

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

Vorwort

Der Rat legt hiermit sein Sondergutachten 2015 mit dem Titel „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ vor. Mit diesem Gutachten kommt der Sachverständigenrat dem Auftrag des Bundesministers für Gesundheit vom 19. Dezember 2014 nach, ein Sondergutachten zur Analyse der Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld zu erstellen.

Im Rahmen der Erstellung des Sondergutachtens hat der Rat eine Vielzahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Informationen im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Auch der Austausch mit Mitarbeitern von Verbänden und Institutionen war überaus hilfreich für die Erstellung des Gutachtens.

Insbesondere dankt der Rat Herrn Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht, Universität Regensburg, und Herrn Dipl.-Ing. Jonas Krämer, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg, für die Erstellung zweier Expertisen, die der Rat in Auftrag gegeben hat, sowie Herrn Dr. Jochen Dreß, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln, und Herrn Rüdiger Wittmann, Bundesversicherungsamt, Bonn, für die Aufbereitung von Daten zum Krankengeld.

Für wichtige Anregungen und Hinweise bedankt sich der Rat besonders bei Herrn Dr. Simon Frey, Universität Hamburg; Herrn Andreas Grabowski, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin; Herrn Harald Maas, PricewaterhouseCoopers Legal Aktiengesellschaft, Frankfurt am Main; Herrn Markus Meyer, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin; Herrn Dr. Joachim Müller, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn; Herrn Prof. Dr. Johannes Pantel, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main; Frau Dr. Juliana Petersen, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main; Herrn Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin; Herrn Dr. Sebastian Ulbrich, PricewaterhouseCoopers Legal Aktiengesellschaft, Frankfurt am Main, und Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft, Universität Duisburg-Essen.

Im Rahmen dieses Sondergutachtens hat der Rat aus verschiedenen Quellen Daten zu Krankengeldausgaben und zu Langzeitarbeitsunfähigkeit von Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen eingeholt. Den hieran beteiligten Institutionen, insbesondere dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesversicherungsamt, mehreren gesetzlichen Krankenkassen, dem Wissenschaftlichen Institut der AOK und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information ist der Rat zu großem Dank verpflichtet. Zudem hat der Rat eine eigene Befragung zum Krankengeldfallmanagement der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt. Den zahlreichen hieran teilnehmenden Krankenkassen sei ebenfalls ausdrücklich gedankt.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank. Der Rat dankt Frau Anette Bender (bis April 2015), Frau Sabine VanDen Berghe, Frau Dr. Ann-Kristin Drenkpohl, Herrn David Herr, Frau Dr. Anja Hohmann (seit Oktober 2015), Frau Dr. Constanze Lessing (bis September 2015), Frau Dr. Alice Sanwald (seit März 2015), Frau Sandra Teichmann (seit August 2015), Herrn Thomas Topf (seit März 2015), Frau Annette Wessel, Herrn Dr. Jens Weßling (seit Oktober 2015) sowie Herrn Dr. Frank Niggemeier als Leiter der Geschäftsstelle. Auch der Auszubildenden Frau Janine Hinkler (August bis Oktober 2015) sei für ihre Hilfe gedankt.

Der Rat hat sich in seinen Ausführungen bemüht, gendersensitiv zu formulieren. Falls dies hier oder dort nicht gelungen sein sollte, wird um Nachsicht gebeten. Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn/Berlin, im Dezember 2015

