

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten

Sondergutachten 2015

Inhaltsübersicht

Vorwort	5
Gliederung	7
Verzeichnis der Tabellen	10
Verzeichnis der Abbildungen	12
Abkürzungsverzeichnis	16
Einleitung	21
Teil I: Grundlagen des Krankengelds in Deutschland und anderen europäischen Staaten	25
1. Das Krankengeld in Deutschland	27
2. Gesetzliche Regelungen in Deutschland	37
3. Krankengeld in anderen europäischen Staaten	45
4. Datengrundlagen des Gutachtens	55
Teil II: Die Ausgaben für Krankengeld	65
5. Die Ausgaben für Krankengeld: Entwicklung und mögliche Ursachen	67
6. Zwischenfazit: Bisherige Erkenntnisse und weitere Einflussfaktoren	117
Teil III: Steuerung von Krankengeldausgaben	121
7. Krankengeldrelevante Indikationsbereiche	123
8. Krankengeldfallmanagement	145
9. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement/Unternehmenskultur/Führung	161
10. Ursachen und Maßnahmen zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit in den besonders relevanten Indikationsbereichen Depression und Rückenschmerzen	177
11. Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen	215
Teil IV: Fazit und Empfehlungen	235
12. Zusammenfassung der Ursachenanalyse und Handlungsoptionen	237
Anhang	249

Einleitung

Zu den früh eingeführten sozialpolitischen Errungenschaften in Deutschland gehört, dass gesetzlich Versicherte¹, die längerfristig erkranken, durch eine Entgeltersatzleistung wirtschaftlich abgesichert werden. Dieser Grundgedanke ist seit Bismarcks Zeiten zwar verschieden ausgestaltet worden, doch seine Zielsetzung ist dieselbe geblieben: Bei längerfristiger Erkrankung soll es möglich sein, diese angemessen auszukurieren und – ggf. nach einer Rehabilitationsmaßnahme – in das Arbeitsleben zurückzukehren, ohne dass der oder die Erkrankte zwischenzeitlich in finanzielle Bedrängnis gerät. Heute leistet in der Regel der Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine ungekürzte Entgeltfortzahlung. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten krankenversicherte Erwerbstätige von der gesetzlichen Krankenkasse ein Krankengeld, das bei derselben Erkrankung in einem Zeitraum von drei Jahren für höchstens 78 Wochen äquivalent zum Erwerbseinkommen (maximal 70 % des Bruttoentgelts und maximal 90 % des Nettoentgelts) gezahlt wird. Der durch Beitragszahlungen erworbene Anspruch erneuert sich, wenn eine andere Erkrankung erneut Arbeitsunfähigkeit verursacht. Sie erneuert sich auch, wenn der oder die Erwerbstätige drei Jahre nach dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wieder durch dieselbe Krankheit arbeitsunfähig wird und zwischenzeitlich mindestens sechs Monate erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Die Kosten für das Krankengeld haben sich in den letzten 20 Jahren uneinheitlich entwickelt: 1995 wurden 9,4 Milliarden Euro für Krankengeld ausgegeben; der Anteil an den Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrug 8,1 %. Mit der ab 1. Januar 1997 wirksamen Kürzung des Krankengeldanspruchs von 80 % auf maximal 70 % des Bruttoentgelts fielen die Ausgaben für das Krankengeld um mehr als 20 % (von 9,4 auf 7,4 Milliarden Euro); ihr Anteil an den Leistungsausgaben der GKV betrug 1997 noch 6,4 %. Dieser Anteil sank in den darauffolgenden neun Jahren fast kontinuierlich weiter ab und erreichte mit 4,1 % im Jahr 2006 (in absoluten Zahlen: 5,7 Milliarden Euro) einen Tiefstand. Insgesamt stiegen die Leistungsausgaben der GKV von 117 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf fast 139 Milliarden Euro im Jahr 2006.

Ab dem Jahr 2007 begannen die Ausgaben für Krankengeld proportional stärker zu wachsen als die Leistungsausgaben der GKV insgesamt und erreichten im Jahr 2014 mit 10,6 Milliarden Euro einen bisherigen Höhepunkt. Damit wurde der Wert von 9,4 Milliarden Euro, der 1995 für Krankengeld (damals noch maximal 80 % des Bruttoerwerbseinkommens) aufgebracht worden war, überschritten. Zwar blieb der Anteil des Krankengelds an den Leistungsausgaben der GKV mit 4,1 % im Jahr 2006 bis 5,5 % im Jahr 2014 vergleichsweise gering, doch fällt die in diesem Zeitraum zu beobachtende Ausgabensteigerung von durchschnittlich 8,1 % pro Jahr auf (von 5,7 auf 10,6 Milliarden Euro). Zum Vergleich: Die GKV-Leistungsausgaben stiegen im gleichen Zeitraum nur um durchschnittlich 4,3 % pro Jahr (von 139 auf fast 194 Milliarden Euro). Ob die im ersten Halbjahr

¹ Die Begriffe „Mitglieder“ und „Versicherte“ werden im Zusammenhang mit der Krankengeldfrage nebeneinander verwendet. Nur Versicherte, die Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung sind, sind unter bestimmten Voraussetzungen krankengeldberechtigt (vgl. Kapitel 2). Familienangehörige, sofern sie mitversichert sind, sind selbst keine GKV-Mitglieder und haben nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V keinen Krankengeldanspruch. Deshalb wird im Folgenden vorzugsweise von krankengeldberechtigten Mitgliedern gesprochen, es sei denn, vom Kontext her ist die Verwendung des Ausdrucks „Versicherte“ die üblichere.

2015 beobachtbare Abflachung² des Anstiegs der Krankengeldausgaben über längere Zeit anhalten wird oder nur eine kurzfristige „Delle“ darstellt, wird die weitere Beobachtung und Analyse zeigen. Die im Vergleich zu den GKV-Leistungsausgaben zunächst über Jahre rückläufige, dann überproportional steigende Entwicklung der Krankengeldausgaben wirft zunächst Fragen nach den Ursachen dieser wechselhaften Entwicklung auf, insbesondere nach den diesen Anstieg erklärenden Faktoren, aber auch nach Maßnahmen, die geeignet sein könnten, die zweckgemäße Nutzung des Instruments Krankengeld sicherzustellen.

