

Krankengeld: Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten

Das Sondergutachten 2015 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

ALICE SANWALD,
ANN-KRISTIN DRENKPOHL,
JENS WESSLING,
ANJA HOHMANN

Dr. Alice Sanwald,
Dr. Ann-Kristin Drenkpohl,
Dr. Jens Weßling und
Dr. Anja Hohmann
sind ReferentInnen in
der Geschäftsstelle des
Sachverständigenrates
Gesundheit in Berlin

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde Ende 2014 vom Bundesminister für Gesundheit beauftragt, ein Sondergutachten zur Ausgabenentwicklung beim Krankengeld und Möglichkeiten zur Steuerung zu erstellen. Hintergrund waren die seit 2006 stark angestiegenen Krankengeldausgaben, die im Jahr 2014 mit 10,6 Milliarden Euro einen bisherigen Höchststand erreicht hatten. Der Beitrag fasst die wesentlichen Ergebnisse des Sondergutachtens zusammen.

1. Die Entwicklung der Krankengeldausgaben

Für die Analysen der Krankengeldausgaben hat der Rat verschiedene Datenquellen des Bundesgesundheitsministeriums, Bundesversicherungsamts und wissenschaftlichen Instituts der AOK herangezogen. Darüber hinaus wurden Daten von acht Krankenkassen mit insgesamt ca. 14 Millionen Mitgliedern insbesondere zu den Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und Morbidität analysiert. Des Weiteren wurde eine Individualdatenanalyse von Daten der Barmer GEK vorgenommen.

Bei der Analyse der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankengeld (inklusive des Kinderkrankengelds) zeigt sich für den Zeitraum von 1995 bis 2014 ein u-förmiger Verlauf: Für den Zeitraum von 1995 bis 2006 ist – unter anderem bedingt durch Kostendämpfungsmaßnahmen des Beitragsentlastungsgesetzes – ein fallender Trend zu verzeichnen. 2006 kehrte sich dieser Trend um, so dass die Ausgaben mit einer durchschnittlichen jährlichen

Wachstumsrate von 8,1 % von 5,7 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 10,6 Milliarden Euro im Jahr 2014 anstiegen. Der Anteil an den Gesamtleistungsausgaben der GKV belief sich dabei im Jahr 2014 auf 5,5 % und liegt damit knapp 2,6 Prozentpunkte unter dem Anteilswert von 1995. Von den gesamten Krankengeldausgaben entfielen 2014 mit 10,4 Milliarden Euro ca. 98,2 % auf das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und mit 0,2 Milliarden Euro ca. 1,8 % auf das Kinderkrankengeld.

Ähnlich dem Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit stieg die Inanspruchnahme des Kinderkrankengelds ab 2006 stark an; bis zum Jahr 2014 kam es sowohl zu einer Verdopplung der Ausgaben als auch der Fallzahlen. Die Zerlegung der Wachstumsrate in einzelne Komponenten zeigt, dass die durchschnittliche Falldauer von 2,6 auf 2,3 Tage zurückging, jedoch sowohl die Fallzahlen als auch die Kinderkrankengeldausgaben pro Tag maßgeblich zur Ausgabensteigerung beitrugen. Die deutlichste Zunahme bei den Kinderkrankengeldfällen verzeichneten dabei die freiwilligen Mitglieder und – wie auch bei

Krankengeld

Bei einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit leistet zunächst der Arbeitgeber bis zu sechs Wochen eine Entgeltfortzahlung. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger an, erhalten Krankengeldberechtigte im Anschluss von der Krankenkasse ein Krankengeld. Anspruchsberechtigt sind alle erwerbstätigen GKV-Mitglieder, selbstständig Versicherte mit Wahlerklärung und Personen, die Arbeitslosengeld I (ALG I) beziehen. Das Krankengeld wird in einem Dreijahreszeitraum für höchstens 78 Wochen bei derselben Erkrankung gezahlt und beträgt 70 % des Bruttoentgelts, jedoch maximal 90 % des Nettoentgelts. Tritt nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer anderen Krankheit auf, beginnt eine neue Dreijahresfrist und es entsteht ein erneuter Krankengeldanspruch.

Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (sogenanntes „Kinderkrankengeld“) wird gewährt, wenn ein GKV-Versicherter der Arbeit fernbleiben muss, weil er sein erkranktes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen muss. Voraussetzung ist, dass das zu betreuende Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und selbst gesetzlich krankenversichert ist. Das Kinderkrankengeld wird in der Regel bis zu zehn Arbeitstage pro Kind und Kalenderjahr gezahlt.

den Pflichtmitgliedern – hier besonders die männlichen Krankengeldberechtigten. Das starke Wachstum der Kinderkrankengeldfälle dürfte unter anderem auf eine Zunahme der Frauenerwerbstätigenquote und einen steigenden Anteil an Alleinerziehenden zurückgehen.

Das ab 2006 zu verzeichnende starke Wachstum des Krankengelds bei Arbeitsunfähigkeit lässt sich auf einen Anstieg der krankengeldberechtigten Versicherten sowie auf eine Erhöhung der Fallzahl und Falldauer zurückführen. Zwischen 2006 und 2014 beträgt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der krankengeldberechtigten Versicherten 1,2 %, des durchschnittlichen Zahlbetrags 1,2 %, der Inanspruchnahme bzw. Fallzahl 2,0 % und der Falldauer 3,3 % (s. Tabelle 1). Insgesamt erklären die Wachstumsraten des durchschnittlichen Zahlbetrags und der krankengeldberechtigten Versicherten, mit 2,4 Prozentpunkten mehr als ein Viertel des Wachstums der Krankengeldausgaben von 8,0 %. Diese exogenen Faktoren stehen in keinem direkten Zusammenhang mit dem Erkrankungsgeschehen der Krankengeldbeziehenden. Darüber hinaus ergibt eine direkte Altersstandardisierung, dass ca. 1,9 Prozentpunkte der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate unmittelbar auf die Einflussfaktoren Alter und Geschlecht zurückgeführt werden kann. Auch diese Veränderung der Alters- und Geschlechtsverteilung stellt einen exogenen Faktor dar. Zusammen mit den beiden zuvor genannten Faktoren werden hierdurch 4,3 Prozentpunkte bzw. gut die Hälfte des Wachstums der Krankengeldausgaben erklärt.

Die weitere Analyse der Krankengeldausgaben nach Alter und Geschlecht zeigt, dass im Jahr 2014 männliche Krankengeldbeziehende mit 52,2 % einen höheren Anteil an den Krankengeldfällen; weibliche Krankengeldbeziehende jedoch eine durchschnittlich um 6,3 Tage längere Krankengeldfalldauer verzeichnen. Die weitere Differenzierung der krankengeldberechtigten Versicherten nach dem Status der Mitglieder offenbart, dass die Anzahl der Pflichtmitglieder und die der freiwilligen Mitglieder ab 2006 spürbar zunahm, während die Anzahl der krankengeldberechtigten Arbeitslosen durch eine gesetzliche Beschränkung des Krankengeldanspruchs auf ALG I beziehende Personen bis zum Jahr 2014 auf unter 25 % des Niveaus der Jahre 2003 und 2004 schrumpfte. Es ist davon auszugehen, dass die ab 2006 erfolgte Kürzung der maximalen Bezugsdauer des ALG I auf 12 beziehungsweise 18 Monate den Anreiz zum Krankengeldbezug

Tabelle 1: Dekomposition der Wachstumsrate des Krankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten

	2006	2014	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (%)
Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit, in Euro	5 603 720 841	10 403 645 441	8,0
Anspruchsberechtigte	26 645 962	29 266 323	1,2
Zahlbetrag pro Tag, in Euro	52,83	58,13	1,2
Fälle pro Anspruchsberechtigtem	0,05	0,06	2,0
Tage pro Krankengeldfall	76,07	98,65	3,3

Die Abweichung der Summe der Einzelwachstumsraten von der Wachstumsrate der Ausgaben in Höhe von 0,3 % ergibt sich durch die multiplikative Verknüpfung der Einzelwachstumsraten.

Quelle: www.svr-gesundheit.de

gefördert hat, denn das Krankengeld ist in der Regel höher als andere Entgeltersatz- bzw. Unterstützungsleistungen der Arbeitslosen- und Rentenversicherung (s. Tabelle 2).

