



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Rüdiger Wittmann, Dirk Göppfarth

„Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 110–133)

Rüdiger Wittmann, Dirk Göppfarth*

STANDARDISIERUNG VON KRANKENGELDAUSGABEN IM RAHMEN DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS

*Der vorliegende Beitrag gibt die persönlichen Auffassungen der Autoren wieder.

Die Zuweisungen zur Deckung der Krankengeldausgaben aus dem morbiditätsorientierten RSA führen zu hohen Diskrepanzen zwischen Ausgaben und Zuweisungen und stehen daher auf dem Prüfstand. Um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen besser bestimmen zu können, hat der Wissenschaftliche Beirat beim BVA verschiedene Zuweisungsmodelle modelliert und getestet. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, dass „ein Abweichen vom gegenwärtigen Verfahren [...] nicht angezeigt“ sei. Bei der Entwicklung eines zielgenauen Standardisierungsmodells bestehe „noch immer erheblicher Forschungsbedarf“. Mit diesem Beitrag soll der gegenwärtige Stand der Erkenntnisse festgehalten werden, auf dem die nach GKV-FQWG zu vergebenden Gutachten aufbauen müssen. Der Beitrag untersucht anhand von Daten verschiedene Faktoren und deren Einfluss auf die Höhe des Krankengeldes: die Höhe des Grundlohns, die Morbidität, das Alter und das Geschlecht sowie die Region.

Einleitung: Krankengeld im RSA – ein altes Streitthema

Als der Risikostrukturausgleich (RSA) 1994 eingeführt wurde, wollte man aus negativen Erfahrungen lernen. Zuvor wurde nämlich in der „Krankenversicherung der Rentner“ (KVdR) ein vollständiger Ist-Ausgabenausgleich durchgeführt, mit erheblichen negativen Anreizen für die Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen. Aus diesem Grund sollten im neuen Risikostrukturausgleich nicht tatsächliche, sondern standardisierte Ausgaben ausgeglichen werden.

Standardisierung bedeutet in diesem Kontext, dass nach den Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht und dem Bezug von Erwerbsminderungsrenten Risikoklassen (sogenannte RSA-Zellen) gebildet wurden. Für jede Risikoklasse wurden dann die durchschnittlichen Ausgaben ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse setzte sich dann zusammen aus der Verteilung der Versicherten einer Krankenkasse auf die Risikoklassen multipliziert mit den jeweiligen Klassendurchschnitten.

Es war von Anfang an umstritten, ob diese Form der für Sachleistungen gedachten Standardisierung auch auf die Einkommensleistungen wie Krankengeld oder Mutterschaftsgeld übertragen werden konnte. Wasem hat bereits im Jahr 1993 ein Alternativmodell vorgeschlagen (Wasem 1993), bei dem nicht die Ausgaben je Risikoklasse standardisiert würden, sondern die Krankengeldbezugstage. Die standardisierten Krankengeldbezugstage würden dann je Krankenkasse mit dem krankenkassenindividuellen durchschnittlichen Krankengeldzahlbetrag multipliziert (Wasem 1993).

Dieses Verfahren kam aber nicht zum Zuge, vielmehr blieb es beim einheitlichen Standardisierungsverfahren für Sach- und Einkommensleistungen. Einige Krankenkassen klagten gegen diese aus ihrer Sicht sachfremde Entscheidung, allerdings wurde dies vor dem Bundessozialgericht (BSG) abgewiesen (BSG, SozR 4-2500, § 266 Nummer 3 Randnummer 18ff.).

Die Suche nach einem geeigneten Standardisierungsverfahren für das Krankengeld zieht sich durch die verschiedenen RSA-Gutachten, die in den Folgejahren in Auftrag gegeben wurden. Im Dezember des Jahres 1999 hat der Bundestag die Bundesregierung dazu aufgefordert, eine Untersuchung über die Wirkung des RSA in Auftrag zu geben (Jacobs et al. 2001). Die Gutachter stellen fest, dass die sachleistungsanaloge Behandlung des Krankengeldes „systematisch eindeutig falsch“ (174) sei, die Wirkung aber „von anderen Faktoren überkompensiert“ (174) werde. Diese anderen Faktoren sind insbesondere Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme von Krankengeld, die mit steigendem Grundlohn tendenziell abnehmen.

Vier Modelle wurden untersucht, darunter auch das heute noch diskutierte Modell eines Grundlohnfaktors. Die Gutachter kommen zu dem Schluss: „Dieses Modell kann damit zwar die nicht sachgerechte systematische Benachteiligung grundlohnstarker Krankenkassen beim Krankengeld im gegenwärtigen RSA vermeiden, bewirkt aber in vielen Fällen umgekehrte Beitragssatzverzerrungen zugunsten grundlohnstarker Kassen; es kann daher nicht empfohlen werden.“ (Jacobs et al. 2001: 168). Im Ergebnis empfehlen die Gutachter, beim bestehenden Modell zu bleiben.

Im Gutachten zur Vorbereitung des morbiditätsorientierten RSA (Reschke et al. 2005) wird untersucht, ob die direkte Morbiditätsorientierung auch auf das Krankengeld angewandt werden sollte und ob unter den neuen Rahmenbedingungen eine Berücksichtigung der Einkommensabhängigkeit des Krankengeldes doch Sinn ergeben würde. Allerdings konnte das entwickelte Modell einer morbiditätsorientierten Standardisierung der Krankengeldbezugstage mit den kassenindividuellen durchschnittlichen Krankengeldzahlbeträgen inhaltlich nicht überzeugen. Die Gutachter empfehlen daher, das bisherige Standardisierungsverfahren beim Krankengeld beizubehalten. Nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA und des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 erhielt die Debatte um das Krankengeld neuen Antrieb. Dies hat damit zu tun, dass die (vermeintliche) Benachteiligung grundlohnstarker Krankenkassen beim Krankengeld bislang durch den unvollständigen Finanzkraftausgleich kompensiert wurde.

Mit der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch den Gesundheitsfonds entfiel dieses Argument. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) damit, Modelle für eine zielgenaue Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben der Krankenkassen zu entwickeln und empirisch zu überprüfen. Hierfür wurde auch eine eigenständige Datengrundlage geschaffen.

Der Beirat stellte in seinem Bericht (Drösler et al. 2011) fest, dass auf der Grundlage des gegenwärtigen Verfahrens die Zuweisungen mit einer größeren Ungenauigkeit verteilt werden als in allen anderen Leistungsbereichen. Hinsichtlich der Ursachen wird festgestellt, dass die Höhe der Krankengeldausgaben sowohl von einer Mengenkompone (Häufigkeit und Dauer) als auch von einer Preiskompone (mittlerer Auszahlungsbetrag je Krankengeldbezugstag) beeinflusst wird. Während die Preiskompone positiv mit den Grundlöhnen korreliert ist, kann für die Mengenkompone eine negative Korrelation festgestellt werden. In der Regel kompensieren sich beide Effekte. Allerdings gibt es auch Krankenkassen, bei denen dieser Kompensationseffekt nicht zum Tragen kommt, beispielsweise wenn Berufsgruppen mit hohem Einkommen, aber auch überdurchschnittlichen Krankenständen versichert werden.