Ferdinand Gerlach Wolfgang Greiner Marion Haubitz

Gabriele Meyer Jonas Schreyögg Petra Thürmann

Eberhard Wille

Gliederung

Einleitung	21
1 Das Krankengeld in Deutschland.....	27
1.1 Historische Entwicklung.....	27
1.2 Krankengeld als Relikt des Äquivalenzprinzips in der GKV.....	32
1.3 Literatur.....	36
2 Gesetzliche Regelungen in Deutschland	37
3 Krankengeld in anderen europäischen Staaten	45
3.1 Regelungen zum Krankengeldanspruch.....	45
3.2 Finanzierung des Krankengelds	49
3.3 Krankengeldfallmanagement und Fallsteuerung	50
3.4 Fazit	53
3.5 Literatur.....	54
4 Datengrundlagen des Gutachtens	55
4.1 Amtliche Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums	55
4.2 Daten des Bundesversicherungsamts	56
4.3 Erhebung bei Krankenkassen durch den Rat.....	57
4.4 Daten des WIdO.....	58
4.5 Individualdaten der Barmer GEK	60
4.6 Übersicht zu den bedeutendsten Stärken und Limitationen der verwendeten Datenquellen.....	61
4.7 Vorschläge des Rats zur Verbesserung der Datengrundlage.....	63
4.8 Literatur.....	64
5 Die Ausgaben für Krankengeld: Entwicklung und mögliche Ursachen.....	67
5.1 Die Krankengeldausgaben von 1995 bis 2014.....	67
5.2 Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit	70
5.2.1 Die Ausgabenentwicklung	70
5.2.2 Krankengeldberechtigte und Krankengeldfälle.....	71
5.2.3 Bezugsdauer des Krankengelds	74
5.2.4 Höhe der Zahlbeträge	76
5.2.5 Wachstumsrate der Komponenten des Krankengelds	79
5.2.6 Die Krankengeldausgaben nach Versichertengruppen	81
5.2.7 Krankengeld nach Krankenkassenarten	87
5.2.8 Krankengeldausgaben nach Alter und Geschlecht.....	91
5.2.9 Weitere Einflussfaktoren	98

5.3	Die Entwicklung des Kinderkrankengelds.....	100
5.3.1	Die Einordnung des Kinderkrankengelds.....	100
5.3.2	Die Ausgaben für Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes.....	100
5.3.3	Die Entwicklung von Häufigkeit, Dauer und Höhe des Kinderkrankengelds	101
5.3.4	Mengen- und Preisentwicklung.....	102
5.3.5	Status der Mitglieder	104
5.3.6	Alters- und geschlechtsspezifische Entwicklung.....	107
5.3.7	Wachstumsraten der Komponenten des Kinderkrankengelds	108
5.3.8	Diskussion der möglichen Ursachen.....	110
5.4	Literatur	114
6	Zwischenfazit: Bisherige Erkenntnisse und weitere Einflussfaktoren	117
7	Krankengeldrelevante Indikationsbereiche	123
7.1	Stellenwert von ICD-Kapiteln für die Krankengeldfälle	123
7.2	Die Entwicklung von Langzeitarbeitsunfähigkeit	124
7.3	Krankengeldrelevanz häufiger ICD-Codes anhand von Daten mehrerer Krankenkassen und des BVA	128
7.4	Deskriptive und analytische Auswertung von Barmer GEK-Daten	135
7.5	Zusammenfassung	142
7.6	Literatur	143
8	Krankengeldfallmanagement.....	145
8.1	Ablauf und Funktionen des Krankengeldfallmanagements.....	146
8.2	Befragung gesetzlicher Krankenkassen zu Struktur, Durchführung und Effektivität ihres Krankengeldfallmanagements	148
8.3	Literatur	159
9	Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	161
9.1	Grundlagen und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	162
9.1.1	Gesetzliche Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	162
9.1.2	Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	164
9.1.3	Beispiele für Betriebliche Gesundheitsförderung	165
9.1.4	Wirksamkeit von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	168
9.2	Zusammenhang von Fehlzeiten am Arbeitsplatz und psychosozialen Faktoren, Führungskompetenz und Organisationsmerkmalen des Unternehmens	169
9.2.1	Psychosoziale Faktoren und Fehlzeiten am Arbeitsplatz.....	170
9.2.2	Führungskompetenz und Fehlzeiten am Arbeitsplatz	171
9.2.3	Organisation der Arbeit, Arbeitsumgebung und Fehlzeiten am Arbeitsplatz	171
9.3	Literatur	173

