

Berücksichtigung des Krankengelds im RSA

JÜRGEN WASEM,
GERALD LUX,
SILKE NEUSSER,
SONJA SCHILLO

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Prof. Wasem ist amtierender Vorsitzender des RAN – Risk Adjustment Network.

Prof. Dr. Gerald Lux ist Senior Researcher am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Hochschullehrer an der FOM – Hochschule für Management und Ökonomie.

Dr. PH Silke Neusser ist Senior Researcher am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Dr. rer. pol. Sonja Schillo ist Senior Researcher am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Dr. Schillo ist Mitglied des CINCH, Essen. Dr. Schillo ist Mitglied des RAN – Risk Adjustment Network.

Der Leistungsbereich Krankengeld steht vielfach im Mittelpunkt der Debatte um die Weiterentwicklung des RSA. Über- und Unterdeckungen der Ausgaben durch die Zuweisungen für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds insbesondere bei kleineren Krankenkassen haben zu einer „Sonderregelung“ durch den Gesetzgeber geführt. Neue Erkenntnisse über einen sachgerechten Umgang im RSA mit diesem Leistungsbereich werden von einem Gutachten erwartet, das das Bundesversicherungsamt in Umsetzung eines gesetzlichen Auftrags aus dem GKV-FQWG vergeben hat. Eine bessere Abbildung der Morbidität in Verbindung mit den beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten könnte den Weg für einen künftigen Zuweisungsalgorithmus weisen.

In diesem Beitrag stellen wir dar, warum der Risikostrukturausgleich (RSA) beim Krankengeld oft im Mittelpunkt des Interesses steht. Wir skizzieren die Diskussion um dieses Themenfeld, die Ausgestaltung der aktuellen Regelungen und ihre Wirkungen und stellen das vom Gesetzgeber veranlasste Gutachten zur Weiterentwicklung der Regelungen für die Zuweisungen beim Krankengeld vor.

RSA beim Krankengeld im Fokus des Interesses

Inzwischen ist weithin unbestritten, dass die Wettbewerbsordnung einer wettbewerblichen Krankenversicherung, in der die Krankenversicherer von den Versicherten keine risikoäquivalenten Prämien erheben dürfen, eines RSA bedarf, wenn sozial- und gesundheitspolitische Ziele angemessen erreicht werden sollen. Der RSA hat die Aufgabe, als funktionales Äquivalent zu risikoäquivalenten Prämien bei den Krankenversicherungsträgern zu der Risikostruktur entsprechenden

Einnahmen zu führen, obwohl die Versicherten keine risikobezogenen Beiträge zahlen.¹ Ein leistungsfähiger RSA hat hohe Bedeutung für einen fairen Wettbewerb, denn Unvollkommenheiten führen dazu, dass die Finanzausstattungen der Krankenkassen sich ggf. unterscheiden und dadurch unterschiedliche (Zusatz-) Beiträge resultieren, ohne dass dies in dem Managementhandeln der Krankenkassen begründet ist. Die (Zusatz-) Beiträge können dann ihrer Aufgabe eines Preissignals nicht gerecht werden.

Im seit 2009 realisierten Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bedeutet dies insbesondere, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Pflichtleistungen den aufgrund der Risikostruktur erwartbaren Leistungsausgaben möglichst gut entsprechen sollen (Buchner et al. 2013). Wie gut dies gelingt, wird etwa durch statistische Kenngrößen, die auf

1 Vgl. Jacobs et al. (2002).

Individual- oder Gruppenebene Zuweisungen und Leistungsausgaben zueinander in Beziehung setzen und dadurch die Zielgenauigkeit des Ausgleichssystems messbar machen, ausgedrückt. Bei dieser Betrachtung stehen zumeist nicht Zuweisungen und Leistungsausgaben für einzelne Leistungsbereiche, sondern für die gesamten Pflichtleistungen im Mittelpunkt des Interesses. Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass im Versorgungsmanagement der Krankenkassen Substitutionsbeziehungen bestehen, die keine Konstanten sind. So ist bspw. die Substitution zwischen ambulanten und stationären Leistungen in Grenzen durch die Krankenkassen gestaltbar und variiert interregional.