Dieses Differenzierungsmerkmal ist aber nicht direkt aus den Daten ableitbar. Daher ist es schwierig, eine Verbesserung der Zielgenauigkeit zu erreichen. Der Beirat entwickelt insgesamt 27 neue Modelle und testet diese empirisch. Dazu gehören:

- acht Modelle, die den Status quo um eine Morbiditätskomponente ergänzen,
- neun Modelle zur Standardisierung der Krankengeldbezugstage und Berücksichtigung der kassenindividuellen Zahlbeträge,
- zwei Modelle mit zweistufigen Regressionsverfahren,
- zwei Modelle mit einem Grundlohnkorrekturfaktor sowie
- sechs Modelle zur Standardisierung der Krankengeldbezugsdauer auf Krankenkassenebene.

Zwar gelang es in einigen Modellen, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Individual-ebene durch eine versichertenbezogene Berücksichtigung von Morbiditätsindikatoren zu verbessern, allerdings konnten die systematischen Über- und Unterdeckungen auf Krankenkassenebene kaum gesenkt werden.

Auch dieses Beiratgutachten kommt zum Ergebnis, dass „ein Abweichen vom gegenwärtigen Verfahren [...] nicht angezeigt“ (216) sei. Bei der Entwicklung eines zielgenauen Standardisierungsmodells bestehe „noch immer erheblicher Forschungsbedarf“ (216). Auch sonst werden in der Literatur (Drabinski 2011, Tebarts et al. 2012) keine umsetzbaren Modelle präsentiert, die zu verbesserten Zuweisungen führen. Erweiterungen und empirische Überprüfungen liegen aktuell in dieser Publikation vor (Schillo et al. 2014).

Der festgestellte weitere Forschungsbedarf wird aufgegriffen im aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FQWG). Hier ist vorgesehen, dass das BVA Gutachten in Auftrag gibt, um Modelle zur zielgerichteten Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Krankengeldausgaben zu entwickeln. In der Zwischenzeit werden die systematischen Über- und Unterdeckungen in diesem Bereich durch einen partiellen Ist-Ausgabenausgleich begrenzt.

Vorgehen

Zunächst sollen Kennzahlen zur Grundlohnstärke der Krankenkassen beziehungsweise zu deren Krankheitslast als unabhängige Variablen den vier folgenden und für das Krankengeld relevanten Indikatoren gegenübergestellt werden:

- Die relative Krankengeldhäufigkeit zeigt an, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Krankengeldbezugs innerhalb einer Krankenkasse ist. Sie entspricht dem Anteil der krankengeldberechtigten Mitglieder, der innerhalb des Jahres 2009 einen Krankengeldbezug über mindestens einen Bezugstag aufweist.
- Die mittlere Bezugs- beziehungsweise Falldauer gibt an, wie lange ein Krankengeldbezug durchschnittlich andauert, wenn er denn erst eingetreten ist. Sie errechnet sich als die durchschnittliche Anzahl der Bezugstage im Jahr 2009 über alle Mitglieder mit mindestens einem Bezugstag in diesem Zeitraum. Zu beachten ist hierbei, dass bei diesem Ansatz jahresübergreifende Bezugszeiten „abgeschnitten“ werden. Obwohl Krankengeld im Einzelfall bis zu 78 Wochen lang gezahlt werden kann, beträgt die maximale Bezugszeit in den untersuchten Datensätzen lediglich 365 Tage.
- Die mittleren Bezugstage je Mitglied setzt die Summe der Bezugstage einer Krankenkasse in Beziehung zur Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder und lässt somit eine Aussage zur gesamten „Population unter Risiko“ zu.
- In gleicher Weise geben die mittleren Krankengeldausgaben je Mitglied an, wie hoch das mittlere Ausgabenrisiko der Population unter Risiko je Krankenkasse ist. Diese Kennzahl ist insbesondere deswegen relevant, weil sie direkt mit den Zuweisungen einer Krankenkasse für das Krankengeld vergleichbar ist, die sich ebenfalls unter Bezug auf die krankengeldberechtigten Mitglieder errechnen.

Zur Beurteilung möglicher Zusammenhänge werden die unabhängigen und abhängigen Variablen jeweils im Rahmen einer OLS-Regression (Methode der kleinsten Quadrate, ordinary least squares) untersucht. In Analogie zum Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats erfolgt somit keine Gewichtung der Beobachtungen nach Krankenkassengröße. Dies hat den Hintergrund, dass jede Krankenkasse als gleichberechtigte Wirtschaftseinheit dargestellt werden soll; hierdurch wird sichergestellt, dass bestimmte Problemlagen bei kleineren Krankenkassen nicht aufgrund ihrer geringen Mitgliederzahl übersehen

werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass die Ergebnisse auf Krankenkassenebene nur mit Vorsicht auf die Ebene einzelner Mitglieder übertragen werden sollten.

Im Anschluss an die ersten Analysen wird – losgelöst von der Krankenkassenebene – über alle krankengeldberechtigten Mitglieder ermittelt, inwiefern sich deren Alter, Geschlecht und Wohnort auf die vier den Krankengeldbezug charakterisierenden Zielgrößen auswirkt. Hierbei sollen mögliche Zusammenhänge insbesondere durch gruppenbezogen gebildete Mittelwerte veranschaulicht werden.

Ergebnisse

Einfluss der Grundlohnstärke

Das Krankengeld ist eine Lohnersatzleistung, die sich grundsätzlich auf 70 Prozent des beitragspflichtigen regelmäßigen Arbeitseinkommens beläuft, dabei im Höchstfall aber auf 90 Prozent des regelmäßigen Nettoeinkommens begrenzt ist (§ 47 SGB V). Damit besteht unbestritten ein klarer, wenn auch nicht exakt linearer Zusammenhang zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) eines Mitglieds und der Höhe des anfallenden Zahlbetrags bei Eintritt eines Krankengeldbezugs. Für die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse ergibt sich somit aus den mittleren Zahlbeträgen der Krankengeldbezieher die eingangs erwähnte Preiskomponente, die als einer der wesentlichen Faktoren für die Gesamtausgaben in diesem Leistungsbereich angesehen werden muss.

Operationalisierung der kassenindividuellen Grundlohnstärke

Gegenwärtig lassen sich Kenngrößen zur Einkommensstärke der GKV-Mitglieder nur auf Ebene der Krankenkassen ermitteln. Dabei kommen grundsätzlich zwei Ansätze in Betracht, die jedoch beide mit Nachteilen behaftet sind.

