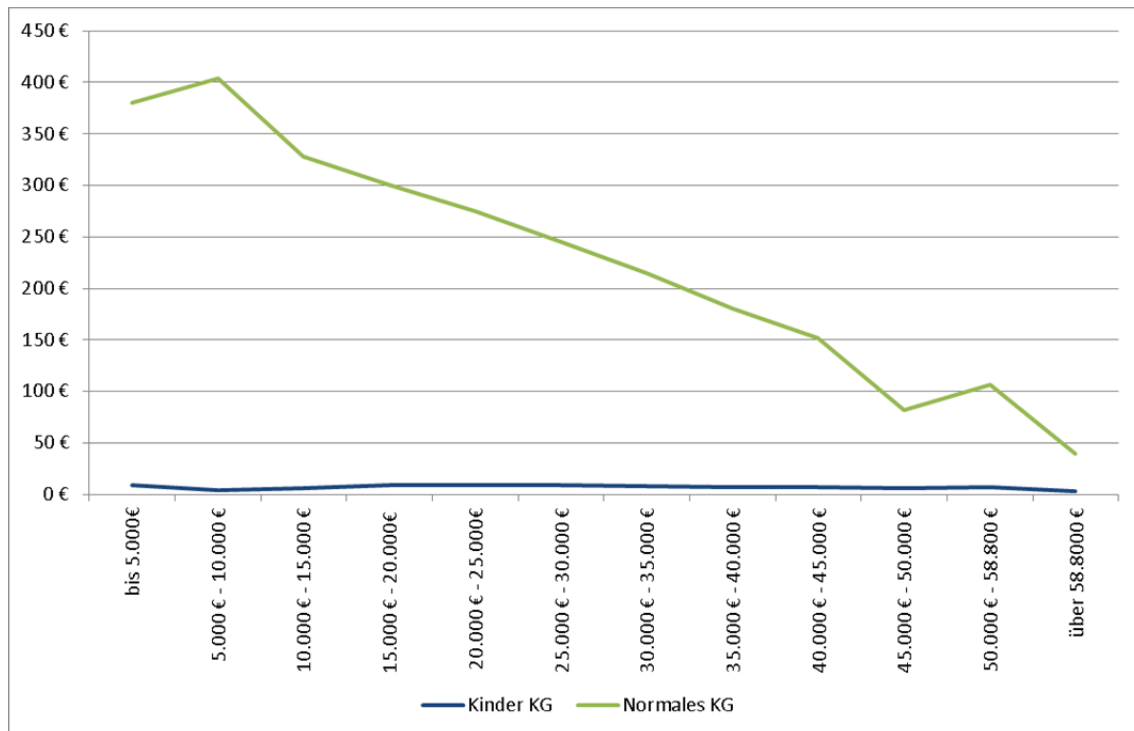
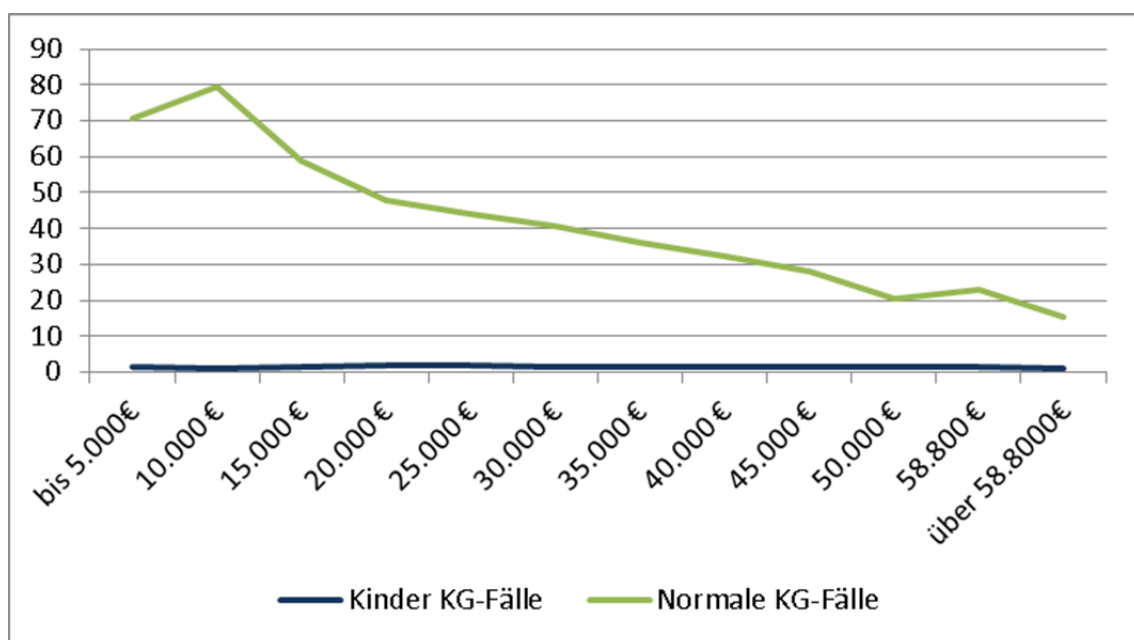


Abbildung 22: Mittlere Bezugsdauer je Fall nach bpE-Klassen



8 Beschreibung des methodischen Vorgehens

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der empirischen Arbeiten, das für die Beantwortung der Forschungsfragen erarbeitet wurde, erläutert. Dabei werden zuerst die berechneten Modelle und anschließend die verwendeten Gütemaße beschrieben.

Wie in den vorhergehenden Analysen herausgestellt wurde, könnte eine Trennung des normalen Krankengeldes vom Kinderkrankengeld sinnvoll sein und wird daher modelliert werden. Da über die Daten zu den Krankengeldfällen (vgl. Abschnitt 7.2.6) eine Aufteilung sowohl der Leistungsausgaben als auch der Krankengeldbezugszeiten für normales und Kinderkrankengeld vorgenommen werden kann, werden einige Modelle getrennt berechnet.

Auf Grund der geringen Gesamtleistungsausgaben für das Kinderkrankengeld und die dadurch eher nachrangige Bedeutung dieses Leistungsbereiches, wird der Schwerpunkt allerdings auf den Bereich des normalen Krankengeldes gelegt.

8.1 Modellrechnungen

In diesem Abschnitt werden die berechneten Modelle vorgestellt und die methodische Herangehensweise wird detailliert dargestellt. Die Modelle stützen sich maßgeblich auf die Vorarbeiten im Rahmen des Evaluationsberichts³⁶, auf die Ergebnisse, die im Rahmen eines Forschungsprojektes am Lehrstuhl für Medizinmanagement erzielt wurden³⁷ sowie auf die aus den Experteninterviews gewonnen Erkenntnisse (vgl. Abschnitt 5).

Es werden sechs Modellgruppen berechnet: Um einen Vergleich mit dem aktuellen Verfahren zu ermöglichen, wird zuerst eine Modellgruppe (A) entsprechend dem Status Quo Verfahren (ohne Sonderregelung) berechnet. Es folgen drei Modellgruppen (B - D), die für den Evaluationsbericht 2009 entwickelt wurden, die im Rahmen dieses Gutachtens aber um Variablen ergänzt werden, die dem BVA nicht zur Verfügung standen. Als fünftes wird ein zweistufiges Modell präsentiert, das die Methode der Ereigniszeitanalyse verwendet (E). Zuletzt wird ein Modell mit Risikopool berechnet (F).

Alle Modelle werden zeitgleich gerechnet: Die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Risikogruppen erfolgt über die Informationen des Jahres, für das die Krankengeldausgaben geschätzt werden.³⁸

³⁶ Vgl. Drösler et al. (2011).

³⁷ Vgl. Schillo et al. (2014).

³⁸ Das Gutachten Reschke et al. (2005) hatte deutlich gemacht, dass ein prospektives Modell aufgrund des temporären Charakters von Krankengeldbezug in Verbindung mit der leistungsrechtlichen Blockfrist nicht zu verwertbaren Ergebnissen führt. Daher hatte sich der Gesetzgeber beim Übergang zum prospektiven Modell des Morbi-RSA entschieden, für den Bereich des Krankengeldes bei einem zeitgleichen Modell zu bleiben.

Für alle Auswertungen wurde derselbe Datensatz verwendet und keine Aufteilung in Teildatensätze vorgenommen. Zwar wäre es möglich gewesen einige Modelle auf einer breiteren Datenbasis zu schätzen, da einige Datensätze nur durch Bereinigungsverfahren über bestimmte Variablen entfernt werden mussten, allerdings ist nur durch eine Schätzung auf derselben Datenbasis eine direkte Vergleichbarkeit aller Modelle untereinander gegeben.

Der Datensatz wird auch nicht in einen Lern- und einen Validierungsdatsatz aufgeteilt, sondern alle Daten werden gemeinsam für die Schätzungen verwendet. Dadurch sind die Modelle zwar gegebenenfalls überangepasst (overfitting), aber relevante Einflüsse können besser erkannt werden. Zudem kann die Gefahr des overfittings durch die Größe des Datensatzes als sehr gering angesehen werden.³⁹ Außerdem würde ein in diesem Gutachten identifiziertes Modell ohnehin nicht ohne eine Kalibrierung auf dem GKV-Datensatz verwendet werden. Bei einer Übertragung auf die Gesamtheit der krankengeldanspruchsberechtigten Personen der GKV kann es dazu kommen, dass im Rahmen der Variablenselektionsverfahren andere Variablen gewählt werden und dass die Gütemaße etwas niedriger ausfallen.

Die Alters- und Geschlechtsgruppen werden in allen Modellsimulationen per Festeinschluss berücksichtigt. Die Variablen basierend auf dem Tätigkeitsschlüssel (Schulabschluss, Ausbildungsabschluss und Arbeitsvertragsform), der Angabe einer Einschreibung in ein DMP und dem Bezug von Alg-I werden ebenfalls unabhängig ihres Signifikanzniveaus fest in das jeweilige Modell aufgenommen.

Als Morbiditätsvariablen werden die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGn) des Morbi-RSA-Verfahrens 2013 verwendet, sowie die ihnen zu Grunde liegenden, feiner gegliederten Diagnosegruppen (DxGn).⁴⁰ Diese beiden Klassifikationen sind allerdings auf die 80 Krankheiten des Morbi-RSA-Verfahrens 2013 beschränkt. Das gesamte Krankheitsspektrum wird daher in Form von ICD-3-Stellern aufgenommen. In einem Vorprojekt wurden die über die 80 Morbi-RSA Krankheiten hinausgehenden Krankheitsbilder neben den HMGn bzw. DxGn in die Modelle aufgenommen. Bei diesem Vorgehen werden allerdings unterschiedliche Aggregationsebenen (zwischen den HMGn / DxGn und den restlichen Krankheiten) miteinander vermischt und die damaligen Ergebnisse führten nicht zu eindeutig besseren Ergebnissen.⁴¹

Die Morbiditätsvariablen (HMGn, DxGn und ICDs) werden im Rahmen eines automatisierten Variablenselektionsverfahrens (Vorwärtseinschluss) nur bei Unterschreitung eines vorgegebenen Signifikanzniveaus von 1 % in das jeweilige Modell eingeschlossen.

Mögliche negative Regressionskoeffizienten sind zulässig und werden in allen Modellen belassen. Das aktuell für die Berechnung der Zuweisungen im Rahmen des Morbi-RSA-Verfahrens angewendete Vorgehen der Nullsetzung negativer Regressionskoeffizienten führt zu einem iterativen Prozess durch den (mindestens) eine erneute Regression notwendig wird

³⁹ Vgl. bspw. Fishman et al. (2006), Ellis/McGuire (2007) sowie Ellis (2007).

⁴⁰ Vgl. BVA (2012).

⁴¹ Vgl. Schillo et al. (2014).

und die Rechenzeiten somit deutlich erhöht werden. Würde man die Variablen mit negativen Koeffizienten eliminieren, würde dies in der Regel nur zu einem leichten Rückgang der Gütemaße führen, weshalb auf diesen Schritt verzichtet wird. Die in diesem Gutachten ausgewiesenen Werte stellen dadurch eine Obergrenze dar.

8.1.1 Modellgruppe A: Status Quo

8.1.1.1 Status Quo Modell (A0)

Das Modell A0 bildet das aktuelle Zuweisungsverfahren ohne Sonderregelung nach.

Im Status Quo Modell (A0) werden die Versicherten gemäß ihrem Alter im Berichtsjahr und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente einer von 182 Alters- und Geschlechtsgruppen (K-AGGn) zugeordnet. Falls eine Erwerbsminderungsrente an mehr als 182 Tagen bezogen wurde, erfolgt stattdessen eine Eingruppierung in eine von 62 Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGn) (vgl. Abschnitt 4.1.1).⁴² Für die Berechnung der Zuweisungen im Status Quo Modell werden in einem ersten Schritt pro-Tag-Werte für die einzelnen Gruppen berechnet, indem die Krankengeldausgaben je Gruppe summiert und durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je Gruppe dividiert werden. Dieser Durchschnittswert je Gruppe wird anschließend mit der Summe der Versichertentage, den eine Krankenkasse je Gruppe aufweist, multipliziert, woraus sich die Gesamtzuweisung für die Krankenkasse ergibt.⁴³

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Modellergebnisse – sprich insbesondere: die Koeffizienten für die einzelnen Variablen – sich aus dem den Gutachtern zur Verfügung stehenden Datensatz ergeben. Da dies kein Volldatensatz aller krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten ist, ergeben sich für den Status Quo andere Koeffizienten als im durchgeführten Status Quo RSA-Verfahren des BVA, auch wenn dessen Modell 1 zu 1 umgesetzt wird.

Das Status Quo Modell wird für die Situation *ohne* Anwendung der Sonderregelung aus § 269 Abs. 1 SGB V, nach der ein Ist-Kostenausgleich von 50 % vorgesehen ist, gerechnet.

Wird jede Person genau einer Risikogruppe (hier einer K-AGG bzw. K-EMG) zugeordnet, so entsprechen die Gruppendurchschnittswerte, die in diesem hier entsprechend den Verfahrensvorschriften gerechneten Zellenansatz ermittelt werden, genau den Regressionskoeffizienten, die sich bei einer gewichteten linearen Regression ergeben würden.⁴⁴ Der Regressionsansatz bietet darüber hinaus die Möglichkeit, dass einer Person mehrere Risikogruppen zugeordnet werden können und der jeweilige Regressionskoeffizient den Beitrag dieser Risikogruppe zu den Gesamtausgaben wiedergibt.

⁴² Vgl. BVA (2012).

⁴³ Vgl. BVA (2012) sowie Drösler et al. (2011).

⁴⁴ Vgl. Beck (2011).

8.1.1.2 Status Quo Modell, normales und Kinderkrankengeld (A1, A2)

Wie bereits beschrieben, folgt das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes („Kinderkrankengeld“) anderen Einflussfaktoren als das Krankengeld bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit („normales Krankengeld“). Daher wird eine Variante des Status Quo Modelles gerechnet, bei der eine getrennte Berechnung für diese beiden Tatbestände erfolgt. Modell A1 repräsentiert hierbei das normale und Modell A2 das Kinderkrankengeld.

8.1.2 Modelle auf Basis des Evaluationsberichts (Modellgruppen B-D)

Im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 wurden diverse Modelle für eine Verbesserung des Zuweisungsverfahrens für das Krankengeld berechnet (vgl. Drösler et al. (2011), Kapitel 11). Einige dieser Modelle haben zu einer Verbesserung der Schätzung auf Ebene der Individuen geführt, wurden jedoch nicht in das tatsächliche Zuweisungsverfahren übernommen, da sie keine Verbesserung der Schätzgenauigkeit auf Ebene der Krankenkassen erreichen konnten. Von diesen Modellen werden einige berechnet, um einen Vergleich zu den Ergebnissen des Evaluationsberichtes ziehen zu können.

Die im Evaluationsbericht berechneten Modelle stützen sich alle auf eine vom aktuellen Verfahren abweichende Einteilung der Alters- und Geschlechtsgruppen sowie der Erwerbsminderungsgruppen. Es werden nicht 182 K-AGGn und 62 K-EMGn unterschieden (vgl. Abschnitt 4.1.2), sondern es erfolgt eine Eingruppierung in eine von 22 KG-AGGn bzw. in eine von acht KG-EMGn (Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen bzw. Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen, vgl. Tabelle 6).⁴⁵ Durch diese abweichende Einteilung kann ohne wesentlichen Informationsverlust die Anzahl der Variablen deutlich reduziert werden. In den zusammengefassten unteren Altersklassen liegt nur äußerst selten eine Krankengeldinanspruchnahme vor. Dasselbe gilt für die Altersklassen oberhalb von 66 Jahren.

Für die Gliederung der Gruppen für die Erwerbsminderungsrentner war die Begründung genau umgekehrt, dass die untere Gruppe nicht hinreichend differenziert war, so dass diese aufgeteilt wurde.

⁴⁵ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 198 ff.

Tabelle 6: Zuordnung KG-AGG bzw. KG-EMG

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
KG-AGG 001	weiblich, 0-17 Jahre	KG-EMG 01	weiblich, bis 35 Jahre
KG-AGG 002	weiblich, 18-24 Jahre	KG-EMG 02	weiblich, 36-45 Jahre
KG-AGG 003	weiblich, 25-29 Jahre	KG-EMG 03	weiblich, 46-55 Jahre
KG-AGG 004	weiblich, 30-34 Jahre	KG-EMG 04	weiblich, 56-65 Jahre
KG-AGG 005	weiblich, 35-39 Jahre	KG-EMG 05	männlich, bis 35 Jahre
KG-AGG 006	weiblich, 40-44 Jahre	KG-EMG 06	männlich, 36-45 Jahre
KG-AGG 007	weiblich, 45-49 Jahre	KG-EMG 07	männlich, 46-55 Jahre
KG-AGG 008	weiblich, 50-54 Jahre	KG-EMG 08	männlich, 56-65 Jahre
KG-AGG 009	weiblich, 55-59 Jahre		
KG-AGG 010	weiblich, 60-65 Jahre		
KG-AGG 011	weiblich, 66+ Jahre		
KG-AGG 012	männlich, 0-17 Jahre		
KG-AGG 013	männlich, 18-24 Jahre		
KG-AGG 014	männlich, 25-29 Jahre		
KG-AGG 015	männlich, 30-34 Jahre		
KG-AGG 016	männlich, 35-39 Jahre		
KG-AGG 017	männlich, 40-44 Jahre		
KG-AGG 018	männlich, 45-49 Jahre		
KG-AGG 019	männlich, 50-54 Jahre		
KG-AGG 020	männlich, 55-59 Jahre		
KG-AGG 021	männlich, 60-65 Jahre		
KG-AGG 022	männlich, 66+ Jahre		

Diese Einteilung hat sich im Evaluationsbericht bewährt und wird daher in diesem Gutachten übernommen.

8.1.2.1 Modellgruppe B: Standardisierung der KG-Leistungsausgaben

(Modelle analog Modellgruppe I des Evaluationsberichts)

Modellgruppe B basiert auf einer gewichteten linearen Regression (WLS-Regression) zur Standardisierung der Leistungsausgaben für Krankengeld und verwendet immer als erklärende Variablen die Alters- und Geschlechtsgruppen entsprechend Tabelle 6. Als zu erklärende Variablen werden die individuellen Krankengeldausgaben pro Tag der Mitglieder verwendet. Das Regressionsgewicht bildet der Anteil des Jahres, für den das Mitglied einen Anspruch auf Krankengeld hatte. In dieser Grundform (Modell B1) entspricht das Modell auf Grund der Gleichheit der Ergebnisse einer WLS-Regression mit den Ergebnissen eines Zellenansatzes (vgl. Abschnitt 8.1.1.1) der aktuellen Vorgehensweise des BVA, lediglich die Alters- und Geschlechtsgruppen weichen von den aktuell verwendeten ab.

Im weiteren Verlauf wird dieses Grundmodell um verschiedene Morbiditätskomponenten (HMGn (B2), DxGn (B3), ICDs (B4)) erweitert.

Diese Modellgruppe entspricht damit der Modellgruppe I des Evaluationsberichtes.⁴⁶

8.1.2.1.1 Alters- und Geschlechtsmodell (Modell B1)

Das erste Modell dieser Modellgruppe bildet die Basis und stellt das Status Quo Modell mit der neuen Einteilung der Alters- und Geschlechtsgruppen (vgl. Tabelle 6) dar. Es fließen also lediglich die KG-AGGn und KG-EMGn als erklärende Variablen ein. Das Modell wird zum einen für das gesamte Krankengeld berechnet (B1 KGgesamt) und entspricht damit Modell I.1 des Evaluationsberichts.⁴⁷

Anders als im Evaluationsbericht kann dieses Modell im vorliegenden Gutachten zum anderen auch getrennt für normales und Kinderkrankengeld berechnet werden (B1 normalesKG und B1 KinderKG).