10	Ursachen und Maßnahmen zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit in den besonders relevanten Indikationsbereichen Depression und Rückenschmerzen	177
10.1	Psychische Gesundheit – Versorgung von Menschen mit Depression	178
10.1.1	Stellenwert psychischer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld	178
10.1.2	Ursachenanalyse zur zunehmenden Relevanz von F-Diagnosen beim Krankengeld	181
10.1.3	Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen.....	185
10.1.4	Lösungsansätze	188
10.1.5	Zusammenfassung.....	196
10.2	Rückenschmerzen	197
10.2.1	Risikofaktoren für die Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens	198
10.2.2	Therapieformen und Versorgungsstrukturen zur Vermeidung von chronischen Rückenschmerzen	202
10.2.3	Übersicht über einzelne Präventionsangebote ausgewählter Krankenkassen	205
10.2.4	Analysen des Krankenstands für Arbeitgeber	205
10.2.5	Zusammenfassung.....	206
10.3	Literatur	207
11	Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen	215
11.1	Schnittstellen zwischen Krankengeld sowie Erwerbsminderungs- und Altersrenten	216
11.1.1	Kollisionsnormen zur Abgrenzung von Krankengeld und Erwerbsminderungsrente	218
11.1.2	Erhöhung des Renteneintrittsalters und Einführung von Rentenabschlägen	221
11.1.3	Bewilligungsquoten und Wartezeiten auf Leistungen zur Rehabilitation	222
11.2	Schnittstelle zwischen Krankengeld und Arbeitslosengeld	222
11.2.1	Weiterzahlung durch die Agentur für Arbeit bei Arbeitsunfähigkeit	223
11.2.2	Verweis von Krankengeldbeziehern in zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts	223
11.3	Schnittstelle zwischen Krankengeld und stufenweiser Wiedereingliederung durch den Arbeitgeber	224
11.3.1	Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung	224
11.3.2	Anreizwirkungen bei der Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung	226
11.3.3	Vergütung.....	227
11.3.4	Schnittstelle zum Arbeitgeber.....	228
11.3.5	Schnittstelle zur Rentenversicherung.....	229
11.4	Schnittstellen in der Begutachtungspraxis	230
11.5	Literatur	232
12	Zusammenfassung der Ursachenanalyse und Handlungsoptionen	237
12.1	Ursachen der Ausgabenentwicklung des Krankengelds	237
12.2	Empfehlungen	242
12.2.1	Empfehlungen an den Gesetzgeber.....	243
12.2.2	Empfehlungen an die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger	245
12.2.3	Empfehlungen an Leistungserbringer und Wissenschaft	246
12.3	Schlussbemerkung	247
Anhang	249	

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Berechnungsbeispiel 1: Krankengeld anhand eines Bruttoentgelts von 3 000 Euro	43
Tabelle 2:	Berechnungsbeispiel 2: Krankengeld anhand eines Bruttoentgelts von 6 000 Euro	44
Tabelle 3:	Übersicht 1 zu den gesetzlichen Regelungen zum Krankengeld in ausgewählten Ländern Europas	46
Tabelle 4:	Übersicht 2 zu den gesetzlichen Regelungen zum Krankengeld in ausgewählten Ländern Europas	47
Tabelle 5:	Überblick über die verfügbaren Informationen aus den verschiedenen Datenquellen	61
Tabelle 6:	Übersicht über die wichtigsten Stärken und Limitationen der einzelnen Datenquellen	62
Tabelle 7:	Leistungsausgaben und Krankengeldausgaben der GKV von 1995 bis 2014	68
Tabelle 8:	Anspruchsberechtigte und Krankengeldfälle in der GKV von 1997 bis 2014	72
Tabelle 9:	Dekomposition der Wachstumsrate des Krankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten	80
Tabelle 10:	Krankengeldfälle und Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit nach Anspruchsgruppen von 1997 bis 2014	81
Tabelle 11:	Durchschnittliche jährliche Krankengeldausgaben (an KJ 1 angepasst) je Anspruchsberechtigten in Euro	94
Tabelle 12:	Anzahl, Durchschnittsalter und Änderung des Durchschnittsalters in Jahren seit 2009	96
Tabelle 13:	Standardisierung der Krankengeldausgaben im Jahr 2014 anhand der Anzahl der Krankengeldberechtigten im Jahr 2009	97
Tabelle 14:	Entwicklung der Kinderkrankengeldausgaben, -fälle und -tage von 1997 bis 2014	102
Tabelle 15:	Entwicklung der Kinderkrankengeldausgaben und -tage pro Fall und Ausgaben pro Tag von 1997 bis 2014	103
Tabelle 16:	Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle und -tage nach Status und Geschlecht der Versichertengruppen	106
Tabelle 17:	Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle, Kinderkrankengeldausgaben und -tage pro Fall und Tag, unterteilt nach Alter und Geschlecht der Mitglieder für das Jahr 2014	108
Tabelle 18:	Dekomposition der Wachstumsrate des Kinderkrankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten	109
Tabelle 19:	Exemplarische Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen	186
Tabelle 20:	Nichtmedikamentöse Therapieempfehlung bei akuten und chronischen Rückenschmerzen nach der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz	204
Tabelle 21:	Übersicht über die Berechnungsgrundlage und maximale Höhe der einzelnen Entgeltleistungen	217