- Beitragspflichtige Einnahmen je Krankenkasse wurden im Alt-RSA zur Durchführung des Finanzkraftausgleichs benötigt und stehen bis zum Berichtsjahr 2008 zur Verfügung. Sie haben bereits wegen des inkongruenten zeitlichen Bezugs zu den hier ansonsten verwendeten Krankengelddaten des Jahres 2009 eine etwas eingeschränkte Aussagekraft.

Zudem beziehen sich die Daten auf alle Mitglieder der Krankenkassen, nicht auf den hier relevanten, deutlich enger gefassten Kreis der Mitglieder mit Krankengeldanspruch.

- Kalendertägliche Krankengeldzahlbeträge wiederum lassen sich aus der Sonderdatenermittlung ermitteln, indem mitgliedsbezogen die Krankengeldausgaben durch die Anzahl der Krankengeldbezugstage dividiert werden – allerdings funktioniert das nur für diejenigen Mitglieder, bei denen es im Betrachtungsjahr tatsächlich zum Bezug von Krankengeld gekommen ist. Für die übrigen etwa 94 Prozent der Krankengeldberechtigten dagegen liegen keine Zahlbeträge vor. Eine nutzbare Kennzahl ergibt sich somit lediglich durch Aggregation der Individualdaten auf Kassenebene, also durch Ermittlung von (kassenindividuellen) mittleren kalendertäglichen Zahlbeträgen.

Trotz dieser Abgrenzungsprobleme lassen sich beide Ansätze für die Aufklärung der Zusammenhänge zwischen Grundlohnstärke und Krankengeldbezug in ihrer Tendenz und ihrem ungefähren Ausmaß heranziehen. Vergleicht man die beiden krankenkassenindividuellen Größen, so zeigt sich zwischen den bpE des Jahres 2008 (mit zu weit gefasstem Personenkreis) und den kalendertäglichen Zahlbeträgen des Jahres 2009 (mit zu eng gefasstem Personenkreis) trotz des unterschiedlichen Populations- und Jahresbezugs eine sehr hohe Korrelation (Korrelationskoeffizient: 0,91). Aufgrund der hohen Korrelation ist zu erwarten, dass sich die Ergebnisse auf andere Abgrenzungen der Preiskomponenten übertragen lassen. Für die folgenden Auswertungen soll nun auf die kalendertäglichen Zahlbeträge je Krankenkassen zurückgegriffen werden.

Auswertung

Zwischen den Krankenkassen unterscheiden sich die mittleren Zahlbeträge um den Faktor zwei (34,13 bis 70,76 Euro). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Grundlöhnen und Krankengeld komplexer, wie im Folgenden gezeigt wird. Bezogen auf die Grundlohnstärke der Krankenkassen lassen sich die folgenden grundsätzlichen Zusammenhänge beschreiben (Abbildung 1):

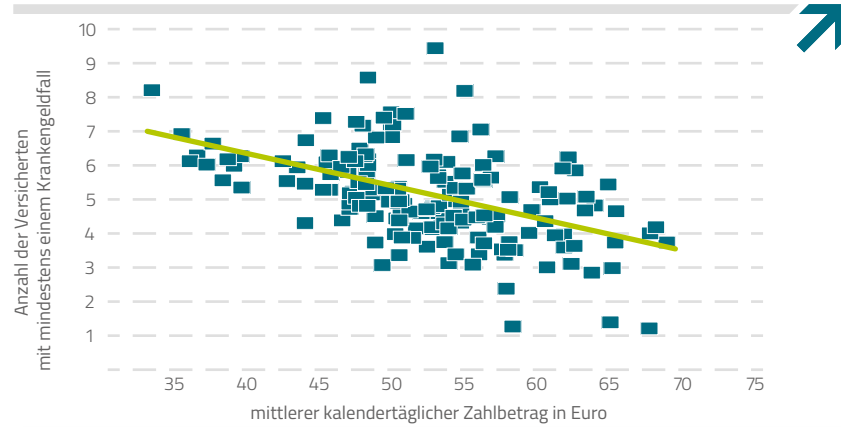
- Je höher das Einkommen, desto geringer das Krankengeldrisiko (Abbildung 1a). Während GKV-weit das Risiko für den Eintritt eines Krankengeldbezugs innerhalb eines Jahres bei rund 5,7 Prozent liegt, schwanken die Werte zwischen den Krankenkassen

beträchtlich (2,1 bis 9,4 Prozent). Selbst wenn die Beobachtungen auf Krankenkassen mit mindestens 10.000 anspruchsberechtigten Mitgliedern begrenzt werden, nimmt die Spannweite nur geringfügig ab (3,7 bis 8,6 Prozent). Über alle Krankenkassen hinweg zeigt sich, dass mit höheren Einkommen die relative Häufigkeit der Krankengeldfälle abnimmt.

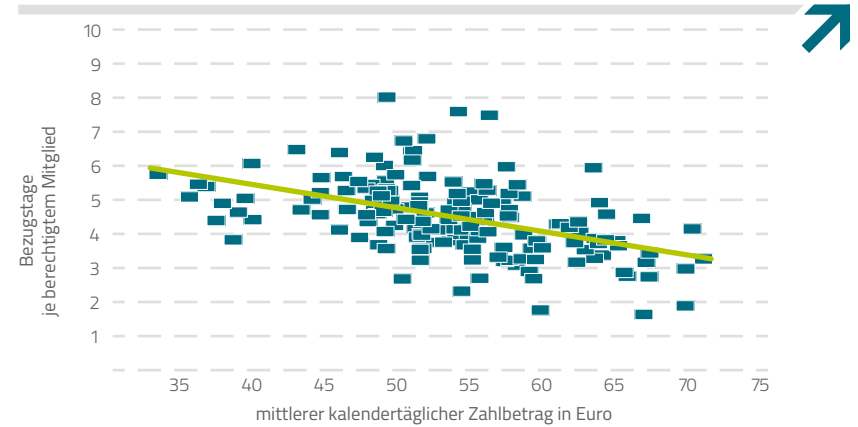
- Es besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Einkommen und Falldauer (Abbildung 1b). Wie lange ein Krankengeldbezug andauert, wenn er denn erst einmal eingetreten ist, scheint in keiner nennenswerten Abhängigkeit zum Einkommen des Betroffenen zu stehen. Die mittlere Bezugsdauer innerhalb eines Jahres liegt GKV-weit bei etwa 81 Tagen. Die auch hier beachtliche Streuung der Messwerte (zwischen 44 und 99 Tagen je Betroffenen) verteilt sich dabei im Gegensatz zum Eintrittsrisiko relativ ebenmäßig auf grundlohnschwache und grundlohnstarke Krankenkassen.
- Je höher die Grundlohnsumme, desto niedriger die Summe der gesamten Bezugszeiten (Abbildung 1c). Aus Krankenkassensicht dürfte insbesondere dieses Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit und mittlerer Bezugsdauer der Betroffenen relevant sein. Beide vorgenannten Größen bestimmen gemeinsam die mittleren Krankengeldbezugszeiten über alle krankengeldberechtigten Mitglieder – und damit die „Mengenkomponente“ der anfallenden Krankengeldleistungen. Erneut zeigt sich:
- Höhere Zahlbeträge aufgrund hoher Einkommen werden durch eine niedrigere Eintrittswahrscheinlichkeit weitgehend kompensiert (Abbildung 1d). Während Krankenkassen mit einkommensstarken Mitgliedern je Bezugstag besonders hohe Ausgaben tätigen müssen, ist die Anzahl an Krankengeldtagen im Vergleich zu grundlohnschwachen Krankenkassen meist niedriger. Die immer wieder vorgetragene These einer systematischen Benachteiligung grundlohnstarker Krankenkassen muss daher erneut relativiert werden. Zwar steigen mit höheren kalendertäglichen Zahlbeträgen die Ausgaben an, jedoch ist der messbare Zusammenhang (mit einem Bestimmtheitsmaß R^2 von lediglich 0,4 Prozent) weitaus geringer, als im Rahmen der fachöffentlichen Diskussion gelegentlich angenommen wurde. Auch wenn die Regression über die Zahl der Mitglieder gewichtet wird, ergibt sich letztendlich ein nahezu identisches Ergebnis. Die Steigung der Regressionsgeraden (und damit der oben dargestellte positive Zusammenhang) ist sogar noch geringer als im ungewichteten Modell: $y = 220,25 + 0,20795 x$.