Eine Ausnahme hiervon bildet der Leistungsbereich des Krankengeldes, um den bereits unmittelbar mit Einführung des RSA eine gesonderte Diskussion in Gang gesetzt wurde², die bis heute anhält. Diese ist zum einen insbesondere dadurch motiviert, dass sich Krankengeld durch seine Einkommensabhängigkeit von den Sachleistungen abhebt und zum anderen die Zielgenauigkeit des RSA beim Krankengeld auf Versichertenebene erheblich zu wünschen übrig lässt; auch auf Kassenebene weisen zahlreiche Krankenkassen erhebliche Über- oder Unterdeckungen in diesem Leistungsbereich auf.³

Ausgestaltung des RSA beim Krankengeld

Schon bei Einführung des RSA waren eigenständige Regelungen für den Leistungsbereich Krankengeld etabliert. Es wurde unterschieden, ob die Versicherten Anspruch auf Krankengeld hatten oder nicht – nur für krankengeldanspruchsberechtigte Versicherte wurde ein RSA im Bereich Krankengeld durchgeführt. Dafür wurden – wie auch für die Sachleistungen – im Rahmen eines zeitgleichen „Zellenansatzes“⁴ Versicherten-Gruppen gebildet, die nach Alter und Geschlecht und danach differenziert wurden, ob die Versicherten den Status der Erwerbsminderungsrentner erfüllten oder nicht; ab 2003 wurde zudem nach dem Einschreibestatus der Versicherten bei den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) differenziert.⁵ Für die so für das Ausgleichsjahr gebildeten Versichertengruppen wurden die jeweiligen Durchschnittsausgaben pro Versi-

chertentag dieses Jahres gebildet und als standardisierte Leistungsausgaben bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse für die entsprechenden Versichertenzeiten berücksichtigt.

Ab 2009 ging der Gesetzgeber im Kontext der Einführung des „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ („Morbi-RSA“) für die Sachleistungen von einem zeitgleichen zu einem prospektiven Modell über; seitdem werden die Versichertengruppen anhand der Gruppierungsmerkmale des Vorjahres gebildet. Zudem wurden im Bereich der Sachleistungen neben Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus Morbiditätsgruppen auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen gebildet. Schließlich wurde das „Zellenmodell“ bei den Sachleistungen durch einen Regressionsansatz abgelöst. Alle drei Veränderungen wurden für das Krankengeld nicht mit vollzogen. Hier blieb es vielmehr im Wesentlichen beim bis dahin praktizierten Modell; allerdings wurde die Differenzierung der Krankengeld-Gruppen nach Einschreibestatus in DMPs wieder aufgegeben.

Das RSA-Modell bestand beim Krankengeld daher im Wesentlichen seit der Einführung des RSA 1994 unverändert fort, nun hat der Gesetzgeber mit dem GKV-FQWG von 2014 für den Leistungsbereich Krankengeld eine „Sonderregelung“ bei den RSA-Zuweisungen geschaffen.⁶ Die sich bei dem skizzierten Verfahren zur Ermittlung standardisierter Leistungsausgaben ergebenden Beiträge für die einzelnen Krankenkassen werden nur noch zur Hälfte bei den Zuweisungen berücksichtigt. Zudem wird seither für jede Krankenkasse die Hälfte ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld als Zuweisungen gutgeschrieben. An die Stelle eines rein auf Standardisierung von Leistungsausgaben abzielenden Verfahrens ist somit ein zu 50 Prozent auf Ist-Ausgaben basierendes Verfahren getreten. Die Politik hat hiermit auf die Kontroverse um die erwähnten hohen Über- und Unterdeckungen auf Kassenebene beim Krankengeld reagiert, die durch die Sonderregelung halbiert werden. Die Regelung ist zeitlich nicht befristet. Durch den gleichzeitigen Auftrag des Gesetzgebers an das Bundesversicherungsamt, ein Gutachten zu vergeben, mit dem „Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen

für Krankengeld [...] entwickelt werden sollen“,⁷ hat der Gesetzgeber allerdings zugleich implizit zum Ausdruck gebracht, dass er die Sonderregelung als Übergangslösung bis zur Implementierung eines neuen Modelles sieht.