Die Bundesregierung hat bereits in der Begründung zu ihrem Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) angekündigt, dass der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines Sondergutachtens zur Ausgabenentwicklung beim Krankengeld beauftragt werden wird. Der Bundesminister für Gesundheit hat dann den am 19. Dezember 2014 neu berufenen Sachverständigenrat mit der Erstellung eines „Sondergutachtens zur Analyse der Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld“ beauftragt: „In diesem Gutachten sollen angesichts der seit Jahren steigenden Ausgabenentwicklungen neben den demografischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben auch die Steuerungsmöglichkeiten aufgezeigt werden [...]. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen [...] auch eine Hilfestellung für das durch das Bundesversicherungsamt auf Basis der Neuregelung des § 269b Abs. 3 SGB V zu vergebende und zeitlich parallel beginnende Gutachten zum Krankengeld bieten, dessen Schwerpunkt auf der Erarbeitung der Bestimmungsfaktoren der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse und der diesbezüglich notwendigen Datengrundlagen für eine Weiterentwicklung des RSA-Krankengeldstandardisierungsverfahrens liegt.“³

Der Rat hat in seiner konstituierenden Sitzung im Januar 2015 die Arbeiten an diesem Gutachtenauftrag aufgenommen. Dabei wurde schnell klar, dass die vorhandenen Daten und Informationen zum Thema Krankengeld und seinen verschiedenen Aspekten – etwa dem sogenannten Krankengeldfallmanagement – hinsichtlich der erfassten bzw. auswertbaren Parameter limitiert sind. Unter Beachtung dieser sachlichen – und auch der vorgegebenen zeitlichen – Beschränkungen konzentriert sich das hiermit vorgelegte Gutachten auf die Beantwortung der zwei im Gutachtenauftrag formulierten Fragen:

1. Warum steigen die Ausgaben für Krankengeld seit 2006?
2. Welche Möglichkeiten zur Steuerung der Krankengeldausgaben gibt es?

Im ersten Teil des Gutachtens (I. – Kapitel 1-4) werden die Grundlagen des Krankengelds, seine historische Entwicklung, das Krankengeld als Relikt des Äquivalenzprinzips in der GKV sowie die grundlegenden gesetzlichen Regelungen in Deutschland und in anderen europäischen Ländern dargestellt. Ein eigenes Kapitel ordnet die sehr komplexen und zum Teil heterogenen Datenquellen des Gutachtens ein.

² BMG 2015: Pressemitteilung Nr. 29 vom 4. September 2015: 4: „Beim Krankengeld hat sich nach mehreren Jahren mit hohen, zum Teil zweistelligen Zuwächsen der dynamische Anstieg mit einem Plus von 5,3 Prozent im 1. Halbjahr 2015 abgeflacht.“

³ BT-Drs. 18/1307 vom 5. Mai 2014: 49, dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/013/1801307.pdf (Stand: 26. Oktober 2015).

Im zweiten Teil (II. – Kapitel 5-6) wird die Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und für Kinderkrankengeld analysiert und eine Zusammenstellung verschiedener, zum Teil dezidiert quantifizierbarer, zum Teil nur qualitativ identifizierbarer Ursachen der Entwicklung der Krankengeldausgaben dargestellt.

In Teil III (Kapitel 7-11) des Sondergutachtens werden verschiedene Optionen zur Steuerung von Krankengeldausgaben, insbesondere das weit verbreitete Krankengeldfallmanagement der Krankenkassen sowie Einflüsse von Unternehmenskultur, Führung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement beschrieben. Für zwei besonders relevante Indikationsbereiche (Depressionen und Rückenerkrankungen) werden weitergehende Analysen und Handlungsoptionen vorgestellt. Einen wichtigen Platz hat schließlich die Analyse von Schnittstellenproblemen zwischen verschiedenen Sozialversicherungszweigen.

Im abschließenden Teil IV (Kapitel 12) folgt ein Fazit, in dem die Ursachen der Entwicklung der Krankengeldausgaben sowie eine Reihe von Handlungsempfehlungen des Rats zusammengefasst werden.

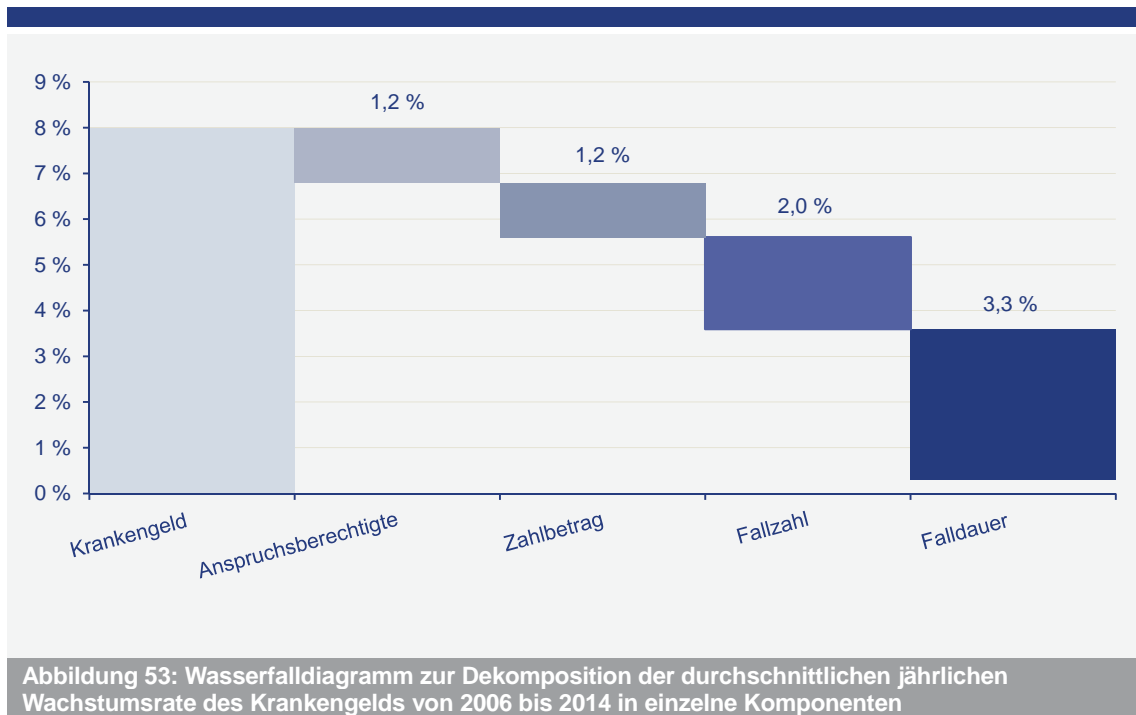
12 Zusammenfassung der Ursachenanalyse und Handlungsoptionen