Eine Individualdatenanalyse auf Basis der Barmer GEK-Krankengelddaten zeigt für den Zeitraum von 2010 bis 2014, dass die Veränderung des Alters den größten Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldfalls hatte. Zudem besitzt das Alter einen stark positiven und linearen Einfluss auf die Falldauer. Die Analysen erlauben es aber nicht, den Beitrag der Morbidität zu den Krankengeldausgaben zu quantifizieren und als durchschnittliche jährliche Wachstumsrate anzugeben. Von den übrigen im Rahmen der Individualdatenanalyse untersuchten Einflussfaktoren besitzt die Region einen im Vergleich zu Alter, Geschlecht und Morbidität deutlich geringeren Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer. Insgesamt verzeichnen die neuen Bundesländer höhere Eintrittswahrscheinlichkeiten, aber geringere Falldauern.

2. Krankengeldrelevante Erkrankungen

Bei der Frage, welche Hauptdiagnosen mit langer Arbeitsunfähigkeit und hohen Anteilen an Krankengeldausgaben und -fällen verbunden sind, zeigt sich, dass die beiden Diagnosegruppen „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ (Erkrankungen des ICD-Kapitels F) sowie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (Krankheiten des Kapitels M) von besonderer Relevanz sind. Dieser Zusammenhang wird auch aus den Daten der Barmer GEK deutlich: Im

Jahr 2014 lag hier in 29 % aller Krankengeldfälle eine Hauptdiagnose aus dem ICD-Kapitel M und in 23,1 % aus dem ICD-Kapitel F vor. Des Weiteren zeigt die Analyse, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Dauer des Krankengeldbezugs aufgrund von M- und F-Diagnosen mit höherem Alter ansteigen. Bei muskuloskelettalen Diagnosen ist die Eintrittswahrscheinlichkeit stärker altersabhängig als bei psychischen Erkrankungen. Hinsichtlich der Dauer des Krankengeldbezugs gehen im Vergleich zu muskuloskelettalen Erkrankungen insbesondere psychische Erkrankungen und Tumorerkrankungen mit besonders langen Krankengeldepisoden einher, wobei Tumorerkrankungen in Bezug auf die gesamten Krankengeldausgaben aufgrund ihrer geringeren Prävalenz weniger ins Gewicht fallen.

Der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit und Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten sind in Deutschland psychische Erkrankungen. Als mögliche Ursachen für die steigende Anzahl an Krankengeldtagen und -fällen werden im Gutachten unter anderem Arbeitsplatzkonflikte, Mobbing und die gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen genannt. Allerdings zeigt sich, dass es durch unpräzise Diagnosestellung im ambulanten Bereich zu Fehlinterpretationen der administrativen Daten einzelner Diagnosegruppen kommen kann. Handlungsbedarf sieht der Rat beim Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung: Er empfiehlt eine Verkürzung der Wartezeiten auf eine Behandlung, sowohl für ein Erstgespräch als auch für einen regulären Therapieplatz. Dies könnte durch niederschwellig erreichbare therapeutische Akutsprechstunden sowie Selektivverträge mit Zugangsgarantien und schwerefallabhängige Honoraranreize für ambulante Therapeuten erreicht werden. Zudem empfiehlt der Rat einen Ausbau der sektorenübergreifenden Koordinierung der Therapieangebote, wie beispielsweise durch gestufte Versorgungsmodelle und ambulantes Case Management. Hier sind neben den bestehenden Verträgen zur integrierten Versorgung auch die neuen gesetzlichen Grundlagen für die Durchführung von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen zu nennen. Eine Evaluation dieser Modellprojekte steht jedoch noch aus. Schließlich empfiehlt der Rat eine empirische Weiterentwicklung der psychotherapeutischen

Bedarfsplanung. Hierzu sollte geprüft werden, ob die Anzahl der Sitze auch die tatsächlich erbrachten Psychotherapiestunden abbildet.