Deckungsquoten beim Krankengeld

Im Mittelpunkt der Kontroversen zur Berücksichtigung des Krankengeldes im RSA steht die Tatsache, dass das Krankengeld, anders als die Sachleistungen, eine einkommensabhängige Lohnersatzleistung ist. Die „Preiskomponente“ 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 RSA 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

2 Vgl. die Beiträge in Paquet und König, Hrsg. (1993).

3 Dazu etwa Wittmann u. Göppfarth (2014).

4 Beim Zellenansatz wird jeder Versicherte eindeutig genau einer Versichertengruppe zugeordnet, für die standardisierte Leistungsausgaben ermittelt werden. Beim Regressionsansatz kann der Versicherte hingegen mehrere ausgleichsrelevante Merkmale erfüllen, für die jeweils inkrementelle standardisierte Leistungsausgaben ermittelt und in Summe zugewiesen werden.

5 Vgl. § 2 Abs. 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der Fassung der 4. RSAV-Änderungsverordnung vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2286) und der 7. RSAV-Änderungsverordnung vom 28. April 2003 (BGBl. I S. 553).

6 Vgl. § 269 Abs. 1 SGB V i.d.F. d. GKW-FQWG.

7 Vgl. § 269 Abs. 3 SGB V i.d.F. d. GKW-FQWG.

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

Eine hohe Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der versichertenindividuellen Ebene ist deswegen zentral, weil es wesentliche Aufgabe des RSA 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 der 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-MAPE⁸, aufweisen. Würde nun jeweils eine der unterdeckten Kassen mit einer vom Betrag her gleich 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 innerhalb des geltenden Regelungsrahmens von Leistungs-, Finanzierungs- und Zuweisungsrecht agieren müssen 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.

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 bis zu einer hohen Überdeckung im Krankengeldbereich gibt. So lag das Minimum der Deckungsquoten 2014 (vor Anwendung der Sonderregelung des GKV-FQWG) bei 70 %, das Maximum hingegen bei 182 %; die Spannweiten 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 % (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 % aufwiesen, 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 einen Anteil an den Krankengeldausgaben von 1,6 % bzw. 1,2 %, zusammen also unter 3 %. Allerdings liegen 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 %.

Die wissenschaftliche Befassung mit dem RSA beim Krankengeld

Mit der Vergabe eines Gutachtens zur Weiterentwicklung des RSA beim Krankengeld knüpft der Gesetzgeber an eine längere Tradition an. Neben der Entwicklung einzelner Modelle durch gesundheitsökonomische Arbeiten (z.B. Reschke 1993; Wasem 1993) sind auch bereits mehrfach umfassende Analysen des Gesamtkomplexes vorgenommen worden. So hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Umsetzung eines Entschließungsantrags des Deutschen Bundestages anlässlich der Verabschiedung des GKV-Rechtsangleichungsgesetzes von 1999⁹ ein Gutachtertteam mit einer Bestandsaufnahme seit Einführung des RSA beauftragt. In dieser Expertise haben die Gutachter

die Thematik „Krankengeld“ ausführlich konzeptionell und – soweit mit den damaligen Daten möglich – empirisch untersucht. Im Ergebnis kamen die Verfasser zu der Schlussfolgerung, sie hielten es „nicht für sachgerecht, die gegenwärtige Beitragsbedarfsermittlung im Bereich des Krankengelds kurzfristig zu ändern“ (Jacobs et al. 2002).