12.1 Ursachen der Ausgabenentwicklung des Krankengelds

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und für Kinderkrankengeld wiesen insgesamt im Zeitraum von 1995 bis 2014 einen u-förmigen Verlauf auf. Nachdem sie bis 2006 tendenziell zurückgingen, stiegen sie seitdem mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 8,1 % von 5,7 Milliarden Euro auf ihren bisherigen Höchststand von 10,6 Milliarden Euro an. Damit wurde der Wert von 9,4 Milliarden Euro, die 1995 für Krankengeld (damals noch maximal 80 % des Bruttoerwerbseinkommens) aufgebracht worden waren, überschritten. Der Anteil an den Leistungsausgaben der GKV nahm von 2006 bis 2014 von 4,1 % auf 5,5 % zu. Diese überproportionale Ausgabenentwicklung des Krankengelds bildete den Anlass für den Gutachtenauftrag des Bundesministers für Gesundheit. Im Rahmen dieses Auftrags sollte der Sachverständigenrat die Ausgabenentwicklung des Krankengelds ab 2006 hinsichtlich ihrer Ursachen analysieren und Steuerungsmöglichkeiten aufzeigen. Von den gesamten Krankengeldausgaben in Höhe von 10,6 Milliarden Euro im Jahre 2014 entfielen mit 10,4 Milliarden Euro ca. 98 % auf das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und mit 0,2 Milliarden Euro ca. 2 % auf das Kinderkrankengeld. Im Beobachtungszeitraum von 2006 bis 2014 wuchsen die Ausgaben für das Kinderkrankengeld mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 10,6 % noch stärker als jene für das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit mit einer Rate von 8,0 %. Wegen der unterschiedlichen Regelungen, denen das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und das Kinderkrankengeld jeweils unterliegen, bot sich im Gutachten eine separate Darstellung dieser beiden Entgeltersatzleistungen an. Angesichts des erheblich geringeren quantitativen Gewichts des Kinderkrankengelds und seiner aus Sicht des Sachverständigenrats kaum strittigen Regelungen sieht das Gutachten hierzu keine Empfehlungen vor.

Die Krankengeldausgaben errechnen sich aus den Krankengeldtagen als Mengenkomponekte multipliziert mit den individuellen Zahlbeträgen pro Tag als Preiskomponekte. Dabei lässt sich die Mengenkomponekte noch in die Fallzahl bzw. die Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder, die Krankengeld in Anspruch nehmen, und die Dauer des Krankengeldbezugs, d. h. die Krankengeldtage pro Fall, aufspalten. Das starke Wachstum des Krankengelds bei Arbeitsunfähigkeit zwischen 2006 und 2014 mit einer jährlichen Rate von 8,0 % ging, wie Abbildung 53 veranschaulicht, sowohl auf einen entsprechenden Anstieg der Fallzahl in Höhe von 2,0 % und der Falldauer in Höhe von 3,3 % als auch auf eine Zunahme der durchschnittlichen Zahlbeträge aufgrund gestiegener Erwerbseinkommen in Höhe von 1,2 % zurück. Zusätzlich zu dieser Preis- und Mengenkomponekte führte

auch die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der krankengeldberechtigten Versicherten in Höhe von 1,2 % in diesem Zeitraum zu einer Erhöhung der Krankengeldausgaben. Dabei handelt es sich beim Anstieg der Krankengeldberechtigten und bei der Preiskomponente bzw. der Erhöhung der individuellen Zahlbeträge insofern um sogenannte exogene Einflussgrößen des Krankengelds, als sie in keinem direkten Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen stehen. Zudem wird das Wachstum dieser beiden exogenen Einflussgrößen mit einer jährlichen Rate von zusammen 2,4 %, die mehr als ein Viertel der entsprechenden Zunahme des Krankengelds in Höhe von 8 % erklärt, in der Regel wirtschafts- und gesellschaftspolitisch positiv bewertet.



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

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG KM 1, KJ 1 und KG 2

Neben den Einflussgrößen „Anzahl der in der GKV Krankengeldberechtigten“ und „Höhe der Preiskomponente“ (die von den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten abhängt) sind für das im Beobachtungszeitraum starke Wachstum des Krankengelds noch andere Determinanten verantwortlich. Bei der Erklärung von Niveau und Veränderung der Fallzahl und Falldauer und teilweise auch der Preiskomponente können vor allem die folgenden Faktoren einen Beitrag leisten:

- Eingriffe des Gesetzgebers in das Krankengeldsystem,
- die konjunkturelle Lage und Entwicklung,
- Alter und Geschlecht der krankengeldberechtigten Versicherten,
- die spezifische Morbidität der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der krankengeld-relevanten Indikationen,

- Einkommen der Versicherten,
- Bildungsabschluss und berufliche Qualifikation der Versicherten,
- Umfang der Tätigkeit, d. h. Voll- oder Teilzeit,
- sozialrechtlicher Versicherungsstatus, d. h. Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder Empfänger von Arbeitslosengeld,
- Branche bzw. Wirtschaftszweig der Tätigkeit,
- Größe des Unternehmens nach beschäftigten Arbeitnehmern,
- Wohnort des oder der Versicherten, z. B. mit regionalem Bezug zu Kreisen und kreisfreien Städten,
- Zugang zu Präventions- und Therapieangeboten,
- Intensität und Qualität des Krankengeldfallmanagements und
- Verschiebungen im Rahmen der Entgeltersatzleistungen an der Schnittstelle zwischen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in Richtung des Krankengelds.

Bei diesen Einflussfaktoren handelt es sich für die Krankenkassen mit Ausnahme des Krankengeldfallmanagements und des Zugangs zu Präventions- und Therapieangeboten um exogene, d. h. für sie nicht steuerbare Faktoren. Die politischen Entscheidungseinheiten können diese Einflussfaktoren neben unmittelbaren Eingriffen in das Krankengeldsystem im Rahmen ihrer Gestaltung der wirtschaftspolitischen Rahmenordnung zumindest in Grenzen beeinflussen. Diesem Steuerungspotenzial des Gesetzgebers widmet sich das Gutachten vor allem mit den Regelungen an der Schnittstelle zwischen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, denn die derzeitigen Gegebenheiten setzen für die Versicherten Anreize, sich bei Überschneidungen verschiedener Entgeltersatzansprüche für das in der Regel höhere Krankengeld zu entscheiden.