Abbildung 1: Einfluss der Grundlohnstärke auf den Krankengeldbezug

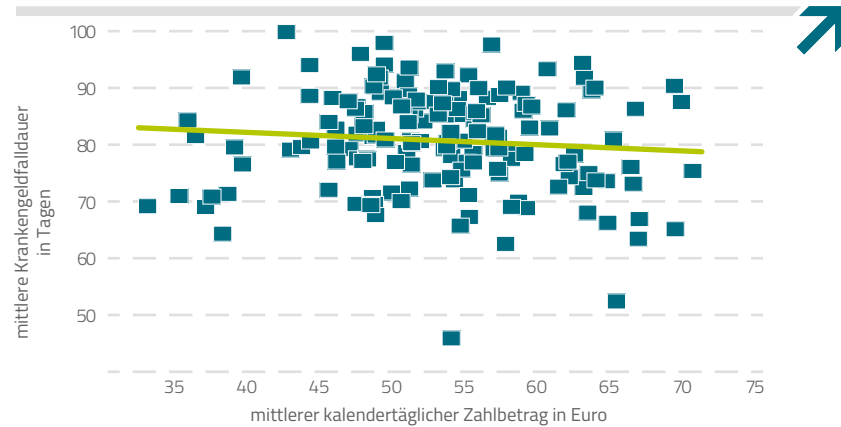
1a: Grundlohnstärke und Krankengeldhäufigkeit



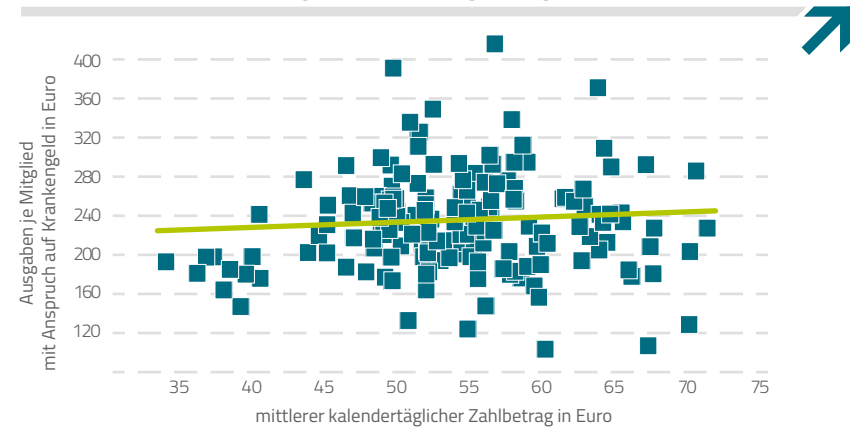
1c: Grundlohnstärke und mittlere Tage je Krankengeldmitglied



1b: Grundlohnstärke und mittlere Falldauer



1d: Grundlohnstärke und Ausgaben je Krankengeldmitglied



Interessant ist in diesem Zusammenhang ein kurzer Blick auf einzelne Krankenkassen: Die mit Abstand höchsten Krankengeldausgaben je bezugsberechtigtem Mitglied fallen bei Krankenkassen an, deren Zahlbeträge sich eher im mittleren Grundlohnsegment bewegen. Die insgesamt niedrigsten Ausgaben je Mitglied wiederum sind im mittleren bis oberen Grundlohnsegment zu beobachten.

Einfluss der Morbidität

Bei der Berechnung der Krankengeldzuweisungen werden nicht nur die Grundlöhne nicht berücksichtigt, auch die Morbidität der Versicherten wird nur indirekt über Alter, Geschlecht und den Erwerbsminderungsrentenstatus erfasst. Dabei wäre eine stärkere Berücksichtigung der Krankheitslast der Versicherten beziehungsweise der Krankenkassen angezeigt, denn erst durch eine lang anhaltende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann es überhaupt zu einem („regulären“) Krankengeldbezug kommen.

Operationalisierung der Morbidität

Direkt verwendbare Indikatoren zur Einschätzung der für das Krankengeld relevanten Krankheitslast fehlen. Zwar liegen auf Ebene der einzelnen Versicherten aufbereitete Morbiditätsinformationen vor (etwa die Diagnose- und Morbiditätsgruppen des BVA-Versichertenklassifikationsmodells), allerdings sind diese nicht zur Durchführung eines Krankengeldverfahrens optimiert worden.

Die Morbiditätsgruppen des morbiditätsorientierten RSA können nur eingeschränkt zur Ermittlung der für das Krankengeld relevanten Morbidität verwendet werden. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die im RSA berücksichtigungsfähige Morbidität unterliegt grundsätzlich der Begrenzung auf ein Spektrum von maximal 80 Krankheiten. Je nach Zielsetzung (Standardisierung der Ausgaben, Bezugstage oder Eintrittswahrscheinlichkeit) müsste das Krankheitspektrum für ein morbiditätsorientiertes Krankengeldmodell vermutlich deutlich anders zugeschnitten sein.
- Das Klassifikationsmodell wurde mit dem Ziel einer möglichst präzisen Prädiktion prospektiver medizinischer Leistungsausgaben aller Versicherten der GKV entwickelt.

Beim Krankengeld beispielsweise ergibt ein prospektiver Ansatz wegen der Blockfristen keinen Sinn. Auch stellt sich die Frage, ob die (prinzipiell) additive Berücksichtigung einzelner Morbiditätsgruppen im RSA-Klassifikationsmodell auf den Krankengeldbereich übertragen werden sollte.