Eine ähnliche Situation ergab sich 2004: Zur Umsetzung des Morbi-RSA hatte der Gesetzgeber des RSA-Reformgesetzes von 2002¹⁰ die Vergabe eines operationalisierenden Gutachtens vorgesehen. Dieses Gutachten hatte sich auch mit der Ausgestaltung des RSA im Bereich Krankengeld bei Übergang zu einem Morbi-RSA zu befassen. Die Gutachter haben dabei ausführlich empirisch geprüft, ob der Morbi-RSA auch beim Krankengeld eingeführt werden sollte. Sie kamen jedoch zusammenfassend zu der Empfehlung, „beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA keine Veränderungen der Ausgestaltung des RSA gegenüber dem Status quo im Leistungsbereich Krankengeld vorzunehmen“ (Reschke et al. 2005). Die Untersuchung von Reschke et al. war zu dem Ergebnis gekommen, dass insbesondere aufgrund der zeitlichen Befristung des Bezugs von Krankengeld durch die Blockfristen ein prospektives Modell in diesem Bereich untauglich und zudem die Verwendung der im Übrigen von den Gutachtern vorgeschlagenen Morbiditätsinformationen hier nicht geeignet sei.

In 2009 beauftragte das BMG den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA, Modelle zu entwickeln, die zu zielgenaueren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankengeld führen und gleichzeitig Anreize zur Wirtschaftlichkeit bewahren sollten. Der Wissenschaftliche Beirat hat in Umsetzung dieses Auftrags umfangreiche konzeptionelle und empirische Arbeiten geleistet und die Ergebnisse in das Evaluationsgutachten (Drösler et al. 2011)

8 MAPE (Mean Absolute Prediction Error) beschreibt den durchschnittlichen Prognosefehler in Euro. Das „Kassen-MAPE“ bildet den Durchschnitt über die jeweils einbezogenen Krankenkassen, das „Versicherten-MAPE“ über die einbezogenen Versicherten.

9 GKV-Rechtsangleichungsgesetz vom 22.12.1999, BGBl. I S. 2657; den Entschließungsantrag vom 15.12.1999 siehe unter BT-Drucks. 14/2356.

10 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001 (BGBl. I S. 3465).

einfließen lassen. Dabei konstatierten die Beiräte den Handlungsbedarf, schlussfolgerten aber gleichwohl im Licht ihrer empirischen Befunde: „In Anbetracht der Ergebnisse für die analysierten Modellalternativen ist ein Abweichen vom gegenwärtigen Verfahren nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats nicht angezeigt.“ (Drösler et al 2011, S. 216).

In jüngerer Zeit sind eine Reihe von Studien durch Aufträge von einzelnen oder Gemeinschaften von Krankenkassen initiiert worden: So untersuchen Tebarts et al. (2012) und Schillo et al. (2014) mögliche Modelle zur Verbesserung des Zuweisungsalgorithmus beim Krankengeld auf Basis von Daten der Barmer Ersatzkasse bzw. Barmer-GEK. Mit den aus einer einzelnen Krankenkasse stammenden Daten kann zwar die Leistungsfähigkeit von Modellen auf Versichertenebene untersucht werden, jedoch vermag die Untersuchung nicht die Effekte auf Ebene der Krankenkassen zu untersuchen. Daten aus mehreren Krankenkassen gehen in die jüngst vorgelegte Expertise (Häckl et al. 2016) ein. Sämtliche dieser Studien jüngerer Datums bauen konzeptionell wesentlich auf dem Evaluationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats (Drösler et al. 2011) auf und entwickeln die dortigen Überlegungen weiter. Dies gilt im Kern auch für das von den Autoren des vorliegenden Beitrags erstellte Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V.¹¹

Methodisches Vorgehen des Gutachtens

Die Verfasser des Gutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V zum Krankengeld haben einen Methodenmix in ihrer Untersuchung eingesetzt. Einerseits kamen leitfadengestützte Expertengespräche zum Einsatz, um mögliche Einflussfaktoren auf die Krankengeldausgaben, die ggfs. im Zuweisungsmechanismus berücksichtigt werden könnten, zu identifizieren. Für die Experteninterviews wurden Vertreter unterschiedlicher Krankenkassen und aus unterschiedlichen beruflichen Tätigkeitsbereichen innerhalb der einbezogenen Krankenkassen rekrutiert.