Anhang

Tabelle A-1: Zensus-Bevölkerungsfortschreibung 18- bis 65-Jährige 250

Tabelle A-2: Die Veränderung der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage der AOK-Mitglieder in
verschiedenen Alters- und Krankheitsgruppen von 2000 bis 2014 in Prozent..... 251

Tabelle A-3: ICD-10-Legende der ICD-Dreisteller aus dem Kapitel 7 (alphabetisch sortiert) 254

Tabelle A-4: Die ICD-Kapitel nach ICD-10..... 255

Tabelle A-5: Auswertung des Präventionsangebots einzelner Krankenkassen 275

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Formen der Äquivalenz.....	33
Abbildung 2:	Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Krankengeld (Arbeitsunfähigkeit und Kinderkrankengeld) von 1995 bis 2014 in Milliarden Euro.....	67
Abbildung 3:	Ausgaben der GKV für Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 in Milliarden Euro.....	70
Abbildung 4:	Anteil der Krankengeldfälle nach Anspruchsgruppen (ohne Anspruchsgruppe Sonstige) von 1997 bis 2014 in Prozent.....	73
Abbildung 5:	Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 in Millionen Krankengeldtagen	74
Abbildung 6:	Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit nach Anspruchsgruppen (ohne Anspruchsgruppe Sonstige) von 1997 bis 2014 in Prozent.....	75
Abbildung 7:	Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit pro Fall von 1997 bis 2014	76
Abbildung 8:	Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit pro Fall von 1997 bis 2014 in Euro.....	77
Abbildung 9:	Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit pro Tag von 1997 bis 2014 in Euro.....	78
Abbildung 10:	Entwicklung des durchschnittlichen Zahlbetrags pro Tag und der Arbeitnehmerentgelte von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997	78
Abbildung 11:	Wasserfalldiagramm zur Dekomposition der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Krankengeldes von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten	80
Abbildung 12:	Entwicklung der Krankengeldberechtigten und Krankengeldfälle unter den Pflichtmitgliedern der GKV von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997	82
Abbildung 13:	Vorzeitige Rentenzugänge in die Deutsche Rentenversicherung von 2000 bis 2014 in Tausend	83
Abbildung 14:	Entwicklung der Krankengeldberechtigten und Krankengeldfälle unter den freiwilligen Mitgliedern der GKV von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997	84
Abbildung 15:	Entwicklung der Arbeitslosen, Krankengeldberechtigten und Krankengeldfälle unter den Arbeitslosen nach SGB III von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997	86
Abbildung 16:	Anzahl der Krankengeldfälle unter männlichen krankengeldberechtigten Mitgliedern nach Krankenkassenart von 1997 bis 2014 je 100 krankengeldberechtigte Mitglieder.....	88
Abbildung 17:	Anzahl der Krankengeldfälle unter weiblichen krankengeldberechtigten Mitgliedern nach Krankenkassenart von 1997 bis 2014 je 100 krankengeldberechtigte Mitglieder.....	88
Abbildung 18:	Entwicklung der Krankengeldtage pro Fall der männlichen krankengeldberechtigten Mitglieder je Krankenkassenart von 1997 bis 2014	89
Abbildung 19:	Entwicklung der Krankengeldtage pro Fall der weiblichen krankengeldberechtigten Mitglieder je Krankenkassenart von 1997 bis 2014	90
Abbildung 20:	Krankengeldfälle bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in hunderttausend Krankengeldfällen.....	91
Abbildung 21:	Krankengeldfälle bei Arbeitsunfähigkeit je 100 Krankengeldberechtigte von 1997 bis 2014	92
Abbildung 22:	Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Millionen Krankengeldtagen.....	92

