



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Informationsveranstaltung zu den Gutachten zum Risikostrukturausgleich

02.06.2025

Übersicht

- 1. Grußwort des GKV-SV**
- 2. Grußwort des BAS**
- 3. Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021**
- 4. Gutachten zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V**



Top 1

GRUßWORT DES GKV-SV



Top 2

GRUßWORT DES BAS



VORSTELLUNG DER GUTACHTEN

PROF. DR. ROBERT NUSCHELER
EVALUATION KAP. 4 UND 5.1 – 5.4

PROF. DR. AMELIE WUPPERMANN
EVALUATION KAP. 5.5 – 5.8 UND 6

PROF. DR. LEONIE SUNDMACHER
EVALUATION KAP. 7

PROF. DR. WOLFGANG GREINER
KRANKENGELDGUTACHTEN



Top 3

GUTACHTEN ZU DEN WIRKUNGEN DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS IM KORRIGIERTEN JAHRESAUSGLEICH 2021

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung



Top 3

REFERENZMODELL UND GKV-REFORMBAUSTEINE (KAPITEL 4 UND 5)

4. Referenzmodell – Korrigierter Jahresausgleich 2021

- Keine Erwerbsminderungsgruppen
- Gesamtes Morbiditätsspektrum (Vollmodell)
- Risikopool
- Korrektur des Jahresausgleichs (SA100/SA703 → SA110/SA713)
- Regionalkomponente (ohne 75 %-Regel)
- HMG-Ausschluss
- Restriktionen (Nichtnegativität, Hierarchien)

Referenzmodell – Kennzahlen



Individuelle Kennzahlen	
R²	57,62%
CPM	28,00%
MAPE	2.640,85 €

Tabelle 4.2.3

Krankenkassenbezogene Kennzahlen	
wMAPE_{KK}	26,78 €
wMAPD_{KK}	0,81%

Tabelle 4.2.4

Referenzmodell		
Zuweisungsart	Zuweisungssumme	Anteil
AGGs	112.815.134.169 €	48,59%
RGGs	-14.373.229.623 €	-6,19%
AGGs + RGGs	98.441.904.546 €	42,40%
HMGs	126.763.543.865 €	54,59%
KEGs	135.645.347 €	0,06%
Risikopool	6.856.270.450 €	2,95%
Gesamt	232.197.364.209 €	100,00%

Tabelle 4.2.2

Referenzmodell – Deckungsquote und Risikofaktor

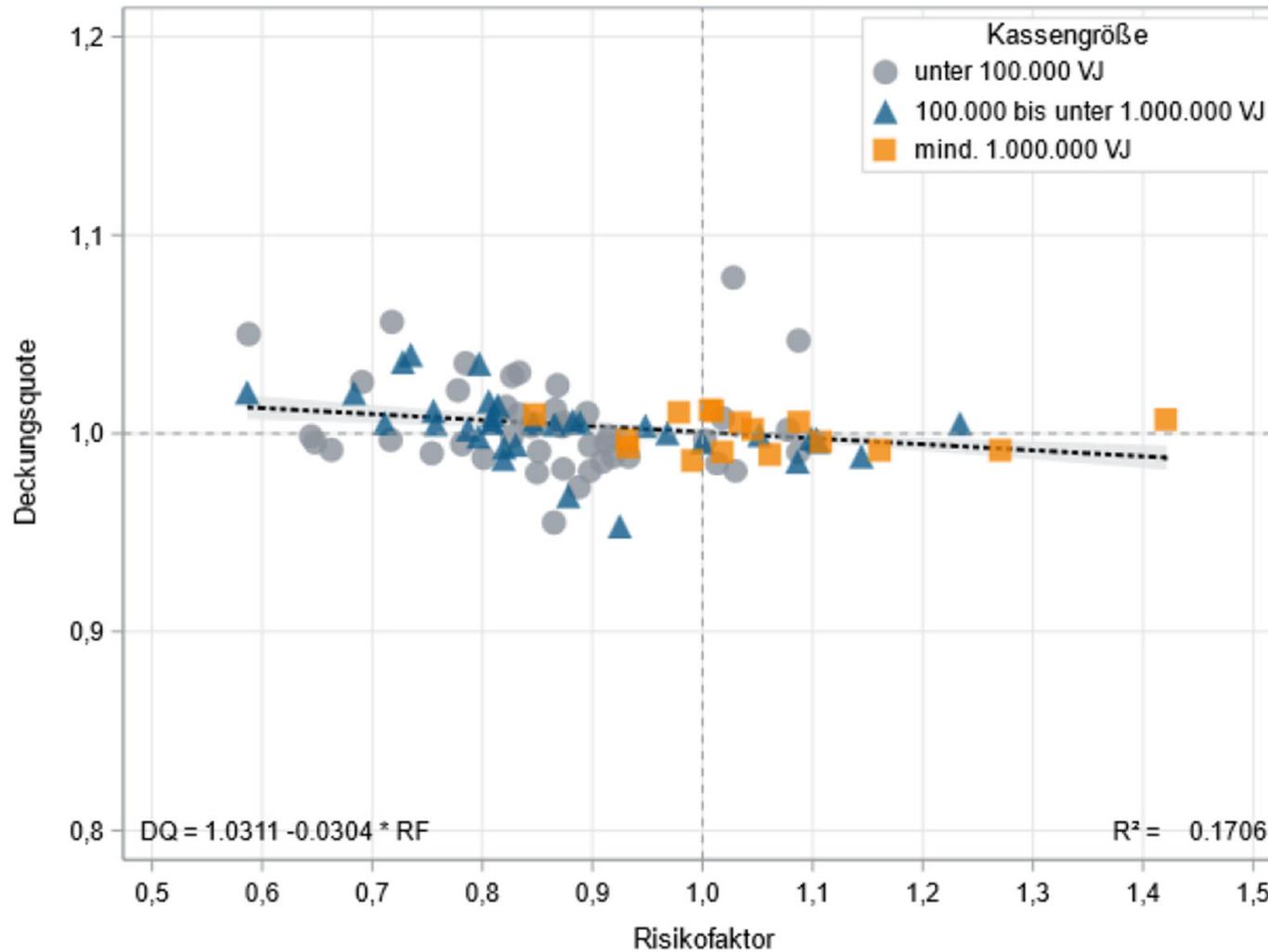


Abbildung 4.2.2

Referenzmodell – DB und DQ nach Versichertengruppen I

Versichertengruppe	Ausprägung	Anteil VJ	DB je VJ Referenzmodell	DQ Referenzmodell	DQ JA 2015*
Versichertengruppen auf Basis der Stammdaten					
Erwerbsminderungsrente im Vorjahr (BJ 2020)	nein	97,4 %	30 €	101,0 %	100,0 %
	ja	2,6 %	-1.153 €	88,7 %	100,0 %
Extrakorporale Blutreinigung im Vorjahr (BJ 2020)	nein	99,9 %	2 €	100,1 %	100,1 %
	ja	0,1 %	-2.350 €	96,2 %	96,9 %
Verstorben im Ausgleichsjahr (BJ 2021)	nein	99,4 %	155 €	105,3 %	105,2 %
	ja	0,6 %	-24.538 €	37,7 %	33,2 %
Versichertengruppen auf Basis der gemeldeten Diagnosen/Verordnungen					
HMG-Anzahl vor HMG-Ausschluss (Morbiditätsdaten BJ 2020)	keine HMGs vorhanden	29,6 %	165 €	117,1 %	-
	1 - 3 HMGs vorhanden	33,6 %	-40 €	98,0 %	
	4 - 6 HMGs vorhanden	17,1 %	-152 €	96,1 %	
	7 - 9 HMGs vorhanden	9,7 %	-169 €	97,2 %	
	10 - 12 HMGs vorhanden	5,3 %	-81 €	99,0 %	
	13 - 15 HMGs vorhanden	2,6 %	58 €	100,6 %	
	16 oder mehr HMGs vorhanden	1,9 %	506 €	103,5 %	
Krankenhausaufenthalt im Vorjahr (BJ 2020)	kein Krankenhausaufenthalt	86,6 %	144 €	106,0 %	108,3 %
	1 - 2 Krankenhausaufenthalte	11,9 %	-543 €	92,0 %	86,4 %
	3 oder mehr Krankenhausaufenthalte	1,5 %	-4.130 €	79,9 %	
Risikopoolfall (LAoKG ₂₀₂₁ > 100.000 €)	nein	99,9 %	132 €	104,6 %	-
	ja	0,1 %	-93.730 €	50,7 %	

Tabelle 4.2.5

Referenzmodell – Kennzahlen der Jahresausgleiche im Zeitverlauf

Tabelle 4.3.8	JA 2015	JA 2016	JA 2017	JA 2018	JA 2019	JA 2020	2021*	
							JA	Korrigierter JA (Referenzmodell)
R ²	24,6%	24,9%	25,1%	25,8%	26,5%	24,8%	58,1%	57,6%
CPM	23,9%	24,1%	24,1%	24,3%	24,4%	24,4%	28,0%	28,0%