Um den Einfluss zu ermitteln, der von Eingriffen des Gesetzgebers sowie von der jeweiligen konjunkturellen Lage und der Entwicklung auf das Krankengeld ausgeht, bietet sich eine Differenzierung der Krankengeldberechtigten nach Versichertengruppen an. Dabei stieg die Anzahl der Pflichtmitglieder mit Ausnahme einer Stagnation im Jahre 2009 schon ab 2004 stetig an, während die Anzahl der Arbeitslosen gegenüber den Jahren 2003 und 2004 auf unter 25 % des seinerzeitigen Niveaus abnahm. Nach einem starken Rückgang im Zeitraum von 2002 bis 2009 wuchs die Zahl der freiwilligen Mitglieder im Zuge der einsetzenden konjunkturellen Belebung wieder spürbar an.

Die Betrachtung, wie sich die Anzahl der einzelnen Versichertengruppen im Beobachtungszeitraum jeweils entwickelte, deutet auf naheliegende Verschiebungen an den Schnittstellen zwischen dem Krankengeld in der GKV und alternativen Entgeltersatzleistungen in der Renten- und Pflegeversicherung hin.

Eine Differenzierung des Krankengelds nach Krankenkassenarten zeigt, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) und die Innungskrankenkassen (IKKn) bei den Fallzahlen der krankengeldberechtigten männlichen Versicherten die höchsten Werte aufweisen. Die AOKn verzeichnen auch unter den weiblichen Krankengeldberechtigten den größten Anteil an Krankengeldfällen und die Betriebskrankenkassen (BKKn) den geringsten. Bei den BKKn und den Ersatzkassen bewegte sich die durchschnittliche Anzahl der Krankengeldfälle pro Jahr zwischen fünf und sechs je 100 Krankengeldberechtigte. Bei der Falldauer verringerte sich im Zeitraum von 1997

bis 2014 bei den männlichen Krankengeldberechtigten der Abstand zwischen den Krankenkassenarten und reichte zuletzt von 90 Tagen bei den BKKn bis 101 Tage bei den Ersatzkassen. Bei den weiblichen krankengeldberechtigten Versicherten verlief die Falldauer gleichförmiger, wobei auch hier die Ersatzkassen im Jahre 2014 mit 109 Krankengeldtagen pro Fall an der Spitze lagen. Insgesamt gesehen fand bei der Falldauer innerhalb der Krankenkassenarten im Zeitablauf eine Angleichung statt.

Eine Betrachtung des Krankengelds nach Alter und Geschlecht zeigt zunächst, dass im Jahre 2014 unter den Krankengeldbeziehenden die Männer mit 52,2 % überwogen. Bezogen auf die krankengeldberechtigten Versicherten kehrte sich das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Fällen ab dem Jahre 2011 um, sodass dann relativ gesehen mehr Frauen als Männer Krankengeld in Anspruch nahmen. Frauen beziehen seit 2006 im Durchschnitt länger Krankengeld als Männer. Diese längere Falldauer könnte unter anderem darauf zurückgehen, dass im Zuge ihrer stärkeren Erwerbsbeteiligung vor allem Frauen in den höheren Altersgruppen im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses eine Krankengeldberechtigung erhielten. Ferner könnten die Ursachen für eine vergleichsweise höhere Falldauer in speziellen, die Gesundheit stärker belastenden Tätigkeiten von Frauen liegen. Die Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), auf denen die Analyse der Krankengeldausgaben auch wegen der vergleichsweise langen Zeitreihe in diesem Gutachten überwiegend basiert, erlauben leider keine Aufspaltung dieser Ausgaben nach dem Alter der krankengeldberechtigten Versicherten. Eine Analyse des Einflusses, der im Zeitablauf von der Altersstruktur auf die Krankengeldausgaben ausgeht, muss daher auf andere bzw. zusätzliche Quellen zurückgreifen.

Um die Effekte der Einflussfaktoren Alter und Geschlecht auf das Krankengeld abzuschätzen, stützte sich die Analyse daher vornehmlich auf Daten des Bundesversicherungsamts (BVA), die für die Jahre 2009 bis 2014 vorliegen. Neben dem im Vergleich zu den Statistiken des BMG kürzeren Beobachtungszeitraum enthalten die Daten des BVA auch das Kinderkrankengeld als einen nicht separat ausgewiesenen und nur näherungsweise zu eliminierenden Teil. Bei einem Vergleich mit der Entwicklung der gesamten Bevölkerung nach der Zensus Bevölkerungsberechnung¹⁷³ fällt auf, dass die Anzahl der krankengeldberechtigten GKV-Mitglieder im betrachteten Zeitraum spürbar stärker zunahm. Nach der direkten Altersstandardisierung ergab sich nach näherungsweise Bereinigung um die Bezieher von Kinderkrankengeld eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von ca. 1,9 %, die im Zeitraum von 2009 bis 2014 speziell auf den Einflussfaktor Alters- und Geschlechtsverteilung zurückgeht. Dabei stellt auch die Veränderung der Alters- und Geschlechtsverteilung der Anspruchsberechtigten im Zeitablauf grundsätzlich einen exogenen Faktor dar, der zusammen mit den ebenfalls nicht beeinflussbaren Faktoren wie der Zunahme der Krankengeldberechtigten mit einer entsprechenden Rate von 1,2 % und dem Anstieg der durchschnittlichen Zahlbeträge von 1,2 % mit zusammen 4,3 % etwa 50 % des Wachstums der Krankengeldausgaben zu erklären vermag.

Nach Berechnungen auf Grundlage der Individualdaten der Barmer GEK-Krankengelddaten ging im Untersuchungszeitraum von 2010 bis 2014 von der Veränderung der Altersstruktur noch vor der Morbidität¹⁷⁴ der größte Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldfalls aus. Das

¹⁷³ Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, Wiesbaden, www.destatis.de/DE/Publikationen/-Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/VorlBevoelkerungsfortschreibung5124103149005.xls?__blob=publicationFile (Stand: 20. November 2015).

¹⁷⁴ Im Rahmen der Analyse der Barmer GEK-Daten wird die Morbidität als mindestens ein Krankenhausaufenthalt im Vorjahr approximiert.