8.1.2.1.2 Erweiterung um HMGn (Modelle B2)

Das zweite Modell (B2 HMGn) erweitert die erklärenden Variablen des Modells B1 um zeitgleiche hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGn) des Klassifikationsmodells 2013. Es fließen somit sowohl die KG-AGGn und die KG-EMGn, als auch zeitgleich bestimmte HMGn als erklärende Variablen in dieses Modell ein. Als zu erklärende Variable gehen zunächst die gesamten Leistungsausgaben für Krankengeld jedes Mitglieds ein (B2 KGgesamt (HMGn)). In dieser Form entspricht das Modell dem Modell I.2 des Evaluationsberichts.⁴⁸

Weiterhin wird dieses Modell mit den Leistungsausgaben für normales Krankengeld als zu erklärende Variable gerechnet (B2 normalesKG (HMGn)). Eine Rechnung für das Kinderkrankengeld ist hingegen nicht sinnvoll, da Morbiditätsinformationen des kranken Kindes nicht zur Verfügung stehen.

Dieses Modell wird zudem ergänzt um Variablen der erweiterten Versichertenstammdaten (vgl. Abschnitt 7.2.7), die neu für dieses Gutachten zur Verfügung stehen. So wird ein Modell gerechnet, das zusätzlich Informationen über den DMP-Status einbezieht (B2 normalesKG (HMGn+DMP)), und ein Modell, das den Bezug von Alg-I aufgreift (B2 normalesKG (HMGn+Alg-I)).

Auch die Informationen des Tätigkeitsschlüssels fließen in eine Modellvariante ein. Anhand der relevanten Stellen des fünf- und neunstelligen Tätigkeitsschlüssels wurden Dummy-Variablen zur Kennzeichnung des höchsten Schulabschlusses des Versicherten, des Ausbildungsgrades und der Arbeitsvertragsform gebildet.

⁴⁶ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 200 ff.

⁴⁷ Ebd., S. 201.

⁴⁸ Ebd., S. 201.

Die drei Merkmale wurden nach den folgenden Merkmalsausprägungen differenziert:

Schulbildung:

- Ohne
- Haupt-/Volksschulabschluss, mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss
- Abitur/Fachabitur

Ausbildung:

- Ohne
- Abschluss anerkannter Berufsausbildung, Meister/Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Bachelor, Diplom/Magister/Master/Staatsexamen, Promotion
- Abschluss unbekannt

Arbeitsvertragsform:

- Teilzeit (befristet/unbefristet)
- Vollzeit (befristet/unbefristet)

Alle Versicherten, die nicht an allen relevanten Stellen der fünf- oder neunstelligen Tätigkeitsschlüssel plausible Werte aufwiesen oder einen vollständig unplausiblen (nicht fünf- oder neunstelligen) Tätigkeitsschlüssel hatten, wurden in eine separate Dummy-Variable „Tätigkeitsschlüssel unplausibel“ gruppiert, die ebenfalls im Regressionsmodell berücksichtigt wurde (Modell B2 normalesKG (HMGn+Tätigkeitsschlüssel)).

8.1.2.1.3 Erweiterung um DxGn (Modelle B3)

Modell „B3 DxG“ verwendet als Morbiditätskomponente statt der in B2 verwendeten zeitgleichen HMGn zeitgleich zugeordnete DxGn des Klassifikationsmodells 2013. Die DxGn sind wie die HMGn auf die 80 Erkrankungen, die in den Morbi-RSA einbezogen werden, begrenzt, sind allerdings feiner untergliedert als die HMGn und nicht hierarchisiert. Auch dieses Modell wird einmal für das Krankengeld insgesamt berechnet (B3 KGgesamt (DxGn)) und entspricht in dieser Form Modell I.7 des Evaluationsberichts.⁴⁹ Des Weiteren wird es nur für die Leistungsausgaben für normales Krankengeld berechnet (B3 normalesKG (DxGn)). Eine Rechnung für das Kinderkrankengeld ist nicht sinnvoll, da keinerlei Informationen über die Erkrankung des Kindes zur Verfügung stehen.

Auch in dieses Modell werden wie im letzten Abschnitt erläutert Informationen aus den erweiterten Versichertenstammdaten zur Teilnahme an DMP-Programmen, zum Bezug von Alg-I und zum Tätigkeitsschlüssel aufgenommen (Modelle B3 normalesKG (DxGn+DMP), B3 normalesKG (DxGn+Alg-I) und B3 normalesKG (DxGn+Tätigkeitsschlüssel)).

⁴⁹ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 201.

8.1.2.1.4 Erweiterung um ICDs (Modell B4)

Da sowohl die HMGn als auch die DxGn auf das Krankheitsspektrum der 80 Erkrankungen der Krankheitsauswahl beschränkt sind, die in den Leitfadeninterviews befragten Experten aber einhellig der Meinung sind, dass für den Bezug von Krankengeld ein anderes Morbiditätsspektrum als für das RSA-Verfahren für Sachleistungen relevant sei (vgl. Abschnitt 5.3.1.2), wurde ein Modell berechnet, dass zusätzlich zu den KG-AGGn und KG-EMGn das gesamte Morbiditätsspektrum berücksichtigt, indem es die ICD-3-Steller als Morbiditätsinformation verwendet. Dieses Modell wurde nur mit den Leistungsausgaben für normales Krankengeld als zu erklärende Variable berechnet (B4 normalesKG (ICDs)).

8.1.2.2 Modellgruppe C: Standardisierung der KG-Bezugstage (Modelle analog Modellgruppe II des Evaluationsberichts)

Modellgruppe C basiert auf einer Standardisierung nicht der Leistungsausgaben für Krankengeld wie in Modellgruppe B, sondern auf einer Standardisierung der Krankengeldbezugstage und Verwendung eines Zahlbetrags je standardisiertem Krankengeldbezugstag.⁵⁰ In dieser Grundform entspricht es damit Modellgruppe II des Evaluationsberichts.⁵¹

Für die Grundvariante dieses Modells werden in einem ersten Schritt mit Hilfe der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden erklärenden Variablen über eine WLS-Regression standardisierte Krankengeldbezugstage berechnet, die dann in einem zweiten Schritt mit den durchschnittlichen Zahlbeträgen der jeweiligen Krankenkasse multipliziert werden.

Diese Modellgruppe führte im Rahmen der Berechnungen für den Evaluationsbericht im Vergleich zum Status Quo Modell zu einer deutlichen Verbesserung der Gütemaße auf Ebene der einzelnen Versicherten, nicht jedoch zu einer Verbesserung der Schätzgüte auf Ebene der Krankenkassen⁵², und sie führte auch zu keiner deutlichen Verbesserung gegenüber den Modellen der Modellgruppe I.

An dieser Stelle lässt sich mit den Angaben des Evaluationsberichts nicht entscheiden, warum die Modelle verhältnismäßig schlecht auf Kassenebene abschneiden. Es ist zu vermuten und wird im Evaluationsbericht auch so geschlussfolgert, dass die kassendurchschnittlichen Zahlbeträge nicht hinreichend genau sind, um eine gute Schätzung auch auf Kassenebene zu gewährleisten. Hier setzen die vorliegenden Arbeiten an, denn für dieses Gutachten liegen zusätzliche Variablen vor, mit deren Hilfe sich versichertenindividuelle anstelle von kassendurchschnittlichen Zahlbeträgen ableiten lassen.

Wie in Abschnitt 7.4.2 beschrieben, wurde für alle Mitglieder, die tatsächlich Krankengeld bezogen haben, der tatsächliche Krankengeldzahlbetrag von den Krankenkassen bereitgestellt, sodass für diese Versicherten keine Schätzung vorgenommen werden muss, sondern

⁵⁰ Die Modelle knüpfen damit an das Grundkonzept von Wasem (1993) an.

⁵¹ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 203 ff.

⁵² Ebd., S. 204 Tabelle 73.

mit den tatsächlichen Werten versichertenindividuell gerechnet werden kann. Für die Mitglieder, die keinen Krankengeldbezug aufweisen, liegen demgegenüber naturgemäß keine tatsächlichen Zahlbeträge vor. Allerdings haben die Krankenkassen die beitragspflichtigen Einnahmen für alle Mitglieder übermittelt. Aus diesen wurden fiktive Zahlbeträge ermittelt, die im Rahmen der Berechnungen dieser Modellgruppe als individuelle Zahlbeträge verwendet werden. Somit ermöglicht dieses Gutachten über den Evaluationsbericht hinausgehend die Verwendung versichertenindividueller Krankengeld-Zahlbeträge.

Um auch für diese Modelle einen Vergleich zu den Ergebnissen des Evaluationsberichts ziehen zu können, wird ein Modell analog den Modellen im Evaluationsbericht gerechnet, für das somit kassendurchschnittliche Zahlbeträge verwendet werden. Diese kassendurchschnittlichen Zahlbeträge werden ermittelt, indem je Krankenkasse die Krankengeldausgaben 2013 summiert werden und durch die Anzahl der Krankengeldbezugstage in 2013 dividiert werden.

8.1.2.2.1 Alters- und Geschlechtsmodell, Kassenzahlbetrag (Modell C1)

Das erste Modell, welches den Vergleich zu den Ergebnissen des Evaluationsberichtes ermöglicht, bezieht als erklärende Variablen lediglich die KG-AGGn und KG-EMGn ein. Über diese Variablen werden die gesamten Krankengeldbezugstage standardisiert und mit den kassendurchschnittlichen Krankengeldzahlbeträgen multipliziert (C1 KGgesamt). Dieses Modell wird ein weiteres Mal berechnet, allerdings unter Verwendung der Krankengeldbezugstage nur für normales Krankengeld und unter Auslassung der Bezugstage für Kinderkrankengeld (C1 normales KG).

8.1.2.2.2 Alters- und Geschlechtsmodell, individueller Zahlbetrag (Modell C2)

Modell C2 (C2 normalesKG (ind. ZB)) verwendet wie Modell C1 ausschließlich die KG-AGGn und KG-EMGn als erklärende Variablen zur Standardisierung der Krankengeldbezugstage. Anders als in C1 wird als Information für die Krankengeldhöhe je Krankengeldtag der versichertenindividuelle Zahlbetrag verwendet. Das Modell wird für das normale Krankengeld berechnet.

8.1.2.2.3 Erweiterung um HMGn, individueller Zahlbetrag (Modell C3)

Modell C3 (C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB)) erweitert Modell C2 um zeitgleiche hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGn) des Klassifikationsmodells 2013. Es fließen somit sowohl die KG-AGGn und die KG-EMGn als auch HMGn als erklärende Variablen in dieses Modell ein. Wie in Modell C2 wird als Information für die Krankengeldhöhe der versichertenindividuelle Zahlbetrag verwendet.

8.1.2.2.4 Erweiterung um DxGn, individueller Zahlbetrag (Modell C4)

Modell C4 (C4 normalesKG (DxGn, ind. ZB)) funktioniert grundsätzlich wie Modell C3. Allerdings werden anstelle der HMGn die zeitgleichen DxGn im Rahmen der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten als Morbiditätsvariablen verwendet.

8.1.2.3 Modellgruppe D: Zweistufige Standardisierung der KG-Bezugstage

(Modelle analog Modellgruppe III des Evaluationsberichts)

Modellgruppe D verwendet eine zweistufige Schätzung für die Berechnung der Zuweisungen. Diese Vorgehensweise trägt dem Umstand Rechnung, dass weniger als 10 % der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder im Laufe eines Jahres überhaupt Krankengeld beziehen. Auf der ersten Stufe wird mit Hilfe eines Logit-Modells für jedes Mitglied die Wahrscheinlichkeit geschätzt, dass es Krankengeld bezieht. Auf Basis der Mitglieder, die tatsächlich Krankengeld bezogen haben, wird dann auf der zweiten Stufe über eine WLS-Regression die Bezugsdauer standardisiert. Die Zuweisungen für jedes Mitglied (auch diejenigen, die kein Krankengeld bezogen haben) ergeben sich anschließend aus Multiplikation der Eintrittswahrscheinlichkeit der ersten Stufe mit den standardisierten Bezugszeiten der zweiten Stufe und einem Zahlbetrag.

Diese Modellgruppe basiert auf Modellgruppe III des Evaluationsberichts.⁵³ Für die Modelle des Evaluationsberichtes standen lediglich kassendurchschnittliche Zahlbeträge zur Verfügung. Wie schon bei Modellgruppe C beschrieben, stehen für dieses Gutachten – über die Möglichkeiten des Evaluationsberichtes hinausgehend – individuelle Zahlbeträge je Mitglied zur Verfügung. Für die Mitglieder, die in Krankengeldbezug waren, handelt es sich hierbei um die tatsächlichen Zahlbeträge (vgl. Abschnitt 7.2.7). Für die Mitglieder ohne Krankengeldbezug werden Zahlbeträge geschätzt (vgl. Abschnitt 7.4.2).

8.1.2.3.1 Alters- und Geschlechtsmodell, Kassenzahlbetrag (Modell D1)

Modell D1 (D1 KGgesamt) schätzt sowohl auf der ersten Stufe die Eintrittswahrscheinlichkeit als auch auf der zweiten Stufe die Bezugsdauer für das gesamte Krankengeld auf Basis der KG-AGGn und KG-EMGn. Bei Modell D1 normalesKG werden nur die Krankengeldbezugstage für normales Krankengeld standardisiert. Die Zuweisungen an die Krankenkassen ergeben sich über eine Multiplikation mit kassendurchschnittlichen Zahlbeträgen.

8.1.2.3.2 Alters- und Geschlechtsmodell, individueller Zahlbetrag (Modell D2)

Modell D2 (D2 normalesKG (ind. ZB)) ist wie Modell D1 aufgebaut, es unterscheidet sich nur dadurch, dass es versichertenindividuelle Zahlbeträge verwendet.

Da die Ergebnisse dieser Modellgruppe nicht überzeugen konnten, wurden keine weiteren Modellvarianten unter Einbezug von Morbiditätsvariablen berechnet.

8.1.3 Modellgruppe E: Ereigniszeitanalyse (ind. Zahlbetrag)

Bislang basierten alle vorgeschlagenen und berechneten Modelle für die Standardisierung der Bezugszeiten oder der Ausgaben entweder auf einem Zellenansatz oder auf einer linearen Regression. Auch die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen zweistufigen Modelle, die im zweiten Schritt als abhängige Variable die Krankengeldbezugszeiten verwenden,

⁵³ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 206 ff.

nehmen die Standardisierung im zweiten Schritt über eine lineare Regression vor. Da die Ergebnisse der Modellgruppe D nicht überzeugen konnten, wurde nach einem Weg gesucht den theoretisch sehr einleuchtenden Ansatz eines zweistufigen Schätzverfahrens zu verbessern. Ansatzpunkt für eine Verbesserung kann die lineare Schätzung auf der zweiten Stufe sein, da die Ergebnisse linearer Schätzungen verzerrt sein können, wenn die Voraussetzungen, an die ihre Verwendung gebunden ist, verletzt sind. Da die Bezugszeiten nicht normalverteilt sind, wird an dieser Stelle für die Schätzung eine nicht-lineare, nicht-parametrische Methode eingeführt, für die keine Verteilungsannahme getroffen werden muss.

Für diese Fragestellung wird in der Regel mit der Methode der Ereigniszeitanalyse (survival analysis, Verweildaueranalyse) gearbeitet. Die Ereigniszeitanalyse wird verwendet, wenn die Zeit bis zu einem bestimmten Ereignis geschätzt werden soll. Im Falle des Krankengeldbezuges ist das Ereignis die Beendigung des Krankengeldbezuges und somit kann mit Hilfe der Ereigniszeitanalyse die Dauer des Krankengeldbezuges geschätzt werden.

Diese Methode ist insbesondere dann von Vorteil, wenn zensierte Daten vorliegen, wenn also im vorliegenden Fall des Krankengeldbezuges das Ende der Bezugszeit nicht für alle Versicherten bekannt ist: Für Versicherte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt Krankengeld beziehen, kann nicht gesagt werden, wie lange sie noch Krankengeld beziehen werden.

Der Fall der Schätzung der Bezugsdauer im Rahmen des Morbi-RSA Zuweisungsverfahrens ist allerdings insofern besonders, als nicht die gesamte Bezugsdauer geschätzt werden soll, sondern, da der Zuweisungszeitraum immer auf ein Kalenderjahr beschränkt ist, nur die Bezugsdauer innerhalb eines Jahres. In diesem Fall ist es aus statistischer Sicht möglich und sinnvoll, die Bezugszeiten mit einem linearen Regressionsmodell zu schätzen. Allerdings unterliegen diese Schätzungen immer auch den Annahmen linearer Modelle (u. a. explizit formulierter linearer Zusammenhang zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen, homoskedastische und nicht autokorrelierte Störterme, normalverteilte Störterme etc.).

Die Verwendung von Methoden der Ereigniszeitanalyse erlaubt eine Schätzung der Bezugsdauer ohne die restriktiven Annahmen einer linearen Regression. Für dieses Gutachten wurden die Prozeduren PHREG und LIFETEST des Statistikprogramms SAS eingesetzt.⁵⁴

Die Prozedur PHREG basiert auf dem Cox-proportional-hazard-Modell. Das Cox-Modell unterstellt zwar eine parametrische Form des Einflusses der erklärenden Variablen, allerdings verlangt es keine Spezifizierung der Verteilung für die Überlebenszeiten (hier: die Krankengeldbezugszeiten). Vielmehr wird angenommen, dass der Einfluss der erklärenden Variablen auf die Bezugszeit im Zeitverlauf konstant ist. Das Cox-Modell zählt damit zu den semiparametrischen Verfahren. Mit Hilfe der Prozedur PHREG können für die erklärenden Variablen P-Werte berechnet werden, über die in SAS auch Verfahren der Variablenselektion zur Verfügung stehen. Deshalb wird PHREG für die Variablenselektion über das Vorwärtseinschlussverfahren verwendet.

⁵⁴ Vgl. Allison (2010).

Die über die Prozedur PHREG im Vorwärtseinschlussverfahren ausgewählten Variablen werden in einem zweiten Schritt verwendet, um ein weiteres Modell der Ereigniszeitanalyse zu berechnen. Dieses zweite Modell, das in SAS über die Prozedur LIFETEST geschätzt wird, basiert auf der Kaplan-Meier-Methode. Der grundsätzliche Vorteil der Kaplan-Meier-Methode ist, dass es ein nicht-parametrisches Verfahren ist. Ergebnis dieser Methode sind Parameterschätzer für die erklärenden Variablen für die Krankengeldbezugszeiten.

Es ist notwendig zwei verschiedene Prozeduren zu verwenden, da mit der Prozedur PHREG zwar Variablenselektionsverfahren verwendet werden können, aber keine Parameterschätzer, sondern nur Hazard-Ratios berechnet werden können. Die erste Schätzung, über die Prozedur PHREG, wählt die zu verwendenden Variablen aus. Die zweite Schätzung, über die Prozedur LIFETEST, verwendet nur die selektierten Variablen der ersten Schätzung und liefert Parameterschätzer, mit deren Hilfe standardisierte Bezugszeiten berechnet werden.

Modell E ist wie Modellgruppe D zweistufig aufgebaut und nutzt auf der ersten Stufe ebenfalls eine logistische Regression, um die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Krankengeldbezug zu schätzen (vgl. Abschnitt 8.1.2.3). Doch auf der zweiten Stufe werden dann die Verfahren der Ereigniszeitanalyse verwendet. Der Zuweisungsbetrag ergibt sich als Produkt der Eintrittswahrscheinlichkeit aus dem Logit-Modell mit der geschätzten Bezugsdauer aus der Ereigniszeitanalyse und dem versichertenindividuellen Zahlbetrag. In der vorliegenden Umsetzung werden als erklärende Variablen die KG-AGG und KG-EMG verwendet. Dieses Modell ist somit mit Modell D2 (D2 normalesKG (ind. ZB)) direkt vergleichbar.

8.1.4 Modellgruppe F: Risikopool

Zwischen 2002 und 2009 wurden finanzielle Belastungen durch besonders aufwändige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen über einen Risikopool ausgeglichen. In diesen Risikopool flossen auch die Aufwendungen für Krankengeld ein. Leistungsausgaben, die über einen Schwellenwert hinausgingen, wurden dabei zu 60 % ausgeglichen.

Ein solcher Pool ist geeignet, um extreme Unterdeckungen bei Krankenkassen zu vermeiden, gleichzeitig aber durch die weiterhin bestehende Eigenbeteiligung der Krankenkassen Anreize für effizientes Fallmanagement beizubehalten. Es gibt diverse Ausgestaltungsmöglichkeiten für einen Risikopool. So kann zum Beispiel diskutiert werden, ob ein solcher Pool an den tatsächlichen Leistungsausgaben ansetzen sollte oder aber erst nach einem Zuweisungsverfahren durchgeführt werden sollte. Dann wären nicht die eigentlichen Leistungsausgaben, sondern die auch nach Berücksichtigung standardisierter Zuweisungen noch bestehenden Unterdeckungen in den Pool einzubeziehen. Letzteres erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn durch Einbeziehung von Morbiditätsinformationen hohe Zuweisungen an Versicherte mit hohen Leistungsausgaben resultieren, so dass zahlreiche dieser Versicherten trotz hoher Leistungsausgaben nicht unterdeckt sind – ein an Leistungsausgaben ansetzender Risikopool würde in diesen Fällen für solche Versicherte zu hohen Überdeckungen führen, während ein an nach Berücksichtigung der standardisierten Zuweisungen noch bestehenden Unterde-

ckungen ansetzender Risikopool solche Überdeckungen vermeidet.⁵⁵ Auch in Bezug auf die Gegenfinanzierung der aus dem Risikopool geleisteten Zahlungen sind unterschiedliche Wege denkbar. Ganz grundsätzlich können sie entweder zu Kürzungen der Zuweisungen bei den Risikogruppen führen, aus denen die Versicherten stammen, die Mittel aus dem Risikopool erhalten haben, oder die Gegenfinanzierung erfolgt durch Kürzung der Zuweisungen für alle Versicherten in gleicher Weise⁵⁶, wobei diese Kürzung entweder prozentual oder in Absolutbeträgen ausgestaltet werden kann. Erstere würde dazu führen, dass Versicherte mit höheren Zuweisungsbeträgen absolut höhere Anteile am Risikopoolbudget tragen würden et vice versa. Zweitere würde einen zuweisungshöhenunabhängigen Absolutbetrag je Versicherten kalkulieren.