Tabelle 4.3.10 DQ	JA 2015	JA 2016	JA 2017	JA 2018	JA 2019	JA 2020	2021*	
							JA	Korrigierter JA (Referenzmodell)
Minimum	94,8%	94,5%	94,4%	93,3%	93,2%	91,5%	95,3%	95,3%
1. Quartil	99,0%	98,6%	98,7%	98,6%	98,3%	99,0%	99,2%	99,1%
Median	100,4%	99,8%	100,3%	100,2%	99,9%	100,3%	100,0%	100,2%
3. Quartil	102,4%	102,3%	101,9%	101,7%	101,6%	102,0%	101,0%	101,0%
Maximum	122,7%	120,6%	115,8%	109,1%	107,4%	107,4%	107,9%	107,9%
Variationskoeffizient	3,6%	3,3%	3,1%	2,6%	2,4%	2,5%	2,0%	1,9%
Interquartilsabstand	3,4 PP	3,6 PP	3,2 PP	3,1 PP	3,3 PP	3,0 PP	1,8 PP	1,9 PP
Spanne	28,0 PP	26,1 PP	21,4 PP	15,9 PP	14,2 PP	15,9 PP	12,6 PP	12,6 PP

Referenzmodell – Modellgüte im zeitlichen Kontext

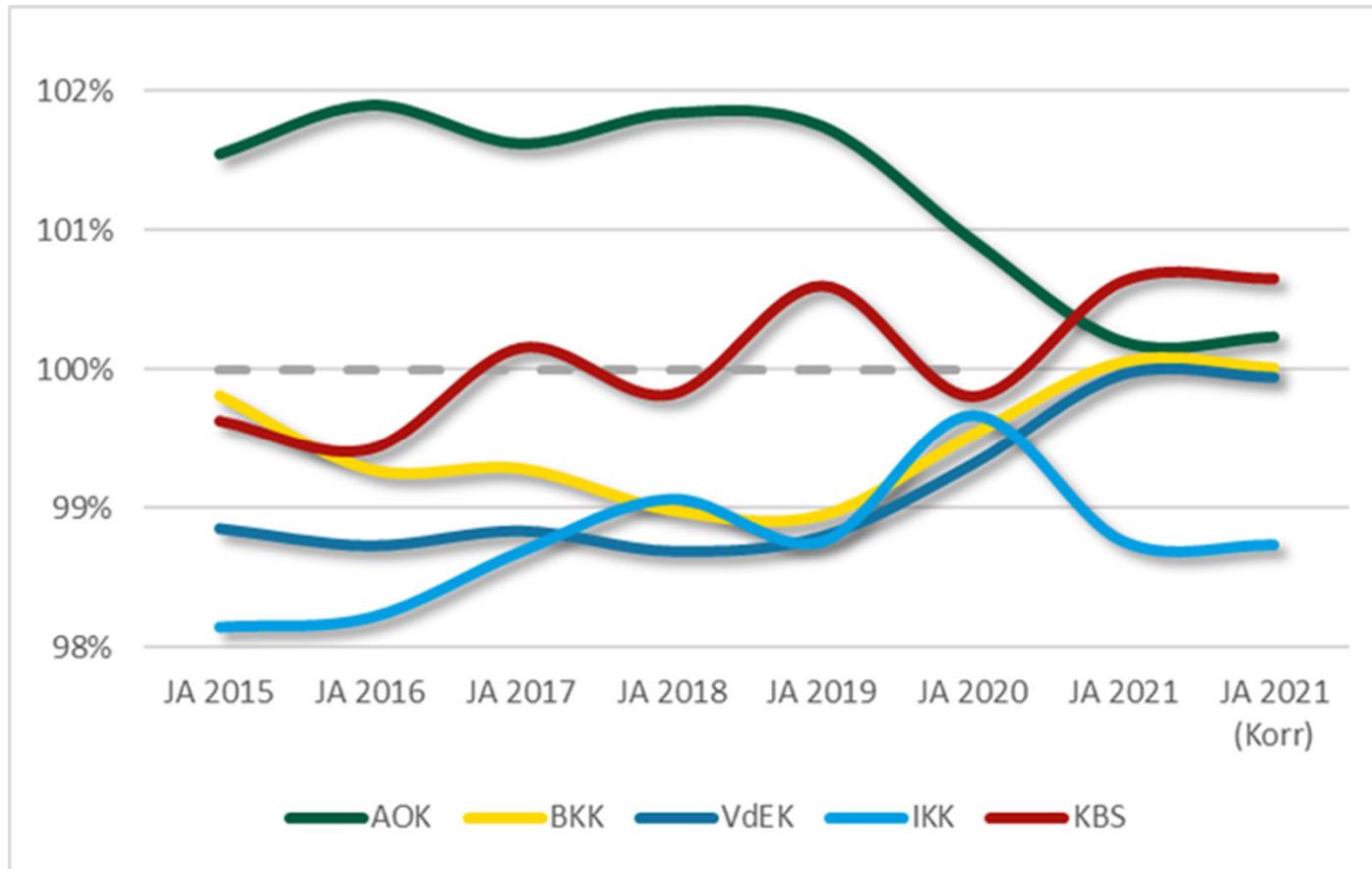


Abbildung 4.3.2

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

5.1 Vollmodell – Kennzahlen

Tabelle 5.1.1 Modell	AJ2020 Krankheitsfiltermodell (BJ2020 EM / BJ2019 KM)	AJ2021 Vollmodell (BJ2020 EM / BJ2019 KM)	Δ Kennzahl
Allgemeines			
N Risikogruppen	284	628	344
Individuelle Kennzahlen			
R²	25,63%	26,03%	0,40 PP
CPM	24,14%	25,26%	1,12 PP
MAPE	2.646,72 €	2.607,74 €	-38,98 €
Regionale Kennzahlen			
gew. MAPE_{Kreis}	93,13 €	92,21 €	-0,91 €
gew. MAPD_{Kreis}	3,10%	3,07%	-0,03 PP
Krankenkassenbezogene Kennzahlen			
gew. MAPE_{KK}	29,19 €	29,95 €	0,76 €
gew. MAPD_{KK}	0,94%	0,96%	0,02 PP

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Vollmodell – Zuweisungsanteile



Tabelle 5.1.6	AJ20 80 Krankheitenmodell		AJ21 Vollmodell		Differenz
Zuweisungsart	Zuweisungssumme	Anteil	Zuweisungssumme	Anteil	Δ Anteil
AGGs	105.135.198.185 €	47,83%	89.502.848.904 €	40,72%	-7,11 PP
HMGs	111.793.235.338 €	50,86%	127.699.347.872 €	58,09%	7,24 PP
KEGs	122.709.691 €	0,06%	144.197.736 €	0,07%	0,01 PP
EMGs	2.770.926.445 €	1,26%	2.475.675.146 €	1,13%	-0,13 PP
Gesamt	219.822.069.659 €	100,00%	219.822.069.659 €	100,00%	0,00 PP

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

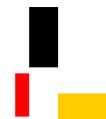
Vollmodell – DQ nach HMG-Anzahl



Versichertengruppe	Ausprägung	Anteil VJ	DQ AJ20	DQ AJ21	Δ DQ
HMG-Anzahl vor HMG-Ausschluss (Morbiditätsdaten BJ 2019)	Keine HMGs vorhanden	27,2%	133,8%	113,2%	-20,7 PP
	1 - 3 HMGs vorhanden	34,7%	99,5%	98,1%	-1,4 PP
	4 - 6 HMGs vorhanden	17,9%	93,8%	96,4%	2,6 PP
	7 - 9 HMGs vorhanden	10,0%	95,1%	97,4%	2,3 PP
	10 - 12 HMGs vorhanden	5,5%	96,9%	99,5%	2,6 PP
	13 - 15 HMGs vorhanden	2,7%	98,7%	101,9%	3,1 PP
	16 oder mehr HMGs vorhanden	2,0%	100,8%	105,0%	4,1 PP

Tabelle 5.1.7

Vollmodell – „Gesunde“ Versicherte genauer betrachtet



Versichertengruppe	Ausprägung	Anteil VJ	DQ AJ20	DQ AJ21	Δ DQ
Zuordnung zu ehemaligen RSA-Krankheiten (Krankheitsauswahl AJ 2020, Morbiditätsdaten BJ 2019)	keine Krankheit	27,0%	134,8%	114,1%	-20,7 PP
	nur nicht-RSA-Krankheit(en)	28,4%	88,8%	98,4%	9,6 PP
	RSA- und nicht-RSA-Krankheit(en)	44,5%	98,2%	98,8%	0,6 PP

Tabelle 5.1.13

Versichertengruppe	Ausprägung	Anteil VJ	DB je VJ AJ20	DB je VJ AJ21	Δ DB
Zuordnung zu ehemaligen RSA-Krankheiten (Krankheitsauswahl AJ 2020, Morbiditätsdaten BJ 2019)	keine Krankheit	27,0%	315,62 €	127,76 €	-187,86 €
	nur nicht-RSA-Krankheit(en)	28,4%	-151,39 €	-21,19 €	130,20 €
	RSA- und nicht-RSA-Krankheit(en)	44,5%	-94,74 €	-63,85 €	30,88 €

Tabelle 5.1.14

Vollmodell – Fazit

Vorrangige Ziele erreicht

- Reduktion der Überdeckung gesunder Versicherter
- Reduktion der Unterdeckung von Versicherten mit zuvor nicht im Modell berücksichtigten Krankheiten
- Krankheitsauswahl und damit verbundener Aufwand entfällt
- Versichertenindividuelle Kennzahlen deutlich verbessert