Abbildung 23:	Krankengeldfalldauer bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Krankengeldtagen.....	93
Abbildung 24:	Krankengeldausgaben je Anspruchsberechtigten nach Geschlecht und Alter für 2014 in Euro	95
Abbildung 25:	Die Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld bei Betreuung erkrankter Kinder von 1995 bis 2014 in Millionen Euro	100
Abbildung 26:	Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle der Pflichtmitglieder von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Tausend	104
Abbildung 27:	Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle der freiwilligen Mitglieder von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Tausend.....	105
Abbildung 28:	Erwerbstätigenquote von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Prozent	110
Abbildung 29:	Anteil der Familien mit minderjährigen Kindern an allen Familien von 1997 bis 2014 nach Familienform in Prozent.....	111
Abbildung 30:	Entwicklung der Kindertagesbetreuung in Tageseinrichtungen von 2006 bis 2014 nach Altersgruppen in Tausend betreute Kinder.....	112
Abbildung 31:	Anteile der Hauptdiagnosen gemäß ICD-Kapiteln an allen Krankengeldfällen der Barmer GEK.....	124
Abbildung 32:	Die Summe der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage (über 42 Tage) der AOK-Mitglieder von 2000 bis 2014 in Millionen.....	125
Abbildung 33:	Entwicklung der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage (über 42 Tage) nach verschiedenen Krankheitsgruppen von 2000 bis 2014 in Millionen	126
Abbildung 34:	Die Summe der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr von 2000 bis 2014 für diejenigen sieben ICD-Dreisteller, für die vollständige Daten für alle Alters- und Geschlechtsgruppen von 18 bis 65 Jahren vorliegen.....	127
Abbildung 35:	Anteil der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben 2012 und 2014 in Prozent (nur weibliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte).....	129
Abbildung 36:	Anteil der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben 2012 und 2014 in Prozent (nur männliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte).....	129
Abbildung 37:	Der Anteil der Krankengeldbeziehenden mit ICD-Dreisteller F32 („Depressive Episode“, als administrativer Jahresprävalenz) an allen Krankengeldbeziehenden im Jahr 2011 auf Kreisebene. Alter: 45 bis 65 Jahre.	132
Abbildung 38:	Der Anteil der Krankengeldbeziehenden mit ICD-Dreisteller M54 („Rückenschmerzen“, als administrativer Jahresprävalenz) an allen Krankengeldbeziehenden im Jahr 2011 auf Kreisebene. Alter: 45 bis 65 Jahre.....	133
Abbildung 39:	Änderung des Anteils der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben von 2012 bis 2014 in Prozentpunkten (nur weibliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte)	134
Abbildung 40:	Änderung des Anteils der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben von 2012 bis 2014 in Prozentpunkten (nur männliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte).....	135
Abbildung 41:	Differenz der angefallenen Krankengeldtage im Jahr 2014 gegenüber 2012 bei den Mitgliedern der Barmer GEK nach ICD-Dreistellern	136