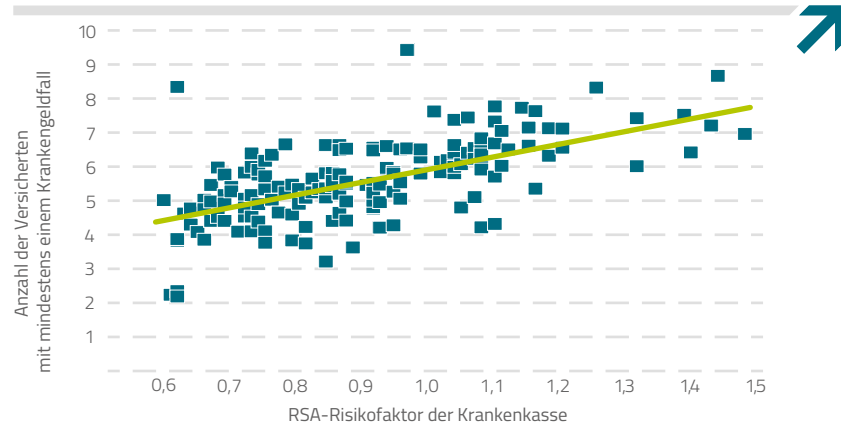
Mangels eines krankengeldspezifischen Klassifikationsmodells wird trotz der oben genannten Einschränkungen im Folgenden der RSA-Risikofaktor als Ausdruck der allgemeinen Morbiditätslast der Krankenkasse herangezogen (Abbildung 2).

Auswertung

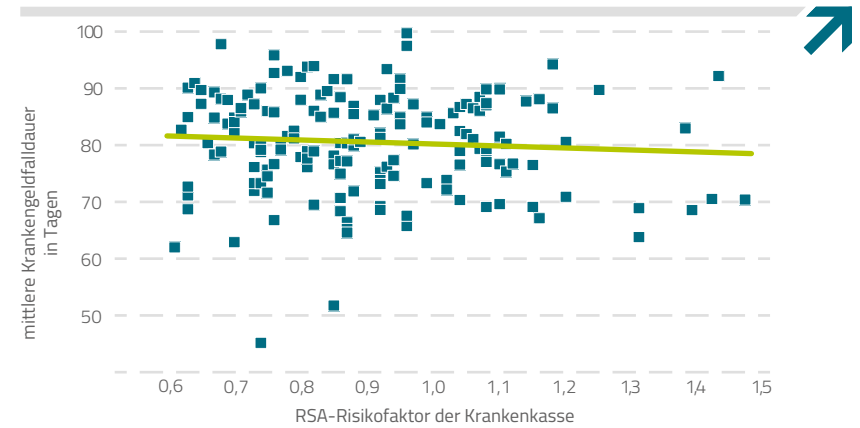
- Je höher die RSA-relevante Morbiditätslast einer Krankenkasse ist, desto höher ist die Anzahl der Krankengeldfälle (Abbildung 2a). Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass sich Morbiditätsindikatoren recht gut zur Standardisierung eines individuellen Krankengeldrisikos eignen dürften. Das gilt insbesondere, wenn man bedenkt, dass der hier angelegte Morbiditätsindikator hinsichtlich einer anderen Zielsetzung entwickelt worden ist. Letztlich ist der hier ersichtliche Zusammenhang Teil einer „Dreiecksbeziehung“ zwischen Einkommen, Morbidität und Krankengeldbezug.
- Denn: Eine höhere Morbiditätslast findet sich tendenziell bei eher grundlohnschwachen Krankenkassen (Abbildung 2b). Allerdings ist der Zusammenhang nicht sehr ausgeprägt. Und auch hier lohnt sich ein Blick auf einzelne Krankenkassen. Es existiert durchaus eine Anzahl von Krankenkassen, die – trotz einer teilweise sehr einkommensstarken Mitgliedsstruktur – eine deutlich überdurchschnittliche Morbiditätslast aufweisen.

Abbildung 2: Einfluss der Morbidität auf den Krankengeldbezug

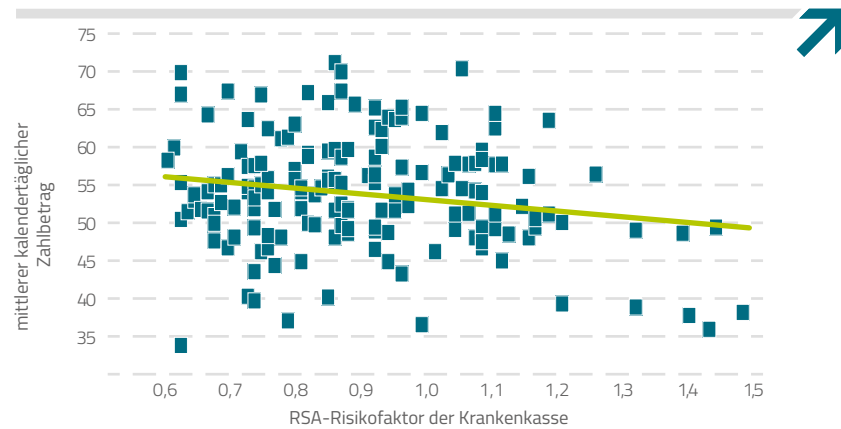
2a: RSA-Risikofaktor und Krankengeldhäufigkeit



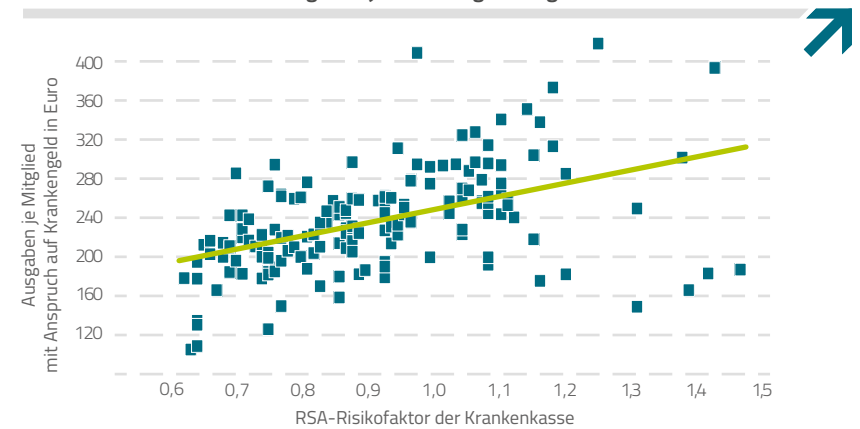
2c: RSA-Risikofaktor und mittlere Falldauer