Für dieses Gutachten werden illustrativ⁵⁷ zwei Risikopoolmodelle gerechnet. Die Gutachter regen an, die unterschiedlichen Typen von Modellen und ihre spezifischen Auswirkungen auf die Unter- und Überdeckungen der Krankenkassen in einem Folgegutachten zu überprüfen. Hierfür muss insbesondere die Verteilung der Hochkostenfälle auf die Krankenkassen bekannt sein und somit muss die Datenbasis für solche Berechnungen eine Vollerhebung der GKV sein.

8.1.4.1 Alters- und Geschlechtsmodell, Risikopool (Modell F1)

Modell F1 stellt den alten Risikopool nach und setzt auf dem Alters- und Geschlechtsmodell (B1, normales KG) auf. Dazu werden die Leistungsausgaben oberhalb eines Schwellenwertes von 18.000 € wie beim früheren Risikopool zu 60 % ausgeglichen. Dieser Schwellenwert wurde gewählt, da er recht genau dem 98 %-Perzentil entspricht, also ca. 2 % der Krankengeldbezieher Leistungsausgaben im Bereich Krankengeld haben, die über 18.000 € liegen. Anschließend werden die individuellen Leistungsausgaben um den Zuweisungsbetrag aus dem Risikopool gekürzt und über eine gewichtete Regression mit Alters- und Geschlechts- und Erwerbsminderungsgruppen (entsprechend der neuen Definition aus dem Evaluationsbericht, KG-AGGn und KG-EMGn, Tabelle 6) als erklärenden Variablen standardisiert. Die Gesamtzuweisung je Mitglied ergibt sich als Summe aus Poolzuweisung und Zuweisung über die Regression.

8.1.4.2 Erweiterung um HMGN, individueller Zahlbetrag, Risikopool (Modell F2)

Modell F2 setzt auf Modell C3 auf (Standardisierung von Krankengeld-Tagen, bei der die erklärenden Variablen um HMGN erweitert werden; Berücksichtigung versichertenindividueller Zahlbeträge bei der Preiskomponente) und ergänzt dieses um einen Risikopool. Entsprechend der Ausführungen im Einleitungsabschnitt zu 8.1.4 erscheint es aufgrund der Einbeziehung von HMGN als Morbiditätsinformationen sinnvoll, diesen Risikopool bei Unterdeckungen anzusetzen. Es wird ein Schwellenwert von 15.000 € Unterdeckung festgesetzt,

⁵⁵ Vgl. Schillo et al. (2016).

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Aufgrund der letztlich politisch zu entscheidenden Parametereinstellungen (etwa zu Schwellenwerten und Erstattungssätzen) verstehen die Gutachter die Berechnungen als illustrativ.

oberhalb dessen die Unterdeckung durch den Risikopool partiell ausgeglichen werden soll. Für Modell F2 wird simuliert, dass ein vorher bestimmtes Budget zur Verfügung steht, welches hier mit 2 % der GKV-weiten Leistungsausgaben für das normale Krankengeld festgesetzt wird. Bei den gegebenen Daten lässt sich daraus ein Erstattungssatz für die oberhalb des Schwellenwertes liegenden Unterdeckungen von 51,25 % errechnen. Die Gegenfinanzierung erfolgt dadurch, dass die Zuweisungen für alle krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten je Tag der Krankengeldanspruchsberechtigung um den Betrag abgesenkt wird, der in Summe 2 % der GKV-weiten Leistungsausgaben für das normale Krankengeld entspricht.⁵⁸

8.1.5 Überblick über die berechneten Modelle

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die berechneten Modelle und weist darauf hin, in welchem Abschnitt des Gutachtens die Ergebnisse dargestellt werden.

Tabelle 7: Modellüberblick

Modell / Modellgruppe	Beschreibung	Ergebnisse in Abschnitt
A	Status Quo Modelle	9.1
A0	Status Quo	
A1	Status Quo, normales KG	
A2	Status Quo, KinderKG	
B	Standardisierung KG-Leistungsausgaben	9.2
B1	Alters- und Geschlechtsmodell	
B2	HMG-Modell	
B3	DxG-Modell	
B4	ICD-Modell	
C	Standardisierung KG-Bezugstage	9.3
C1	Alters- und Geschlechtsmodell, Kassenzahlbetrag	
C2	Alters- und Geschlechtsmodell, ind. Zahlbetrag	
C3	HMG, ind. Zahlbetrag	
C4	DxG, ind. Zahlbetrag	
D	Zweistufige Standardisierung der KG-Bezugstage	9.4
D1	Alters- und Geschlechtsmodell, Kassenzahlbetrag	
D2	Alters- und Geschlechtsmodell, ind. Zahlbetrag	
E	Ereigniszeitanalyse, ind. Zahlbetrag	9.5
F	Risikopool	9.6
F1	Alters- und Geschlechtsmodell (B1), Risikopool	
F2	HMG, ind. Zahlbetrag (C3), Risikopool	

⁵⁸ Konkret sind dies im vorliegenden Datensatz 1,37 Cent je Krankengeldanspruchs-Tag.

8.2 Gütemaße

Die Güte der Modelle wird in diesem Gutachten auf unterschiedlichen Ebenen beurteilt: auf Ebene der Individuen und auf Ebene der Krankenkassen.

8.2.1 Gütemaße auf Individualebene

Als Gütemaße auf Ebene der einzelnen Versicherten werden das adjustierte Bestimmtheitsmaß ($\bar{R}^2$), Cumming's Prediction Measure (CPM) sowie der mittlere absolute Vorhersagefehler (mean absolute prediction error, MAPE) verwendet. Das R^2 ist definiert als:⁵⁹

$$R^2 = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (LA_i - \widehat{LA}_i)^2}{\sum_{i=1}^N (LA_i - \overline{LA})^2}$$

mit:

LA_i	tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i,
$\widehat{LA}_i$	durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben von Individuum i,
$\overline{LA}$	durchschnittliche Leistungsausgaben über alle Versicherten,
$i = 1, \dots, N$	Gesamtzahl aller Versicherten in der Stichprobe.

Da das Bestimmtheitsmaß allein durch die Hinzunahme zusätzlicher erklärender Variablen steigt, wird eine Adjustierung vorgenommen, durch welche diese Schwäche behoben wird. Das adjustierte R^2 berechnet sich wie folgt:⁶⁰

$$\bar{R}^2 = 1 - \frac{N - 1}{N - K} (1 - R^2)$$

mit:

K	Anzahl der erklärenden Variablen,
N	Anzahl der Versicherten.

Das Bestimmtheitsmaß gibt an, wie hoch der Anteil der Varianz der Leistungsausgaben ist, der durch das verwendete Modell erklärt wird und hat einen Wertebereich von 0 %, wenn das Modell überhaupt keinen Erklärungsbeitrag liefert, bis 100 %, wenn das Modell die Varianz der Leistungsausgaben perfekt erklären kann. Je höher das Bestimmtheitsmaß ist, desto besser ist folglich das Modell.

Das Bestimmtheitsmaß besitzt allerdings eine Eigenschaft, die teilweise kritisch gesehen wird: es basiert auf einer Quadrierung der Differenzen der tatsächlichen Leistungsausgaben vom Schätzwert bzw. vom Mittelwert. Dadurch reagiert es besonders sensibel auf Ausreißer.⁶¹

⁵⁹ Vgl. Cumming et al. (2002).

⁶⁰ Vgl. Assenmacher (2002), S. 124. Im Folgenden wird zur Vereinfachung das adjustierte R^2 nur mit R^2 (ohne den Zusatz, dass es adjustiert ist) bezeichnet.

⁶¹ Vgl. bspw. Beck (2011) S. 44f., Cumming et al. (2002), Schäfer (2011).

Das von Cumming et al. entwickelte CPM vermeidet diese Anfälligkeit und verwendet nicht die quadrierten Abweichungen, sondern die absoluten Abweichungen der Zuweisungen von den Leistungsausgaben.⁶²

$$\text{CPM} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \widehat{LA}_i|)}{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \overline{LA}|)}$$

Je höher der Wert des CPM ist, desto besser ist die Vorhersagekraft des Modells.

Der mittlere absolute Vorhersagefehler, der als durchschnittliche Fehlzurweisung je Versicherten zu interpretieren ist, ist definiert als:

$$\text{MAPE} = \frac{\sum_{i=1}^N |LA_i - \widehat{LA}_i|}{N}$$

Im Gegensatz zum Bestimmtheitsmaße und CPM ist beim MAPE das Modell zu bevorzugen, das den geringsten Wert und somit also die geringste durchschnittliche Fehlzurweisung erreicht.

8.2.2 Gütemaße auf Krankenkassenebene

Zur Bestimmung der Güte der Modelle auf Ebene der Krankenkassen wird die Deckungsquote der einzelnen Krankenkassen DQ_K herangezogen. Diese ist definiert als:

$$DQ_K = \frac{\sum_{j=1}^M \widehat{LA}_j}{\sum_{j=1}^M LA_j}$$

mit:

K Krankenkasse K.

j = 1, ..., M Versicherte der Krankenkasse K.

Es werden jeweils das Minimum, das Maximum und der einfache Mittelwert ausgewiesen. Die Deckungsquote insgesamt über alle Versicherte ist natürlich 100 %, da die Modelle alle summentreu sind. Ein einfacher Mittelwert über die Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen vernachlässigt die unterschiedlichen Kassengrößen und gibt jeder Krankenkasse dasselbe Gewicht. Aus diesem Grund wurde weiterhin ein gewichteter Mittelwert der Deckungsquoten berechnet, der sich allerdings nicht auf die Leistungsausgaben bezieht, sondern auf die Krankengeldanspruchsjahre je Krankenkasse. Dieser gewichtete Mittelwert der Deckungsquoten wurde wie folgt definiert:

⁶² Vgl. Cumming et al. (2002).

$$\text{gew. DQ} = \frac{DQ_K * \frac{1}{365} \sum_{j=1}^M VTKG_K}{\frac{1}{365} \sum_{i=1}^N VTKG}$$

Im Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirates wurde weiterhin der mittlere absolute Prognosefehler auf Kassenebene verwendet, der dort folgendermaßen definiert wurde:⁶³

$$\text{MAPE (abs.)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{VTKG_K/365} \right|$$

mit:

$VTKG_K$ Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Krankenkasse K.

Für jede Krankenkasse wird die gesamte Fehldeckung ins Verhältnis zu den Krankengeldanspruchsjahren der Krankenkasse gesetzt, was den mittleren Prognosefehler je Krankengeldanspruchsjahr an der Kasse angibt und dann wird über alle Krankenkassen der Mittelwert gebildet.

Der relative mittlere Vorhersagefehler (MAPE(%)) wurde im Evaluationsbericht wie folgt definiert:

$$\text{MAPE (\%)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{LA_K} \right|$$

Dies ist der Mittelwert über die Fehldeckung je Krankenkassen im Verhältnis zu ihren Leistungsausgaben.

Je niedriger die MAPE-Werte sind, umso geringer sind die Fehlallokationen auf Kassenebene.

Allerdings ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass diese Gütemaße durch die einfache Mittelwertbildung über die Krankenkassen ein verzerrtes Bild wiedergeben: Da die unterschiedlichen Kassengrößen nicht berücksichtigt werden, ist der Einfluss einer sehr großen Krankenkasse auf MAPE (abs.) und MAPE(%) genauso groß wie der Einfluss einer sehr kleinen Krankenkasse. Es erscheint durchaus sinnvoll Maßzahlen anzugeben, die auch die Kassengröße in die Analyse einbeziehen, weshalb in diesem Gutachten zwei weitere Maßzahlen berechnet werden, die in Anlehnung an die Namensgebung im Evaluationsbericht gewichteter absoluter MAPE (gew. MAPE (abs.)) und gewichteter relativer MAPE (gew. MAPE (%)) genannt und wie folgt berechnet werden:

$$\text{gew. MAPE (abs.)} = \frac{\sum_K |LA_K - \widehat{LA}_K|}{\sum_K VTKG_K/365}$$

und

⁶³ Vgl. Drösler et al. (2011).

$$\text{gew. MAPE (\%)} = \frac{\sum_K |LA_K - \widehat{LA}_K|}{\sum_K LA_K}$$

Auch für diese beiden Maße gilt, dass ein niedrigerer Wert eine bessere Anpassung durch das Modell darstellt. Anders als im Evaluationsbericht des Beirats kommt bei diesen beiden Maßen dem Einzel-MAPE einer Krankenkasse für das Gesamt-MAPE über die Stichprobe eine umso größere Rolle zu, je größer die Krankenkasse ist. Liegen die gewichteten Gütemaße unter den ungewichteten Gütemaßen, so bedeutet dies, dass die kleineren Krankenkassen größere Abweichungen als die größeren Krankenkassen aufweisen, da deren Einfluss durch die Gewichtung geringer wird.

9 Empirische Ergebnisse

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse der Berechnungen vorgestellt.

9.1 Modellgruppe A: Status Quo

Im bereinigten Datensatz führt das Status Quo Modell⁶⁴, berechnet nach den Vorgaben des BVA, zu den in Tabelle 8 aufgeführten Ergebnissen.

Tabelle 8: Ergebnisse Modellgruppe A: Status Quo

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
A1 SQ normalesKG	65,47%	147,39%	96,18%	103,00%	44,92	16,01%	33,12	13,24%	2,11%	2,59%	421,22
A2 SQ KinderKG	61,56%	205,16%	118,17%	115,71%	1,81	33,77%	1,84	24,79%	2,56%	5,35%	12,49

Insgesamt ist die Modellgüte sehr niedrig. Das Status Quo Modell erreicht auf versicherten-individueller Ebene lediglich ein R² von 2,07 %. Das CPM beträgt nur 2,14 %. Die minimale Deckungsquote liegt bei 66 %, die maximale bei 142 %, mit einem ungewichteten Mittelwert von 96 %.

Es fällt auf, dass diese Werte deutlich niedriger ausfallen, als die im Evaluationsbericht angegebenen Werte.⁶⁵ Dort wurde für das Status Quo Modell ein R² von 4,75 % auf versicherten-individueller Ebene erreicht und ein CPM von 4,94 %. Da diese starke Abweichung unerwartet war, wurden zur Plausibilisierung das R² und das CPM auf den Daten des BVA für das Jahr 2013 mit den vom BVA veröffentlichten pro Tag-Werten für die Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen neu berechnet. Es ergaben sich ein R² von 3,76 % und ein CPM von 3,61 %. Diese Werte liegen zwar deutlich unter den im Evaluationsbericht berichteten, allerdings auch deutlich über den auf dem Datensatz des Lehrstuhls berechneten Werten.

Zur weiteren Plausibilisierung wurde das gesamte Status Quo Modell auf den Daten des BVA nur von den Krankenkassen neu berechnet, die auch Daten zur Datenbasis am Lehrstuhl für Medizinmanagement beigesteuert haben. Das bedeutet, dass für diese Berechnung die Zuweisungen nicht über die vom BVA veröffentlichten pro Tag Werte berechnet wurden, sondern dass auch die Zuweisungen, wie auf dem Datensatz am Lehrstuhl, durch Summierung der Leistungsausgaben je Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppe und Division durch die

⁶⁴ Die Modellgruppe ist in Abschnitt 8.1.1. beschrieben worden.

⁶⁵ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 201.

Summe der Krankengeldanspruchstage, neu berechnet wurden. Der Unterschied zwischen den Daten des BVA und den Daten des Lehrstuhls liegt darin, dass die Datenbasis beim BVA die offiziellen Satzartmeldungen der Satzarten 100 und 700 waren, wohingegen die Datenbasis am Lehrstuhl aus den Lieferungen der Satzarten 100 und 700 für dieses Gutachten besteht, die dann aber noch im Rahmen der Datenaufbereitung bereinigt wurde (vgl. Abschnitt 7.4). Diese Berechnung führt zu einem R^2 von 3,76 % und einem CPM von 4,06 %. Daraus folgt, dass die Verringerung der Gütemaße auf den Ausschluss der rd. 1,8 Mio. Versicherten zurückzuführen ist, für die die über die RSA-Satzarten hinausgehenden Datenanforderungen zu fehlenden oder unplausiblen Daten führten (vgl. Abschnitt 7.4.1), so dass mit ihnen die erweiterten Modelle nicht berechenbar waren. Dies sollte allerdings keine Auswirkungen auf die Rangfolge der Modelle haben und insofern nicht die Aussagen des Gutachtens beeinträchtigen. Inwiefern die Höhe der Gütemaße auf Daten der Gesamt-GKV bestätigt werden kann, muss hingegen offenbleiben und Gegenstand des beabsichtigten Folgegutachtens sein.

Die Gutachter haben – wie beschrieben – das Status Quo Modell auch getrennt für „normales“ Krankengeld und „Kinderkrankengeld“ berechnet (siehe Modelle A1 und A2, Tabelle 8). Die Tabelle spiegelt in erster Linie das deutlich geringere Ausgabenniveau für das Kinderkrankengeld wider, was sich an den verschiedenen MAPE-Werten ablesen lässt. Die Ergebnisse können als Vergleich dienen, wenn andere Modelle für diese beiden Anspruchsarten getrennt gerechnet werden.

9.2 Modellgruppe B: Standardisierung der KG-Leistungsausgaben

Wie oben beschrieben (vgl. Abschnitt 8.1.2.1) steigt Modell B1 von den im RSA aktuell beim Krankengeld verwendeten Alters- und Geschlechtsgruppen auf die im Evaluationsbericht vorgeschlagenen Alters- und Geschlechtsgruppen um. Die folgenden Modelle B2 bis B4 erweitern dann dieses Modell um verschiedene Morbiditätskomponenten und Informationen aus den erweiterten Versichertenstammdaten. Die folgende Tabelle 9 weist die Ergebnisse aus.

Tabelle 9: Ergebnisse Modellgruppe B: Standardisierung der KG-Leistungsausgaben

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
B1 KGgesamt	66,06%	142,20%	96,25%	102,79%	43,64	15,15%	32,99	12,81%	2,53%	2,54%	425,46
B1 normalesKG	65,77%	147,20%	96,23%	102,96%	44,12	15,77%	32,88	13,15%	2,57%	3,00%	419,46
B1 KinderKG	61,95%	205,46%	118,30%	115,85%	1,81	33,84%	1,86	25,00%	2,42%	5,07%	12,53
B2 KGgesamt (HMGn)	70,94%	133,20%	95,96%	102,33%	39,44	13,68%	29,08	11,29%	12,73%	13,51%	377,58
B2 normalesKG (HMGn)	70,77%	137,64%	95,89%	102,45%	39,51	14,08%	28,32	11,33%	12,79%	14,75%	368,64
B2 normalesKG (HMGn+DMP)	70,76%	137,49%	95,90%	102,44%	39,41	14,04%	28,25	11,30%	12,79%	14,73%	368,74
B2 normalesKG (HMGn+Alg-I)	69,83%	142,96%	96,17%	102,51%	40,44	14,58%	29,43	11,77%	12,83%	14,69%	368,91
B2 normalesKG (HMG+Tätigkeitsschlüssel)	72,14%	133,14%	96,79%	102,27%	37,16	13,15%	26,32	10,52%	12,88%	12,44%	378,63
B3 KGgesamt (DxGn)	50,44%	132,80%	97,79%	103,73%	43,36	17,65%	56,94	22,77%	12,79%	12,98%	379,91
B3 normalesKG (DxGn)	47,15%	128,81%	94,91%	100,64%	43,91	17,69%	54,76	21,90%	12,85%	14,12%	371,37
B3 normalesKG (DxGn+DMP)	48,05%	128,41%	94,94%	100,67%	43,38	17,41%	53,77	21,50%	12,86%	14,13%	371,34
B3 normalesKG (DxGn+Alg-I)	48,68%	128,46%	95,25%	100,71%	41,59	16,67%	51,95	20,78%	12,92%	14,13%	371,34
B3 normalesKG (DxGn+Tätigkeitsschlüssel)	46,38%	122,95%	99,64%	100,54%	41,72	15,83%	41,51	16,60%	13,00%	12,00%	380,54
B4 normalesKG (ICDs)	58,18%	129,79%	95,95%	102,14%	37,42	13,44%	25,33	10,13%	16,64%	2,75%	420,54

Die Berechnungen bestätigen zunächst im Wesentlichen die Ergebnisse des Evaluationsberichtes des wissenschaftlichen Beirats.⁶⁶ Der Umstieg auf die im Evaluationsgutachten zu Grunde gelegten Alters- und Geschlechtsgruppen erreicht eine leichte Verbesserung der Gütemaße sowohl auf der versichertenindividuellen wie auch auf der Kassenebene.