5.2 Arzneimittelrabatte – Kennzahlen

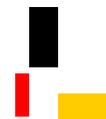


Tabelle 5.2.1 Modell	Jahresausgleich 2021 SA100 / SA700 (BJ2020 EM)	Jahresausgleich 2021 SA100 / SA703 (BJ2020 EM)	Δ Kennzahl
Allgemeines			
N Risikogruppen	623	623	0
Individuelle Kennzahlen			
R ²	57,18%	58,15%	0,97 PP
CPM	28,49%	28,38%	-0,11 PP
MAPE	2.478,74 €	2.498,95 €	20,21 €
Regionale Kennzahlen			
gew. MAPE _{Kreis}	48,74 €	49,24 €	0,50 €
gew. MAPD _{Kreis}	1,62%	1,64%	0,02 PP
Krankenkassenbezogene Kennzahlen			
gew. MAPE _{KK}	21,52 €	22,35 €	0,84 €
gew. MAPD _{KK}	0,69%	0,72%	0,03 PP

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Arzneimittelrabatte – Fazit

- Insgesamt geringe Veränderungen
- Verbesserung der Deckungsquoten von Hochkosten-/Risikopoolfällen
- Trotz Verschlechterung der krankenkassenbezogenen Kennzahlen leichte Reduzierung vorhandener Über- und Unterdeckungen auf Ebene der Krankenkassenarten

5.3 Korrektur des Jahresausgleichs – Zuweisungsanteile



	Jahresausgleich 2021 o. 75%-Regel	Jahresausgleich 2021 korrigiert o. 75%-Regel	Differenz
Zuweisungsart	Anteil	Anteil	Δ Anteil
AGGs + RGGs	42,38%	42,40%	0,02 PP
HMGs	54,61%	54,59%	-0,01 PP
KEGs	0,06%	0,06%	0,00 PP
Risikopool	2,96%	2,95%	-0,01 PP
Gesamt	100,00%	100,00%	0,00 PP

Korrektur des Jahresausgleichs – Fazit

- Geringfügige Veränderung der Modellgüte
- Mehraufwand in der Durchführung
- Notwendiger Bestandteil des Verfahrens
 - Gemeldete Datenbasis wird zur Prüfung verwendet
 - Krankenkassen müssen die Gelegenheit haben, Fehler zu korrigieren
 - Notwendig durch Einführung des Risikopools

5.4 Risikopool

- Instrument in Ergänzung zum RSA
- Anteilige solidarische Finanzierung von Hochkostenfällen
 - Schwellenwert 2021: 100.000 Euro
 - Erstattung von 80 % der Kosten oberhalb des Schwellenwerts
- Ziele
 - Verringerung von Risikoselektionsanreizen
 - und Wettbewerbsverzerrungen
 - Finanzierung neuer kostenintensiver Therapien wird gestärkt

Risikopool – Kennzahlen

Modell	Modell ohne Risikopool	Referenzmodell	Δ Kennzahl
Allgemeines			
N Risikogruppen	605	605	0
Individuelle Kennzahlen			
R ²	25,39 %	57,62 %	32,23 PP
CPM	24,64 %	28,00 %	3,36 PP
MAPE	2.763,91 €	2.640,85 €	-123,07 €
Regionale Kennzahlen			
gew. MAPE _{Kreis}	53,46 €	50,57 €	-2,90 €
gew. MAPD _{Kreis}	1,69 %	1,59 %	-0,09 PP
Krankenkassenbezogene Kennzahlen			
gew. MAPE _{KK}	29,93 €	26,78 €	-3,15 €
gew. MAPD _{KK}	0,91 %	0,81 %	-0,10 PP

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Risikopool – Fazit

- Die vom Gesetzgeber verfolgten Ziele wurden erreicht
- Mögliche spätere Evaluation vor dem Hintergrund von Effizienzaneizen und Prüfaufwand
- Dynamischer Schwellenwert



Top 3

REFERENZMODELL UND GKV-REFORMBAUSTEINE (KAPITEL 5.4-5.8)

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen

- Vor GKV-FKG 6 Erwerbsminderungsgruppen im RSA
- Erwerbsminderungsstatus ist **eindeutiges** und manipulationsresistentes **Kennzeichen**, das den Krankenkassen standardisiert **vorliegt**
- **2,53 %** aller **Versicherten** (**8,26 %** der **Leistungsausgaben ohne Krankengeld**)
- Bei direkter Berücksichtigung der Erwerbsminderungsgruppen ist diese Versichertengruppe zu 100 % gedeckt
- **Streichung der Erwerbsminderungsgruppen** führt dazu, dass diese Gruppe **nur noch zu 88,7 %** gedeckt ist

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen – Kennzahlen



Modell	Modell mit EMGs	Referenzmodell	Δ Kennzahl
Allgemeines			
N Risikogruppen	611	605	-6
Individuelle Kennzahlen			
R²	57,66%	57,62%	-0,04 PP
CPM	28,04%	28,00%	-0,04 PP
MAPE	2.639,40 €	2.640,85 €	1,45 €
Regionale Kennzahlen			
gew. MAPE_{Kreis}	50,00 €	50,57 €	0,57 €
gew. MAPD_{Kreis}	1,58%	1,59%	0,02 PP
Krankenkassenbezogene Kennzahlen			
gew. MAPE_{KK}	25,30 €	26,78 €	1,48 €
gew. MAPD_{KK}	0,77%	0,81%	0,04 PP

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen – Fazit

- Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus sind eine **eindeutig identifizierbare Gruppe**, die deutlich **unterdeckt** ist
- **Risikoselektionsanreize** und damit Potenzial für Selektionsstrategien
- Beirat spricht sich daher für die **Verwendung der Erwerbsminderungsgruppen im RSA** aus
- Vor einer Wiederaufnahme könnten ggf. die Altersgrenzen der Erwerbsminderungsgruppen angepasst werden

Einführung der Regionalkomponente

- Die Ergebnisse des im Januar 2024 veröffentlichten „**Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich**“ werden anhand der aktualisierten Daten **bestätigt**
- Die verbleibenden **regionalen Deckungsbeitragsunterschiede** nach Durchführung des RSA werden **deutlich reduziert**
- Die Individualgüte der Ausgabenschätzung wird nur geringfügig verbessert

Einführung der Regionalkomponente – Fazit

- Die Regionalkomponente wirkt entsprechend der Intention des GKV-FKG
- Vereinfachungspotenzial
 - Verlängerung der Abstände der Variablenselektion der RGGs
 - Zunächst Abstand von zwei Jahre
 - Längerfristig ggf. auch in größeren Abständen

HMG-Ausschluss

- Die Ergebnisse des im Januar 2024 veröffentlichten „**Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im RSA**“ werden anhand der aktualisierten Daten **bestätigt**
- Verschobenes Volumen der Zuweisungen von HMGs zu AGGs und RGGs erhöht sich gegenüber AJ 2021 um das 2,8 fache (AJ 2022: 5,1 Mrd. €; 9,5 Mrd. € im AJ 2023)
- Betroffen sind insbesondere Versichertengruppen mit einer tendenziell höheren Morbiditätslast
- Wirkt der Zielsetzung entgegen, **Risikoselektionsanreize** aufgrund Morbidität zu vermeiden

HMG-Ausschluss – Fazit

- Keine weitere Anwendung des Verfahrens empfohlen
- Es erfolgen unabhängig vom HMG-Ausschluss Maßnahmen zur Steigerung der Manipulationsresistenz des Verfahrens (z.B. Prüfungen, fortlaufend striktere Ausgestaltung des Modells)
- Weitere Beobachtung der Veränderungsraten der HMG-Besetzungen ist sinnvoll

Vorsorgepauschale

- Zur Förderung von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen durch die Krankenkassen etabliert
- Zuweisungen entsprechen ca. 5,2 % der Ausgaben für die korrespondierenden Vorsorgeleistungen
- Insgesamt nur 0,06 % aller Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ca. 158 Mio. € von rd. 255 Mrd. €)
- Gegenfinanzierung mittels der sog. mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen

Vorsorgepauschale – Fazit

- Intention, Anreize für eine Stärkung der Vorsorge zu setzen, ist positiv zu bewerten
- Geringe Wirkung aufgrund geringer Umverteilungseffekte wahrscheinlich
- Empfehlung, die **Vorsorgepauschale abzuschaffen**
- Förderung der Prävention sollte außerhalb des RSA erfolgen
- Bei Fortbestehen zugewiesene Pauschalen erhöhen, um nennenswerte Anreizwirkungen zu erzielen
- Zur Beurteilung der Wirkung auf die Inanspruchnahme und Weiterentwicklung ist eine verbesserte Datenbasis erforderlich



Top 3

MANIPULATIONSRESISTENZ DES RSA (KAPITEL 6)

Manipulationsresistenz - Auftrag

§ 266 Abs. 10 SGB V

„Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die **Manipulationsresistenz** des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig [...] zu überprüfen.“