Abbildung 42:	A) Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeldfällen mit einer psychischen Erkrankung (ICD-10: F) als Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Prozent. B) Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Fälle von 2010 bis 2014 nach Altersgruppen in Prozent.	137
Abbildung 43:	A) Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeldfällen mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung (ICD-10: M) als Hauptdiagnose nach Altersgruppen in Prozent. B) Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit dieser Fälle von 2010 bis 2014 in Prozent.	138
Abbildung 44:	Die mittlere Krankengeldfalldauer bei der Barmer GEK als Durchschnitt der Jahre von 2010 bis 2014 nach Geschlecht in Tagen.....	139
Abbildung 45:	Einfluss der Hauptdiagnose auf die Krankengeldfalldauer im Zeitraum von 2012 bis 2014 (multivariate Regression, die dargestellten ICD-Kapitel umfassen 95 % aller Fälle)	140
Abbildung 46:	Einfluss der Hauptdiagnose (ICD-Kapitel) auf die Veränderung der Falldauer von 2012 bis 2014 in Prozent	141
Abbildung 47:	Anteil von Krankengeldfällen unterschiedlicher ICD-Kapitel an den Fällen mit der Höchstdauer im Zeitraum 2012 bis 2014 in Prozent	141
Abbildung 48:	Inhalte und Gesprächsgegenstände im einzelnen Fall im Rahmen des Krankengeldfallmanagements (in Prozent aller Kassen mit Krankengeldfallmanagement, ungewichtet).....	152
Abbildung 49:	Die Häufigkeit von Kontakten zu externen Kooperationspartnern im Rahmen des Krankengeldfallmanagements (in Prozent aller Krankenkassen mit Krankengeldfallmanagement, ungewichtet).....	153
Abbildung 50:	Geschätzte Einsparungen bei den Krankengeldausgaben durch das aktuelle Krankengeldfallmanagement nach Kassenarten in Prozent (nach Mitgliederzahl gewichtet)	154
Abbildung 51:	Geschätzte Einsparungen sowie geschätztes Einsparpotenzial durch Krankengeldfallmanagement gemäß den Angaben der Krankenkassen (Prozentzahlen nachträglich klassiert).....	155
Abbildung 52:	Entwicklung der Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle der AOK-Mitglieder bei Muskel-/ Skeletterkrankungen von 2006 bis 2014 nach Branchen in Prozent	200
Abbildung 53:	Wasserfalldiagramm zur Dekomposition der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Krankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten	238

Anhang

Abbildung A-1:	Die Langzeitarbeitsunfähigkeitstage der AOK-Mitglieder nach Krankheits- und Altersgruppen im Jahr 2014 in Millionen.....	251
Abbildung A-2:	Anteil der Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldfällen 2012 und 2014 in Prozent (nur weibliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte).....	252
Abbildung A-3:	Anteil der Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldfällen 2012 und 2014 in Prozent (nur männliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte).....	252

Abbildung A-4: Jahresprävalenzen ausgewählter ICD-Dreisteller unter Krankengeldbeziehenden in Prozent (Auswertung des BVA-Morbiditätsprofils, Bezugsjahr 2014)..... 253

Abbildung A-5: Änderung der Jahresprävalenzen ausgewählter ICD-Dreisteller unter den Krankengeldbeziehenden von 2009 bis 2014 in Prozentpunkten (Auswertung des BVA-Morbiditätsprofils; Reihung nach Rang bei Änderungsrate)..... 253

Abbildung A-6: Musterformular zur Dokumentation des Versicherungsgesprächs durch die Krankenkasse 256

Abkürzungsverzeichnis

ADT	Abrechnungs-Daten-Transfer (ZI-ADT-Panel)
AG	Aktiengesellschaft
ALG I	Arbeitslosengeld I nach dem SGB III
ALG II	Arbeitslosengeld II nach dem SGB II (ugs. meistens „Hartz IV“ genannt)
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSchG	Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
AU	Arbeitsunfähigkeit
AV	Arbeitslosenversicherung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgericht
BÄK	Bundesärztekammer
BBG	Bundesbeamtengesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BeWo	Betreutes Wohnen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVA	Bundesversicherungsamt
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DPTV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DRV KBS	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
EBC	European Brain Council
ECNP	European College of Neuropsychopharmacology
EFA	Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistische Amt der Europäischen Union
GA	Gutachten des SVR
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GewO	Gewerbeordnung
GEK	Gmünder Ersatzkasse (ab 2010 Fusion mit Barmer Ersatzkasse; jetzt Barmer GEK)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HGB	Handelsgesetzbuch
Hrsg.	Herausgeber
IA	Inkluderende Arbeidsliv (norw.), IW: Inclusive Workplace (engl.)
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
iga	Initiative Gesundheit & Arbeit
IG-Metall	Industriegewerkschaft Metall
IKK	Innungskrankenkasse
ISSA	International Social Security Association
IW	Inclusive Workplace
IWC	Inclusive Workplace Committee
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KBS	Knappschaft-Bahn-See (seit 01. Oktober 2005 Namensänderung auf DR KBS)