Auf der Versichertenebene lassen sich durch Hinzufügen von Morbiditätsinformationen (Modelle B2, B3, B4) die Performance-Maße hinsichtlich aller Güte-Kriterien (R^2 , CPM, MAPE) erheblich gegenüber dem Status Quo steigern. Es wird durchweg ein zweistelliges R^2 und CPM erreicht und das MAPE auf der Versichertenebene sinkt in etwa um 50 € gegenüber dem Status Quo. So beträgt das R^2 bei dem Modell für das normale Krankengeld mit den HMGN als zusätzlicher Morbiditätsinformation (Modell B2 normalesKG (HMGN)) 12,79 %, das CPM liegt bei 14,75 % und das MAPE rd. 369 €. Das mit den DxGN arbeitende Modell kommt beim normalen Krankengeld (Modell B3 normalesKG (DxGN)) auf ein R^2 von 12,85 %, ein CPM von 14,12 % und ein MAPE auf der Versichertenebene von rd. 371 €. Die feiner gegliederten DxGN erreichen eine leicht bessere Schätzung von Ausreißern als die aggregierten und hierarchisierten HMGN (das R^2 verbessert sich), wohingegen sich das nicht ausreißersensitive CPM verschlechtert. Das die ICD-3-Steller als Morbiditätsinformationen verwendende Modell B4 erreicht gegenüber dem Status quo die größte Verbesserung beim R^2 , schneidet aber hinsichtlich des CPM und des MAPE nur geringfügig besser als der Status quo ab und bleibt bei diesen Kriterien deutlich hinter den Modellen B2 und B3 zurück. Die Erfassung der Morbidität über die ICDs erreicht offenbar eine recht gute Erfassung einiger sehr teurer Fälle, in der Breite ist die Schätzung hingegen nicht gut.

Die relative Performance der verschiedenen Modellspezifikationen untereinander hinsichtlich der drei Güte-Kriterien auf der Versichertenebene ist dabei nicht einheitlich zwischen den verschiedenen Varianten der Hinzufügung von Morbiditätsinformationen. Die von den Gutachtern neu entwickelten Modelle, bei denen der DMP-Status bzw. das Merkmal „Bezug von Alg-I“ bzw. der Tätigkeitsschlüssel hinzugefügt wurden, führen jeweils bei einzelnen Gütekriterien zu einer – geringfügigen – Verbesserung der Modellgüte auf der Individualebene gegenüber den übrigen Modellen dieser Modellgruppe, jedoch nicht durchgängig.

Auf der Kassenebene ermöglichen die mit diesem Gutachten neu eingeführten Gütekriterien des gewichteten absoluten Kassen-MAPE und des gewichteten relativen Kassen-MAPE eine differenziertere Analyse als das Evaluationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats. Die Modellperformance bei der Verwendung von HMGN ist auf Kassenebene in der Modellgruppe B deutlich besser als bei der Verwendung von DxGN als Morbiditätsinformationen, was auf die positiven Wirkungen der Hierarchisierung zurückzuführen ist. So beträgt das ungewichtete absolute Kassen-MAPE bei Verwendung von HMGN beim normalen Krankengeld 39,51 € (Modell B2 normalesKG (HMGN)) und das gewichtete absolute Kassen-MAPE liegt mit 28,32 € noch einmal deutlich darunter; auch beträgt die Spannbreite der Deckungsquoten nur noch 67 %. Demgegenüber beträgt das ungewichtete absolute Kassen-MAPE bei

⁶⁶ Vgl. Drösler et al. (2011), S. 201 ff.

Verwendung von DxGn rd. 44 € (Modell B3 normalesKG (DxGn)) und beim gewichteten Kassen-MAPE schnellst der Betrag auf rd. 55 € hoch; auch liegt die Spannbreite der Deckungsquoten hier bei 82 %; die Performance des DxG-Modelles auf Kassenebene ist somit auf der hier verwendeten Datenbasis keinesfalls besser als im Status Quo.

9.3 Modellgruppe C: Standardisierung der KG-Bezugstage

Wie oben beschrieben (vgl. Abschnitt 8.1.2.2) werden in den Modellen der Modellgruppe C die Krankengeldbezugstage standardisiert und diese standardisierten Tage mit den kassen-spezifischen bzw. versichertenindividuellen Zahlungsbeträgen je Bezugstag multipliziert. Die Ergebnisse sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Ergebnisse Modellgruppe C: Standardisierung der KG-Bezugstage

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
C1 KGgesamt (Kassenzahlungsbetrag)	69,29%	127,14%	98,00%	102,91%	45,97	15,50%	37,86	14,70%	2,36%	2,51%	425,58
C1 normalesKG (Kassenzahlungsbetrag)	68,91%	127,80%	97,84%	103,06%	45,47	15,68%	36,82	14,72%	2,41%	2,89%	419,92
C2 normalesKG (ind. ZB)	67,89%	131,94%	97,57%	103,02%	44,84	15,32%	37,02	14,80%	3,37%	2,88%	419,99
C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB)	71,54%	123,98%	96,86%	102,45%	40,79	14,07%	33,28	13,31%	14,87%	15,48%	365,51
C4 normalesKG (DxGn, ind. ZB)	43,48%	138,38%	96,63%	101,05%	58,12	23,58%	64,36	25,74%	14,75%	14,29%	370,66

Soweit bei diesen Modellen die aktuellen Alters- und Geschlechtsgruppen (KG-AGG und KG-EMG) verwendet werden (also Modelle C1 und C2), sind die Modelle auf der versichertenindividuellen Ebene hinsichtlich aller drei Gütekriterien etwas besser als der Status Quo. Allerdings schneiden sie auf der Kassenebene etwas schlechter ab als im Status Quo; dies gilt sowohl für das ungewichtete als auch das gewichtete Kassen-MAPE.

Wird hingegen die Krankengeldbezugsdauer über HMGn standardisiert und die standardisierten Tage mit den versichertenindividuellen Zahlungsbeträgen multipliziert (Modell C3), ergibt sich von allen Modellen mit einem R² von 14,87 % (ggü. 2,11 % im Status Quo), einem CPM von 15,48 % (ggü. 2,59 % im Status Quo) und einem MAPE von rd. 366 € (ggü. rd. 421 € im Status Quo) das beste der in diesem Gutachten untersuchten Modelle auf der versichertenindividuellen Ebene für das normale Krankengeld. Auch auf der Kassenebene schneidet dieses Modell gut ab: Das ungewichtete absolute Kassen-MAPE ist mit rd. 41 € deutlich besser als das des Status Quo (rd. 45 €), das gewichtete absolute Kassen-MAPE liegt mit rd. 33 € auf dem Niveau des Status Quo und die Spannbreite der Deckungsquoten ist mit 52 % erheblich besser als im Status Quo (82 %).

Wird die Krankengeldbezugsdauer über DxGn standardisiert und die standardisierten Tage mit den versichertenindividuellen Zahlbeträgen multipliziert (Modell C4), ergibt sich zwar ein sehr gutes Abschneiden auf der versichertenindividuellen Ebene: Die Werte für R^2 (14,75 %), CPM (14,29 %) und MAPE (rd. 371 €) sind durchaus annähernd vergleichbar mit denen des zuvor beschriebenen, die HMGN verwendenden Modell C3. Dies gilt aber nicht für die Kassenebene: Das ungewichtete MAPE auf der Kassenebene steigt sehr deutlich gegenüber allen anderen bisher präsentierten Modellen an und liegt bei rd. 58 €, das gewichtete Kassen-MAPE liegt mit rd. 64 € sogar noch etwas schlechter; auch die Spannweite der Deckungsquoten ist mit rd. 95 % größer als bei allen anderen Modellen. Das Modell stellt daher auf der Kassenebene eindeutig eine Verschlechterung gegenüber dem Status Quo dar und kann daher trotz guter Performance auf der Versichertenenebene nicht empfohlen werden.

9.4 Modellgruppe D: Zweistufige Standardisierung der KG-Bezugszeiten

Wie oben beschrieben (vgl. Abschnitt 8.1.2.3) wird in den zweistufigen Modellen der Modellgruppe D zunächst die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezuges geschätzt und in einer zweiten Stufe dann die Bezugsdauer. Die Zuweisungen ergeben sich anschließend aus Multiplikation von Eintrittswahrscheinlichkeit, standardisierten Bezugszeiten und einem Zahlbetrag.

Die folgende Tabelle 11 weist die Ergebnisse aus. Bei den beiden hier durchgerechneten Modellen D1 (gerechnet sowohl für das gesamte Krankengeld als auch das normale Krankengeld), bei denen jeweils die KG-AGGN, KG-EMGN und die kassenspezifischen Zahlbeträge verwendet werden, ergeben sich keine Verbesserungen gegenüber dem Status Quo. Hinsichtlich der versichertenindividuellen Gütemaße liegen die Modelle leicht besser als der Status Quo, hinsichtlich der Maße auf der Kassenebene hingegen etwas schlechter. Werden anstelle der kassendurchschnittlichen Zahlbeträge die versichertenindividuellen Zahlbeträge verwendet (Modell D2), so ergibt sich zwar ein leicht besseres R^2 , das CPM verschlechtert sich allerdings im Vergleich zu Modell D1 für normales Krankengeld. Auch die Kennzahlen auf Kassenebene verschlechtern sich, weshalb dieses Modell nicht weiter verfolgt wurde.

Tabelle 11: Ergebnisse Modellgruppe D: Zweistufige Standardisierung KG-Bezugszeiten

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R^2	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
D1 KGgesamt (Kassenzahlbetrag)	69,33%	127,70%	98,04%	102,92%	46,31	15,61%	38,00	14,76%	2,33%	2,57%	425,34
D1 normalesKG (Kassenzahlbetrag)	68,75%	127,66%	97,59%	102,76%	45,81	15,75%	36,89	14,75%	2,39%	2,95%	419,69
D2 normalesKG (ind. ZB)	67,68%	132,18%	97,64%	103,03%	45,24	15,46%	37,10	14,84%	3,30%	2,79%	420,39

9.5 Modellgruppe E: Ereigniszeitanalyse

In Modell E wird auf die Ereigniszeitanalyse zurückgegriffen (vgl. Abschnitt 8.1.3). Nachdem zunächst mit einer logistischen Regression die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Krankengeldbezug geschätzt wird, wird die Bezugsdauer im zweiten Schritt über eine Ereigniszeitanalyse geschätzt und der Zuweisungsbetrag als Produkt der Eintrittswahrscheinlichkeit aus dem Logit-Modell mit der geschätzten Bezugsdauer aus der Ereigniszeitanalyse und einem Zahlungsbetrag errechnet. Dabei flossen die Alters- und Geschlechtsgruppen des Evaluationsberichtes ein (KG-AGG und KG-EMG).

Die Ergebnisse der Ereigniszeitanalyse zeigt die folgende Tabelle 12. Das Modell ist auf der versichertenindividuellen Ebene leicht besser als der Status Quo, allerdings deutlich schlechter, als die Modelle, die Morbiditätsinformationen verwenden. Auf der Kassenebene ergibt sich ein gemischtes Bild: Das ungewichtete absolute Kassen-MAPE sinkt mit rd. 39 € spürbar gegenüber dem Status Quo (rd. 45 €), auch verringert sich die Spannbreite der Deckungsquoten auf rd. 55 % (gegenüber rd. 82 % im Status Quo). Demgegenüber ist das gewichtete Kassen-MAPE mit rd. 35 € zwar geringer (also besser) als das ungewichtete Kassen-MAPE, liegt aber oberhalb des gewichteten Kassen-MAPEs im Status Quo (rd. 33 €).

Insgesamt lässt sich somit nicht ableiten, dass eine Verwendung der nicht-parametrischen Ereigniszeitanalyse der linearen Regression in diesem Fall vorzuziehen wäre. Dies ist gegebenenfalls darauf zurückzuführen, dass bei der hier vorliegenden Anwendung eine Adjustierung der Schätzung auf die tatsächliche Summe der Leistungsausgaben für Krankengeld vorgenommen werden muss. Insgesamt müssen alle Modelle die Summentreue sicherstellen. Auch beim Modell der Ereigniszeitanalyse muss somit am Schluss eine Adjustierung an die tatsächlichen Leistungsausgaben über einen Korrekturfaktor vorgenommen werden. Dies entspricht nicht der Vorgehensweise bei einer Verwendung des Verfahrens bspw. zur Schätzung von Überlebenszeiten von Patienten mit einer bestimmten Erkrankung. In einem solchen Anwendungsfall gibt es keine Endanpassung an eine in der Grundgesamtheit tatsächlich erhobene „Gesamtüberlebensdauer“.

Tabelle 12: Ergebnisse Modell E: Ereigniszeitanalyse

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
	Min	Max	MW	gew. MW	Kassenebene				Versichertenenebene		
					MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
E normalesKG (ind. ZB)	71,25%	126,57%	96,41%	102,42%	38,99	13,10%	35,27	13,70%	2,41%	3,55%	421,04

9.6 Modellgruppe F: Risikopool

Wie oben beschrieben (vgl. Abschnitt 8.1.4) führt Modellgruppe F einen Risikopool ein, wobei Modell F1 auf dem Alters- und Geschlechtsmodell (B1) aufsetzt, Modell F2 hingegen zu-

vor eine Standardisierung der Krankengeldbezugstage unter Verwendung von HMGn vornimmt und versichertenindividuelle Zahlbeträgen für die Preiskomponente verwendet (Modell C3) und erst daran einen Risikopool anschließt. Die folgende Tabelle 13 weist die Ergebnisse aus. In Modell F1 werden im Risikopool 60 % der Leistungsausgaben oberhalb eines Schwellenwertes von 18.000 € über den Risikopool ausgeglichen; die restlichen Leistungsausgaben werden über eine gewichtete Regression standardisiert. In Modell F2 wird für den Risikopool ein Schwellenwert von 15.000 € für die Unterdeckung festgesetzt, darüber liegende Unterdeckungen werden bei einem vorgegebenen Budget von 2 % der normalen Krankengeldausgaben zu 51,25 % durch den Risikopool ausgeglichen, der durch eine für alle krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten gleiche Kürzung der Zuweisungen je Tag der Krankengeldanspruchsberechtigung gegenfinanziert wird.

Die Ergebnisse der beiden Modelle sind Tabelle 13 zu entnehmen; zum Vergleich sind neben dem Status quo auch die beiden Modelle B1 und C3, die dem Risikopool vorgeschaltet sind, aufgeführt. Dabei ist anzumerken, dass die Ergebnisse der beiden Risikopoolmodelle nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, da es sich wie oben beschrieben, um zwei unterschiedliche Konstruktionen eines Risikopools handelt.

Tabelle 13: Ergebnisse Modellgruppe F: Risikopool

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A1 SQ normalesKG	65,47%	147,39%	96,18%	103,00%	44,92	16,01%	33,12	13,24%	2,11%	2,59%	421,22
B1 normalesKG	65,77%	147,20%	96,23%	102,96%	44,12	15,77%	32,88	13,15%	2,57%	3,00%	419,46
F1: B1 +Risikopool	67,89%	139,79%	96,41%	102,70%	41,87	14,53%	31,91	12,39%	12,28%	4,56%	416,65
C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB)	71,54%	123,98%	96,86%	102,45%	40,79	14,07%	33,28	13,31%	14,87%	15,48%	365,51
F2: C3 + Risikopool	71,75%	123,92%	97,07%	102,34%	39,74	13,82%	32,72	13,08%	23,23%	18,61%	346,90

Bei Modell F1 verbessern sich sowohl gegenüber dem Status Quo Modell A1 als auch gegenüber B1 die Gütemaße auf Versichertenebene deutlich: Das R² steigt von 2,11 % im Status Quo und 2,57 % bei B1 auf 12,28 % im Modell mit Risikopool an. Auch das CPM verbessert sich, allerdings nicht annähernd so stark wie das R², nämlich von 2,59 % bei A1 und 3,00 % bei B1 auf 4,56 %, was folgerichtig ist, da der Risikopool explizit dafür konzipiert ist Ausreißer besser auszugleichen. Der MAPE sinkt dementsprechend auch nur von 421,22 € in A1 und 419,46 € in B1 auf 416,65 €. In Bezug auf das R² erreicht ein einfaches Modell mit Risikopool wie F1, in das nur KG-AGGn und KG-EMGn einfließen, die Güte eines detaillierten Modells mit Morbiditätsinformationen (z. B. des HMG Modells, das zu einem R² von 12,73 % führt, vgl. Tabelle 9). An die guten CPM-Werte dieser Modelle reicht es allerdings nicht annähernd heran.

Vergleicht man die Deckungsquoten der Kassen, die mit Modell F1 erreicht werden, mit dem Status Quo A1 und mit Modell B1, so zeigt sich eine leichte Verbesserung. Aber auch hier erreicht der Risikopool nicht die guten Verbesserungen, die sich bspw. durch Modell C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB) erreichen lassen. Letzteres Modell (vgl. Tabelle 10) hebt die minimale Deckungsquote auf 71,54 % an und senkt die maximale Deckungsquote auf 131,94 % ab, wohingegen das Modell mit Risikopool hier lediglich 67,89 % respektive 139,79 % erreicht.

Der hinter Modell C3 geschaltete Risikopool des Modells F2 ist auf der Ebene der versichertenindividuellen Gütemaße deutlich besser als der Status quo A1. Im Vergleich zu Modell C3 ist das R^2 mit 23,23 % gegenüber 14,87 % deutlich besser, auch das CPM verbessert sich, allerdings nicht so deutlich, wie bei einem Risikopool auch nicht anders zu erwarten. Es steigt von 15,48 % auf 18,61 % und das MAPE sinkt von 365,51 € auf 346,90 € ab. Auf der Kassenebene zeigen sich sowohl in Bezug auf das MAPE als auch in Bezug auf die Deckungsquoten kaum Veränderungen gegenüber dem Modell C3.

Für beide hier gerechnete Modelle eines Risikopools ist zu berücksichtigen, dass sehr kleine Kassen, die auf der BVA-Datenbasis erhebliche Unterdeckungen im Leistungsbereich Krankengeld aufweisen und bei denen mit einem Risikopool die Unterdeckungen abgebaut würden, im vorliegenden Forschungsdatensatz der Gutachter kaum vertreten sind.

10 Limitationen

Die hier vorgelegten empirischen Ergebnisse unterliegen einigen Limitationen.

So haben vor allem mittelgroße bis große Kassen Daten für die Bearbeitung dieses Gutachtens zur Verfügung gestellt. Wie sich in den deskriptiven Analysen auf den Daten des BVA gezeigt hat, sind es allerdings insbesondere die kleinen und ganz kleinen Krankenkassen, die starke Unterdeckungen oder Überdeckungen im Bereich Krankengeld aufweisen. Aussagen zur Auswirkung der vorgestellten Modelle auf diese Krankenkassen können nicht getroffen werden. Die Folgen, die sich für die Gütemaße durch die Hinzunahme dieser Krankenkassen ergeben, können insofern eingeschätzt werden, als sie auf Grund der geringen Zahl der Mitglieder dieser Krankenkassen kaum eine Veränderung der versichertenindividuellen Gütemaße bewirken können. Auch die gewichteten Maße auf Kassenebene werden sich eben durch die Gewichtung mit der Mitgliederzahl bzw. den kassenspezifischen Leistungsausgaben voraussichtlich nicht stark verändern. Lediglich die Spannweite der Deckungsquote sowie die ungewichteten Kassenmaße könnten sich spürbar verändern.

Insbesondere die Qualität der erweiterten Versichertenstammdaten führt zu Einschränkungen der Aussagekraft der Modelle. So mussten vor allem über den Tätigkeitsschlüssel und die Angaben zu den bpE mehrere Bereinigungsschritte vorgenommen werden, die zum Ausschluss etlicher Mitglieder geführt haben. Ob die hierüber ausgeschlossenen Mitglieder sich systematisch von den im Datensatz verbliebenen unterscheiden, konnte nicht festgestellt werden.

11 Verbesserung der Datenbasis

An dieser Stelle werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Datenlage für folgende Untersuchungen verbessert werden kann.

11.1 Branchenkennzeichen

Die Vermutung der Gutachter, dass die Branche, in der ein Mitglied beschäftigt ist, einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Bezugsdauer von Krankengeld hat, wurde im Rahmen der Experteninterviews bestätigt. Aus diesem Grund wurde das Branchenkennzeichen bei den Krankenkassen für die erweiterten Versichertenstammdaten angefragt. Da dieses Kennzeichen von mehreren Krankenkassen nicht zugesagt wurde, wurde es allerdings aus der Datenanforderung herausgenommen. Wären Modelle unter Hinzunahme des Branchenkennzeichens nur auf einem Teildatensatz berechnet worden, so wäre eine Vergleichbarkeit mit den Modellen, die auf dem Gesamtdatensatz berechnet wurden, nicht möglich gewesen. Die Aussagekraft dieser Modelle wäre sehr beschränkt gewesen, weshalb auf die Lieferung der Daten und die Berechnung solcher Modelle verzichtet wurde.

Es wäre für künftige Untersuchungen allerdings sinnvoll, diese Variable aufzunehmen.