2b: RSA-Risikofaktor und Grundlohnstärke



2d: RSA-Risikofaktor und Ausgaben je Krankengeldmitglied



- Die allgemeine Morbidität einer Krankenkasse und die mittlere Bezugsdauer ihrer Krankengeldbezieher weisen keinen nennenswerten Zusammenhang auf (Abbildung 2c). Dies muss aber nicht bedeuten, dass sich die Bezugszeiten der Mitglieder generell nicht über Morbiditätsindikatoren standardisieren ließen. Schließlich wurden mit diesem Ansatz im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats (auf der Individualebene) positive Resultate erreicht (Drösler et al. 2011: 204).
- Mit steigendem RSA-Risikofaktor nehmen die mittleren Ausgaben je krankengeldberechtigtem Mitglied zu (Abbildung 2d). Insbesondere der Zusammenhang zwischen Morbidität und Eintrittswahrscheinlichkeit schlägt sich hier offenbar nieder; hier erfolgt keine ausreichende Kompensation durch niedrigere Zahlungsbeträge. Alles in allem – und das ist bemerkenswert – ist der Einfluss der Morbidität auf das Ausgabenrisiko beim Krankengeld wesentlich gewichtiger als der des Einkommens der betroffenen Mitglieder.

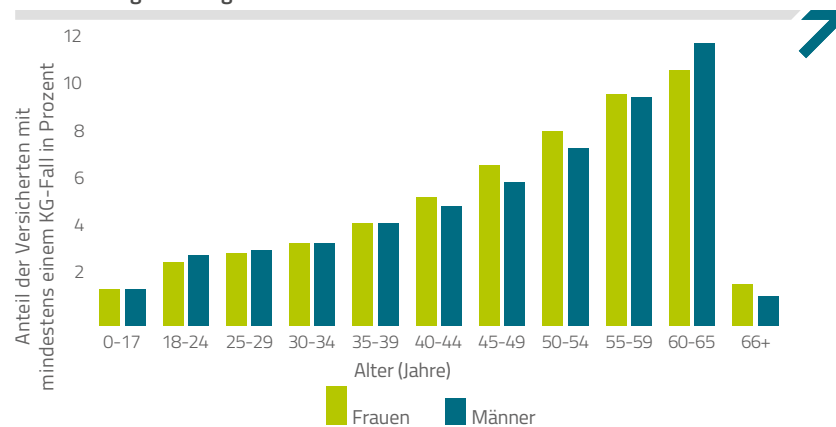
Einfluss von Alter und Geschlecht

Nun soll der Blick auf die Zusammenhänge auf der Individualebene gerichtet werden. Hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht der Mitglieder lassen sich diesbezüglich folgende Aussagen treffen (Abbildung 3). In Analogie zum Risikostrukturausgleich wurden Erwerbsminderungsrentner nicht den „regulären“ Alters-Geschlechtsgruppen zugeordnet. Aus diesem Grund liegen sowohl die mittlere Krankengeldwahrscheinlichkeit als auch die mittlere Bezugsdauer etwas unter den in den Abbildungen 3 dargestellten Werten, die sich auf die Gesamtpopulation (inklusive der Erwerbsminderungsrentner) beziehen.

- Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezugs stetig an (Abbildung 3a). Während Personen im Alter unter 35 Jahren eine Eintrittswahrscheinlichkeit von unter 3,5 Prozent aufweisen, steigt diese in den folgenden Altersgruppen durchgängig an; im Alter zwischen 60 und 65 Jahren beziehen dann 11,2 Prozent der anspruchsberechtigten Mitglieder tatsächlich Krankengeld. Im Allgemeinen ist das Krankengeldrisiko zwischen Männern und Frauen relativ ausgeglichen verteilt (Frauen: 5,5 Prozent, Männer: 5,3 Prozent), wobei in den niedrigen und hohen Altersjahrgängen Männer etwas häufiger zu Krankengeldbeziehern werden, in den mittleren Jahrgängen (zwischen 40 und 60 Jahren) überwiegen dagegen die Bezüge von Frauen.

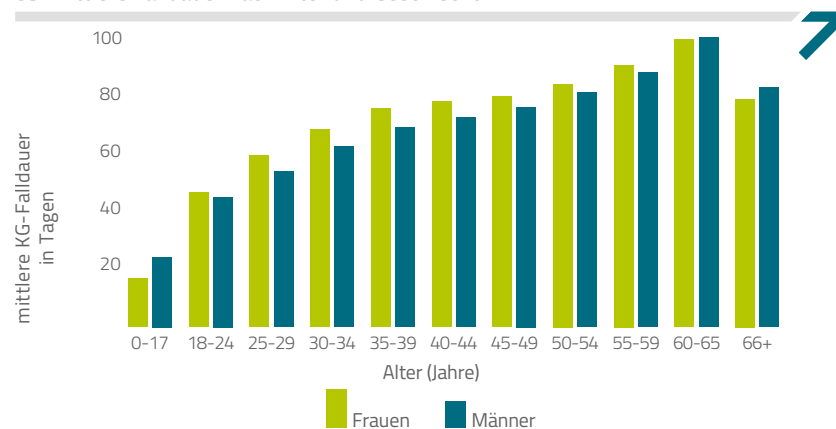
Abbildung 3: Alter, Geschlecht und Krankengeld