Auch bei der Versorgung muskuloskelettaler Erkrankungen sieht der Rat Handlungsbedarf, da sowohl gelegentliche Rückenschmerzen als auch deren Chronifizierung ein häufig auftretendes gesundheitliches Problem darstellen. Chronische Rückenschmerzen sind darüber hinaus die dritthäufigste Ursache für vorzeitige Berentungen in Deutschland. Auch wenn es Belege gibt, dass beispielsweise Stress am Arbeitsplatz oder Depressionen Risikofaktoren für eine Chronifizierung von Rückenschmerzen sind, ist bisher wenig erforscht, wie das Vorliegen dieser Risikofaktoren frühzeitig erkannt und bewertet werden kann. Hier sieht der Rat Bedarf, geeignete Screeninginstrumente für die Früherkennung zu entwickeln und in wissenschaftlichen Studien zu evaluieren. Auch bedürfen die gegenwärtigen Therapieoptionen für Rückenschmerzen, wie Rückenschule oder ergonomische Unterstützung, einer evidenzbasierten Weiterentwicklung, da Belege für deren Wirksamkeit bisher schwach sind.

Zielgruppenspezifische Präventionsangebote, mit denen dem Risiko für Kreuzschmerzen sowie dem Risiko langfristiger psychischer Erkrankungen präventiv begegnet werden kann, werden im Gutachten auch hinsichtlich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), das eine Vielzahl von deutschen Unternehmen eingeführt hat, betrachtet. Die verschiedenen BGM-Maßnahmen, die von geförderten Sportprogrammen über die Vermittlung von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien bis hin zu einer veränderten Kantinekosten reichen, können nicht pauschal als präventiv oder kostenwirksam deklariert werden: Ein wissenschaftlicher Beleg, dass Maßnahmen beispielsweise zu einer Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten beitragen, steht bisher noch aus. Daher spricht sich der Rat für eine Verbesserung der Evidenzlage zu BG-Maßnahmen durch qualitativ hochwertige Interventionsstudien aus.

3. Krankengeldfallmanagement und berufliche Wiedereingliederung

Ein Großteil der gesetzlichen Krankenkassen hat bis 2014 sukzessive ein Krankengeldfallmanagement mit dem Ziel eingeführt, arbeitsunfähige Arbeit-

nehmer bei der Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungen des Sozialversicherungssystems und bei einer raschen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu unterstützen sowie Krankengeldausgaben zu reduzieren. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 haben GKV-Versicherte zudem einen rechtlichen Anspruch auf ein unterstützendes Krankengeldfallmanagement in Form von individuell geführten Beratungen.

Im Frühjahr 2015 hat der Rat eine Selbstauskunft bei den gesetzlichen Krankenkassen eingeholt, um die Struktur und Effektivität des Krankengeldfallmanagements zu evaluieren. Bei einer Rücklaufquote von 73 % der befragten Krankenkassen repräsentiert die Datenerhebung 98 % aller krankengeldberechtigten Mitglieder. Zusammengefasst gaben die Krankenkassen an, über das Krankengeldfallmanagement schätzungsweise 10 % ihrer Krankengeldausgaben einzusparen. Die häufigsten Beratungsinhalte der Fallmanager bezogen sich auf Reha-Leistungen und die berufliche Wiedereingliederung; bei den Diagnosen der kontaktierten Mitglieder handelt es sich am häufigsten um Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer oder Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Von Interesse waren für den Rat auch Steuerungsinstrumente bei den Krankengeldausgaben in anderen europäischen Ländern. Insbesondere in den nordischen Ländern bestehen Modelle zur Kostenreduktion und zur schnellen Wiedereingliederung der Arbeitnehmer: In Schweden wurde beispielsweise mit der Rehabilitationskette ein stufenweiser Begutachtungsprozess der Arbeitsfähigkeit etabliert. Auch Norwegen verpflichtet Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte und Arbeitsagenturen zur Erstellung und Umsetzung von Reintegrationsplänen. Darüber hinaus existiert in den nordischen Ländern Schweden, Norwegen, Dänemark und Finnland eine flexible Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeitsregelungen: Infolge steigender krankheitsbedingter Abwesenheitsraten und Krankengeldzahlungen Ende der 90iger Jahre wurden krankengeldbezugschusste Arbeitsmodelle eingeführt. In Schweden wurde beispielsweise eine Differenzierung der Arbeitsunfähigkeit auf 25 %, 50 %, 75 % und 100 % ermöglicht. Die Höhe des Krankengeldbezugs berechnet sich dort analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit.