Alter besaß auch einen stark positiven linearen Einfluss auf die Falldauer. Im Beobachtungszeitraum trat eine Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit insbesondere in den jüngeren Altersklassen und dann wieder bei den 60- bis 65-jährigen Männern auf, wobei die 25- bis 29-jährigen Frauen den höchsten Wert verzeichneten.

Die spezifische Morbidität bildet nach Alter und Geschlecht den relevantesten Einflussfaktor der Krankengeldausgaben. Nach den Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013 nahm die Bedeutung dieser spezifischen Morbidität, die nicht bereits durch Alter und Geschlecht abgebildet wird, hinsichtlich der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Zeitraum von 2009 bis 2013 sogar noch zu, auch wenn es hier zu berücksichtigen gilt, dass die 80 Krankheiten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) nicht auf eine Abbildung der krankengeldrelevanten Indikationen abzielen. Auch nach der Analyse der Individualdaten der Barmer GEK-Daten übte die Morbidität einen deutlich positiven Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit des Krankengeldbezugs aus, wobei dieser Zusammenhang bei Männern noch stärker ausfällt. Dagegen erscheint im Unterschied zur Eintrittswahrscheinlichkeit der Zusammenhang zwischen Morbidität und Falldauer weniger offensichtlich. Bei der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Falldauer ging von der Hauptdiagnose der stärkste Einfluss aus, extreme Erhöhungen der Falldauer zeigten sich aber nur bei einigen fallzahlschwachen Hauptdiagnosen. Die Analysen auf der Grundlage dieser Individualdaten erlaubten es aber nicht, den Beitrag der Morbidität hinsichtlich des Anstiegs von Fallzahl und Falldauer in Form einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate auszuweisen.

Von den übrigen im Rahmen der Individualdatenanalyse untersuchten möglichen Einflussfaktoren des Krankengelds besitzt die Region einen gewissen, wenn auch im Vergleich zu Alter und Geschlecht sowie Morbidität deutlich geringeren Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer des Krankengeldbezugs. Zur Veränderung von Eintrittswahrscheinlichkeit und Falldauer vermag die Region als Einflussfaktor kaum einen Beitrag zu leisten. Höhere Jahresgehälter gehen mit niedrigeren Falldauern einher.

Insgesamt gesehen leisten die in diesem Gutachten hinsichtlich des Krankengelds bei Arbeitsunfähigkeit untersuchten Einflussfaktoren tendenziell eher einen Beitrag zur Eintrittswahrscheinlichkeit und zur Falldauer als zur Veränderung dieser beiden zentralen Komponenten des Krankengelds. Diese Aussage dürfte auf alle oben aufgelisteten potenziellen Einflussfaktoren der Krankengeldausgaben zutreffen. Die Ursache für diese Einschränkung liegt in der schwachen Datenbasis begründet, die neben anderen Defiziten vor allem keine hinreichenden Zeitreihen enthält, die empirisch fundierte Aussagen über die Veränderung der relevanten Einflussgrößen des Krankengelds und damit ihrer kausalen Bezüge erlauben.

Das Kinderkrankengeld stieg ähnlich wie das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit nach einem Rückgang in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ab dem Jahr 2006 stark an und erreichte im Jahre 2013 mit 197,0 Millionen Euro seinen bisher höchsten Wert. Die mit 10,6 % noch höhere durchschnittliche jährliche Wachstumsrate führte von 2006 bis 2014 sogar zu einer Verdopplung der Ausgaben für das Kinderkrankengeld in der GKV. Dabei verdoppelten sich in diesem Zeitraum auch die Kinderkrankengeldfälle, und die Kinderkrankengeldtage nahmen ebenfalls stark zu. Im Unterschied dazu ließen die Kinderkrankengeldausgaben pro Fall keinen eindeutigen Trend erkennen und die Kinderkrankengeldtage pro Fall gingen von 2,6 auf 2,3 Tage zurück. Bei den Kinderkrankengeldfällen verzeichneten die freiwilligen Mitglieder das stärkste Wachstum und hier wie bei den Pflichtmitgliedern die männlichen krankengeldberechtigten Mitglieder. Eine Auswertung

der Daten von sieben Krankenkassen ergab, dass im Jahre 2014 bei den weiblichen Krankengeldberechtigten mehr Kinderkrankengeldfälle auftraten, die männlichen Mitglieder aber pro Fall höhere Ausgaben verursachten.

Die Aufspaltung der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Kinderkrankengeldausgaben im Zeitraum von 2006 bis 2014 in Höhe von 10,6 % in ihre Komponenten ergibt ein völlig anderes Bild als beim Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit. Im Vergleich zum Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit stiegen beim Kinderkrankengeld die Fallzahl mit 10,8 % und auch die durchschnittlichen Zahlbeträge bzw. die Kinderkrankengeldausgaben pro Tag mit 1,9 % deutlich stärker an. Dagegen sanken im Beobachtungszeitraum, vornehmlich verursacht durch den Strukturbruch bei den freiwilligen Mitgliedern, die Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder um 0,4 % und die Falldauer um 1,6 %.

Das starke Wachstum der Kinderkrankengeldfälle dürfte vornehmlich auf die in diesem Zeitraum erfolgte Zunahme der Erwerbstätigenquote von Frauen und die laufenden Veränderungen der Familienstrukturen mit einem steigenden Anteil der Gruppen von Alleinerziehenden und Lebensgemeinschaften zurückgehen. Diese Gruppen haben einen erhöhten Bedarf an einer Fremdbetreuung ihrer Kinder, die im Falle einer Erkrankung des Kindes nicht immer zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund der bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse und Entwicklungen besteht beim Kinderkrankengeld kaum Anlass, aufgrund der bisherigen Ausgabenentwicklung die geltenden Regelungen infrage zu stellen.

12.2 Empfehlungen

Im Folgenden werden abschließend Handlungsoptionen aus den vorhergehenden Kapiteln zusammengestellt. Die Empfehlungen zielen nicht darauf, die Krankengeldausgaben „um jeden Preis“ zu senken: Wie in der Einleitung und den anschließenden Kapiteln ausgeführt, ist das Krankengeld keine sozialpolitische „Wohltat“, sondern ein sozialrechtlicher Anspruch, der durch Beiträge, die erwerbseinkommensabhängig zur GKV entrichtet werden, zuvor erworben wurde.