11.2 Tätigkeitsschlüssel

Die Modelle, die den Tätigkeitsschlüssel als erklärende Variable verwenden, erreichen keine eindeutig besseren Ergebnisse als Modelle ohne Verwendung dieser Variablen (vgl. Tabelle 9, das R^2 steigt, aber das CPM sinkt). Zwar haben auch die Experten die Ansicht bestätigt, dass die Tätigkeit des Mitglieds einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und Dauer eines Krankengeldbezuges hat, allerdings wurde von den Experten ebenfalls die Ansicht geäußert, dass der Tätigkeitsschlüssel aktuell nicht hinreichend valide ist, um in einem Ausgleichsverfahren verwendet zu werden. Weiterhin wurde die Kodierung des Tätigkeitsschlüssels zum 1.12.2011 gewechselt und die beiden Kodierungen sind nicht eins zu eins ineinander überführbar. Dieses Problem wird auch weiterhin bestehen und erst behoben sein, wenn keine alten Tätigkeitsschlüssel mehr gemeldet werden, was voraussichtlich noch mehrere Jahre dauern wird.

Hinzu kommt, dass der gemeldete Tätigkeitsschlüssel bislang keinerlei Relevanz besitzt und die Arbeitgeber keinen Anreiz haben, Wert auf eine saubere Meldung zu legen, so dass bereits bei der Erstlieferung bei Beschäftigungsaufnahme häufig keine hinreichend differenzierten Informationen geliefert werden. Besonders beim Wechsel der Tätigkeit innerhalb der Organisation eines Arbeitgebers würden Veränderungen nicht auch im Tätigkeitsschlüssel nachvollzogen, so die Experten. Ferner fehlt jegliche Möglichkeit (sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch der Aufsichtsbehörden) systematisch die gemeldeten Schlüssel zu überprüfen. Aus diesem Gründen sollte vor einer künftigen Verwendung des Tätigkeits-

schlüssels für den Morbi-RSA eingehend geprüft werden, ob aus dem Tätigkeitsschlüssel überhaupt belastbare Informationen gewonnen werden können bzw. ob er zu einem belastbaren Instrument ausgebaut werden kann.

11.3 Entgeltfortzahlung

Die Dauer der Entgeltfortzahlung hat Einfluss auf die Dauer des Krankengeldbezuges. Abgesehen von Versicherten, die gänzlich keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben, wie den Heimarbeitern, liegen den Krankenkassen über die Routinedaten keine Informationen über tarifvertragliche oder außertarifliche Vereinbarungen zu einer von dem gesetzlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung abweichenden Regelung vor.

Fraglich war, ob auf einem anderen Weg als über Routinedaten der Krankenkassen Informationen gewonnen werden können, die zur Schätzung der Krankengeldbezugsdauer herangezogen werden können.

Eine Recherche in frei verfügbaren Tarifverträgen bzw. Rahmentarifverträgen ergab, dass häufig lediglich der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung gewährt wird (vgl. bspw. den Bundesrahmentarif für das Baugewerbe (BRTV), den Bundesrahmentarifvertrag der Apothekenmitarbeiter etc.)⁶⁷.

Einige wenige Tarifverträge sehen hingegen Regelungen vor, die über die gesetzlichen Vorgaben zur Entgeltfortzahlung hinausgehen. Allerdings beinhalten diese tarifvertraglichen Regelungen in den meisten Fällen nur eine Zuzahlung des Arbeitgebers zu dem von der Krankenkasse gezahlten Krankengeldbetrag (vgl. bspw. § 22 Abs. 2 Satz 1 Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst oder auch § 22 Abs. 2 Satz 1 Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder, Tarifvertrag für das private Bankgewerbe und die öffentlichen Banken).⁶⁸ Die Leistungspflicht der Krankenkasse sowohl in der Höhe als auch in der Dauer bleibt davon in der Regel unbeeinflusst. Lediglich der Manteltarifvertrag für die Beschäftigten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Version für die beschäftigten Ärzte (MDK-T – Version Ärzte⁶⁹) enthält eine Regelung für Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis vor dem 30.06.1994 begonnen hat, die die Leistungspflicht der Krankenkassen berührt: § 22 Abs. 1 MDK-T sieht vor, dass je nach Beschäftigungszeit eine Verlängerung der Entgeltfortzahlung zwischen neun und 26 Wochen erfolgt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf Basis frei verfügbarer Dokumente keine Daten für eine Verbesserung der Schätzung der Krankengeldbezugszeit gewonnen werden können. Es zeigt sich allerdings, dass von den untersuchten Tarifverträgen lediglich einer eine Regelung enthält, die die Leistungspflicht der Krankenkassen berührt. Der Großteil der über die gesetzlichen Regelungen hinausgehenden Vereinbarungen umfasst lediglich einen Zuschuss

⁶⁷ Vgl. BRTV (2014); Apothekerverein Saar (2015).

⁶⁸ Vgl. BMI (2014); Tarifgemeinschaft deutscher Länder (2013), Arbeitgeberverband des privaten Bankgewerbes (2012).

⁶⁹ Vgl. Marburger Bund (2010).

des Arbeitgebers zu den Krankengeldzahlungen der Krankenkassen, um den Verdienstausschlag auszugleichen. Es ist davon auszugehen, dass der Einfluss von Regelungen zur Entgeltfortzahlung auf die Krankengeldzahlungen der Krankenkassen zwischenzeitlich deutlich an Bedeutung verloren hat und auch weiter an Bedeutung verlieren wird, da für neue in den Geltungsbereich eines Tarifvertrages eintretende Beschäftigte den Gutachtern kein Fall bekannt ist, in dem entsprechende Regelungen bestehen

11.4 Beitragspflichtige Einnahmen

Im Verlauf der empirischen Arbeiten und Diskussionen mit den Mitarbeitern der Krankenkassen, die für die Bereitstellung der Daten für dieses Gutachten zuständig waren, haben sich einige Ansatzmöglichkeiten für eine Verbesserung der Datenbasis im Bereich der beitragspflichtigen Einnahmen gezeigt, die für dieses Gutachten nicht mehr umgesetzt werden konnten.

Auf Grund der Tatsache, dass der Krankengeldzahlungsbetrag für Arbeitslosengeldbezieher, anders als bei anderen Einkommensarten, in der Höhe dem Arbeitslosengeld entspricht, erscheint es sinnvoll, die Einkommensarten in getrennten Feldern zu erheben und die Anzahl der Bezugstage zusätzlich zu liefern. Es wären somit insgesamt sechs Variablen zu erheben, nämlich jeweils getrennt die Summe der Einnahmen aus abhängiger Beschäftigung, aus selbstständiger Tätigkeit und aus Bezug von Alg-I über das Jahr, sowie die Anzahl der Tage, in denen diese Einnahmen bezogen wurden. Mit Hilfe dieser Variablen ließe sich dann ein durchschnittlicher Zahlungsbetrag je Einkommensart unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Höhe des Zahlungsbetrages je Einkommensart bestimmen, über den wiederum ein Durchschnitt für das Jahr gebildet werden könnte. Dadurch wären die (fiktiven) Zahlungsbeträge (vgl. Abschnitt 7.4.2) genauer zu bestimmen, als es für dieses Gutachten möglich war und könnten dadurch zu verbesserten Ergebnissen bei den Modellen führen, die den versichertenindividuellen Zahlungsbetrag berücksichtigen.

11.5 Trennung von normalem und Kinderkrankengeld

Im Rahmen der Experteninterviews hat sich ergeben, dass die Zahlung des Kinderkrankengeldes nicht durch die Krankenkassen gesteuert werden kann. Auf Grund der unterschiedlichen Anspruchsgrundlage ist das Inanspruchnahmeverhalten gänzlich anders als beim normalen Krankengeld, was sich in den deskriptiven Analysen in Abschnitt 7.5.2 niedergeschlagen hat. Die empirischen Ergebnisse haben gezeigt, dass die Abtrennung des Kinderkrankengeldes vom normalen Krankengeld zu einer besseren Schätzung führt. Im Rahmen dieses Gutachtens konnte die Trennung des Kinderkrankengeldes vom normalen Krankengeld nur nachträglich durch eine Aufteilung der gesamten Leistungsausgaben der SA700 für den Bereich Krankengeld durchgeführt werden. Sollte eine gesonderte Betrachtung des Kinderkrankengeldes weiter verfolgt werden, so wäre eine getrennte Erfassung des Kinderkrankengeldes für den Morbi-RSA sinnvoll. Somit wären die Leistungsausgaben getrennt nach normalem und Kinderkrankengeld zu melden, und auch eine gesonderte Erfassung der Bezugs-

zeiten für normales und Kinderkrankengeld erscheint für eine Standardisierung der Bezugszeiten sehr sinnvoll.

Liegen diese Daten in geeigneter Qualität bestenfalls für die gesamte GKV vor, so kann überprüft werden, ob eine Verbesserung der Zuweisungen für den Bereich Kinderkrankengeld erzielt werden kann.

12 Schlussüberlegungen zur Weiterentwicklung des Zuweisungsmodells

Die vorliegenden Ergebnisse liefern wichtige Befunde für die Diskussion um die Weiterentwicklung des Modelles der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für den Leistungsbereich Krankengeld.

- Die Ergebnisse dieses Gutachtens zeigen, dass sowohl aus theoretischer Sicht, als auch aus empirischer Sicht eine Trennung des Kinderkrankengeldes vom normalen Krankengeld sinnvoll ist. Das Kinderkrankengeld kann laut einhelliger Meinung der Experten nicht durch die Krankenkassen gesteuert werden und die Anspruchsvoraussetzungen unterscheiden sich deutlich von denen des normalen Krankengeldes. Trennt man das Kinderkrankengeld ab, so ergibt sich eine Verbesserung des Status Quo Modells (vgl. Modelle A0 und A1, Abschnitt 9.1). Für eine weitere Untersuchung der Zuweisungen für das Kinderkrankengeld sollte eine getrennte Erfassung der Leistungsausgaben für normales und Kinderkrankengeld sowie der Bezugszeiten im Rahmen des Morbi-RSA erfolgen. Liegen diese Daten für die gesamte GKV vor, so lässt sich untersuchen, ob ein verändertes Zuweisungsmodell eine hinreichende Modellgüte erreicht. Da in den Expertengesprächen betont wurde – und dies auch plausibel erscheint –, dass die Krankenkassen beim Kinderkrankengeld über keinerlei Steuerungsmöglichkeiten verfügen, könnte auch diskutiert werden, ob ein Istausgabenausgleich für diesen Bereich zielführend wäre.
- Es bestätigt sich, wie bereits bei den von anderen Wissenschaftlergruppen durchgeführten vorherigen Untersuchungen, dass ein Modell, welches hinsichtlich der „Mengenkomponente“ zur Standardisierung von Krankengeldbezugstagen auf dem Status Quo (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus) aufsetzt, hinsichtlich der „Preiskomponente“ jedoch die unterschiedliche Höhe der Einkommen bzw. der Zahlungsbeträge je Krankengeldtag berücksichtigt, keine größere Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der individuellen Versichertenenebene als im Status Quo liefert. Dies gilt sowohl für Modelle, die mit kassenspezifischen als auch solche, die für dieses Gutachten erstmalig kassenübergreifend mit versichertenindividuellen Zahlungsbeträgen berechnet werden konnten (vgl. die Ergebnisse des Modells C2, Abschnitt 9.3). Sie können daher unverändert gegenüber den bisherigen wissenschaftlichen Analysen nicht als Alternativen bzw. Weiterentwicklung des Status Quo empfohlen werden.
- Deutliche Modellverbesserungen auf der versichertenindividuellen Ebene lassen sich hingegen erreichen, wenn bei der „Mengenkomponente“ über den Status Quo hinausgehende Morbiditätsinformationen in das Modell integriert werden (vgl. Modelle B2, B3, B4 in Abschnitt 9.2). Das vorliegende Gutachten bestätigt insoweit die Unter-

suchungen, die der Wissenschaftliche Beirat 2011 vorgelegt hatte. Dies gilt insbesondere, wenn die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGn, Modell B2) des Morbi-RSA als Morbiditätsinformation einfließen, aber es gilt auf der versichertenindividuellen Beurteilungsebene auch für die kleinteiligeren, nicht hierarchisierten DxG-Gruppen des Morbi-RSA-Modelles (Modell B3). Weitergehend als der Wissenschaftliche Beirat konnten die Gutachter allerdings im nächsten Schritt solche Modelle mit verbesserten Morbiditätsinformationen zusätzlich um Informationen zur „Preiskomponente“ unter Verwendung versichertenindividueller Daten zur Höhe der Einkommen bzw. der Zahlbeträge je Krankengeldtag erweitern (Modelle „C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB)“ sowie „C4 normalesKG (DxGn, ind. ZB)“). Hierbei zeigt sich, dass mit den HMG-Modellen zumindest im vorliegenden Datensatz eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit auf der versichertenindividuellen Ebene erreicht werden kann. Demgegenüber erwies sich das Parallel-Modell unter Verwendung der DxGn hier auf Ebene der einzelnen Mitglieder nicht als eindeutig besser und auf Ebene der Krankenkassen sogar als deutlich schlechter.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Krankengeld-Morbidität eine andere als die allgemeine Morbidität ist, die die Grundlage für die Auswahl der 80 Erkrankungen des Morbi-RSA bildet, wurde ein Modell gerechnet, dass das gesamte Morbiditätsspektrum über ICD-3-Steller berücksichtigt (Modell B4, Abschnitt 9.2). Dieses Modell erreicht eine deutliche Verbesserung des R^2 -Wertes, allerdings nur ein sehr schlechtes CPM, weshalb das Modell nicht empfohlen werden kann. Die HMGn führen, wenngleich sie nicht das gesamte Morbiditätsspektrum abdecken, durch die ausgefeilte Hierarchisierung zu einem besseren CPM-Wert. Es müsste ein eigenes Hierarchisierungssystem für den Bereich des Krankengeldes entwickelt werden, das das gesamte Morbiditätsspektrum erfasst, um zu guten Ergebnissen zu gelangen. Da die Pflege eines Klassifikationsmodells sehr aufwändig ist, ist zu hinterfragen, ob die Erarbeitung eines eigenen Modells nur für den Bereich Krankengeld sinnvoll ist und wie begründet werden kann, dass der Bereich des Krankengeldes keiner Beschränkung des Morbiditätsspektrums unterliegt, der reguläre Morbi-RSA hingegen schon.

- Verbesserungen der Zuweisungsmodelle auf der versichertenindividuellen Ebene sind das zentrale Ziel, weil die wesentliche Aufgabe des Risikostrukturausgleiches ist, Anreize zur Risikoselektion zugunsten günstiger bzw. zulasten ungünstiger Risiken zu verringern. Hier erweist sich Modell C3, das bei der „Mengenkomponente“ die Krankengeldbezugszeiten unter Berücksichtigung der Morbidität über HMGn standardisiert und bei der Berechnung der Zuweisungen versichertenindividuelle Zahlbeträge für die „Preiskomponente“ verwendet, als bestes Modell, das dem Status quo deutlich überlegen ist (vgl. Abschnitt 9.3).
- Auf der Kassenebene schneidet das gerade beschriebene Modell C3 hinsichtlich der Deckungsquoten und des ungewichteten MAPE deutlich besser als der Status Quo ab, hinsichtlich des gewichteten Kassen-MAPE liegt es auf dem Niveau des Status Quo.

Dabei ist die Betrachtungsebene der Krankenkassen für Analysen zur Modellgüte zunächst nicht ohne Weiteres eingängig. Die Skepsis zielt zum einen darauf, dass Unter- und Überdeckungen auf Kassenebene immer auch Effektivität und Effizienz des Kassenhandelns, vorliegend insbesondere des Krankengeldmanagements, widerspiegeln sollen, die ja gerade nicht ausgeglichen werden sollen. Außerdem spiegeln sie jeweils auch die Fusionsstände wider: Betrachtet sei etwa der hypothetische Fall, dass die GKV aus n gleich großen Krankenkassen bestünde, von denen jeweils die Hälfte zwischen den Kassen identische beträchtliche Überdeckungen und die andere Hälfte identische beträchtliche Unterdeckungen in betragsmäßig gleicher Höhe hätten. Das Modell würde auf Kassenebene eine schlechte Performance, gemessen mit Deckungsquoten und Kassen-MAPE, aufweisen. Würde nun jeweils eine der unterdeckten Kassen mit einer der überdeckten Kassen fusionieren, wären alle Unter- und Überdeckungen verschwunden und das zuvor als defizitär eingeschätzte Zuweisungsmodell erschiene plötzlich auf Kassenebene als „perfekt“. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Krankenkassen in den geltenden Regelungsrahmen von Leistungs-, Finanzierungs- und Zuweisungsrecht geworfen sind und die Forderung legitim erscheint, sie sollten im Kassenwettbewerb keine systematischen Vor- oder Nachteile haben, die primär den Regelungskranz und nicht eigene Effizienz und Effektivität im Kassenhandeln widerspiegeln. Daher wird politisch die Performance der Modelle auch auf Kassenebene als relevant angesehen.

- Eine Analyse der Deckungsquoten aller am RSA beteiligten Krankenkassen von 2009 bis 2014 zeigt dabei auf den ersten Blick, dass es eine große Spannweite von deutlicher Unterdeckung im Krankengeldbereich bis zu einer hohen Überdeckung gibt. Ein zweiter Blick zeigte allerdings, dass es sich hierbei in überdurchschnittlichem Maße um ein Phänomen kleinerer Krankenkassen handelt (vgl. oben Abschnitt 7.5.1).
- Auch bei einem Modell, das eine elaborierte Morbiditätsmessung (wie über HMGn) bei der „Mengenkomponente“ mit der Berücksichtigung der „Preiskomponente“ (über versichertenindividuelle Zahlbeträge je Krankengeldbezugstag) verbindet (Modell C3), bleibt trotz gegenüber dem Status Quo deutlich verbesserter Zielgenauigkeit auch auf Kassenebene allerdings die Spannweite der Deckungsquoten für das Krankengeld hoch. Offenbar gibt es weitere Einflussfaktoren auf Unter- und Überdeckungen jenseits der in die Modelle einbezogenen Variablen. In den leitfadengestützten Expertengesprächen, die im Rahmen der Bearbeitung des Gutachtens geführt wurden, wurden solche Faktoren identifiziert. Hier gibt es eine große Übereinstimmung mit den Faktoren, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten aus Dezember 2015 identifiziert hat. Als relevante Größen wurden die konjunkturelle Lage, regionale Einflussfaktoren, branchen- und betriebsspezifische Faktoren sowie insbesondere auch die intrinsische Motivation der Mitglieder, genannt. Allerdings bestand keine Einigkeit über die Wirkungsrichtung dieser Faktoren. Außerdem lassen sie sich, so die Einschätzung auch

der Experten, nicht in einer dem Zuweisungsalgorithmus für den RSA zugänglichen Weise operationalisieren.

- Ein möglicherweise leichter operationalisierbares Instrument stellt der Tätigkeitsschlüssel dar, der heute bereits bei den Krankenkassen für die Beschäftigten verfügbar ist. Für seine Berücksichtigung als Morbiditätsvariable haben die Gutachter deswegen illustrativ ein Modell entwickelt und berechnet. Allerdings haben die Experten einhellig gewarnt, dass der Tätigkeitsschlüssel erhebliche Validitätsprobleme aufweisen würde. Die Arbeitgeber würden, so die Experten, schon bei der Erstlieferung der Informationen bei Beschäftigungsaufnahme häufig keine hinreichend differenzierten Informationen liefern, insbesondere aber würden Tätigkeitswechsel, die Beschäftigte im Laufe der Tätigkeit im Unternehmen vollziehen, vielfach nicht nachvollzogen werden. Aus diesem Gründen sollte vor einer künftigen Verwendung des Tätigkeitsschlüssels für den Morbi-RSA eingehend geprüft werden, ob aus dem Tätigkeitsschlüssel überhaupt belastbare Informationen gewonnen werden können bzw. ob er zu einem belastbaren Instrument ausgebaut werden kann.
- Verbleibende Unterschiede in den Deckungsquoten können, solange keine weiteren Ausgleichsvariablen identifiziert werden, die zu deren Abbau beitragen, in erster Linie über Elemente eines partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleichs korrigiert werden. Diesen Weg ist das GKV-FQWG mit der Einführung einer Quote von 50 % Ist-Ausgaben-Erstattung für Krankengeld gegangen. Inwieweit nach Einführung eines „besseren“ RSA-Modelles im Bereich Krankengeld angesichts verringerter Fehldeckungen von Krankenkassen eine geringere Ist-Ausgaben-Quote angesetzt werden könnte, ist alleine politisch zu entscheiden. Extreme Ausreißer bei den Deckungsquoten treten (wie aufgezeigt) insbesondere bei kleinen Krankenkassen auf. Bei kleinen Krankenkassen mit teilweise nur wenigen Hundert oder wenigen Tausend Krankengeldfällen führen schon einzelne Ausreißer zu spürbaren Effekten auf die Deckungsquoten. Hier ist daher auch nicht zu erwarten, dass Verfahren, die standardisierte Zuweisungen mittels statistischer Modelle vorsehen, zu einem engen Rahmen von Deckungsquoten führen. Dies können bei kleinen Kassen nur Modelle der partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleiche leisten. Soweit es um Unterdeckungen geht, wäre ein Risikopool für den Leistungsbereich Krankengeld eine mögliche Alternative zum Ansatz des GKV-FQWG, Über- und Unterdeckungen zu 50 % auszugleichen. Es sind unterschiedliche Ausgestaltungen eines solchen Risikopools denkbar – etwa bei der Frage, ob hohe Krankengeldausgaben bei einzelnen Versicherten als solches oder erst hohe Unterdeckungen Anknüpfungspunkt für Zahlungen aus dem Risikopool sein sollten sowie bei der Art der „Gegenfinanzierung“ der Risikopoolzahlungen. Die Gutachter regen an, die unterschiedlichen Modelle mit ihren je spezifischen Auswirkungen auf die Unter- und Überdeckungen der Krankenkassen in einem etwaigen Folgegutachten zu überprüfen. Hierfür muss insbesondere die Verteilung der Hochkostenfälle auf die Kran-

kenkassen bekannt sein und somit muss die Datenbasis für solche Berechnungen eine Vollerhebung der GKV sein.