3a: Krankengeldhäufigkeit nach Alter und Geschlecht



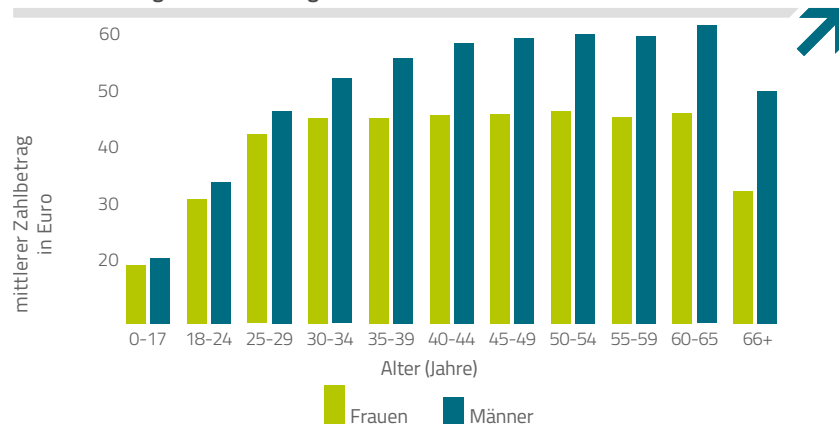
Quelle: eigene Darstellung

3b: Mittlere Falldauer nach Alter und Geschlecht



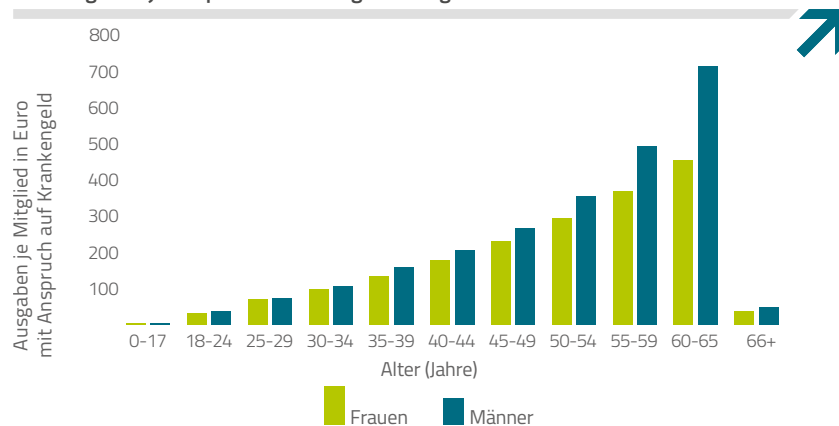
Quelle: eigene Darstellung

3c: Kalendertägliche Zahlbeträge nach Alter und Geschlecht



Quelle: eigene Darstellung

3d: Ausgaben je anspruchsberechtigtem Mitglied nach Alter und Geschlecht



Quelle: eigene Darstellung

- Auch die Bezugsdauer des Krankengeldes nimmt mit dem Alter stetig zu (Abbildung 3b). So fallen in der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen etwa 45 Bezugstage je Betroffenen an; in der Gruppe der über 60-jährigen sind es dann schließlich 98. In nahezu allen Altersgruppen weisen Frauen höhere Bezugszeiten auf als Männer. Über alle Altersgruppen hinweg ergibt sich bei den Frauen eine um etwa 3,5 Tage höhere mittlere Bezugszeit.

- Eine Einkommensdisparität zwischen den Geschlechtern spiegelt sich auch beim Krankengeld wider (Abbildung 3c). Über alle Altersgruppen gesehen liegen die Zahlbeträge für Männer um etwa 34 Prozent über denen der Frauen (Frauen: 42,52 Euro, Männer: 56,91 Euro). Während die Zahlbeträge bei Männern mit höherem Alter spürbar zunehmen, steigen sie bei Frauen ab einem Alter von etwa 30 Jahren nur noch langsam an.
- Alters- und geschlechtsbezogene Unterschiede bei Eintrittswahrscheinlichkeit, Bezugsdauer und Einkommen führen zu den bekannten Ausgabenprofilen beim Krankengeld (Abbildung 3d). Da alle genannten Ausgabedeterminanten mit zunehmendem Alter wachsen, steigen auch die mittleren Ausgaben je Mitglied mit dem Alter an. Hauptverantwortlich für das deutlich höhere Ausgabenrisiko bei Männern dürften dabei deren (im Durchschnitt) höhere Einkommen – und damit höhere Zahlbeträge – sein. Während der Einkommenseffekt bei den Männern in den jüngeren und mittleren Altersgruppen zum Teil noch durch geringere Eintrittswahrscheinlichkeiten und niedrige mittlere Bezugszeiten kompensiert wird, kommt er ab etwa 55 Jahren, wenn die beiden morbiditätsbezogenen Risikokomponenten zwischen Männern und Frauen in etwa ausgeglichen sind, voll zum Tragen.

Regionale Besonderheiten beim Krankengeldbezug

Bezogen auf die RSA-Leistungsausgaben ohne das Krankengeld wurde in der Vergangenheit wiederholt thematisiert, ob beziehungsweise inwieweit eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu einer zielgenaueren Mittelverteilung beitragen könnte. Dass diese Diskussion auch auf die Standardisierung der Krankengeldausgaben übertragen wird, ist grundsätzlich nicht auszuschließen: Unterschiede in den Grundlöhnen sind nicht nur Einflussfaktoren auf die Höhe des Krankengeldes, sondern auch wesentliche Determinanten regionaler Transfers.

Nicht nur hinsichtlich ihres Alters oder ihres Geschlechts weisen die Mitglieder der GKV zum Teil deutliche Unterschiede beim Bezug von Krankengeld auf.

Auffällige Muster zeigen sich auch bezüglich der regionalen Verteilung von Krankengeldhäufigkeit beziehungsweise Krankengeldbezugsdauer. So variieren beide Größen bei einer Betrachtung auf Ebene der Bundesländer beträchtlich (Abbildung 4a). Am häufigsten

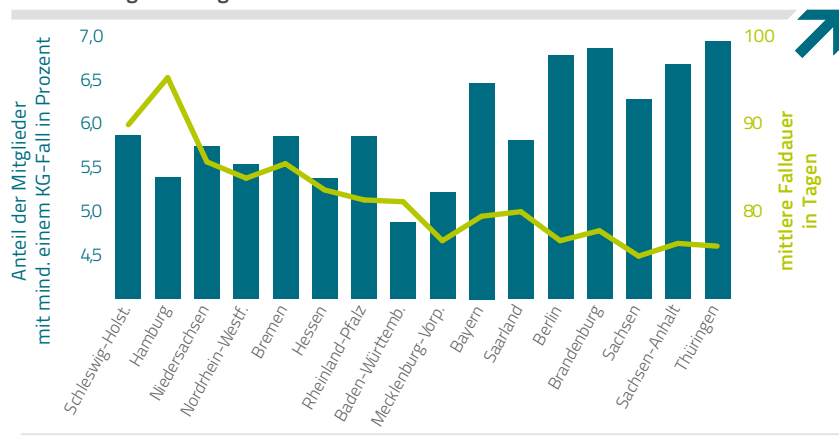
werden Mitglieder in Thüringen (6,9 Prozent), Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (jeweils 6,8 Prozent) zu Beziehern von Krankengeldleistungen, am seltensten in Baden-Württemberg (4,9 Prozent) und Bayern (5,2 Prozent).

Besonders lange dauert ein durchschnittlicher Krankengeldbezug in Hamburg an (94,9 Tage), besonders schnell beendet ist er dagegen in Sachsen (75,2 Tage). Bemerkenswert ist, dass die Bundesländer mit den häufigsten Krankengeldbezügen eher kurze Bezugszeiten aufweisen (Thüringen: 76,3 Tage, Brandenburg: 76,9 Tage, Mecklenburg-Vorpommern: 78,0 Tage). Erklären lassen sich die Unterschiede bei Häufigkeit und Dauer aber nahezu vollständig über die in den Bundesländern vorherrschende Alters- und Geschlechtsstruktur der krankengeldberechtigten GKV-Mitglieder.