Ein ähnliches Konzept ist im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX), auch „Hamburger Modell“ genannt, bereits in Deutschland etabliert. Es dient einer schrittweisen Heranführung und Reintegration von arbeitsunfähigen Beschäftigten an ihre bisherige Tätigkeit, wobei die Wiedereingliederung in der Regel zwischen sechs Wochen und sechs Monaten dauert. In dieser Zeit gilt der Arbeitnehmer weiterhin als arbeitsunfähig und bezieht Krankengeld, Übergangsgeld beziehungsweise in Ausnahmefällen Verletztengeld oder ALG I, nimmt jedoch durch eine individuelle Steigerung der Arbeitszeit wieder am Arbeitsleben teil. Untersuchungen zeigen, dass der Erfolg dieser stufenweisen Wiedereingliederung mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sinkt: So liegt die Erfolgswahrscheinlichkeit bei 50 %, wenn die Arbeitsunfähigkeit sechs Monate überschreitet und sinkt auf 10 %, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 12 Monate andauert. Die Teilnahme am Hamburger Modell ist erst nach der Entgeltfortzahlung

durch den Arbeitgeber möglich. In Anlehnung an Konzepte aus den nordischen Ländern und als Erweiterung des Hamburger Modells könnte die Möglichkeit einer Teilkrankschreibung bereits während der Phase der Entgeltfortzahlung das gegenwärtige Alles-oder-nichts-Prinzip flexibilisieren, zu einer frühzeitigen Reintegration und verkürzten Krankengeldfalldauern beitragen. So könnte ein Arbeitnehmer schon während der ersten sechs Wochen, entsprechend seiner Arbeitsfähigkeit, teilweise arbeiten, während der Arbeitgeber, wie bisher, die ungekürzte Entgeltfortzahlung leistet. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist könnten Arbeitnehmer beispielsweise bei einer 50%igen Teilarbeitsunfähigkeit das ihrer Arbeitsleistung entsprechende Entgelt von 50 % durch den Arbeitgeber sowie 50 % des Krankengeldanspruchs durch die Krankenkasse erhalten. Eine Teilkrankschreibung dürfte hierbei ausschließlich im Einvernehmen zwischen Arzt und Patient und unter Berücksichtigung der berufsspezifischen Umstände erfolgen.

4. Krankengeld und andere Entgeltersatzleistungen – Bereinigung von Schnittstellen

Bei der Untersuchung der Krankengeldausgaben kam der Rat auch zu dem Ergebnis, dass Leistungsunklarheiten an den „Schnittstellen“ der Sozialversicherungszweige, also an den Übergangsstellen, an denen organisatorische Zuständigkeiten, Fachkompetenzen und Leistungen eines Sozialversicherungsträgers enden und die eines anderen beginnen, zu nicht sachgemäßen Ausgaben beitragen. Das gilt insbesondere für die Ergänzung und Weiterführung von Leistungen und Zuständigkeiten beim Bezug von Krankengeld und den Entgeltersatzleistungen „Erwerbsminderungsrente“, „Übergangsgeld“ bei medizinischer Rehabilitation oder „Arbeitslosengeld I“. Fällweise wird aus Sicht des Rates in der Praxis Krankengeld ausgezahlt, obwohl eigentlich der Bezug einer der genannten Entgeltersatzleistungen sachgerecht wäre.

Tabelle 2: Übersicht über die Berechnungsgrundlage und maximale Höhe der einzelnen Entgeltersatzleistungen