- Im vorliegenden Projekt wurden zwei Modelle eines Risikopools (F1 und F2; Abschnitt 9.6) illustrativ in Ergänzung zu von den Gutachtern überprüften Zuweisungsmodellen gerechnet. Beide führen – neben einer zu erwartenden Verbesserung der Gütemaße auf der individuellen Ebene (und hier insbesondere des ausreißersensitiven R^2) – auch zu Verbesserungen der Gütemaße auf Kassenebene: Kassen-MAPE und Spannweite der Deckungsquoten sinken, wenn diese Modelle an die zuvor gerechneten Modelle (B1 im Falle des Pool-Modelles F1 und C3 im Falle des Pool-Modelles F2) angeknüpft werden – der Umfang der Verbesserungen ist gegenüber dem Status Quo sehr deutlich, gegenüber den Ausgangsmodellen B1 und C3 allerdings überschaubar. Allerdings sind solche sehr kleinen Kassen, die auf der BVA-Datenbasis erhebliche Unterdeckungen im Leistungsbereich Krankengeld aufweisen und bei denen mit einem Risikopool die Unterdeckungen abgebaut werden könnten, im vorliegenden Forschungsdatensatz der Gutachter kaum vertreten. Festzuhalten ist allerdings, dass ein Risikopool keine Antwort auf Überdeckungen liefert, da er asymmetrisch bei Versicherten mit hohen Ausgaben, nicht aber bei überdurchschnittlich vielen Versicherten mit keinen oder nur sehr geringen Ausgaben beim Krankengeld ansetzt.

Anhang

A 1 Leistungsrechtliche Regelungen zum Krankengeldbezug

Die leistungsrechtlichen Regelungen zum Krankengeldbezug für Versicherte der GKV finden sich in den §§ 44-51 SGB V. Der Anspruch auf Krankengeld wird dabei durch drei Tatbestände ausgelöst, die es im Folgenden zu unterscheiden gilt:

- der Anspruch auf Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit (AU) (§ 44 SGB V),
- der Anspruch auf Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (§ 44a SGB V),
- sowie der Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V).

Diese drei unterschiedlichen Anspruchsgrundlagen werden im Folgenden näher erläutert.

A 1.1 Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit

In diesem Abschnitt werden die leistungsrechtlichen Regelungen zum Anspruch auf Krankengeld wegen Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit gemäß § 44 SGB V in Verbindung mit den §§ 46-51 SGB V beleuchtet (im Folgenden auch „normales“ Krankengeld genannt).

A 1.1.1 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Nach § 44 SGB V haben Versicherte, die aufgrund einer Erkrankung ihrer Arbeitsleistung nicht nachkommen können oder stationär zu Lasten der Krankenkasse in einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (gemäß § 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V) behandelt werden, Anspruch auf Krankengeld. Unter diese anspruchsberechtigten Versicherten fallen zwei große Personengruppen:

- gegen Arbeitsentgelt versicherungspflichtig beschäftigte Versicherte und damit Arbeitnehmer, Angestellte und Auszubildende (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V); im weiteren Verlauf werden diese Personen unter dem Begriff „Beschäftigte“ subsumiert.
- Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, d. h. Bezieher von Arbeitslosengeld-I nach den Vorschriften des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III).

Eine spezielle Personengruppe unter den Beschäftigten stellen die Heimarbeiter dar. Im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB IV sind Heimarbeiter „sonstige Personen, die in eigener Arbeitsstätte im Auftrag und für Rechnung von Gewerbetreibenden, gemeinnützigen Unternehmen oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften erwerbsmäßig arbeiten, auch wenn sie Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen; sie gelten als Beschäftigte.“ Demzufolge sind sie wie die zuvor genannten gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeitnehmer zu werten, bei denen Versiche-

rungspflicht in allen Sozialversicherungszweigen besteht. Sie weisen dieselben Anspruchsvoraussetzungen für Krankengeld auf.

Eine zweite spezielle Personengruppe unter den Beschäftigten stellen die unständig Beschäftigten dar. Sie zählen zwar zu den genannten versicherungspflichtig Beschäftigten,⁷⁰ ihr Beschäftigungsverhältnis ist allerdings per definitionem auf weniger als eine Woche begrenzt. Sie haben nur dann einen Anspruch auf Krankengeld, sofern sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Wahlerklärung abgegeben haben, nach der die Mitgliedschaft den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (vgl. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V).

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige besteht nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V grundsätzlich kein Anspruch auf Krankengeld. Diese Personengruppe besitzt aber – wie die unständig Beschäftigten - zwei Möglichkeiten, eine Absicherung mit Krankengeld zu ihrem Versicherungsschutz hinzu zu wählen:

- Zum einen können sie nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V eine Wahlerklärung gegenüber ihrer Krankenkasse abgeben, dass ihre Mitgliedschaft die Absicherung mit Krankengeld im Krankheitsfall nach den gesetzlichen Vorschriften der §§ 44-51 SGB V umfassen soll; es handelt sich bei der Wahlerklärung um eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung, hinsichtlich deren Annahme die Krankenkasse keinen Gestaltungsspielraum hat. Der Anspruch auf Krankengeld aus der Abgabe der Wahlerklärung entsteht ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Satz 3 SGB V).
- Zum anderen haben sie die Möglichkeit, alternativ bzw. ergänzend einen Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abzuschließen; die Krankenkassen sind verpflichtet, entsprechende Tarife anzubieten. Der Beginn des Anspruchs auf Krankengeld aufgrund eines Wahltarifs kann ebenso wie die Höhe des Krankengeldes von den §§ 46 und 47 SGB V abweichen. So können Wahltarife entweder als Ergänzungstarife, Aufstockungstarife oder Voll-Tarife angeboten werden. Die Ausgestaltung der jeweiligen Tarife ist in der Satzung der Krankenkasse zu regeln. Es gilt zu beachten, dass sich Wahltarife jeglicher Art nach § 53 Abs. 9 SGB V durch Einsparungen, Effizienzgewinne und Einnahmen, die aus ihnen generiert werden, selbst refinanzieren müssen.

Die Ausgaben für das Krankengeld aufgrund von Wahltarifen werden in Konto 6380 des Kontenrahmens gebucht: die Ausgaben dieses Kontos gehören nach der Festlegung des GKV-Spitzenverbandes nicht zu den für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigungsfähigen Konten. Demzufolge besitzt diese Form der Krankengeldabsicherung keine Relevanz für den Morbi-RSA. An beide Wahlentscheidungen – die Entscheidung zur Wahlerklärung und die Entscheidung zum Wahltarif – sind die Versicherten gemäß § 53 Abs. 8 SGB V drei Jahre gebunden.

⁷⁰ Anmerkung: Versicherungspflicht besteht für alle Sozialversicherungszweige exklusive der Arbeitslosenversicherung.

Für selbstständige Künstler und Publizisten, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V im Rahmen des Künstlersozialversicherungsgesetzes versicherungspflichtig in der GKV versichert sind, besteht Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, d. h. mit dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Satz 3 SGB V). Wird ein früherer Beginn der Krankengeldzahlung gewünscht, so hat der Versicherte einen entsprechenden Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abzuschließen.

Bestimmte Personenkreise, wie z. B. Alg-II Bezieher, Studenten, Rentner, Praktikanten, Familienversicherte und geringfügig Beschäftigte nach §§ 8 und 8a SGB IV, besitzen hingegen keinen Anspruch auf Krankengeld im Krankheitsfall.⁷¹ Für Versicherte, die Rente beziehen, endet ein bislang bestehender Krankengeldanspruch mit Beginn der Rentenzahlungen. Dies gilt sowohl für Bezieher einer Altersrente als auch für Bezieher einer Erwerbsminderungsrente, sofern der Versicherte voll erwerbsgemindert ist. Liegt nur eine teilweise Erwerbsminderung vor, so besteht auch der Anspruch auf Krankengeld fort.

A 1.1.2 Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld beginnt entweder mit dem Tag der Feststellung der AU oder mit dem Tag der stationären Aufnahme. Bis zum Inkrafttreten des GKV-VSG begann der Anspruch auf Krankengeld erst mit dem Tag, der auf das Datum der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt; eine insoweit bestehende Versorgungslücke bei Versicherten, die regelmäßig (bspw. bei Apheresebehandlung, Dialysebehandlung, Strahlentherapie) nur einen Tag arbeitsunfähig sind, wurde durch das GKV-VSG geschlossen.

Außerdem ergibt sich durch Art. I Nr. 15 GKV-VSG eine weitere Neuregelung. Sofern der Attestierungszeitraum der Arbeitsunfähigkeit gemäß ärztlicher Feststellung (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) endet, die Arbeitsunfähigkeit aber weiter fortbesteht und erst am nächsten Arbeitstag (Werktag) ärztlich festgestellt wird, bleibt der Krankengeldanspruch über die gesamte Dauer bestehen. Damit wurde die Lücke im Krankengeldanspruch, die zwischen dem Ende der bisherigen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und einer verspäteten ärztlichen Feststellung der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit existierte, geschlossen.⁷²

A 1.1.3 Ruhen des Krankengeldes bzw. Beginn des Krankengeldbezuges

Ein bestehender Krankengeldanspruch begründet nicht automatisch einen Krankengeldbezug. Denn der Anspruch auf Krankengeld ruht nach § 49 SGB V soweit und solange, wie bspw. ein Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leistet, das Alg-I für Arbeitslose durch die Agentur für Arbeit (AfA) fortgewährt wird, Übergangsgeld der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme bezogen oder Mutterschaftsgeld in Anspruch genommen wird.

⁷¹ Anmerkung: Im Detail regelt dies § 44 Abs. 2 SGB V.

⁷² Vgl. Deutscher Bundestag (2015).

Gemäß § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) haben versicherungspflichtig Beschäftigte bei erstmaligem Auftreten einer die Arbeitsunfähigkeit begründenden, unverschuldeten Erkrankung einen gesetzlichen Anspruch auf sechs Wochen (42 Tage) Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Soweit und solange im Rahmen der Entgeltfortzahlung beitragspflichtiges Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber gewährt wird, ruht der Krankengeldanspruch nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, sodass die Krankengeldzahlung zumeist ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit einsetzt. Bestehende Vorerkrankungen werden entsprechend § 3 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 EFZG auf die Dauer der Entgeltfortzahlung angerechnet. Demzufolge haben AU-Zeiten der letzten sechs Monate wegen derselben Erkrankung einen reduzierenden Einfluss auf die ununterbrochene Dauer der Entgeltfortzahlung, und die Krankengeldzahlung tritt entsprechend früher ein. Sofern seit erstmaligem Auftreten der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Erkrankung eine Frist von zwölf Monaten verstrichen ist, entsteht ein erneuter Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Im Gegensatz zu gewöhnlichen, gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmern besitzen Heimarbeiter grundsätzlich keinen Anspruch auf sechs Wochen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Sie erhalten nach § 10 Abs. 1 EFZG einen Zuschlag zum Arbeitsentgelt. Nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V führt dieser Zuschlag nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs, sodass für diesen Personenkreis bereits mit Eintritt des Krankengeldanspruchs Krankengeld gewährt wird.

Bezogen auf die Personengruppe der abhängig Beschäftigten besteht in Ausnahmefällen durch individuelle arbeitsvertragliche bzw. betriebsinterne Vereinbarungen ein längerer Anspruch auf Entgeltfortzahlung, insoweit ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V der Krankengeldanspruch. Sofern durch betriebsinterne Vereinbarungen, tarifvertragliche Regelungen oder anderweitige Kontrakte ein kürzerer Anspruch als sechs Wochen auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber im Krankheitsfall vereinbart ist, besteht nach § 44 Abs. 2 Nr. 3 kein Anspruch auf Krankengeld. Es sei denn, der Versicherte gibt eine Wahlerklärung ab, dass seine Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll.

Allgemein gilt, wenn das Beschäftigungsverhältnis bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weniger als vier Wochen andauert, besteht nach § 3 Abs. 3 EFZG kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, sodass die Krankengeldzahlung bereits früher – mit Entstehen des Krankengeldanspruches (s. o.) – einsetzt.

Darüber hinaus wirkt sich der Bezug von anderweitigen Entgeltersatzleistungen, wie Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld der DRV sowie Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld bzw. Mutterschafts- und Arbeitslosengeld auf den Beginn der Krankengeldzahlung aus. Sofern und solange die genannten Entgeltersatzleistungen bezogen werden, ruht der Anspruch auf Krankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 3a SGB V.

Gleiches gilt für die Dauer, in der sich Versicherte in der Elternzeit befinden. In diesem Fall ruht der Anspruch auf Krankengeld ebenfalls, es sei denn die AU ist vor Eintritt der Elternzeit eingetreten bzw. wenn das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt, welches aus einer nach

§ 15 Abs. 4 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz zulässigen versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit entstammt, zu berechnen ist.⁷³

Analog zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Beschäftigte besitzen auch Alg-I Bezieher nach § 146 SGB III Anspruch auf sechs Wochen Leistungsfortgewährung im Krankheitsfall, sofern sie durch eine bestehende Erkrankung der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stehen. Für die Leistungsfortgewährung von Alg-I Beziehern spielen Vorerkrankungszeiten keine Rolle. Sie besitzen nach § 146 SGB III bei jeder auftretenden Arbeitsunfähigkeit erneut einen Anspruch auf sechs Wochen Leistungsfortzahlung im Krankheitsfall. In dieser Zeit ruht der Anspruch auf Krankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V. Der Anspruch ruht außerdem für die Dauer einer nach dem SGB III bestehenden Sperrzeit des Alg-I Bezuges.⁷⁴

Der Anspruch auf Krankengeld ruht außerdem für die Zeit, in der die Krankenkasse aufgrund fehlender Meldung bzw. aufgrund des Nichteinreichens der AU-Bescheinigung über die bestehende Arbeitsunfähigkeit nicht in Kenntnis gesetzt wurde. Die Meldung muss innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit der jeweiligen Krankenkasse gemeldet werden (§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Sofern der Versicherte die verspätete Meldung nicht zu verantworten hat, wird kein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld ausgelöst.

A 1.1.4 Dauer des Krankengeldbezuges

Die Dauer des Krankengeldbezuges richtet sich gemäß § 48 SGB V nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und wird prinzipiell so lange gewährt, wie diese besteht. Für ein und dieselbe Erkrankung besteht Anspruch auf eine Zahlung des Krankengeldes für max. 78 Wochen (546 Tage) innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraumes, der sog. Blockfrist – gerechnet ab dem erstmaligen Auftreten der die Arbeitsunfähigkeit verursachenden Erkrankung. Die Blockfrist ist als starrer Zeitraum anzusehen. Das erstmalige Auftreten einer Erkrankung löst eine Kaskade von aufeinanderfolgenden Blockfristen mit einer Dauer von jeweils drei Jahren aus, innerhalb derer jeweils Anspruch auf 78 Wochen Krankengeld besteht. Dabei ist zu beachten, dass sich der Beginn der Blockfrist am Beginn der Arbeitsunfähigkeit orientiert und nicht an einen bestehenden Krankengeldanspruch gekoppelt ist; Voraussetzung ist lediglich, dass beim erstmaligen Auftreten der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Krankheit ein Versicherungsschutz mit Krankengeldanspruch bestand. Auf die Leistungsdauer (die 78 Wochen) sind hingegen nur Zeiten anzurechnen, in denen auch Anspruch auf Krankengeld bestand, auch wenn das Krankengeld nach § 49 SGB V ruhte.

Nach Ablauf der jeweiligen Blockfrist beginnt ein neuer Anspruchszeitraum von 78 Wochen Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn die Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und zudem entweder erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

⁷³ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Unfallkassen (2005).

⁷⁴ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen (2009).

Sofern neben der bestehenden Erkrankung eine oder mehrere, von der ersten Erkrankung unabhängige Krankheiten vorliegen, die ebenfalls die Arbeitsunfähigkeit bedingen, wird von einer hinzugetretenen Krankheit im Sinne des § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V gesprochen. Für diese hinzugetretenen Erkrankungen gilt die Blockfrist der bestehenden Arbeitsunfähigkeit, sodass sich die Anspruchsdauer auf Krankengeld durch den Hinzutritt von weiteren Erkrankungen nicht verlängert.

Auf die Leistungsdauer der 78 Wochen Anspruch auf Krankengeld sind innerhalb der jeweiligen Blockfrist Bezugszeiten von Krankengeld anzurechnen, sofern es sich um eine Krankheit handelt, die innerhalb der bestehenden Blockfrist bereits vorlag (dieselbe oder hinzugetretene Krankheit nach § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dieselbe Krankheit liegt vor, wenn die gleiche, nicht behobene Krankheitsursache dem Leiden zu Grunde liegt und die bestehende Grunderkrankung nicht vollständig ausgeheilt ist. Diese Grunderkrankung muss weder stetig eine Behandlungsbedürftigkeit auslösen noch ständig Beschwerden verursachen. Es reicht aus, wenn sie fortwährend latent besteht. Auch wenn dieselbe Erkrankung nur noch teilweise auftritt, wird sie auf die Leistungsdauer angerechnet.

In Fällen, in denen die aktuelle, die Arbeitsunfähigkeit verursachende, Erkrankung bereits früher schon einmal zu einer anderen Krankheit hinzugetreten ist, wird auf die Leistungsdauer der gesamte Vorerkrankungszeitraum angerechnet bzw. die gesamte Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit herangezogen.⁷⁵

A 1.1.5 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Die Höhe des Krankengeldes beträgt nach § 47 SGB V 70 % des regelmäßigen (kalendertäglichen) Arbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens (Regelentgelt). Dabei wird das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen nur soweit berücksichtigt, wie es auch der Beitragspflicht in der GKV unterliegt und die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) nach § 223 Abs. 3 SGB V nicht übersteigt. In diesem Zusammenhang wird vom Höchstregelentgelt nach § 47 Abs. 6 SGB V gesprochen.⁷⁶ Das Krankengeld darf dabei maximal 90 % des Nettoarbeitsentgeltes betragen. In diesem Sinne wird eine Vergleichsrechnung zwischen 70 % des Regelentgelts und 90 % des Nettoarbeitsentgelts durchgeführt und der Anspruch auf Krankengeld besteht in Höhe des niedrigeren Betrages. Zudem dürfen unter Hinzurechnung von Einmalzahlungen (s. u.) 100 % des laufenden kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelts (§ 47 Abs. 1 Satz 4 SGB V), welches vor Beginn der AU bezogen wurde, nicht überstiegen werden.

Als Arbeitsentgelt, welches für die Berechnung des Regelentgelts bzw. Krankengeldes herangezogen wird, zählen gemäß § 14 Abs. 1 SGB IV alle laufenden Einnahmen aus der abhängigen Beschäftigung. Dabei ist für die Zurechnung der Einnahme zum Arbeitsentgelt unabhän-

⁷⁵ Vgl. AOK Bundesverband, Knappschaft und vdek (2012), S. 1ff.

⁷⁶ Anmerkung: Das Höchstregelentgelt ergibt sich aus dem dreißigsten Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von 4.125,00 € in 2015 und beträgt demnach 2015: 137,50 €. Daraus ergibt sich ein Höchstkrankengeld (70 % von 137,50 €) von 96,25 € (vgl. GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2014)).

gig, ob auf die Zahlung ein Rechtsanspruch besteht oder nicht bzw. mit welcher Bezeichnung oder in welcher Art sie gewährt wird. Es ist zudem unerheblich, ob die Einnahme unmittelbar im Rahmen der Beschäftigung oder lediglich in ihrem Zusammenhang erzielt wurde. So kann das Arbeitsentgelt nicht nur Geldleistungen umfassen, sondern auch Sachbezüge (nach § 17 SGB IV i. V. m. der Sachbezugsverordnung), vermögenswirksame Leistungen oder Prämien für Direktversicherungen etc. umfassen. Soweit die Bezüge lohnsteuerfrei bzw. pauschal besteuert werden, sind sie nicht dem Arbeitsentgelt zuzuordnen (§ 14 SGB IV i. V. m. der Sozialversicherungsentgeltverordnung).

Für Alg-I Bezieher ergibt sich die Besonderheit, dass nach Maßgabe des § 47b Abs. 1 SGB V das Krankengeld in gleicher Höhe wie das Alg-I, welches zuletzt bezogen wurde, gewährt wird.⁷⁷

Bei selbstständig erwerbstätigen Versicherten ist das Krankengeld nach § 47 Abs. 4 SGB V aus dem Arbeitseinkommen nach der Definition des § 15 SGB IV zu ermitteln. Für die Ermittlung des Arbeitseinkommens gelten die allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts, wonach der aus einer selbstständigen Tätigkeit erzielte Gewinn als Arbeitseinkommen definiert ist. Weitere Einnahmen, wie z. B. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, die bei der Beitragsberechnung in der GKV Berücksichtigung finden, bleiben bei der Krankengeldberechnung außer Acht.