Manipulationsresistenz – Maßnahmen

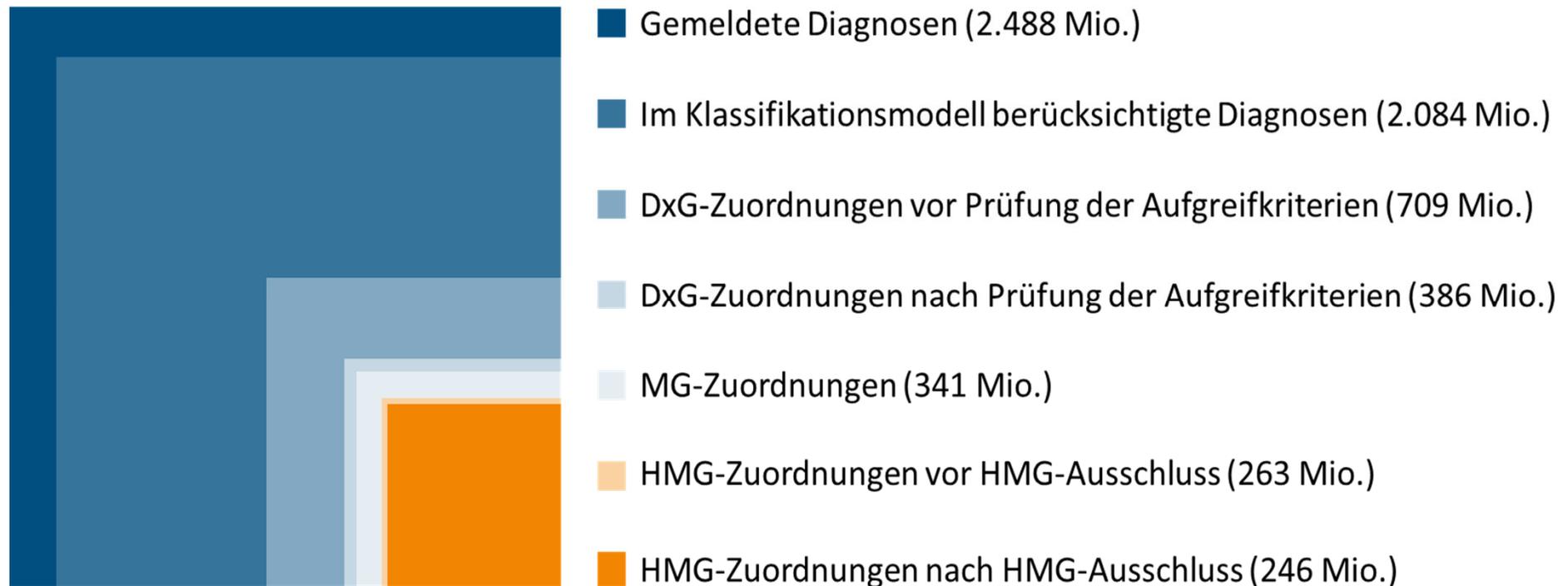
- Der **Gesetzgeber** hat verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Manipulationsresistenz zu erhöhen, z. B.:
 - **Verbot** zusätzlicher **Vergütungen** für die Vergabe von Diagnosen im Rahmen bestimmter Verträge
 - **Verbot** von **Beratungen** der Ärzte zur Vergabe von Diagnosen
 - Klarstellung, dass **jegliche Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten** und die Art und Weise der Aufzeichnung **unzulässig** ist
- **Anpassung der Prüfungen** der Datengrundlage des RSA

Manipulationsresistenz – Maßnahmen

- Auch **Ausgestaltung des Klassifikationsmodells** stärkt Manipulationsresistenz
 - Zusammenfassung redundanter/ähnlicher Diagnosen zu Diagnosegruppen
 - Aufgreifkriterien („stationär erforderlich“, „gesicherte Diagnosen“, „M2Q“, Arzneimittelkriterien, ...)
 - Zusammenfassung von DxGs zu HMGs
 - Hierarchisierung
- Flankierender **HMG-Ausschluss**
 - begrenzt die Anzahl der Morbi-Zuschläge des Klassifikationsmodells weiter
 - Probleme des Ausschlussverfahrens wurden bereits erläutert

Manipulationsresistenz – Wirkung der Klassifikationslogik

Die Klassifikationslogik beschränkt den Einfluss einzelner Diagnosen auf die Anzahl der Zuschläge deutlich



Manipulationsresistenz – HMG-Zuweisungen

Zuweisungen	JA 2015	JA 2016	JA 2017	JA 2018	JA 2019	JA 2020	JA 2021 (korr.)
AGG	89,5 Mrd. €	93,0 Mrd. €	96,1 Mrd. €	99,3 Mrd. €	104,4 Mrd. €	105,5 Mrd. €	112,7 Mrd. €
RGG	-	-	-	-	-	-	-14,4 Mrd. €
(AGG+RGG)	<i>(89,5 Mrd. €)</i>	<i>(93,0 Mrd. €)</i>	<i>(96,1 Mrd. €)</i>	<i>(99,3 Mrd. €)</i>	<i>(104,4 Mrd. €)</i>	<i>(105,5 Mrd. €)</i>	<i>(98,3 Mrd. €)</i>
HMG	89,8 Mrd. €	93,8 Mrd. €	97,2 Mrd. €	102,0 Mrd. €	108,7 Mrd. €	111,8 Mrd. €	126,9 Mrd. €
EMG	2,0 Mrd. €	2,2 Mrd. €	2,2 Mrd. €	2,3 Mrd. €	2,3 Mrd. €	2,2 Mrd. €	-
KEG	0,2 Mrd. €	0,2 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,4 Mrd. €	0,4 Mrd. €	0,4 Mrd. €	0,1 Mrd. €
RP	-	-	-	-	-	-	6,9 Mrd. €
Gesamt	181,5 Mrd. €	189,2 Mrd. €	195,9 Mrd. €	204,0 Mrd. €	215,8 Mrd. €	219,8 Mrd. €	232,2 Mrd. €
HMG-Anteil	49,2%	49,6%	49,6%	50,0%	50,4%	50,9%	54,6%

HMG-Zuweisungsvolumen nach GKV-FKG nur moderat gestiegen

- Absinken des mittleren HMG-Zuschlagswertes
- Risikopool und HMG-Ausschuss reduzieren HMG-Zuweisungsvolumen
- Allerdings: Streichung EMG erhöht HMG-Zuweisungsvolumen

Manipulationsresistenz – Datenlimitation

- Dem BAS und dem Wissenschaftlichen Beirat stehen keine über mehrere Jahre verknüpfbaren Daten zur Verfügung.
- Die Untersuchung der langfristigen Entwicklung von Diagnosen für einzelne Versicherte ist nicht möglich.
- Auf der vorliegenden Datenbasis ist nur die **Analyse auf Ebene der Gesamt-GKV** möglich. Es können keine Aussagen auf Ebene der Einzelkassen getroffen werden.

Manipulationsresistenz – Fazit

- **Klassifikationsmodell** schränkt Relevanz einzelner Diagnosen stark ein und **stärkt Manipulationsresistenz**
- **Finanzielle Bedeutung der HMG-Zuweisungen steigt** auch unter den Bedingungen des Vollmodells im AJ **2021 nur mäßig**
- In den Ausgleichsjahren 2022 und 2023 nimmt das HMG-Zuweisungsvolumen durch weitere Modellanpassungen ab



Top 3

WEITERE UNTERSUCHUNGSaufträge DES BMG (KAPITEL 7)

Weitere Aufträge des BMG

- Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den RSA
- Ausgleich von Einmaltherapien im RSA
- Optionen für eine mögliche Vereinfachung des RSA-Verfahrens

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Leistungsausgaben



Tabelle 7.1.1: Veränderungsrate (%) der Netto-Leistungsausgaben je Versichertentag gegenüber dem Vorjahr nach HLB und insgesamt im Zeitverlauf

BJ	HLB1 (Ärzte)	HLB2 (Zahnärzte)	HLB3 (Apotheken)	HLB4 (Krankenhaus)	HLB5 (Sonstige LA)	HLB7 (Extra- korp. Blutrei- nigung)	HLBs 1-5 & 7 (LAoKG)
2022	2,32	3,69	4,77	3,21	5,39	-1,33	3,69
2021	2,68	8,62	7,47	3,56	9,84	0,17	5,42
2020	3,41	-1,78	4,64	-1,40	2,32	1,27	1,27
2019	3,95	4,20	5,61	4,07	10,05	0,71	5,20
2018	2,95	2,83	3,12	3,00	7,53	0,49	3,63
2017	3,16	1,69	1,79	1,89	5,18	-0,62	2,56
2016	2,81	1,54	2,90	2,63	4,41	1,33	2,87

Datengrundlagen sind von den Auswirkungen der Pandemie betroffen

Quelle: Auswertung BAS

- Vor der Pandemie **bis 2019**: Steigende Leistungsausgaben (LAoKG)
- Bruch im **ersten Pandemiejahr (2020)**. Insbesondere bei Zahnärzten & Krankenhaus
- Im **zweiten Pandemiejahr (2021)** verzeichnen die HLBs meist hohe Veränderungsraten. Zunahme der LAoKG
- Im **dritten Pandemiejahr (2022)** weiterer Anstieg der Ausgaben in den HLBs allerdings mit geringeren Veränderungsraten als im Jahr 2019

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Weitere Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

- Bis 2019 schwankt die Anzahl der **Sterbefälle je 1.000 Versicherte** um ein bestimmtes Niveau. In den Jahren 2020 bis 2022 übersteigt sie das vorpandemische Niveau.
- Vor der Pandemie sind **Krankenhausaufenthalte je 1.000 Versicherte** leicht rückläufig. In den Jahren 2020 bis 2022 sinken die Fallzahlen deutlich (19,5 Mio. -> 17.2 Mio.) und bleiben unter dem Niveau von 2019.
- Im ersten Pandemiejahr (2020) keine Auffälligkeiten der **ambulanten Diagnosen je Versicherten**. Dann deutliche Steigerung im Jahr 2021. Abnahme der absoluten Anzahl der Diagnosen von 2021 zu 2022.
- Deutlicher Zuwachs der **(Morbiditäts-)Gruppe U00-U99** (enthält die Schlüsselnummern für COVID-19) im Pandemiezeitraum. Abnahme insbesondere bei „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (**A00-B99**) und „Krankheiten des Atmungssystems“ (**J00-J99**) im ersten Pandemiejahr (Abnahme der Inanspruchnahme; besserer Infektionsschutz)

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Regionalebene & Rolle des verwendeten Klassifikationssystems

- **Regionale Schwankungen** der Höhe der Leistungsausgaben, der Zuweisungen und der Deckungsquoten im Verlauf der COVID-19-Pandemie.
- Regionalkomponente im RSA hat eine **stabilisierende Wirkung** auf die Deckungsquoten.
- Die feststellbaren **Schwankungen** auf den Daten während der Pandemie sind **im Zeitverlauf nicht ungewöhnlich**.
- Insbesondere die neueren Klassifikationsmodelle (**Vollmodell mit Regionalkomponente und Risikopool**) sind gegenüber Änderungen der Datenbasis sehr robust. Hier scheint **insbesondere der RP** zur **Stabilisierung** beizutragen.