	Krankengeld	Übergangsgeld	Arbeitslosengeld I	Rente wegen voller Erwerbsminderung
Träger	Gesetzliche Krankenversicherung	Rentenversicherung	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung
Anlass	Arbeitsunfähigkeit (nach der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers)	Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers)	Arbeitslosigkeit	Dauerhafte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als drei Stunden täglich wegen Krankheit oder Behinderung
Höhe der Entgeltersatzleistung	70 % des Bruttoarbeitsentgelts, jedoch höchstens 90 % des Nettoarbeitsentgelts	<ul style="list-style-type: none"> ■ 68 % des letzten Nettoarbeitsentgelts bzw. ■ 75 % des letzten Nettoarbeitsentgelts bei Versicherten mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 60 % vom Leistungsentgelt⁵⁾ bzw. ■ 67 % vom Leistungsentgelt⁵⁾ (Versicherte mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je nach bei Renteneintritt erworbenen Anwartschaften in der Rentenversicherung ■ Durchschnittlicher Zahlbetrag 735 € (West)⁷⁾ 742 € (Ost)⁷⁾
Beitragsbemessungsgrenzen in Euro¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ■ 4 125 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 950 (West) ■ 5 200 (Ost) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 950 (West) ■ 5 200 (Ost) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 950 (West) ■ 5 200 (Ost)
Maximal tägliche Nettoentgeltersatzleistung in Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ 84,44 (inkl. Zuschlag für Versicherte ohne Kinder)²⁾ ■ 84,68 (ohne Zuschlag für Versicherte ohne Kinder)³⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 74,80 (Versicherte ohne Kinder)⁴⁾ ■ 82,50 (Versicherte mit einem Kind mit Kindergeldanspruch)⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 62,59 (Versicherte ohne Kinder)⁴⁾ ■ 81,87 (Versicherte mit mind. einem Kind mit Kindergeldanspruch)^{4) 6)} 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je nach Renteneintritt erworbenen Anwartschaften in der Rentenversicherung ■ 24,50 (West)⁸⁾ ■ 24,73 (Ost)⁸⁾

1) Die Beitragsbemessungsgrenze bezieht sich beim Krankengeld auf die Grenzen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Wert: 2015) und beim Übergangsgeld auf die Grenzen der DRV (Wert: 2015).

2) Für die detaillierte Berechnung siehe Kapitel 2 im Sondergutachten.

3) Versicherte mit Kindern entrichten den verminderten Beitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 1,175 %.

4) Bezieht sich auf die Berechnung für Versicherte in den alten Bundesländern.

5) Das Leistungsentgelt definiert sich als Bruttoentgelt abzüglich Lohnsteuer, Solidaritätszuschlag und Sozialversicherungsbeiträgen (21 % - Pauschale).

6) Bei der Berechnung des Leistungsentgelts ist es unerheblich, ob der Versicherte selbst oder der Ehepartner/Lebenspartner für ein Kind Kindergeldanspruch hat. Des Weiteren wurde für die Berechnung Steuerklasse III zu Grunde gelegt.

7) Durchschnittliche Rentenzahlbeträge bei voller Erwerbsminderung in den alten/neuen Bundesländern zum 31.12.2014.

8) Wie 7), dem Durchschnittswert wird zudem eine 30-Tage-Regelung zu Grunde gelegt.

Quelle: www.svr-gesundheit.de

Eine dieser Schnittstellen-Problematiken zeigte sich unter anderem bei der genaueren Betrachtung des Übergangs vom Krankengeldbezug zum Bezug einer Erwerbsminderungsrente bzw. Altersrente. Diese Übergänge könnten aus Sicht des Rates klarer ausgestaltet werden, indem die Mitwirkungspflichten der Versicherten erweitert werden. Bisher kann ein Versicherter den Übergang vom Krankengeld zur Erwerbsminderungs- bzw. Altersrente verhindern, indem er keinen Antrag auf Rente stellt, auch wenn die Kasse ihn bei Vorliegen aller Voraussetzungen für einen Rentenbezug dazu aufgefordert hat. Dem Rentenversicherungsträger fehlen dann Angaben des Versicherten, die für den Erlass des Rentenbescheids nötig wären. Die Krankenkasse zahlt in solchen Fällen weiterhin Krankengeld. Hier wäre es denkbar, die Mitwirkungspflichten des Versicherten dahingehend zu erweitern, dass der Krankengeldanspruch entfällt, wenn eine Krankenkasse einen Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen zur Beantragung einer Erwerbsminderungsrente auffordert, der Versicherte dem aber nicht nachkommt. Entsprechende Regelungen könnten auch für Fälle geschaffen werden, in denen der Versicherte bei Vorliegen aller Voraussetzungen für eine Altersrente der Aufforderung der Kasse, einen Antrag auf Altersrente zu stellen, nicht nachkommt.

Insgesamt kommt der Sachverständigenrat zum Ergebnis, dass der Anstieg der Krankengeldausgaben nicht per se problematisch ist.