Das Krankengeld ist zugleich eine sozialpolitisch und gesamtgesellschaftlich sinnvolle Einrichtung, die für einen längeren Zeitraum verhindert, dass der Eintritt des Lebensrisikos einer langwierigen Erkrankung neben den physischen, psychischen und sozialen Belastungen, die die Erkrankung als solche für den Betroffenen und die ihm nahestehenden Menschen mit sich bringt, auch noch zu finanziellen Notlagen führt – was wiederum den Bedarf an Unterstützung durch die Solidargemeinschaft steigern kann. Vielmehr soll es den Erkrankten und den ggf. von ihnen materiell Abhängigen erlauben, den bisherigen Lebensstandard weitestgehend zu erhalten und ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit möglichst wiederherzustellen.

Der Rat sieht es nicht in seiner wissenschaftlichen Expertise liegend, die nachstehenden Handlungsempfehlungen, insbesondere soweit sie sich an den Gesetzgeber richten, auf ihre gesellschaftspolitischen Implikationen hin zu bewerten. Da das Krankengeld nur einen Teil des ausgefallenen Erwerbseinkommens ersetzt, sind bereits jetzt soziale Härten nicht auszuschließen. Dies dürfte in Betracht zu ziehen sein, wenn Maßnahmen geprüft werden, die zu einer Begrenzung des Krankengeldanspruchs führen würden. Entsprechende Aspekte abzuwägen und sie, ausgehend vom Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Grundgesetz, angemessen zu berücksichtigen, bleibt letztlich dem Gesetzgeber vorbehalten und aufgegeben.

Die nachfolgenden Empfehlungen sind zur besseren Orientierung fortlaufend nummeriert und dem jeweiligen Adressaten zugeordnet, den der Sachverständigenrat primär in der Prüf- und Umsetzungsverantwortung sieht. Die Reihenfolge der Empfehlungen stellt keine Priorisierung nach Bedeutung oder Dringlichkeit dar. Nähere Informationen und Hintergründe zu der jeweiligen Empfehlung sowie weitere Überlegungen und administrative Empfehlungen finden sich in den jeweils in Klammern angegebenen Kapiteln.

12.2.1 Empfehlungen an den Gesetzgeber

Arbeitsfähigkeitswahrende und krankheitsdauerverkürzende Maßnahmen

Empfehlung 1: Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds (Kapitel 3 und 11)

In Schweden beginnt mit der Krankschreibung ein stufenweiser Begutachtungsprozess zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nach dem Prinzip der sogenannten Rehabilitationskette. Die schwedische Sozialkasse beurteilt dabei in festgelegten Zeitintervallen, ob und in welchem Maße die vorherige bzw. eine andere Tätigkeit ausgeübt werden kann. Vergleichbar sollte es auch in Deutschland ermöglicht werden, die im Rahmen einer Krankschreibung festgestellte Arbeitsunfähigkeit prozentual zu differenzieren. Die Einstufung könnte dabei auf 100 %, 75 %, 50 % oder 25 % Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Die Höhe des Krankengelds würde analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit berechnet. Die Festlegung der graduellen Arbeitsunfähigkeit sollte im Konsens mit dem Betroffenen ärztlich festgestellt und bei einer Veränderung des Gesundheitszustands angepasst werden. Gegenüber der derzeit in Deutschland praktizierten Alles-oder-nichts-Regelung (entweder „gesund“ oder zu 100 % arbeitsunfähig) ermöglicht eine differenzierte Ausgestaltung die Nutzung des verbleibenden „Restleistungsvermögens“ und vermeidet die sozial und finanziell negativen Folgen einer unnötig verzögerten Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.¹⁷⁵

Eine „Teilkrankschreibung“ sollte bereits im Rahmen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber möglich sein. Dadurch könnten erkrankte Arbeitnehmer, sofern die Art der Erkrankung sowie die des Arbeitsplatzes dafür „geeignet“ sind, ihrem individuellen Leistungsvermögen gemäß tätig bleiben. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist sollten die Arbeitnehmer bei einer graduellen Teilarbeitsunfähigkeit von z. B. 50 % (neben dem ihnen dann zustehenden Entgeltanteil) 50 % des Krankengeldanspruchs erhalten.

Empfehlung 2: Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Versorgung psychischer Erkrankungen (Kapitel 10.1)

Psychische Erkrankungen sind der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland, jedoch beschränkt die Wartezeit auf einen Therapieplatz den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung und verlängert möglicherweise die Krankheitsdauer. Eine kritische Prüfung und

¹⁷⁵ Das Konzept einer partiellen Arbeitsfähigkeit ist auch in Deutschland nicht unbekannt: so als Konzept einer „begrenzten Dienstfähigkeit“ im Beamtenrecht (z. B. § 45 BBG), als Betriebsvereinbarung zu „Schonarbeitsplätzen“, als „Hamburger Modell“ zur stufenweisen Wiedereingliederung oder als Möglichkeit, Dialyse-Patienten für die Dauer ihrer regelmäßigen Behandlung (einschließlich Anfahrts- und nachheriger Ruhezeit) krankzuschreiben (siehe § 2 Abs. 10 der AU-Richtlinie des G-BA). Im Interesse und bei Zustimmung des Patienten sollte der behandelnde Arzt solche Abstufungen (sofern auch der Arbeitgeber einverstanden ist) bereits von Beginn einer Erkrankung an vornehmen können.

populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Psychotherapie unter Berücksichtigung regionaler Bedarfsunterschiede kann einer Unter- bzw. Überversorgung entgegensteuern. Beispielsweise könnte geprüft werden, ob die Bedarfsplanung die tatsächlich erbrachten Psychotherapiestunden der gegenwärtigen Kassensitze abbildet. So könnte eine verdeckte Unterversorgung bei nicht voll ausgeschöpften Sitzen deutlich und ggf. kompensiert werden. Hierzu könnten die Bedarfsplanungsgewichte entsprechend den tatsächlichen Abrechnungen empirisch ermittelt werden. Dann ließen sich regelhaft tatsächliche Bedarfsplanungsgewichte mit weniger als 100 % ausweisen, sodass sich ggf. dementsprechend die Zahl an (Teil-)Sitzen in einer Region erhöht. Auf diese Weise könnten auch bei den bestehenden Sitzen Anpassungen an die tatsächliche Versorgungskapazität vorgenommen werden.