Fazit: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den RSA

- Ein Pandemieeffekt lässt sich sowohl bezogen auf die Leistungsausgaben (BJs 2020 bis 2022) als auch auf die Morbiditätsdaten (BJs 2020 bis 2022) feststellen.
- Trotz der teilweise erheblichen Veränderungen der Datengrundlage durch die COVID-19-Pandemie erweist sich der RSA als sehr robust.
- Die verwendeten Datenmeldungen sind für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA geeignet.

Einmaltherapien

- Begriff synonym für **einmalig anzuwendende Arzneimittel für neuartige Therapien** (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs) verwendet. Teilgruppe der **ATMPs: Gentherapien**
- **Ziel:** Nach Anwendung im besten Fall keine (oder nur noch milde) Krankheitsbeschwerden **bei einmalig hohen Leistungsausgaben**
- **Annahme:** Danach keine Dauertherapie mehr benötigt und in den folgenden Jahren im Vergleich geringe bis keine Leistungsausgaben

Einmaltherapien – untersuchte Fragestellung

- Wie werden **Leistungsausgaben** von Einmaltherapien im RSA berücksichtigt und **welche Auswirkungen hat der Risikopool?**
- Stand heute sind **15 Einmaltherapien zugelassen und 13 können GKV-Patienten in Anspruch nehmen**. Zwei Präparate sind zugelassen, jedoch nicht in Deutschland verfügbar.
- Nur die **ambulant** einsetzbaren Einmaltherapien werden in der SA400 gemeldet
- Verordnungsdaten des Berichtsjahres 2023: nur Verordnungen des Präparates **Roctavian[®]**

Zuweisungen für ET mit und ohne RP – 4 Szenarien



Tabelle 7.2.2: Untersuchte Konstellationen

Konstellationen	1a	1b	2a	2b
Fallzahl/HMG	100		2.500	
Durchschnittliche Leistungsausgaben Dauertherapie	70.000 €	275.000 €	70.000 €	275.000 €
Durchschnittliche Leistungsausgaben Einmaltherapie	1.500.000 €			

Quelle: Auswertung BAS

- **Annahmen:** Versicherte ausschließlich einer Risikogruppe zugeordnet, keine weiteren Leistungsausgaben
- **Krankenkassenwechsel** ausgeschlossen
- **Schwellenwert** des **RP** bei 100.000 €

Zuweisungen für Einmaltherapien mit und ohne RP

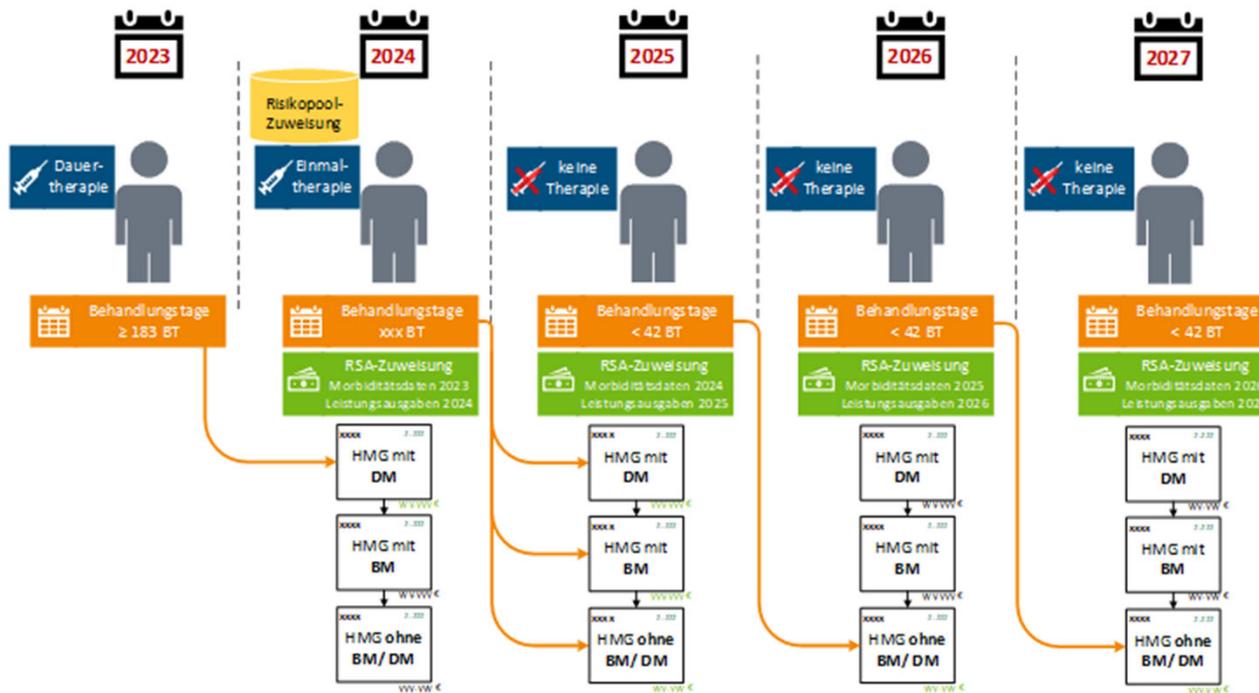
- **Ohne RP:** KK erhält Zuweisung aus RSA
- Belastung einzelne KK: **Leistungsausgaben der ET *minus* Zuweisung RSA**
- **Mit RP:** KK erhält Zuweisung aus RSA **plus Zuweisung aus RP**
- Belastung einzelne KK: **Leistungsausgaben der ET *minus* (Zuweisung aus RSA **plus Zuweisung aus RP**)**
- Die **Zuweisungen aus dem Risikopool** sorgen für bessere Deckung bei sehr **hohen Leistungsausgaben**. Unterdeckungen verbleiben.

Zuweisungen für Einmaltherapien in Folgejahren

- Nicht nur die Deckung im Ausgleichsjahr (also im Jahr der Anwendung der Einmaltherapie) relevant, sondern auch die **Deckung in den Folgejahren**.
- Abhängig vom Verbleib des Versicherten mit Einmaltherapie in der **Morbiditätsgruppe**.
- Verbleibt Versicherter in **hoher Morbiditätsgruppe**, so erhält die KK für den Versicherten noch einmal eine hohe Zuweisung (trotz niedrigerer **Leistungsausgaben** im Folgejahr). Abhängig von der **Anzahl erreichter Behandlungstage mit Medikation**

Behandlungstage (BT) Arzneimittel - Auswirkung auf Kostenschätzer

Abbildung 7.2.6: Versichertenzuordnung abhängig von den erreichten Behandlungstagen



Quelle: Abbildung BAS

- Im ersten Jahr (2024): Applikation der Einmaltherapie
- KK erhält sowohl eine **RSA-** als auch eine **RP-Zuweisung**.
- Im zweiten Jahr (AJ 2025): Abhängig von den bis zu diesem Zeitpunkt **erreichten Behandlungstagen (BT)** Zuordnung einer der drei DxG bzw. **HMGs (Dauermedikation, Bedarfsmedikation, ohne DM/BM)**
- KK erhält die entsprechende RSA-Zuweisung.
- Im nächsten AJ (2026): **Zuordnung der untersten HMG**
- Folgende Jahre: Verbleib des Versicherten in der **untersten HMG**, sofern die Einmaltherapie weiterhin wirksam ist.