Der Übergang vom Krankengeldbezug zur Erwerbsminderungsrente könnte auch durch eine verbesserte Kommunikation zwischen den betroffenen Sozialleistungsträgern erleichtert werden. Der Rat empfiehlt die Etablierung eines „runden Tisches“ zwischen Renten- und Krankenversicherung, der nach skandinavischem Vorbild dazu dienen soll, strittige und komplexe Fälle zu klären und zu einer Verkürzung von Antragszeiten (z.B. bei Reha-Anträgen) beizutragen. Zudem wird die Einrichtung eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung vorgeschlagen. Die Informationswege und Abläufe zwischen

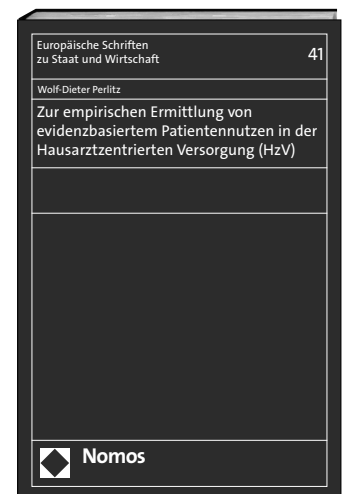
den Sozialversicherungsträgern, den beteiligten Ärzten und den Versicherten könnten dadurch effizienter gestaltet werden, was auch unnötigen Verzögerungen bei der Versorgung der Versicherten entgegenwirken könnte.

Auch bei der Abgrenzung der Leistungen ALG I und Krankengeld könnten rechtliche Präzisierungen vorgenommen werden. Unter anderem wurden im Sondergutachten Fälle von Krankengeldbeziehenden, die (kurz) vor Ende einer befristeten Beschäftigung erkranken und Krankengeldbeziehenden, die (kurz) nach Ende einer befristeten Beschäftigung erkranken, betrachtet. Die erstere Personengruppe ist nach der derzeitigen Gesetzeslage besser gestellt, da sie das regelmäßig höhere Krankengeld anstelle von ALG I (bzw. Krankengeld in gleicher Höhe) erhält (Tabelle 2). Hier wäre es denkbar, dass bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen das Krankengeld auf die Höhe des Arbeitslosengelds beschränkt wird, wenn die Arbeitsunfähigkeit über das Ende der befristeten Beschäftigung hinausgeht. Ungleichbehandlungen an der Schnittstelle von ALG I und Krankengeld sieht der Rat derzeit auch bei der Vermittlung in Tätigkeiten des Arbeitsmarkts durch die Agentur für Arbeit: Krankengeldbeziehende, denen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gekündigt wurde, stehen dem Arbeitsamt zur Vermittlung in alle zumutbaren Tätigkeiten zur Verfügung, während Krankengeldbeziehende, denen während der Arbeitsunfähigkeit gekündigt wird, auf eine Vermittlung nur in den vorherigen (oder einen gleichartigen) Beruf bestehen können. Es ist aus Sicht des Rates zu überprüfen, ob beide Personengruppen gleichermaßen in zumutbare Tätigkeiten vermittelt werden sollten.

Insgesamt kommt der Sachverständigenrat in seinem Gutachten zum Krankengeld zu dem Ergebnis, dass der Anstieg der Krankengeldausgaben nicht per se problematisch ist. Neben den geschilderten Kostenursachen sind die gestiegenen Ausgaben auch auf gestiegene Erwerbseinkommen, eine Zunahme der krankengeldberechtigten Versicherten sowie ein höheres Durchschnittsalter der erwerbstätigen GKV-Mitglieder zurückzuführen – also Faktoren, die aus arbeitsmarkt- bzw. sozialpolitischer Sicht durchaus erwünscht sind. ■

Hausarztzentrierte Versorgung

Nutzen für den Patienten?



Zur empirischen Ermittlung von evidenzbasiertem Patientennutzen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Von Dr. Wolf-Dieter Perlitz
2016, 280 S., brosch., 69,- €
ISBN 978-3-8487-2978-4
eISBN 978-3-8452-7361-7
(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 41)
nomos-shop.de/27006

Das Werk beleuchtet den Nutzen, den Patienten aus der Hausarztzentrierten Versorgung ziehen. Dazu werden Indikatoren ermittelt, deren Bedeutung für den Patientennutzen medizinisch belegt ist. Die anschließende empirische Auswertung belegt die Vorteile der HzV gegenüber der Regelversorgung.

 Nomos
eLibrary

 **Nomos**