Neuregelungen der Mitwirkungspflichten

Empfehlung 3: Erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten nach kassenseitiger Aufforderung, bei geminderter Erwerbsfähigkeit unmittelbar einen Rentenantrag zu stellen (Kapitel 11)

Bisher besteht die Mitwirkungspflicht der Versicherten nur im Hinblick auf die Stellung eines Reha-Antrags (§ 51 SGB V): Wenn sie den Reha-Antrag nicht stellen, entfällt der Krankengeldanspruch. Gleichmaßen sollte der Krankengeldanspruch entfallen, wenn Versicherte, bei denen die Erwerbsfähigkeit deutlich gemindert ist¹⁷⁶, der Aufforderung, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, nicht nachkommen.

Empfehlung 4: Erweiterte Mitwirkungspflichten der Versicherten nach kassenseitiger Aufforderung, einen Antrag auf Altersrente zu stellen (Kapitel 11)

Analog zur Erwerbsminderungsrente sollte auch eine Aufforderung zur Beantragung der Altersrente erfolgen können, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Nichtmitwirken seitens der Versicherten sollte auch hier der Krankengeldanspruch entfallen.

Empfehlung 5: Verkürzung der zehnwöchigen Frist zur Beantragung einer Reha auf vier Wochen (Kapitel 11)

Die derzeit vergleichsweise lange Frist zur Beantragung einer Reha kann zu negativen Gesundheitseffekten bei den Betroffenen führen. Eine frühzeitige Einleitung solcher Maßnahmen ist sowohl für die Gesundheit der Betroffenen als auch für die Krankengeldausgaben der Krankenkassen vorteilhaft. Zudem wird der Unterschied zur Arbeitslosenversicherung abgebaut, in der für Reha-Aufforderungen bereits eine vierwöchige Antragsfrist gilt.

¹⁷⁶ Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Versicherter eine Tätigkeit nicht mindestens drei Stunden täglich ausüben kann und die Erwerbsminderung seit mehr als sechs Monaten vorliegt.

Neuregelungen analog zum Arbeitslosengeld I (ALG I)

Empfehlung 6: Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld für die Zeit von angerechneten Urlaubsabgeltungen (Kapitel 11)

Im Gegensatz zum Krankengeld ruht nach den Rechtsvorschriften der Bundesagentur für Arbeit (§ 157 SGB III) der Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Zeit des abgelohten Urlaubs. Mit gleicher Begründung sollte diese Regelung auch für den Anspruch auf Krankengeld übernommen werden, da dies sonst zu einer Ungleichbehandlung bezüglich der Anrechnung von Urlaubsabgeltungen bei gekündigten Arbeitnehmern führt.

Empfehlung 7: Verweisung von während des Krankengeldbezugs gekündigten Krankengeldbeziehern an das Arbeitsamt und auf sämtliche zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (Kapitel 11)

Ein Krankengeldbezieher, dem vor dem Krankengeldbezug gekündigt wurde, d. h. der vor dem Krankengeld bereits ALG I bezogen hatte, steht dem Arbeitsamt zur Vermittlung auf sämtliche zumutbare Tätigkeiten zur Verfügung, während ein Krankengeldbeziehender, dem während des Bezugs gekündigt wird, auf eine Vermittlung nur in seinen vorherigen Beruf bestehen kann. Eine Gleichbehandlung könnte angezeigt sein.

Empfehlung 8: Beschränkung des Krankengelds auf die Höhe des Arbeitslosengelds bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen (Kapitel 11)

Derzeit beziehen erkrankte Mitglieder, deren Arbeitsunfähigkeit über die Beendigung eines befristeten Arbeitsverhältnisses hinaus andauert, weiterhin Krankengeld – und kein ALG I. Während ein nach Beendigung eines befristeten Beschäftigungsverhältnisses erkrankendes Mitglied seinen Lebensunterhalt mit dem dann zur Verfügung stehenden Arbeitslosengeld sicherstellen muss, erhält ein noch während des befristeten Beschäftigungsverhältnisses erkrankendes Mitglied die in der Regel höhere Entgeltersatzleistung aus seiner bisherigen Beschäftigung. Hier wäre zu überlegen, bei Arbeitsunfähigen das Krankengeld *nach* Ende des befristeten Beschäftigungsverhältnisses in allen Fällen auf die Höhe des Arbeitslosengelds zu begrenzen. Damit würde die Ungleichbehandlung von Mitgliedern, die während des befristeten Beschäftigungsverhältnisses erkranken, und denen, die nach Ende des befristeten Beschäftigungsverhältnisses erkranken, beseitigt und der Anreiz eines möglichst langen Krankengeldbezugs reduziert.

12.2.2 Empfehlungen an die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger

Verbesserung der Koordinierung und des Zugangs zur Versorgung

Empfehlung 9: Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Versorgung, u. a. durch eine Akutprechstunde (Kapitel 10.1)

Zu lange Wartezeiten beschränken die adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen, daher sollten Maßnahmen (etwa Programme der Krankenkassen), die den Zugang zu psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung verbessern können, initiiert werden. Ein geeignetes Mittel könnten Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sein, die entsprechende Zugangsgarantien vorsehen. Besondere Bedeutung könnte auch niedrigschwelligen und zeitnah erreichbaren

psychotherapeutischen Akutsprechstunden oder schwerefallabhängigen Honoraranreizen für ambulante Therapeuten zukommen.

Empfehlung 10: Koordinierung der Behandlungswege und Therapieangebote in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Kapitel 10.1)

Bei der Versorgung psychisch kranker Menschen ist oft eine unzureichende Koordinierung – insbesondere an den Sektorengrenzen und für Patienten mit eingeschränkten psychischen Ressourcen – zu beobachten. Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation können unter anderem in einem Ausbau gestufter Versorgungsmodelle und flexibler, ambulanter Angebote insbesondere im Krisenfall, in ambulantem Case Management und in der Etablierung früher Erstkontakte bestehen.

Stärkung der Koordination zwischen Sozialversicherungszweigen

Empfehlung 11: Einführung eines runden Tisches für Fallkonferenzen und Einrichtung eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung (Kapitel 11)

Zur Klärung komplexer Fälle sollte ein runder Tisch nach skandinavischem Vorbild etabliert werden. Dies dürfte zu einer Verkürzung des Zeitraums zwischen Antragstellung und Bewilligung von z. B. Reha-Leistungen beitragen. Darüber hinaus sollte erwogen werden, einen gemeinsamen medizinischen Dienst der Renten- und Krankenversicherung einzurichten, der zur Vermeidung von Friktionen bei Zuständigkeitsfragen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten und Doppelarbeit beitragen würde.