KG 2	Statistik: Leistungsfälle und -zeiten von/bei Arbeitsunfähigkeit
KJ 1	Statistik: Jährliche Rechnungsergebnisse der GKV
KM 1	Statistik: Mitglieder und Kranke
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V
MEDI Verbund	Gemeinschaft von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
NAV	Norwegian Labour and Welfare Organization
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
NVL KS	Nationale VersorgungsLeitlinien Kreuzschmerz
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PENS	Perkutane elektrische Nervenstimulation
PKV	Private Krankenversicherung
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)
PV	Pflegeversicherung
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RKI	Robert-Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherung
SE	Eurpäische Gesellschaft (lat. Societas Europaea)
SG	Sondergutachten des SVR
SGB	Sozialgesetzbuch
SLVFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SVR	Sachverständigenrat
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
TK	Techniker Krankenkasse
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
UVV	Unfallverhütungsvorschriften
VERAHs	Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis
vdek	Verband der Ersatzkassen
VGRdL	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (DESTATIS)

VZÄ	Vollzeitäquivalent
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych (poln.); polnische Sozialversicherungsanstalt

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.

Teil I: Grundlagen des Krankengelds in Deutschland und anderen europäischen Staaten

1 Das Krankengeld in Deutschland

1.1 Historische Entwicklung

Im Krankheitsfall durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gut abgesichert zu sein, bedeutet in Deutschland, dass nicht nur ein Anspruch auf eine angemessene ärztliche und zahnärztliche Versorgung, auf ambulante und stationäre Behandlungen sowie auf Arznei-, Verband- und Heilmittel besteht. Der Schutz im Krankheitsfall umfasst in Deutschland auch die wirtschaftliche Absicherung bei längerer Arbeitsunfähigkeit – zunächst durch die in der Regel sechswöchige Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers und daran anschließend durch das von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlte Krankengeld.

In seiner Funktion als Entgeltersatzleistung wirkt das Krankengeld verschiedenen Risiken entgegen, mit denen Arbeitnehmer und Arbeitgeber andernfalls konfrontiert wären. So könnte sich der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin, wenn es kein Krankengeld gäbe, gezwungen sehen, allein zum Zweck der Existenzsicherung die Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen (obwohl er oder sie noch nicht genesen ist) und dadurch sich oder auch andere Personen möglichen weiteren gesundheitlichen Gefährdungen auszusetzen. Das Krankengeld bewahrt ihn bzw. sie zudem davor, zur Sicherung des Lebensunterhalts und für die Vorsorge gegen weitere Lebensrisiken auf das eigene Vermögen zurückgreifen oder Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen (Berchtold 2004). Der Arbeitgeber hingegen hat nach Ablauf der Entgeltfortzahlung keine weiteren diesbezüglichen finanziellen Belastungen. Er kann davon ausgehen, dass der Arbeitnehmer künftig die vertraglich geschuldete Arbeitsleistung wieder erbringen kann, was letztlich auch der Kontinuität von Arbeitsverhältnissen dient (Berchtold 2004).