Für die Berechnung des Krankengeldes ist der kalendertägliche Betrag des Arbeitseinkommens heranzuziehen, welcher vor Beginn der AU der Beitragsberechnung zu Grunde lag (§ 47 Abs. 2 SGB V). Um zu diesem Betrag zu gelangen, ist als monatliches Arbeitseinkommen der zwölfte Teil des jährlichen Arbeitseinkommens zu berücksichtigen. Um wiederum die kalendertägliche Höhe zu ermitteln, ist dieses monatliche Arbeitseinkommen durch 30 zu teilen.

Es ist zu beachten, dass die Mindestbemessungsgrundlagen nach § 240 Abs. 4 SGB V unberücksichtigt bleiben. Damit gilt für Selbstständige, deren Beiträge sich aus der Mindestbemessungsgrundlage errechnen, dass sich ihr Krankengeld nur aus der Höhe ihres tatsächlich erzielten Arbeitseinkommens berechnet. Sofern also vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein Negativeinkommen erzielt wurde, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Es ergibt sich hier folglich eine Diskrepanz zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem der Krankengeldberechnung zu Grunde liegenden Regelentgelt.

Das Krankengeld beträgt 70 % des aus dem Arbeitseinkommen berechneten kalendertäglichen Regelentgeltes. Wird neben dem Arbeitseinkommen zusätzlich Arbeitsentgelt aus einer abhängigen Beschäftigung bezogen, erfolgt die Berechnung des auf das Arbeitsentgelt entfallenden Krankengeldes nach den zuvor beschriebenen Maßgaben.⁷⁸

⁷⁷ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen (2009).

⁷⁸ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Unfallkassen (2005).

Für Künstler und Publizisten wird zur Berechnung des für das Krankengeld maßgeblichen Regelentgeltes das Arbeitseinkommen des Bemessungszeitraumes herangezogen, welches in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der AU erzielt wurde. Auch bei Künstlern und Publizisten gilt für die Regelentgeltberechnung, dass Mindestbemessungsgrundlagen unberücksichtigt bleiben und die Krankengeldberechnung auf die tatsächliche Höhe des Arbeitseinkommens abzustellen ist. Um die kalendertägliche Höhe des Arbeitseinkommens zu ermitteln, ist der 360. Teil heranzuziehen. Das Krankengeld beträgt ebenfalls 70 % des ermittelten kalendertäglichen Regelentgeltes.

Das Krankengeld wird grundsätzlich pro Kalendertag gezahlt. Nach § 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V wird in einem Monat, der komplett mit Krankengeld besetzt ist, das Krankengeld für 30 Tage gewährt und zwar unabhängig davon, wie viele Kalendertage der Monat tatsächlich umfasst. Sofern Krankengeld nur für einen Teilmonat bezogen wird, ist das Krankengeld für die tatsächlichen (Rest-)Tage des Monats zu leisten.

Grundsätzlich unterliegt das Krankengeld der Beitragspflicht in der Pflege-, Renten- sowie der Arbeitslosenversicherung.⁷⁹ In der Krankenversicherung besteht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit. Als beitragspflichtige Einnahme, die der Berechnung der aus dem Krankengeld zu leistenden Beiträge zu Grunde zu legen sind, gelten 80 % des für die Krankengeld-Berechnung maßgeblichen Bruttoarbeitsentgelts. Dieses ist maximal bis zur geltenden kalendertäglichen BBG zu berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass für die Berechnung der Beiträge der Pflegeversicherung die für die GKV geltende BBG herangezogen wird; für die Berechnung der Beiträge der Arbeitslosen- und Rentenversicherung ist hingegen die für die Rentenversicherung geltende BBG maßgeblich.

Der Beitragsanteil der Krankengeldbezieher ergibt sich durch Anwendung des halben Beitragssatzes auf den Zahlbetrag des Krankengeldes. Die Differenz zum Gesamtbeitrag trägt die Krankenkasse. Im Fall des Krankengeldbezuges aus dem Bezug von Alg I heraus werden die Beiträge im Gesamten durch die Krankenkasse getragen.⁸⁰

Als Krankengeldzahlbetrag wird grundsätzlich der Betrag verstanden, der dem Versicherten zur Auszahlung zusteht und zwar unter Berücksichtigung aller Ruhens-, Kürzungs- und Versagenstatbestände.

Die Vorschriften des § 50 SGB IX sehen eine jährliche Dynamisierung der für die Krankengeldberechnung maßgeblichen Berechnungsgrundlage an die Veränderungen der Brutto-lohn- bzw. Bruttogehaltssumme vor. Damit soll eine Anpassung des Krankengeldes an die allgemeine Lohnentwicklung gewährleistet werden. Nach dieser Vorschrift wird das Brutto-Krankengeld jährlich nach Ablauf eines Jahres nach Ende des Bemessungszeitraumes mit

⁷⁹ Vgl. § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, § 57 Abs. 2 SGB XI, § 345 Nr. 5 SGB III.

⁸⁰ Vgl. § 170 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, § 59 Abs. 2 SGB XI, § 347 Nr. 5 SGB III.

dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jeweils zum 30.06. eines Jahres veröffentlichten Anpassungsfaktor dynamisiert.⁸¹

A 1.2 Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

Im folgenden Abschnitt werden die leistungsrechtlichen Regelungen zum Anspruch auf Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder andern Blutbestandteilen nach § 44a SGB V in Verbindung mit den §§ 46-51 SGB V beleuchtet.

Neben der zuvor beschriebenen Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, begründet die Spende von Organen oder Geweben nach § 44a SGB V einen Anspruch auf Krankengeld. So besitzen Organ- oder Gewebespende in Rahmen des Transplantationsgesetzes Anspruch auf Krankengeld, sofern sie die Spende arbeitsunfähig macht. Dabei ist der Krankengeldanspruch nicht an den Status des GKV-Versicherten bzw. an eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch gekoppelt. Vielmehr erhalten auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen, insbesondere privat Krankenversicherte, im Falle der genannten Voraussetzungen Krankengeld. Eine Krankengeldzahlung erfolgt jedoch nur in den Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit infolge der Organ- bzw. Gewebespende zu einer Einbuße an Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen führt.

Leistungsträger des Krankengeldes ist im Fall der Organ- oder Gewebespende diejenige Krankenkasse, bei der der Empfänger der Spende versichert ist.⁸² Sofern der Empfänger der Organ- bzw. Gewebespende bei einer privaten Krankenversicherung versichert ist, erstattet das jeweilige private Krankenversicherungsunternehmen den nachgewiesenen Verdienstausfall des Spenders. In diesem Zusammenhang gilt keine höhenmäßige Begrenzung (s. u.) des Krankengeldes.

Zu berücksichtigen ist, dass abhängig Beschäftigte gemäß § 3a EFZG auch bei Arbeitsunfähigkeit infolge von einer Organ- oder Gewebespende für die Dauer von sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber haben. Solange das Entgelt fortgewährt wird, ruht der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 49 SGB V entsprechend. Auf Antrag wird dem Arbeitgeber das gezahlte Entgelt von der Krankenkasse des Spendenempfängers erstattet.

Für Alg-I-Bezieher besteht nach § 146 SGB III nur bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit ein Anspruch auf Leistungsfortgewährung für die Dauer von sechs Wochen. Bei Arbeitsunfähigkeit, die durch die Spende von Organen oder Geweben bedingt wird, erhalten Alg-I-Bezieher keine Leistungsfortgewährung der Agentur für Arbeit. Demzufolge ruht der Anspruch auf Krankengeld für diese Personengruppe nicht und sie erhält ebenfalls mit Beginn der AU durch die Spende von Organen oder Geweben Krankengeld.

⁸¹ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Unfallkassen (2005).

⁸² Vgl. § 44a SGB V.

Das Krankengeld für Spender von Organen oder Geweben wird in der Höhe des vor der Arbeitsunfähigkeit erzielten Netto-Arbeitsentgeltes gewährt; maximal bis zu der Höhe der kalendertäglichen BBG (§ 44a SGB V). Die Höhe unterscheidet sich demnach in der Höhe des gewährten Krankengeldes bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, sodass keine Begrenzung auf 70 % des Brutto- bzw. 90 % des Netto-Arbeitsentgeltes erfolgt. Für Alg-I-Bezieher wird das Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes gewährt.⁸³

Bei der Berechnung des Krankengeldes für Spender von Organen oder Geweben ergeben sich neben den genannten Variationen in der Höhe des Krankengeldes einige weitere Besonderheiten, die an dieser Stelle nur kurz angerissen werden sollen. So werden bspw. lohnsteuerfreie Zuschläge bei der dem Krankengeld zugrunde liegenden kalendertäglichen Höhe des Regelentgeltes mitberücksichtigt, Einmalzahlungen werden hingegen nicht beachtet. Die übrigen Rechtsvorschriften zur Berechnung des Regelentgeltes für Beschäftigte und Alg-I-Bezieher (§ 47 Abs. 2 bis 4 SGB V bzw. § 47b SGB V) und die Vorschriften zum Ruhen des Krankengeldes (§ 49 SGB V) gelten entsprechend. Ebenfalls ist für Künstler und Publizisten derselbe Bemessungszeitraum heranzuziehen, wie für die Berechnung des Krankengeldes bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit.

Das Krankengeld wird für die Dauer des komplikationslosen Verlaufes der Spende von Organen oder Geweben gewährt und richtet sich dabei nach dem individuellen Heilungsverlauf und den Anforderungen an die berufliche Tätigkeit.

In Ausnahmefällen ist es möglich, dass die Ansprüche auf Krankengeld nach §§ 44 und 44a SGB V zusammenfallen. Wenn diese Fallkonstellation eintritt, dann gilt der Anspruch auf Krankengeld wegen Spende von Organen und Geweben gemäß § 44a Satz 4 SGB V als vorrangig.⁸⁴

A 1.3 Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes

Im folgenden Abschnitt werden die leistungsrechtlichen Regelungen zum Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V beleuchtet.

A 1.3.1 Anspruchsvoraussetzungen

Nach § 45 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, sofern sie ihr erkranktes Kind pflegen, beaufsichtigen oder betreuen und aus diesen Gründen von der Arbeit fernbleiben müssen. In diesem Zusammenhang wird vom sog. Kinderkrankengeld (Kinder-KG) gesprochen.

Voraussetzungen für den Erhalt von Kinder-KG sind zum einen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist (Familienversicherung oder eigene Mitgliedschaft, z. B. beim Bezug einer Waisenrente) und auch der Elternteil über eine Versicherung mit Krankengeldanspruch

⁸³ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen (2013).

⁸⁴ Ebd.

verfügt.⁸⁵ Der Anspruch gilt auch für nach § 10 Abs. 4 SGB V versicherte Stief-, Enkel-, und Pflegekinder. Zum anderen muss der Krankenkasse ein formungebundenes ärztliches Zeugnis über die Erkrankung des Kindes vorgelegt werden, aus dem die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes hervorgeht.

Ferner darf keine weitere im Haushalt lebende und nicht berufstätige Person vorhanden sein, die die Betreuung übernehmen könnte. Dabei ist es unerheblich, ob die Person mit dem Kind verwandt ist oder nicht. Es kommt lediglich darauf an, ob die Person im selben Haushalt lebt – auf Personen, die nicht im gleichen Haushalt leben, wie z. B. die Großeltern, muss nicht verwiesen werden.

Damit darüber hinaus ein Anspruch auf Krankengeld besteht, darf das erkrankte Kind nach § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Fällt der Geburtstag des Kindes in den Kinder-KG-Bezug, so endet der Anspruch mit Vollendung des zwölften Lebensjahres. Für versicherte Kinder, die von einer Behinderung betroffen und auf Hilfe angewiesen sind, findet die Altersbegrenzung keine Anwendung.

Ein Leistungsanspruch besteht nach § 45 Abs. 4 SGB V außerdem für Versicherte, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil.

A 1.3.2 Freistellung von der Arbeitsleistung

Für die Zeit, in der Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes besteht, haben die Versicherten nach § 45 Abs. 3 SGB V Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung durch den Arbeitgeber. Ob der Arbeitgeber für diese Zeit Entgeltfortzahlung leistet und es sich demnach um eine bezahlte oder unbezahlte Freistellung der Arbeitsleistung handelt, richtet sich nach der individuellen vertraglichen Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses.

Es gilt zu beachten, dass auch Versicherte, die ohne Krankengeldanspruch oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, nach § 45 Abs. 5 SGB V An-

⁸⁵ Anmerkung: Vgl. hierzu die Ausführungen unter A 1.1.1.

spruch auf diese unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung bei Erkrankung ihres Kindes haben.

Auch wenn Versicherte einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber haben, bleibt der Anspruch auf Kinder-KG unberührt. Diese Entgeltfortzahlung führt lediglich zum Ruhen des Anspruchs auf das Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes.

A 1.3.3 Beginn, Dauer und Höhe des Anspruchs

Das Kinder-KG wird mit dem ersten Tag gewährt, mit dem die unter Abschnitt A 1.3.1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Dauer des Kinder-KG-Bezuges ist nach § 45 Abs. 2 SGB V zeitlich begrenzt. Innerhalb eines Kalenderjahres haben versicherte Arbeitnehmer einen Anspruch auf Kinderkrankengeld für zehn Arbeitstage pro Kind. Sofern mehr als zwei Kinder vorhanden sind, besteht der Anspruch auf Kinderkrankengeld für max. 25 Arbeitstage. Der Anspruch auf Kinder-KG steht jedem berufstätigen krankengeldanspruchsberechtigten Elternteil zu.

Alleinerziehende versicherte Arbeitnehmer verfügen über den doppelten Anspruch, sodass sie pro Kind max. 20 Tage Kinderkrankengeld beanspruchen können. Die Bezugsdauer pro Kalenderjahr ist bei dieser Personengruppe bei mehr als zwei Kindern auf max. 50 Arbeitstage begrenzt.

Sofern der Anspruch auf Kinder-KG eines Elternteils bereits vollständig erschöpft ist und der andere Elternteil noch über Anspruchstage verfügt, besteht die Möglichkeit der Übertragbarkeit des Anspruchs. Dies ist dann möglich, wenn der andere Elternteil die Betreuung des erkrankten Kindes nicht übernehmen kann. Die Übertragung des Anspruchs von einem Elternteil auf den anderen Elternteil ist nicht gesetzlich geregelt, sondern wird mit Einverständnis des Versicherten und der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse im Einzelfall vorgenommen.

Ohne zeitliche Begrenzung wird das Kinder-KG nach § 45 Abs. 4 SGB V dann gewährt, wenn es sich bei dem zu pflegenden / zu betreuenden Kind um ein schwerstkrankes Kind handelt, welches das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Eine derartige Erkrankung liegt vor, wenn es sich um eine progredient verlaufende Krankheit handelt, die bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, eine Heilung nicht mehr möglich ist und bei der Behandlung lediglich palliativ-medizinische Maßnahmen Anwendung finden, sodass nur noch von einer begrenzten Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist.

In der Praxis findet die Regelung des § 45 Abs. 4 SGB V in der Regel dann Anwendung, wenn von einer Lebenserwartung des Kindes von weniger als sechs Monaten auszugehen ist. Der Anspruch endet mit dem Tod des Kindes und der gesetzliche Anspruch besteht nur für einen Elternteil. Allerdings werden in der Praxis Betreuungswechsel zwischen den Elternteilen auf Wunsch akzeptiert. Ein Wechsel in der Person des Betreuenden, Pflegenden, Beaufsichti-

genden steht regelmäßig auch nicht dem Erfordernis entgegen, dass nur ein Elternteil den Kinder-KG-Anspruch hat. Es kann in diesen Fällen nicht beiden Elternteilen parallel Kinder-KG gewährt werden. Darüber hinaus ist der Anspruch nicht – wie die ursprüngliche Regelung – an das Vorhandensein einer weiteren im Haushalt lebenden Person, die die Betreuung übernehmen könnte, gekoppelt.⁸⁶

Die Höhe des Kinder-KG richtet sich mit Maßgabe des § 45 Abs. 2 SGB V nach dem kalendertäglichen Netto-Arbeitsentgelt. Dieses wird aus dem beitragspflichtigen Brutto-Arbeitsentgelt ermittelt. Das Kinder-KG beträgt 90 % des ausgefallenen Netto-Arbeitsentgeltes. Sofern in den letzten zwölf Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeitsleistung Einmalzahlungen bezogen wurden, werden diese berücksichtigt. Das Kinder-KG beträgt in diesen Fällen 100 % des Netto-Arbeitsentgeltes. Darüber hinaus gilt ein weiterer Höchstbetrag und zwar insofern, als dass das Kinder-KG 70 % der geltenden kalendertäglichen BBG nach § 223 Abs. 3 SGB V nicht übersteigen darf.

A 1.3.4 Regelungen bei Alg-I Beziehern

In den Fällen, in denen ein Kind von Alg-I Beziehern erkrankt, besteht Anspruch auf Leistungsfortgewährung für die Dauer von zehn Kalendertagen im Kalenderjahr pro Kind durch die Agentur für Arbeit. Alleinerziehende haben entsprechend einen Anspruch auf 20 Kalendertage Leistungsfortgewährung. Sofern mehrere Kinder vorhanden sind, besteht ein maximaler Anspruch von 25 Tagen (bzw. für Alleinerziehende in Höhe von 50 Kalendertagen) pro Kalenderjahr. Die Anspruchsvoraussetzungen decken sich weitestgehend mit den Vorschriften des § 45 Abs. 1 SGB V, sodass das erkrankte und zu pflegende Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und keine weitere im Haushalt lebende Person für die Betreuung zur Verfügung stehen darf. Darüber hinaus ist ebenfalls ein ärztliches Zeugnis über die Notwendigkeit vorzulegen. Der Anspruch ist zwischen den Elternteilen allerdings nicht übertragbar. Als Kinder gelten gemäß § 10 Abs. 1 und 4 SGB V auch bspw. Stief- und Enkelkinder. Solange die Leistungsfortgewährung durch die Agentur für Arbeit gewährt wird, ruht der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 49 Abs. 3a SGB V.⁸⁷

⁸⁶ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen (2009).

⁸⁷ Ebd.

A 2 Gesamtübersicht über die Modellergebnisse

Der folgenden Tabelle 14 sind alle Modellergebnisse gesammelt zu entnehmen.

Tabelle 14: Gesamtübersicht Modellergebnisse

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten auf Kassenebene				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
A0 Status Quo	65,77%	142,37%	96,19%	102,83%	44,45	15,38%	33,24	12,91%	2,07%	2,14%	427,20
A1 SQ normalesKG	65,47%	147,39%	96,18%	103,00%	44,92	16,01%	33,12	13,24%	2,11%	2,59%	421,22
A2 SQ KinderKG	61,56%	205,16%	118,17%	115,71%	1,81	33,77%	1,84	24,79%	2,56%	5,35%	12,49
B1 KGgesamt	66,06%	142,20%	96,25%	102,79%	43,64	15,15%	32,99	12,81%	2,53%	2,54%	425,46
B1 normalesKG	65,77%	147,20%	96,23%	102,96%	44,12	15,77%	32,88	13,15%	2,57%	3,00%	419,46
B1 KinderKG	61,95%	205,46%	118,30%	115,85%	1,81	33,84%	1,86	25,00%	2,42%	5,07%	12,53
B2 KGgesamt (HMGn)	70,94%	133,20%	95,96%	102,33%	39,44	13,68%	29,08	11,29%	12,73%	13,51%	377,58
B2 normalesKG (HMGn)	70,77%	137,64%	95,89%	102,45%	39,51	14,08%	28,32	11,33%	12,79%	14,75%	368,64
B2 normalesKG (HMGn+DMP)	70,76%	137,49%	95,90%	102,44%	39,41	14,04%	28,25	11,30%	12,79%	14,73%	368,74
B2 normalesKG (HMGn+Alg-I)	69,83%	142,96%	96,17%	102,51%	40,44	14,58%	29,43	11,77%	12,83%	14,69%	368,91
B2 normalesKG (HMG+Tätigkeitsschlüssel)	72,14%	133,14%	96,79%	102,27%	37,16	13,15%	26,32	10,52%	12,88%	12,44%	378,63
B3 KGgesamt (DxGn)	50,44%	132,80%	97,79%	103,73%	43,36	17,65%	56,94	22,77%	12,79%	12,98%	379,91
B3 normalesKG (DxGn)	47,15%	128,81%	94,91%	100,64%	43,91	17,69%	54,76	21,90%	12,85%	14,12%	371,37
B3 normalesKG (DxGn+DMP)	48,05%	128,41%	94,94%	100,67%	43,38	17,41%	53,77	21,50%	12,86%	14,13%	371,34
B3 normalesKG (DxGn+Alg-I)	48,68%	128,46%	95,25%	100,71%	41,59	16,67%	51,95	20,78%	12,92%	14,13%	371,34
B3 normalesKG (DxGn+Tätigkeitsschlüssel)	46,38%	122,95%	99,64%	100,54%	41,72	15,83%	41,51	16,60%	13,00%	12,00%	380,54
B4 normalesKG (ICDs)	58,18%	129,79%	95,95%	102,14%	37,42	13,44%	25,33	10,13%	16,64%	2,75%	420,54

Modell	Kennzahlen Deckungsquoten				Gütemaße						
					Kassenebene				Versichertenebene		
	Min	Max	MW	gew. MW	MAPE (abs. €)	MAPE (%)	gew. MAPE (abs. €)	gew. MAPE (%)	R ²	CPM	MAPE (€)
C1 KGesamt (Kassenzahlbetrag)	69,29%	127,14%	98,00%	102,91%	45,97	15,50%	37,86	14,70%	2,36%	2,51%	425,58
C1 normalesKG (Kassenzahlbetrag)	68,91%	127,80%	97,84%	103,06%	45,47	15,68%	36,82	14,72%	2,41%	2,89%	419,92
C2 normalesKG (ind. ZB)	67,89%	131,94%	97,57%	103,02%	44,84	15,32%	37,02	14,80%	3,37%	2,88%	419,99
C3 normalesKG (HMGn, ind. ZB)	71,54%	123,98%	96,86%	102,45%	40,79	14,07%	33,28	13,31%	14,87%	15,48%	365,51
C4 normalesKG (DxGn, ind. ZB)	43,48%	138,38%	96,63%	101,05%	58,12	23,58%	64,36	25,74%	14,75%	14,29%	370,66
D1 KGesamt (Kassenzahlbetrag)	69,33%	127,70%	98,04%	102,92%	46,31	15,61%	38,00	14,76%	2,33%	2,57%	425,34
D1 normalesKG (Kassenzahlbetrag)	68,75%	127,66%	97,59%	102,76%	45,81	15,75%	36,89	14,75%	2,39%	2,95%	419,69
D2 normalesKG (ind. ZB)	67,68%	132,18%	97,64%	103,03%	45,24	15,46%	37,10	14,84%	3,30%	2,79%	420,39
E normalesKG (ind. ZB)	71,25%	126,57%	96,41%	102,42%	38,99	13,10%	35,27	13,70%	2,41%	3,55%	421,04
F1 Risikopool B1	67,89%	139,79%	96,41%	102,70%	41,87	14,53%	31,91	12,39%	12,28%	4,56%	416,65
F2 Risikopool C3	71,75%	123,92%	97,07%	102,34%	39,74	13,82%	32,72	13,08%	23,23%	18,61%	356,90

A 3 Detaillierte Modellergebnisse

Für Modell B2 normalesKG (HMGn) können die durch das Variablenselektionsverfahren ausgeschlossenen Variablen Tabelle 15 entnommen werden.