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 Kranken-

kassen für Krankengeld“ beauftragt. In seiner Beauftragung des Rates zog das BMG eine Querverbindung zum Gutachten der Verfasser. Daher haben während der Projektlaufzeit der Rat und die Projektbearbeiter die jeweils aktuellen Bearbeitungsstände gegenseitig kommuniziert und die Zwischenergebnisse auf einer Sitzung des SVR diskutiert. Nach Vorlage der Studie des Rates haben die Verfasser sie für die Zwecke der eigenen Begutachtung ausgewertet.

Neben diese qualitativen Analysen traten andererseits quantitative Untersuchungen. Für die Beantwortung der vom BVA gestellten Forschungsfragen wurde den Gutachtern Zugang zu Daten gewährt, die beim BVA vorliegen. Insbesondere konnten die Gutachter Berechnungen mit den RSA-Satzarten des BVA durchführen. Zusätzlich wurden vom Bundesversicherungsamt berechnete Deckungsquoten für den Leistungsbereich Krankengeld auf Kassenebene für die Jahre 2009 bis 2014 zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurden quantitative Untersuchungen insbesondere auch auf einem Forschungsdatensatz erstellt, der am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen für den Zweck der Studie in Kooperation mit Krankenkassen aufgebaut wurde. Der Datensatz umfasste die Daten von 21 Krankenkassen, wobei nach Datenprüfung und Qualitätssicherung schließlich Daten von 18 Krankenkassen in die Untersuchung einbezogen werden konnten.

Die Gutachter empfehlen, für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und das übrige Krankengeld getrennte RSA-Zuweisungsmodelle zu verwenden.

Die Datenlieferungen der Krankenkassen – beschränkt auf Kassenmitglieder, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Tag mit Krankengeldanspruch hatten – orientierten sich an den Daten, die für eine Gruppierung im Rahmen des Morbi-RSA notwendig sind, und umfassten neben Versichertenstammdaten Daten zur Arzneimittelversorgung, zu Krankenhausbehandlungen, zu Behandlungen im ambulanten ärztlichen Bereich, zu den Leistungsausgaben

sowie Angaben zu Krankengeldfällen, gingen jedoch auch darüber hinaus. So wurden in diesem Zusammenhang z. B. versichertenbezogene Informationen zum Tätigkeitsschlüssel, zur Art der Entgeltfortzahlung, zum Krankengeld-Zahlbetrag je Krankengeld-Tag erfasst sowie die beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) der Versicherten zur Verfügung gestellt.

Bei den Daten, die über bereits im RSA-Verfahren verwendete Daten hinausgingen, waren zum Teil wiederholte Korrekturlieferungen erforderlich, um eine einheitliche Umsetzung der Datenanforderungen zu realisieren. Eine besondere Herausforderung stellten dabei die individuellen bpE dar. Die Qualität dieser Angabe dürfte bei Mitgliedern, die tatsächlich Krankengeld bezogen haben, am größten sein, da die Krankenkassen nur für diese Gruppe von Versicherten eine Prüfung der an sie gemeldeten Daten vornehmen.

Im Ergebnis bestand die finale Datenbasis nach Qualitätssicherung aus rd. 20,9 Mio. und damit knapp 65 % der in der GKV krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder.

Wesentliche Erkenntnisse des Gutachtens

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 zu betreuenden Kindes und bei Spende von Organen und Geweben. Die Bezugsdauern und Häufigkeiten des Krankengeldbezuges weichen für die unterschiedlichen auslösenden Tatbestände stark voneinander ab. Die Verfasser empfehlen, für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und das übrige Krankengeld getrennte RSA-Zuweisungsmodelle zu verwenden. Die Leistungen für Krankengeld auf Grund von Spende von Organen und Geweben haben einen so

¹¹ Vgl. Wasem et al. (2016).

geringen Umfang, dass sie nicht gesondert berücksichtigt werden müssen und mit den Leistungen für Krankengeld bei Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit zusammengefasst werden können.

Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes (also die Preiskomponente der Leistungsausgaben für Krankengeld) ist über das sog. „Regelentgelt“, und damit das regelmäßige Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, von den bPE der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder abhängig. Für den erweiterten Datenbestand des Gutachtens haben die Verfasser daher auch die individuellen bPE der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder von den Krankenkassen angefordert. Zwar ergaben sich für einzelne Mitgliedergruppen, insbesondere die Selbstständigen und die Arbeitslosen, hierbei Probleme bei der Datenqualität, insgesamt jedoch liegen Daten mit als hinreichend eingeschätzter Verlässlichkeit vor. Damit ist es erstmals möglich, die Preiskomponente in einer wissenschaftlichen Untersuchung durch versichertenindividuelle Zahlungsbeträge je Krankengeldbezugstag kassenübergreifend zu approximieren.

In dem Gutachten haben die Verfasser daher ein Modell gerechnet, das die Preis- und die Mengenkompone von einander getrennt erfasst. Hinsichtlich der Anzahl an Krankengeldbezugstagen, also der „Mengenkompone“, setzt dieses Modell auf dem Status Quo auf und standardisiert die Bezugstage über Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus. Die Preiskompone wird über die Höhe der individuellen Einkommen bzw. den (fiktiven) Zahlungsbetrag je Krankengeldbezugstag berücksichtigt. 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 Kassenebene gegenüber dem Status Quo erreicht wird und das Modell daher nicht empfohlen werden kann.

Deutliche Modellverbesserungen auf der versichertenindividuellen Ebene lassen sich hingegen erreichen, wenn bei der „Mengenkompone“ über den Status Quo hinausgehende Morbiditätsinformationen in das Modell integ-

riert 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 Dx-Gruppen des Morbi-RSA-Modelles. Weitergehend als der Wissenschaftliche Beirat konnten die Gutachter diese Modelle mit verbesserten Morbiditätsinformationen um die versichertenindividuellen (fiktiven) Zahlungsbeträge je Krankengeldbezugstag erweitern. Hierbei zeigt sich, dass mit solchen Modellen zumindest im vorliegenden Datensatz eine weitere, deutliche Verbesserung der Zielgenauigkeit auf der versichertenindividuellen Ebene erreicht werden kann. So führt das für das normale Krankengeld (Krankengeld ohne Kinderkrankengeld) berechnete Modell, bei dem HMGn bei der Standardisierung der Krankengeldbezugstage und versichertenindividueller Zahlungsbeträge bei der „Preiskompone“ verwendet werden, auf der Analyseebene 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 bezogen auf das normale Krankengeld (ohne Kinderkrankengeld) hinsichtlich der Deckungsquoten mit einer Spannweite von 52 % deutlich besser ab als der Status quo (Spannweite: 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 €).¹² Die Verfasser erachten dieses Modell auf der vorliegenden empirischen Basis in besonderer Weise zur Verbesserung der Zuweisungen als geeignet. Wir 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 Krankengeldbezugstag in einer Vollerhebung für alle am RSA beteiligten Krankenkassen in hinreichender Qualität vorliegen und mit den übrigen RSA-Informationen verknüpfbar sind.

Auch bei einem Modell, das eine elaborierte Morbiditätsmessung (wie über

HMGn) bei der „Mengenkompone“ mit der Berücksichtigung der „Preiskompone“ (über individuelle Zahlungsbeträge je Krankengeldbezugstag) verbindet, bleibt trotz gegenüber dem Status Quo deutlich verbesserter Zielgenauigkeit die Spannweite 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 herausgearbeitet 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 die Berücksichtigung von Informationen aus dem Tätigkeitsschlüssel als Risikofaktor haben die Verfasser deswegen illustrativ ein Modell entwickelt und berechnet (mit durchaus passablen statistischen Gütekriterien). Allerdings haben die Experten einhellig gewarnt, dass der Tätigkeitsschlüssel erhebliche Validitätsprobleme aufweise. Die Arbeitgeber würden, so die Experten, schon bei der Erstlieferung der Informationen bei Beschäftigungsaufnahme häufig keine hinreichend

¹² Das Kassen-MAPE wird als einfacher, ungewichteter Durchschnitt über die MAPE-Werte der einzelnen Krankenkassen berechnet. Dieses MAPE wurde entsprechend der Berechnung bei Dröslér et al. (2011) bestimmt. Das gewichtete Kassen-MAPE berücksichtigt die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je Krankenkasse.

differenzierten Informationen liefern, insbesondere aber würden Tätigkeitswechsel, die Beschäftigte im Laufe der Tätigkeit im Unternehmen vollziehen, vielfach nicht nachvollzogen. Wir 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.