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

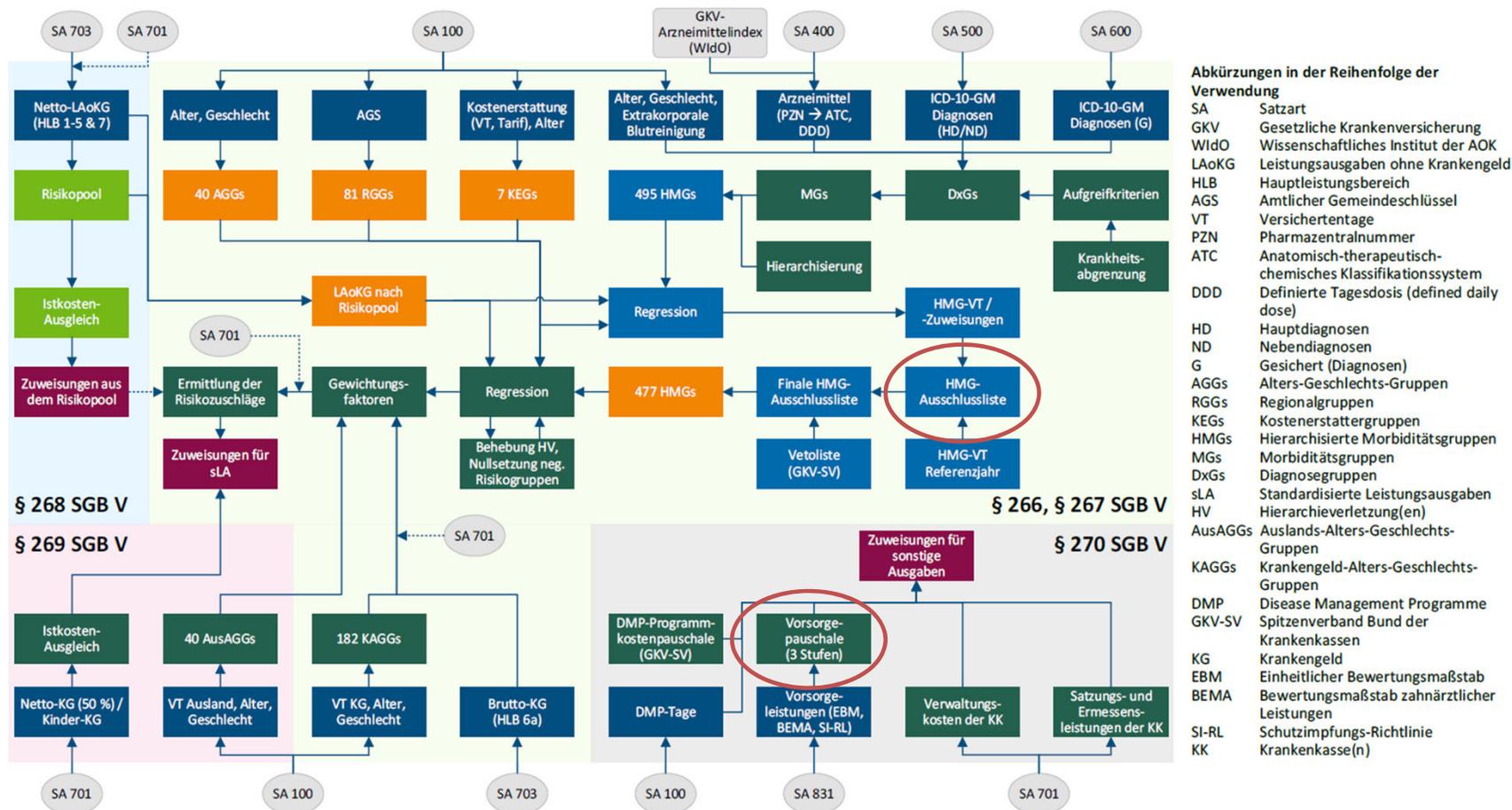
Einmaltherapien – Diskussion und Fazit (I)

- Im Jahr der Anwendung der Einmaltherapie sind die Behandlungstage für die Zuweisungshöhe aus dem RSA und dem RP nicht relevant.
- Versicherte können auch im **Folgejahr noch die Zuweisung der Dauertherapie** erhalten, wenn die Behandlungstage im Vorjahr ≥ 183 betragen
- **Monetärer Anreiz**, Einmaltherapien vorzugsweise **im dritten oder vierten Quartal** eines Kalenderjahres zu verabreichen? Damit kann hohe Anzahl an Behandlungstagen und damit möglichst hohe Zuweisung erreicht werden

Einmaltherapien – Diskussion und Fazit (II)

- Der Wissenschaftliche Beirat hält die Berücksichtigung von Einmaltherapien im prospektiven RSA (...) [mit] Risikopool für **derzeit sachgerecht**.
- Eine weitergehende Beobachtung wird jedoch empfohlen, da die aktuellen Daten noch **keine aussagekräftigen empirischen Untersuchungen** ermöglichen
- Möglichkeit für KK selektive P4P-Verträge mit pU abzuschließen, die Rück- oder Ratenzahlungen an den Behandlungserfolg koppeln (s. a. „Sondergutachten zu den Wirkungen von **Pay-for-Performance-Verträgen** (...)“)

RSA-Verfahren im Jahresausgleich 2021



Quelle: Auswertung BAS; farbliche Hervorhebung (Standard: grün): grau: Satzarten und weitere externe Daten; dunkelblau: Satzartdaten mit Versichertenpseudonym; hellgrün: Risikopool; orange: Daten (mit Versichertenpseudonym), die direkt in die Regression einfließen; mittelblau: HMG-Ausschluss; rot: Zuweisungen

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Vereinfachungsvorschläge mit Bedarf einer Normanpassung

Streichung der Vorsorgepauschale

- Siehe Folien Vorsorgepauschale

Streichung des HMG-Ausschlusses

- Siehe Folien HMG-Ausschluss

Aussetzen der krankenkassenübergreifenden

Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V für die BJ 2020-2022

- Nachfolgende Folien

Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V – kurze Einführung

- Die **kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2, 3 SGB V** stellt ex post auf jährlicher Basis fest, ob die **Morbiditätsdaten** einer Krankenkasse im **Vergleich zum Vorjahr überdurchschnittlich stark gestiegen sind**.
 - Schritt 1: Mittels einer Poisson-Regression werden statistisch signifikante Abweichungen **vom GKV-Schnitt separat für jede HMG auf Ebene der einzelnen Krankenkasse** ermittelt
 - Schritt 2: Die **Erheblichkeitsprüfung** stellt fest, ob die in Schritt 1 ermittelten Auffälligkeiten auch monetär relevant sind
- Krankenkassen mit monetär erheblichen Auffälligkeiten werden anschließend in einer **Einzelfallprüfungen geprüft (§ 273 Abs. 4)**.
- Mögliche Rechtsfolge ist die nachträgliche **Kürzung von Zuweisungen** der betroffenen Krankenkasse (§ 273 Abs. 6).

Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V - Fragestellung und Methodik im Rahmen des Gutachtens

- Das Gutachten ist der Frage nachgegangen, ob die **Morbiditätsdaten der Berichtsjahre 2020 bis 2022 (Korrekturmeldung)** für die **Durchführung** der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen geeignet sind.
 - **Ergebnisse vergangener Prüfungen (Berichtsjahre 2013 bis 2016)** untersucht
 - Auffälligkeitsprüfung für die Berichtsjahre **2018 bis 2020** (schließt erstes Corona-Jahr ein) **simuliert**
 - **Vergleich der beiden vorhandenen Zeitreihen**
- Wichtig: Die **Erheblichkeitsprüfung** (§ 273 Abs. 3) war nicht Teil der Analyse

Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V - Ergebnisse

- Das erste Corona-Jahr ist von **sinkender (dokumentierter) Morbidität** gekennzeichnet: Betrachtet man die **HMGs mit den meisten Auffälligkeiten**, ergibt sich **deutlich diffuseres Bild** als in den „Vorjahren“
- aber Auffälligkeitsprüfung ist auf (1) **unveränderte Rahmenbedingungen** und (2) **kontinuierlich steigende Morbidität** angewiesen
- Der Beirat **empfiehlt** eine Aussetzung der Auffälligkeitsprüfung nach Abs. 2, 3 SGB V für die Corona-Zeit (Berichtsjahre 2020 bis 2022)



Top 4

GUTACHTEN ZU DEN ZUWEISUNGEN FÜR DAS KRANKENGELD NACH § 44 SGB V

Rechtliche Grundlage des Gutachtens: § 10 RSAV

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV)

§ 10 Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld

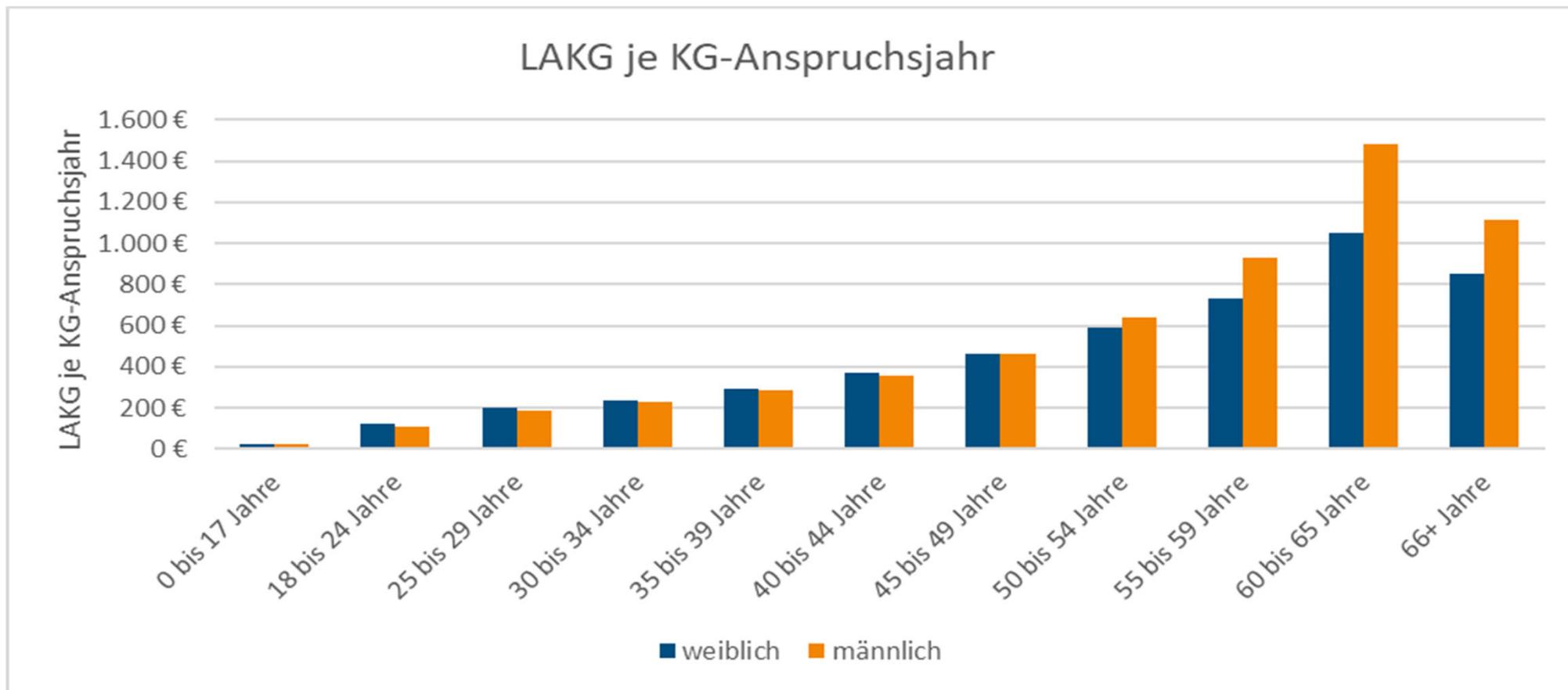
Auf Grundlage der Daten nach § 7 Absatz 1 überprüft der Wissenschaftliche Beirat in seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. Dabei sind insbesondere Modelle zu überprüfen, bei denen die Zuweisungen nach Satz 1 ermittelt werden auf der Grundlage von

1. standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen sowie
2. standardisierten Krankengeldleistungsausgaben.

Krankengeld – ein kurzer Zahlenüberblick

- Ca. 36,77 Mio. Versicherte mit Krankengeld-Anspruch im Jahr 2022 (48 % der Versicherten)
- Nur ca. 7 % der Versicherten mit Krankengeld-Anspruch werden zu Krankengeld-Beziehern
- Durchschnittlich 494 Euro Leistungsausgaben für Krankengeld je Krankengeld-Anspruchsjahr
- Durchschnittlich 7,65 KG-Bezugstage je Krankengeld-Anspruchsjahr
- Leistungsausgaben für das Krankengeld insgesamt 16,73 Mrd. € im Jahr 2022 (6,6 % der gesamten Leistungsausgaben)
- 3,1 % der Versicherten verursachen 84 % der Krankengeld-Ausgaben

Leistungsausgaben je Krankengeld-Anspruchsjahr



Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Aktuelles Verfahren

Im Jahresausgleich: Krankengeld wird **zur einen Hälfte** über (alters- und geschlechtsdifferenzierte Risikogruppen) **standardisiert** und **zur anderen Hälfte ein Ist-Kosten-Ausgleichs** durchgeführt:

- Berechnung des **Ist-Kosten-Ausgleich** auf Basis der tatsächlichen Leistungsausgaben gemäß endgültiger Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1) der Krankenkassen
- Berechnung der **standardisierten Leistungsausgaben** erfolgt durch zeitgleiche Durchschnittswertberechnung

Alters- und Geschlechtsgruppen für Krankengeld



Variable	Inhalt
KAGG0001	weiblich, 0 Jahre
KAGG0002	weiblich, 1 Jahr
KAGG0003	weiblich, 2 Jahre
KAGG0004	weiblich, 3 Jahre
KAGG0005	weiblich, 4 Jahre
KAGG0006	weiblich, 5 Jahre
KAGG0007	weiblich, 6 Jahre
KAGG0008	weiblich, 7 Jahre
KAGG0009	weiblich, 8 Jahre
KAGG0010	weiblich, 9 Jahre
KAGG0011	weiblich, 10 Jahre
KAGG0012	weiblich, 11 Jahre
KAGG0013	weiblich, 12 Jahre
KAGG0014	weiblich, 13 Jahre
KAGG0015	weiblich, 14 Jahre
KAGG0016	weiblich, 15 Jahre
KAGG0017	weiblich, 16 Jahre
KAGG0018	weiblich, 17 Jahre
KAGG0019	weiblich, 18 Jahre
KAGG0020	weiblich, 19 Jahre
KAGG0021	weiblich, 20 Jahre
KAGG0022	weiblich, 21 Jahre
KAGG0023	weiblich, 22 Jahre
KAGG0024	weiblich, 23 Jahre
KAGG0025	weiblich, 24 Jahre
KAGG0026	weiblich, 25 Jahre
KAGG0027	weiblich, 26 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0092	männlich, 0 Jahre
KAGG0093	männlich, 1 Jahr
KAGG0094	männlich, 2 Jahre
KAGG0095	männlich, 3 Jahre
KAGG0096	männlich, 4 Jahre
KAGG0097	männlich, 5 Jahre
KAGG0098	männlich, 6 Jahre
KAGG0099	männlich, 7 Jahre
KAGG0100	männlich, 8 Jahre
KAGG0101	männlich, 9 Jahre
KAGG0102	männlich, 10 Jahre
KAGG0103	männlich, 11 Jahre
KAGG0104	männlich, 12 Jahre
KAGG0105	männlich, 13 Jahre
KAGG0106	männlich, 14 Jahre
KAGG0107	männlich, 15 Jahre
KAGG0108	männlich, 16 Jahre
KAGG0109	männlich, 17 Jahre
KAGG0110	männlich, 18 Jahre
KAGG0111	männlich, 19 Jahre
KAGG0112	männlich, 20 Jahre
KAGG0113	männlich, 21 Jahre
KAGG0114	männlich, 22 Jahre
KAGG0115	männlich, 23 Jahre
KAGG0116	männlich, 24 Jahre
KAGG0117	männlich, 25 Jahre
KAGG0118	männlich, 26 Jahre

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

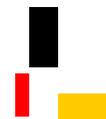
Erstgutachten

- Erstgutachten (Wasem et al. 2016)
 - Standardisierung der Krankengeldbezugstage über Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und zeitgleiche HMGs (80 Krankheiten, Klassifikationsmodell AJ2013)
 - Multiplikation mit dem versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrag
- Umsetzung im vorliegenden Gutachten
 - Keine Verwendung des Erwerbsminderungsstatus
 - Verwendung von zeitgleichen HMGs auf dem Klassifikationsmodell AJ2024, das das gesamten Morbiditätsspektrum berücksichtigt
 - Berechnung des versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrags mittels beitragspflichtiger Einnahmen

Follegutachten

- Follegutachten (Schiffhorst et al. 2019)
 - Standardisierung der Leistungsausgaben für das Krankengeld über Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und zeitgleiche HMGs (80 Krankheiten, Klassifikationsmodell AJ2017)
- Umsetzung im vorliegenden Gutachten
 - Keine Verwendung des Erwerbsminderungsstatus
 - Verwendung von zeitgleichen HMGs auf dem Klassifikationsmodell AJ2024, das das gesamten Morbiditätsspektrum berücksichtigt