Unterzieht man die Rohdaten zum Krankengeldbezug einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung, so bleiben lediglich geringfügige Unterschiede bestehen (Abbildung 4b), die unter Umständen mit der in den Bundesländern vorherrschenden Morbidität begründet werden können. Dies gilt auch für die Unterschiede, die sich auf Grundlage der nicht standardisierten Daten zunächst bei alternativen Gebietsabgrenzungen (etwa

Abbildung 4: Krankengeldbezug in den Bundesländern

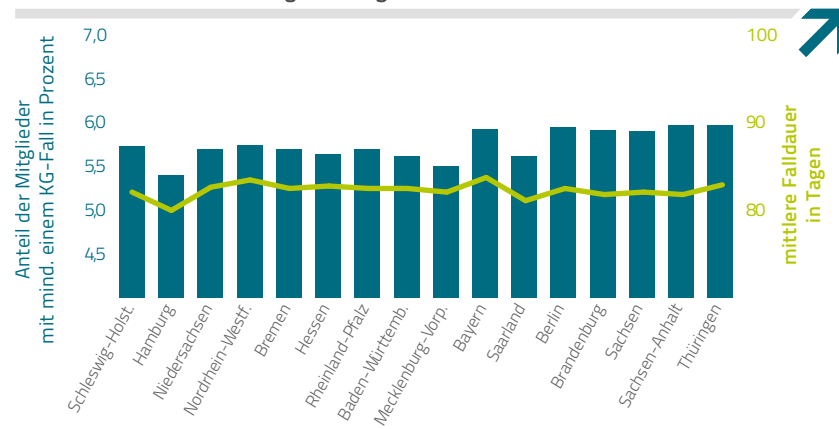
4a: Krankengeldhäufigkeit und -falldauer nach Bundesländern



Quelle: eigene Darstellung

nach dem bei Drösler et al. 2011: 70ff. verwendeten siedlungsstrukturellem Kreistyp) zeigen. Eine Regionalkomponente beim Krankengeld erscheint daher – zumindest soweit es Bezugszeiten betrifft – nicht angezeigt. Der Ausgleich erfolgt bereits heute größtenteils implizit über Alter und Geschlecht.

4b: Standardisierte Krankengeldhäufigkeit und -falldauer nach Bundesländern



Quelle: eigene Darstellung

Fazit

Es kommt nicht von ungefähr, dass eine Änderung des Berechnungsverfahrens beim Krankengeld so lange auf sich warten lässt. Die Problematik ist vielschichtig und lässt sich nicht mit einfachen Änderungen beheben. Der vorliegende Beitrag hat versucht, einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse zu geben. Es liegt nun an den im Entwurf des GKV-FQWG vorgesehenen Gutachtern, diesen Erkenntnisstand zu erweitern und zu umsetzbaren Modellen zu kommen.

Die hier präsentierten Auswertungen haben gezeigt, dass zwischen Krankengeldausgaben, Grundlöhnen und Morbidität erhebliche Wechselwirkungen existieren. Daher ist es nicht überraschend, dass eine isolierte Einführung eines Grundlohnfaktors zu einer Verschlechterung der Zielgenauigkeit führt. Dieses Modell wurde aus diesem Grund auch von allen bisherigen RSA-Gutachtern abgelehnt.

Ein weiterer Grund für die mangelnde Zielgenauigkeit des Grundlohnfaktors liegt darin, dass dieser auf der Krankenkassenebene ansetzt. Aber auch Krankenkassen mit hohen durchschnittlichen Grundlöhnen versichern Mitglieder mit hohen und niedrigen Grundlöhnen. Nicht nur die Krankengeldzahlbeträge sind zwischen diesen Mitgliedern unterschiedlich verteilt, auch die Häufigkeit und Dauer des Krankengeldbezugs werden differieren. Sinnvoller wäre möglicherweise ein Ansatz über Einkommen beziehungsweise Einkommensgruppe des individuellen Mitglieds. Verschiedene Erweiterungen und Modellrechnungen sind aktuell auch von Schillo et al. (2014) empirisch spezifiziert, berechnet und bewertet worden. Die Ergebnisse finden sich in dieser Publikation (Schillo et al. 2014).

Drösler et al. (2011) haben bereits gezeigt, dass Modelle mit einer Morbiditätskomponente den erfolgversprechendsten Ansatz zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Krankengeldausgaben aufweisen. Die hier gezeigten Untersuchungen bestätigen dies: Der Zusammenhang zwischen Morbidität und Krankengeld ist ausgeprägter als alle anderen untersuchten Zusammenhänge. Allerdings konnte bislang nur die allgemeine (RSA-)Morbidität angesetzt werden, nicht die krankengeldspezifische Morbidität. Die Entwicklung eines Modells zur Messung dieser spezifischen Morbidität ist sehr aufwendig und international ohne Präzedenz. Auch in dieser Frage werden die neuen Gutachter gefordert sein.

Eine Regionalkomponente ergibt hingegen beim Krankengeld wenig Sinn, da ein Großteil der regionalen Unterschiede durch die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht implizit bereits ausgeglichen wird.

Neben der Suche nach möglichst potenten Erklärungsvariablen werden die Gutachter sicherlich auch über deren Aggregationsebene (Krankenkassen- gegenüber Individual-ebene) und über deren optimale Verwendung in einem – zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls noch zu spezifizierenden – Standardisierungsverfahren diskutieren müssen. Die Anzahl der theoretisch denkbaren Modelle jedenfalls ist durch vielfältige Kombinationsmöglichkeiten sowohl bei den erklärenden als auch bei den erklärten Variablen alles andere als gering (dazu auch Schillo et al. 2014). Entsprechend der heutigen

Erkenntnislage erscheint den Autoren beispielsweise der von Wasem (1993) empfohlene Ansatz einer isolierten Abbildung der Mengenkomponente über die Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten Erfolg versprechend. Hierfür könnten (Tebarts et al. 2012 folgend) beispielsweise die Variablen Alter, Geschlecht, Morbidität, Erwerbsminderungsstatus, krankengeldrelevante Morbidität, Berufsmerkmale und/oder Einkommenshöhe herangezogen werden.

Literatur

- Drabinski, T. (2011): Allokationsprobleme im Gesundheitsfonds. Kiel.
- Drösler, S., J. Hasford, B.-M. Kurth, M. Schaefer, J. Wasem und E. Wille (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf (Download am 2. Mai 2014).
- Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140. Baden-Baden.
- Reschke, P., S. Sehlen, G. Schiffhorst, W. F. Schröder, K. W. Lauterbach und J. Wasem (2005): Klassifikationsmodell für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Bonn.
- Schillo, S., H. Dahl, J. Wasem und K. Tebarts (2014): Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA. In: Repschläger, U., C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2014. Beiträge und Analysen. Wuppertal. S. 134-151.
- Tebarts, K., P. Ballesteros, H. Dahl, G. Lux, J. Wasem und S. Schillo (2012): Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA. In: Repschläger, U., C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012. Wuppertal. S. 184-208.
- Wasem, J. (1993): Berücksichtigung des Krankengeldes im Risikostrukturausgleich. In: Paquet, R. und W. König (Hrsg.): Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb. Essen. S. 58-65.