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

Ein Risikopool liefert keine Antwort auf Überdeckungen.

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 Korridor 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 sollten¹³, sowie bei der Art der „Gegenfinanzierung“ der Risikopoolzahlungen.

Im Gutachten wurden zwei Modelle eines Risikopools illustrativ in Ergänzung zu von den Gutachtern überprüften Zuweisungsmodellen für das normale Krankengeld gerechnet. Einer setzt an den Ausgaben an, der andere an der Unterdeckung nach Durchführung des RSA im Bereich Krankengeld. 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 angeknüpft werden – der Umfang der Verbesserungen ist gegenüber dem Status quo sehr deutlich, gegenüber den Ausgangsmodellen 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 werden könnten, im vorliegenden Forschungsdatensatz der Gutachter kaum vertreten. Wir regen an, die unterschiedlichen Modelle mit ihren jeweils 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.

Zwischen den Ergebnissen des von uns vorgelegten Gutachtens und der Studie von Häckl et al. (2016) gibt es einige Gemeinsamkeiten: Auch diese Autoren schlagen vor, die Morbidität besser zu erfassen und das individuelle, den Krankengeldanspruch begründende Einkommen simultan als Ausgleichsvariable einzusetzen. ■

13 Vgl. zu diesem Ansatz etwa Schillo et al. (2016).

Literatur

- Buchner, F., D. Göppfarth u. J. Wasem (2013).** „The new risk adjustment formula in Germany: Implementation and first experiences.“ *Health Policy* 109: 253-262.
- Drösler, S., J. Hasford, BM Kurth, B. Schäfer, E. Wille u. J. Wasem (2011).** „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung.“ Download unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf. Bonn.
- Häckl, D., K. Neumann, W. Greiner, E. Wille, J. Dietzel, N. Kossack u. B. Degenkolbe (2016).** „Verbesserung der Deckungsquoten im Krankengeld – eine Analyse auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten“. Berlin
- Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel u. J. Wasem (2002).** „Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ Baden-Baden, Nomos.
- Paquet, R. und W. König, Hrsg. (1993).** „Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb.“ Essen, Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
- Reschke, P. (1993).** „Diskussionsbeitrag“. In: Paquet u. König (2013, 66-69).
- Reschke, P., S. Sehlen, G. Schiffhorst, FW Schröder, KW Lauterbach u. J. Wasem (2005).** „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015).** „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015.“ Baden-Baden, Nomos.
- Schillo, S., H. Dahl, J. Wasem, K. Tebarts (2014).** „Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA.“ In: U. Repschläger, C. Schulte u. N. Osterkamp (Hrsg.): *Gesundheitswesen aktuell 2014*. Barmer GEK. Wuppertal, 134-150.
- Schillo, S., G. Lux, J. Wasem u. F. Buchner (2016).** „High cost pool or high cost groups – How to handle high(est) cost cases in a risk adjustment mechanism?“ *Health Policy* 120(2): 141-147.
- Tebarts, K., P. Ballesteros, H. Dahl, G. Lux, J. Wasem u. S. Schillo (2012).** „Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA: Diskussionsansätze.“ In: U. Repschläger, C. Schulte and N. Osterkamp (Hrsg.): *Gesundheitswesen aktuell 2012*. Düsseldorf, Barmer GEK: 184-208.
- Wasem, J. (1993).** „Berücksichtigung des Krankengeldes beim Risikostrukturausgleich: Statement II.“ In: R. Paquet und W. König, Hrsg. (1993, 58-65).
- Wasem, J., S. Schillo, G. Lux u. S. Neusser (2016).** „Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 3 RSAV. Endbericht.“ Essen.
- Wittmann, R. und D. Göppfarth (2014).** „Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs.“ In: U. Repschläger, C. Schulte and N. Osterkamp, Hrsg. (2014), 110-133.