Tabelle 15: Ausgeschlossene HMGn, Modell B2 normales KG (HMGn)

HMG	Bezeichnung
HMG022	Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation
HMG087	Schwere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)
HMG088	Andere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)
HMG089	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane
HMG184	HIV/AIDS ohne Dauermedikation
HMG202	Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation
HMG223	Diabetische Retinopathie
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)
HMG257	Tic- und andere Entwicklungsstörungen
HMG280	Neubildung unklarer Dignität der Haut
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II
HMG295	(Sub-)akute Myelitis / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen
HMG300	Angeborene Anomalien des Gefäßsystems inkl. Aorta und Herz

Die Parameterschätzer für dieses Modell sind Tabelle 16 zu entnehmen.

Tabelle 16: Koeffizienten, Modell B2 normales KG (HMGn)

Variable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
KG_AGG01	-7,74	2,09	0,00	-3,71	0,000
KG_AGG02	-4,47	0,42	0,00	-10,52	0,000
KG_AGG03	1,23	0,41	0,00	3,00	0,003
KG_AGG04	3,14	0,42	0,00	7,47	0,000
KG_AGG05	5,33	0,44	0,00	12,23	0,000
KG_AGG06	7,50	0,39	0,00	19,15	0,000
KG_AGG07	9,47	0,34	0,01	27,72	0,000
KG_AGG08	9,40	0,35	0,01	26,59	0,000
KG_AGG09	7,34	0,41	0,00	17,99	0,000
KG_AGG10	21,49	0,58	0,01	37,11	0,000
KG_AGG11	-83,31	10,38	0,00	-8,03	0,000
KG_AGG12	-2,59	1,65	0,00	-1,57	0,116
KG_AGG13	4,03	0,39	0,00	10,27	0,000
KG_AGG14	10,10	0,39	0,01	26,21	0,000
KG_AGG15	13,16	0,37	0,01	35,70	0,000
KG_AGG16	19,76	0,40	0,01	49,92	0,000
KG_AGG17	27,88	0,38	0,02	73,99	0,000
KG_AGG18	32,87	0,34	0,02	97,13	0,000
KG_AGG19	38,00	0,35	0,02	107,47	0,000
KG_AGG20	50,42	0,41	0,03	122,97	0,000
KG_AGG21	91,48	0,55	0,04	166,82	0,000
KG_AGG22	-84,81	8,15	0,00	-10,41	0,000
KG_EMG01	390,19	10,97	0,01	35,57	0,000
KG_EMG02	328,92	5,49	0,01	59,93	0,000
KG_EMG03	520,10	3,39	0,03	153,44	0,000
KG_EMG04	646,98	3,68	0,04	175,65	0,000
KG_EMG05	475,13	12,64	0,01	37,58	0,000
KG_EMG06	476,58	6,32	0,02	75,40	0,000
KG_EMG07	811,59	3,58	0,05	226,66	0,000
KG_EMG08	1080,35	3,20	0,07	337,30	0,000
HMG058	327,49	0,47	0,15	701,15	0,000
HMG040	550,75	1,43	0,08	384,13	0,000
HMG268	1480,07	3,71	0,08	399,42	0,000
HMG270	1226,04	3,61	0,07	340,02	0,000
HMG253	329,93	1,29	0,05	256,64	0,000
HMG165	505,06	2,09	0,05	242,23	0,000
HMG112	384,14	2,47	0,03	155,23	0,000
HMG164	603,82	3,52	0,04	171,61	0,000
HMG096	696,41	3,59	0,04	193,96	0,000
HMG269	1127,55	5,07	0,05	222,27	0,000
HMG081	444,77	2,29	0,04	193,99	0,000
HMG039	214,23	1,11	0,04	193,41	0,000
HMG275	256,69	1,39	0,04	184,42	0,000

Variable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
HMG080	130,28	1,23	0,02	105,58	0,000
HMG002	444,90	4,75	0,02	93,62	0,000
HMG273	406,72	2,66	0,03	153,00	0,000
HMG095	879,20	6,85	0,03	128,42	0,000
HMG060	199,30	1,40	0,03	142,42	0,000
HMG271	616,81	4,55	0,03	135,48	0,000
HMG231	95,11	0,77	0,03	123,67	0,000
HMG055	407,90	3,14	0,03	129,70	0,000
HMG252	103,99	0,96	0,02	107,84	0,000
HMG274	487,10	3,95	0,02	123,32	0,000
HMG157	371,68	3,23	0,02	115,06	0,000
HMG057	58,01	0,56	0,02	103,37	0,000
HMG104	887,37	8,62	0,02	102,96	0,000
HMG051	241,09	2,32	0,02	104,13	0,000
HMG265	324,98	3,16	0,02	102,81	0,000
HMG100	317,62	3,11	0,02	102,11	0,000
HMG054	232,72	2,29	0,02	101,72	0,000
HMG071	76,81	1,26	0,01	60,84	0,000
HMG259	502,25	5,68	0,02	88,41	0,000
HMG216	375,26	5,04	0,02	74,47	0,000
HMG210	298,41	4,33	0,01	68,91	0,000
HMG083	98,90	1,24	0,02	79,91	0,000
HMG277	156,10	1,81	0,02	86,45	0,000
HMG111	668,45	8,98	0,02	74,41	0,000
HMG208	357,78	4,41	0,02	81,18	0,000
HMG103	182,94	2,35	0,02	77,89	0,000
HMG031	254,91	3,21	0,02	79,43	0,000
HMG005	432,84	5,98	0,01	72,42	0,000
HMG215	76,54	1,14	0,01	67,21	0,000
HMG105	129,27	2,05	0,01	62,95	0,000
HMG211	496,87	7,39	0,01	67,22	0,000
HMG272	575,62	7,71	0,02	74,65	0,000
HMG230	67,25	1,03	0,01	65,56	0,000
HMG296	230,57	3,30	0,01	69,96	0,000
HMG276	149,76	2,14	0,01	69,89	0,000
HMG078	288,04	4,81	0,01	59,83	0,000
HMG263	422,82	6,58	0,01	64,30	0,000
HMG258	51,24	0,93	0,01	55,08	0,000
HMG052	77,83	1,26	0,01	61,98	0,000
HMG209	172,35	2,71	0,01	63,63	0,000
HMG084	54,79	1,02	0,01	53,78	0,000
HMG214	135,48	3,18	0,01	42,55	0,000
HMG229	69,94	1,37	0,01	50,94	0,000
HMG131	69,26	1,48	0,01	46,69	0,000

Variable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
HMG262	455,73	10,03	0,01	45,44	0,000
HMG149	184,66	3,69	0,01	50,11	0,000
HMG108	333,67	6,91	0,01	48,27	0,000
HMG099	83,72	1,82	0,01	46,10	0,000
HMG152	31,48	0,70	0,01	44,93	0,000
HMG101	179,32	3,94	0,01	45,57	0,000
HMG292	1350,85	30,31	0,01	44,57	0,000
HMG091	12,00	0,33	0,01	35,89	0,000
HMG053	64,79	1,58	0,01	40,88	0,000
HMG161	202,19	5,11	0,01	39,55	0,000
HMG201	591,07	15,93	0,01	37,10	0,000
HMG237	29,94	0,86	0,01	34,85	0,000
HMG113	44,21	1,30	0,01	34,13	0,000
HMG251	33,85	1,08	0,01	31,32	0,000
HMG092	48,84	1,55	0,01	31,45	0,000
HMG174	607,67	18,48	0,01	32,88	0,000
HMG290	51,43	1,63	0,01	31,64	0,000
HMG278	76,13	2,40	0,01	31,75	0,000
HMG235	209,86	6,64	0,01	31,62	0,000
HMG177	172,87	6,04	0,01	28,61	0,000
HMG293	201,51	6,88	0,01	29,27	0,000
HMG086	26,77	0,96	0,01	27,77	0,000
HMG287	157,12	5,90	0,01	26,62	0,000
HMG130	208,39	7,10	0,01	29,36	0,000
HMG056	62,20	2,43	0,01	25,59	0,000
HMG079	175,55	7,02	0,01	25,00	0,000
HMG205	125,77	5,49	0,00	22,91	0,000
HMG294	63,72	3,07	0,00	20,77	0,000
HMG288	114,37	4,94	0,00	23,14	0,000
HMG025	306,94	13,90	0,00	22,09	0,000
HMG297	468,14	21,36	0,00	21,92	0,000
HMG299	321,53	15,29	0,00	21,03	0,000
HMG026	67,11	3,31	0,00	20,25	0,000
HMG279	29,33	1,50	0,00	19,53	0,000
HMG019	12,73	0,57	0,00	22,29	0,000
HMG134	123,42	5,15	0,01	23,99	0,000
HMG176	-118,73	6,19	0,00	-19,18	0,000
HMG073	58,90	3,05	0,00	19,29	0,000
HMG203	82,20	4,13	0,00	19,91	0,000
HMG267	90,76	5,15	0,00	17,63	0,000
HMG254	-82,46	5,13	0,00	-16,06	0,000
HMG266	56,09	4,41	0,00	12,72	0,000
HMG234	32,10	2,40	0,00	13,36	0,000
HMG015	26,38	1,68	0,00	15,74	0,000

Variable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
HMG077	55,68	4,59	0,00	12,13	0,000
HMG213	98,31	9,31	0,00	10,56	0,000
HMG175	130,43	12,35	0,00	10,56	0,000
HMG291	-31,17	3,19	0,00	-9,77	0,000
HMG261	111,25	11,58	0,00	9,61	0,000
HMG132	-13,82	1,59	0,00	-8,69	0,000
HMG074	9,26	1,15	0,00	8,06	0,000
HMG017	14,15	1,37	0,00	10,37	0,000
HMG072	20,21	2,52	0,00	8,02	0,000
HMG204	-21,07	2,66	0,00	-7,91	0,000
HMG075	34,04	4,43	0,00	7,69	0,000
HMG033	11,48	1,55	0,00	7,42	0,000
HMG046	10,06	1,37	0,00	7,36	0,000
HMG106	10,07	1,42	0,00	7,11	0,000
HMG227	9,41	1,47	0,00	6,41	0,000
HMG264	84,64	12,32	0,00	6,87	0,000
HMG023	-9,21	1,43	0,00	-6,42	0,000
HMG021	23,88	3,79	0,00	6,30	0,000
HMG020	-10,05	1,46	0,00	-6,89	0,000
HMG016	22,82	3,65	0,00	6,25	0,000
HMG043	62,56	10,24	0,00	6,11	0,000
HMG212	46,23	7,97	0,00	5,80	0,000
HMG298	140,52	24,34	0,00	5,77	0,000
HMG220	4,37	0,79	0,00	5,55	0,000
HMG217	-71,60	12,81	0,00	-5,59	0,000
HMG225	-76,72	15,42	0,00	-4,97	0,000
HMG001	-15,13	3,28	0,00	-4,62	0,000
HMG146	-3,49	0,77	0,00	-4,55	0,000
HMG289	-16,56	4,05	0,00	-4,09	0,000
HMG255	-7,57	2,05	0,00	-3,70	0,000
HMG226	20,91	6,76	0,00	3,09	0,002
HMG133	-8,18	2,66	0,00	-3,07	0,002
HMG260	3,32	1,22	0,00	2,72	0,007
HMG027	6,14	2,29	0,00	2,68	0,007

Literatur- und Rechtsnormenverzeichnis

Allison, P. D. (2010) Survival Analysis Using SAS – A Practical Guide, 2. Ausgabe, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

AOK-Bundesverband Berlin, Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V. Berlin und Knappschaft Bochum (2012): Gemeinsame Verlautbarung zur Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V vom 26.09.2012. Verfügbar unter: http://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/krankengeld/_jcr_content/par/download_1/file.res/gemeinsame_verlautbarung_48_SGB_V_20120905.pdf [Stand: 05.05.2015].

Apothekerverein Saar (2015): Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter 2015. Verfügbar unter: http://www.apothekerverein-saar.de/wpscripts/08_01_Bundesrahmen_tarifvertrag.pdf [Stand: 13.07.2015].

Arbeitgeberverband des privaten Bankgewerbes (2012): Tarifverträge für das private Bankgewerbe und die öffentlichen Banken, Stand Juni 2012. Verfügbar unter: <https://www.hanseaticbank.de/fileadmin/docs/Tarifvertrag.pdf> [Stand: 13.07.2015].

Assenmacher, W. (2002) Einführung in die Ökonometrie, Oldenbourg: München, Wien, 6. Auflage.

Beck, K. (2011) Risiko Krankenversicherung: Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Haupt: Bern, 2. Auflage.

BMI (2014): Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst vom 13. September 2005, zuletzt geändert am 1. April 2014. Verfügbar unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/TVoeD/Tarifvertraege/TVoeD.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 12.07.2015].

BRTV (2014): Bundesrahmentarifvertrag für das Baugewerbe vom 4. Juli 2002, in der Fassung vom 10.12.2014, online verfügbar unter http://www.soka-bau.de/soka-bau_2011/desktop/de/download/tarifvertrag_brtv.pdf [Stand: 14.07.2015].

Bundesversicherungsamt (BVA) (2012): Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013, Bonn, den 28.09.2012. Verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c144> [Stand: 10.5.2015].

Bundesversicherungsamt (BVA) (2014a): Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2015. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmung/03_Verfahrensbestimmung_AJ2015.pdf [Stand: 13.05.2015].

Bundesversicherungsamt (BVA) (2014b): Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2015. Bonn, den 30.09.2014. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2015/Festlegung_Klassifikationsmodell_2015.zip [Stand: 13.05.2015].

Bundesversicherungsamt (BVA) (2014c): Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013, Bonn, den 29.04.2014. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2013/01_Festlegung_Klassifikation_AJ2013_1.pdf [Stand: 10.3.2016].

Cumming, R. B.; Knutson, D.; Cameron, B. A.; Derrick, B. (2002): A comparative analysis of claims-based methods of health risk assessment for commercial populations. Schaumburg; Illinois.

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) (2015): Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das durch Artikel 9 des Gesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642) geändert worden ist.

Das Vierte Sozialgesetzbuch (SGB IV) (2015): Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (2015): Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist.

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) (2015): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. Januar 2015 (BGBl. 2015 II S. 15) geändert worden ist.

Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). BT-Drucksache 18/4095. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf> [Stand: 05.05.2015].

Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.-M.; Schaefer, M.; Wasem, J. und Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [Stand: 12.05.2015].

Ellis, R. P. (2007): Risk adjustment in health care markets: concepts and applications. Verfügbar unter: http://people.bu.edu/ellisrp/EllisPapers/2007_Ellis_Riskadjustment25.pdf [Stand: 13.01.2016].

Ellis, R. P.; McGuire, T. G. (2007): Predictability and predictiveness in health care spending, *Journal of Health Economics*, 26: 25-48.

Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) geändert worden ist.

Fishman, P.; Sloan, K.; Burgess, J.; Zhou, C.; Wang, L. (2006): Evaluating Alternative Risk Assessment Models: Evidence from the US Veteran Population, Group Health Center for Health Studies, Working Paper.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (a) (o. J.): Gespendete Organe (ohne Lebendspende). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Organe. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [Stand: 25.04.2016].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (b) (o. J.): Transplantierte Organe (einschließlich Lebendspende). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Organe. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [Stand: 25.04.2016].

GKV-Spitzenverband (2012): Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 06.02.2012. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Recht_sgrundlagen/GKV-SV.pdf [Stand: 28.10.2015].

GKV-Spitzenverband (2014a): Faktenblatt zum Thema Grenzwerte und Pauschalbeträge im Leistungs- und Beziehungsrecht für das Jahr 2015. Stand: 11.12.2014. Berlin: Pressestelle des GKV-Spitzenverbandes. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/zahlen_und_grafiken/Faktenblatt_Grenzwerte_2015_2014-12-11.pdf [Stand: 11.05.2015].

GKV-Spitzenverband (2014b): Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/finanzierung/beitragsbemessung/beitragsbemessung.jsp [Stand: 28.11.2015].

Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht, verfügbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr_objs12667/RSA-Gutachten2001_ger.pdf [Stand: 21.04.2016].

Marburger Bund (2010): Tarifvertrag für die Beschäftigten der MDK, MDK – T (Version Ärzte) MANTELTARIFVERTRAG vom 15.03.2010. Verfügbar unter: <http://www.marburger->

bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2014/mdk/mdk-t-i-d-f-2-aenderungstv.pdf [Stand: 12.07.2015].

Reschke, P. (1993): Berücksichtigung des Krankengelds im Risikostrukturausgleich, in: Paquet, R. und König, W. (Hrsg.): Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb, Essen, 66-69.

Reschke, P.; Sehlen, S.; Schiffhorst, G.; Schröder, W. F.; Lauterbach, K. W.; Wasem, J. (2005). Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Endbericht, verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle_RSA_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf [Stand: 21.04.2016].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015): Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/SVR_Sondergutachten_2015_Krankengeld.pdf [Stand: 15.01.2016].

Schäfer, T. (2011) Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes, Oberuhdingen, April 2011. Verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Gutachten_Schaefer.pdf [Stand: 01.04.2016].

Schillo, S.; Dahl, H.; Wasem, J.; Tebarts, K. (2014): Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA, in: Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hrsg.) BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell (2014), 134-151.

Schillo, S.; Lux, G.; Wasem, J.; Buchner, F. (2016): High cost pool or high cost groups – How to handle high(est) cost cases in a risk adjustment mechanism? Health Policy, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.003>.

Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Unfallkassen (2005): Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes vom 29.11.2005. Verfügbar unter: http://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/krankengeld/_jcr_content/par/download/file.res/kranken-verletztengeld.pdf [Stand: 11.05.2015].

Spitzenverbände der Krankenkassen (2009): Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes von SGB III Leistungsbeziehern vom 21.12.2009. Verfügbar unter:

http://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/krankengeld/_jcr_content/par/download_2/file.res/gr_krankengeld_sgb3_leistungsbezieher_20091221.pdf [Stand: 11.05.2015].

Spitzenverbände der Krankenkassen (2013): Gemeinsames Rundschreiben vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes. Verfügbar unter: http://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/organspende/_jcr_content/par/download/file.res/RS_2013-166_A01.pdf [Stand: 07.05.2015].

Tarifgemeinschaft deutscher Länder (2013): Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L), verfügbar unter: http://www.tdl-online.de/fileadmin/downloads/rechte_Navigation/A_TV-L__2011_/01_Tarifvertrag/TV-L.pdf [Stand: 12.07.2015].

Wasem, J. (1993): Berücksichtigung des Krankengelds im Risikostrukturausgleich, in: Paquet, R. und König, W. (Hrsg.): Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb, Essen, 58-65.

Wittmann, R.; Göppfarth, D. (2014): Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, In: Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen Aktuell 2014, 110-133.