Verbesserung der Datenlage

Empfehlung 12: Vereinfachung und Präzisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Kapitel 4)

Eine einheitlichere Erhebung bzw. Speicherung von krankengeldrelevanten Daten durch die Krankenkassen ist anzustreben, wenn zukünftig tiefergehende Analysen der Krankengeldausgaben- und -fallentwicklungen sowie ihrer morbiditätsbedingten Ursachen erfolgen sollen. In einem ersten dringlichen Schritt sollten die Bescheinigungen für Arbeitsunfähigkeit so umgestaltet werden, dass nur noch die Angabe einer einzigen arbeitsunfähigkeitbegründenden Hauptdiagnose (mit ICD-Code) erfolgen kann. Dies dürfte auch für die einheitliche Anwendung der Blockfristregelungen hilfreich sein und darüber hinaus den damit verbundenen bürokratischen Aufwand reduzieren. Ob neben der *einen* arbeitsunfähigkeitbegründenden Diagnose die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, Nebendiagnosen anzugeben, bedarf der praktischen Erprobung und Evaluation.

12.2.3 Empfehlungen an Leistungserbringer und Wissenschaft

Empfehlung 13: Verbesserung der Evidenzlage zur gesundheitlichen Prävention krankengeldrelevanter Erkrankungen (Kapitel 9 und 10)

Die unzulängliche wissenschaftliche Beweislage zur Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener Maßnahmen gesundheitlicher Prävention in der Vermeidung längerfristiger Erkrankungen legt die

Forderung nach methodisch anspruchsvollen Studien nahe. Ziel muss es sein, nachweislich auf ihren Nutzen geprüfte Maßnahmen in der Früherkennung und Gesundheitsförderung einzuführen.

Insbesondere die folgenden Bereiche bzw. Aspekte sollten näher erforscht werden:

- Geeignete Screeninginstrumente zur Früherkennung von Risikofaktoren für Rückenschmerzen bleiben zu identifizieren und deren Anwendung in kontrollierten Studien im Hinblick auf die Vermeidung einer Chronifizierung zu überprüfen.
- Die Wirksamkeitsbelege für einzelne therapeutische Maßnahmen bei Rückenschmerzen, etwa Rückenschule, ergonomische Unterstützung und gesundheitliche Aufklärung, sind nach wie vor schwach. Wirksame Therapieprogramme für spezielle Bevölkerungsgruppen sind zu entwickeln und zu evaluieren, gerade für Beschäftigte mit niedrigem Bildungsniveau und schwerer körperlicher Arbeit. Zudem sollte eine Evaluation multimodaler Schmerzprogramme im Hinblick auf ihre langfristige Wirksamkeit und auch auf ihre unerwünschten Effekte erfolgen.
- Prävention von psychischen Erkrankungen wird in verschiedenen Interventionen in den Betrieben angeboten. Bisher gibt es nur wenige belastbare Nachweise zu den Effekten von Maßnahmen der positiven psychosozialen Gestaltung der Arbeitswelt. Ob eine Vermeidung von belastenden Konstellationen am Arbeitsplatz wie Mobbing zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen führt, bleibt in geeigneten Studien, bestenfalls prospektiven Interventionsstudien, zu untersuchen. Über den betrieblichen Kontext hinaus sind Evaluationen weiterer Präventions- und Versorgungskonzepte wie den in Empfehlung 10 genannten Modellvorhaben wichtig für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.

12.3 Schlussbemerkung

Entsprechend dem Auftrag des Bundesministers für Gesundheit analysiert dieses Gutachten die Ursachen, die seit dem Jahre 2006 im Vergleich zu den übrigen Leistungsausgaben einen überproportionalen Anstieg der Aufwendungen der GKV für Krankengeld verursachten. Dabei konnten im Beobachtungszeitraum von 2006 bis 2014 die Zunahme der krankengeldberechtigten Versicherten, das Wachstum der entgeltabhängigen individuellen Zahlbeträge bzw. des Entgeltausgleichs sowie die im Zeitablauf erfolgte Veränderung von Alter und Geschlecht zusammen etwa die Hälfte der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Ausgaben für Krankengeld erklären. Die derzeit vorhandene Datenbasis erlaubt leider keine dezidiert quantifizierbare Bereinigung des Wachstums der Krankengeldausgaben um jene Effekte, die über Alter und Geschlecht hinaus auf einen Anstieg der spezifischen krankengeldrelevanten Morbidität zurückgehen. Bei den drei quantifizierbaren Einflussfaktoren der Krankengeldausgaben handelt es sich zum einen um von der Gesundheitspolitik kaum beeinflussbare exogene Faktoren, zum anderen stellen positive Beschäftigungseffekte und steigende Erwerbseinkommen gesellschafts- und wirtschaftspolitisch erwünschte Tatbestände dar. Bereinigt um diese exogenen Einflussgrößen würde sich die Wachstumsrate der Ausgaben für Krankengeld zwischen 2006 und 2014 ungefähr halbieren.

Unbeschadet der Feststellung, dass es sich beim Wachstum der Ausgaben für Krankengeld unter Berücksichtigung der exogenen Faktoren um keine dramatische budgetäre Entwicklung handelt,

verbleibt den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern noch ein beachtlicher Handlungsspielraum, um einem vermeidbaren Anstieg der Ausgaben für Krankengeld künftig mit geeigneten Maßnahmen entgegenzuwirken. Dabei steht die Verbesserung der Effizienz und Effektivität von Prävention und Behandlung vornehmlich in den krankengeldrelevanten Indikationsbereichen im Mittelpunkt. In diesem Kontext geht es u. a. um eine wirkungsvolle Prävention arbeitsplatzbedingter Krankheiten, eine Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu adäquaten Therapieangeboten, die Reduktion der Dauer von Erkrankungen, eine baldige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen und ihre optimale Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Insoweit sich diese Zielsetzungen erreichen lassen, führt dies nicht nur zu einer Dämpfung der Ausgaben für Krankengeld, sondern auch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes der betroffenen Versicherten, d. h. zu einer Erhöhung ihrer Autonomie und Lebensqualität. Über eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Betroffener hinaus gilt es, Fehlanreize bei der Inanspruchnahme von Krankengeld zu beseitigen und in dieser Hinsicht vor allem auch die derzeitigen Regelungen an den Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen einer kritischen Überprüfung zu unterziehen.

Geschäftsstelle des Sachverständigenrats
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr. 1
53123 Bonn
www.svr-gesundheit.de

Der Volltext des Sondergutachtens Krankengeld ist online verfügbar unter
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=565>