Zusammenfassung der untersuchten Modelle



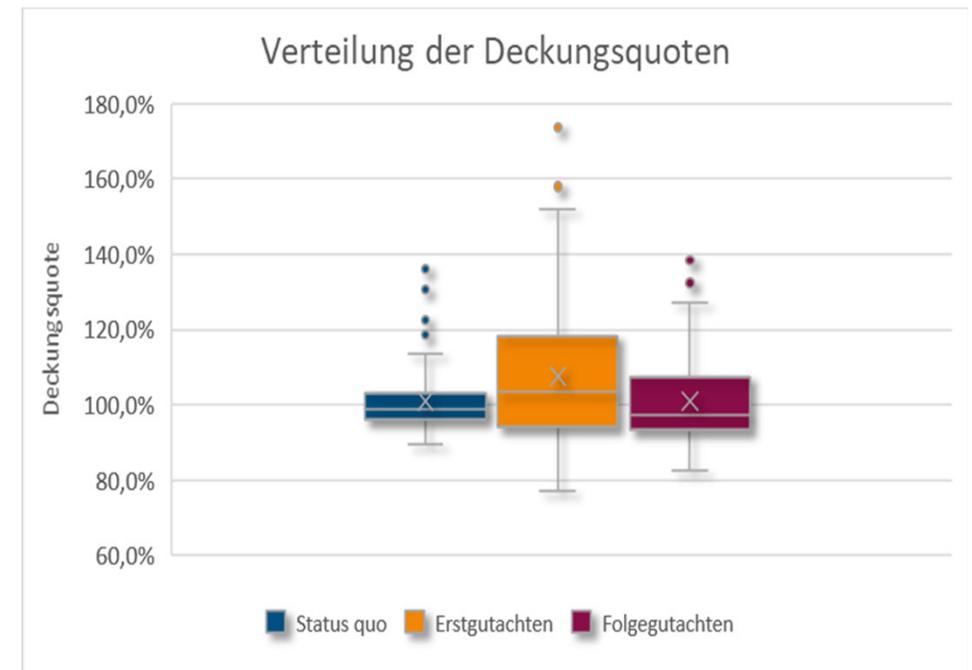
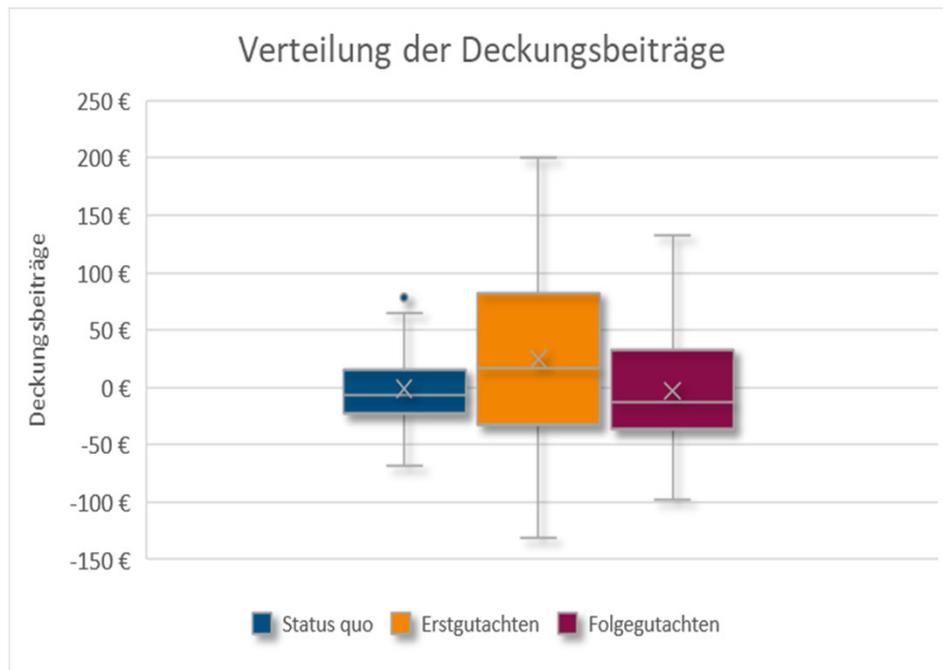
Modell	Zielgröße des Standardisierungsverfahrens	Erklärende Variablen	Zuweisung
Status quo	Standardisierung der KG-Ausgaben	Alter/Geschlecht (K-AGGs)	50 % standard. KG-Ausgaben + 50 % tatsächliche KG-Ausgaben
Erstgutachten	Standardisierung der Bezugstage	Alter/Geschlecht (KG-AGGs) Morbidity (HMGs)	standardisierte Bezugstage * kalkulatorischer Zahlbetrag
Folgegutachten	Standardisierung der KG-Ausgaben	Alter/Geschlecht (KG-AGGs) Morbidity (HMGs)	standardisierte KG-Ausgaben

Kennzahlen



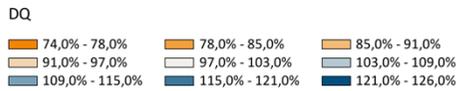
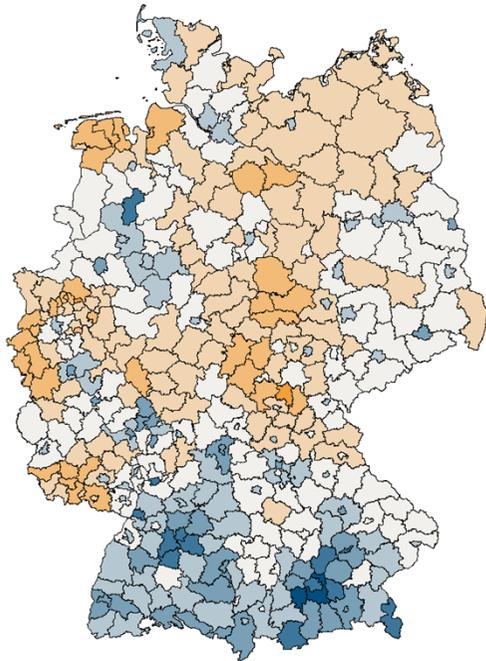
Modell	Status quo (mit 50%-Istkosten- Ausgleich)	Erstgutachten	Folgegutachten
Individuelle Kennzahlen			
R²	75,42%	12,77%	11,95%
CPM	51,19%	15,12%	14,67%
MAPE	414,98 €	721,62 €	725,47 €
Regionale Kennzahlen			
wMAPE_{Kreis}	29,27 €	62,10 €	52,20 €
wMAPD_{Kreis}	5,92%	12,56%	10,56%
Krankenkassenbezogene Kennzahlen			
wMAPE_{KK}	23,12 €	53,76 €	35,00 €
wMAPD_{KK}	4,67%	10,87%	7,08%

Verteilung der Deckungsbeträge und Deckungsquoten auf Krankenkassenebene

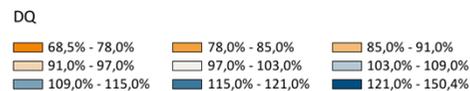
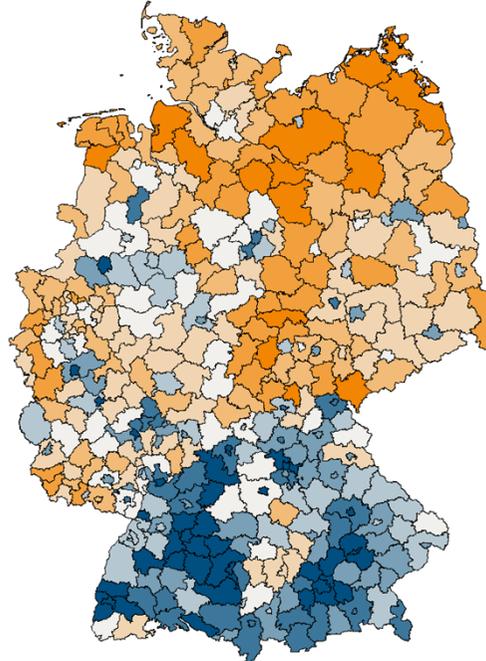


Deckungsquoten je Kreis

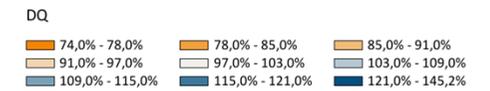
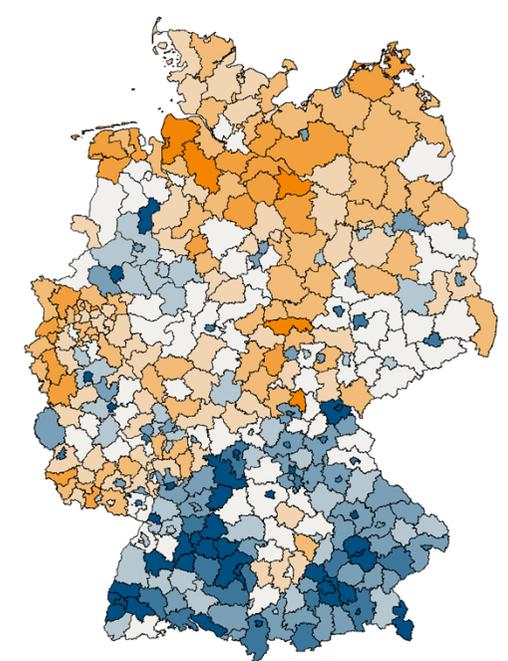
Status quo



Erstgutachten



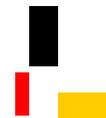
Follegutachten



Modell	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
$wMAPE_{Kreis}$	29,27 €	62,10 €	52,20 €
$wMAPD_{Kreis}$	5,92%	12,56%	10,56%

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Deckungsquoten nach Versichertengruppen



KG-Bezugstage (BJ 2022)	Anteil KG- Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
keine KG- Bezugstage	92,80%	-	-	-
1 bis 10 Tage	1,15%	106,08%	187,95%	187,65%
11 bis 30 Tage	1,25%	69,71%	76,08%	75,64%
31 bis 60 Tage	1,14%	60,09%	44,94%	44,14%
61 bis 120 Tage	1,36%	55,48%	28,46%	28,04%
121 bis 240 Tage	1,33%	53,05%	18,73%	18,80%
mehr als 240 Tage	0,97%	51,93%	12,67%	12,94%

Krankengeldmodelle – Versichertengruppen



Anzahl HMGs	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
keine HMGs vorhanden	26,63%	687,69%	92,58%	179,02%
1 - 3 HMGs vorhanden	44,41%	120,30%	93,64%	94,81%
4 - 6 HMGs vorhanden	20,24%	83,85%	102,12%	99,19%
7 - 9 HMGs vorhanden	6,61%	72,03%	102,99%	100,08%
10 - 12 HMGs vorhanden	1,70%	65,98%	103,65%	101,83%
13 - 15 HMGs vorhanden	0,35%	62,23%	106,15%	105,85%
16 oder mehr HMGs vorhanden	0,07%	58,79%	110,83%	112,59%

Verstorben	Anteil KG- Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
nein	99,93%	100,47%	100,26%	100,22%
ja	0,07%	56,15%	75,96%	79,35%

Fazit

- **Prognose der Leistungsanspruchnahme** über Standardisierungsverfahren beim Krankengeld **deutlich ungenauer** als im derzeitigen RSA-Verfahren
- Entwicklung und Pflege eines **eigenständigen morbiditätsbezogenen zeitgleichen Krankengeldmodells** zur direkten Schätzung der Krankengeldausgaben würde **sehr hohen dauerhaften Aufwand** bedeuten
- Beirat empfiehlt daher, **das aktuelle Verfahren beizubehalten**
- **Datenmeldungen** zur Bezugsdauer und den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten mit Krankengeldanspruch **sollten ausgesetzt werden**