In seiner Hauptfunktion, den krankheitsbedingten Entgeltausfall zu kompensieren, ist das Krankengeld von Anfang an eine wichtige Sparte der Krankenversicherung gewesen. In den letzten Jahren ist das Krankengeld allerdings verstärkt Gegenstand politischer und ökonomischer Diskussionen geworden. Auch wenn es im Jahr 2014 mit 5,5 % der Leistungsausgaben in der GKV im Vergleich etwa zu den Aufwendungen für Krankenhausbehandlung, ambulante ärztliche Behandlung oder Arzneimittel einen eher kleinen Anteil der Leistungsausgaben ausmachte, geben die seit 2006 überproportional gestiegenen Ausgaben beim Krankengeld Anlass zu einer eingehenden Untersuchung. Um hier zu Lösungsmöglichkeiten zu kommen, ist es erforderlich, die demografischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und des dadurch bedingten Bezugs von Krankengeld genauer zu analysieren.

Angesichts der komplexen Thematik ist ein kursorischer Blick auf die geschichtliche Entwicklung hilfreich. Verschiedene Faktoren haben im Laufe der Geschichte zur gegenwärtigen Gesetzeslage beim Krankengeld geführt. Zu nennen sind etwa die Arbeitswelt, die sich infolge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert verändert hat, und die dadurch entstandenen neuen Krankheitsbilder sowie Veränderungen im Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, konjunkturbedingte Veränderungen der Erwerbstätigkeitsquoten und strukturelle Veränderungen durch die Ausweitung des Versichertenkreises in der GKV.

Als mit der Industrialisierung in Deutschland ab Mitte des 19. Jahrhunderts weitgehend die Fabrik als Arbeitsstätte an die Stelle der handwerklichen Betriebe trat, änderte sich die Arbeitswelt grundlegend. In die Industriezentren kamen Arbeiter vom Land, die zu Löhnen weit unter dem Existenzminimum und unter schwierigen Bedingungen körperliche Arbeit leisteten. Es entstanden neue Krankheitsrisiken durch Gifte, Gase und Arbeitsunfälle an Maschinen. Andere krankheitsfördernde Faktoren waren mangelhafte Ernährung und schlechte Wohnverhältnisse in den Arbeitervierteln. Die traditionellen, aus den mittelalterlichen Gilden, Innungen, Bruderschaften und Zünften des Handwerks hervorgegangenen Hilfs- und Krankenkassen konnten die notwendige Vor- und Nachsorge des vorläufigen oder dauerhaften Ausscheidens zahlreicher Arbeiter aufgrund von Krankheiten oder Unfällen aus dem Arbeitsprozess nicht mehr leisten. Die Bindungen und Unterstützungsformen der Agrargesellschaft durch Familie, Nachbarschaft und Dorfgemeinschaft waren brüchig geworden. Auch die Kirchen und die staatliche Armenpflege arbeiteten vielmehr an den Auswirkungen der Not, welche durch Krankheit, Invalidität und Armut entstand, als dass sie in der Lage waren, den Ursachen etwas entgegenzusetzen (Stolleis 2003). Die breite Gruppe der Fabrik- und Gewerbearbeiter war bei Krankheit und Unfall auf ein zersplittertes Kassensystem, eine lückenhafte Haftpflicht bei Betriebsunfällen sowie auf die öffentliche und kirchliche Armenpflege angewiesen. Die Arbeiterbewegung und die erstarkende Sozialdemokratie verlangten vom Staat Antworten auf die soziale Frage und forderten politische Mitgestaltung der Arbeitsverhältnisse.⁴ Kernanliegen waren u. a. ein besserer Arbeitsschutz, ein Lohn, der für den Lebensunterhalt des Arbeitnehmers und seiner Familie ausreichend war, und eine Absicherung bei Krankheit, Unfall, Invalidität – Lebensrisiken, die im 19. Jahrhundert nicht nur körperliches Leiden, sondern auch einen Lohnausfall bedeuteten, der für ganze Familien weitere Armut nach sich zog.

Als Reaktion auf die prekäre Lage der Arbeiterschaft sowie auf den Druck, der über Streiks ausgeübt wurde, aber auch als Antwort auf die Interessen der Industrie wurde 1883 als erstes der Bismarck'schen Sozialgesetze das Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter⁵ beschlossen. Dieses sah eine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter und kleine Angestellte mit einem Jahresarbeitsverdienst von bis zu 2 000 Reichsmark durch Innungs-, Knappschafts- und Ortskrankenkassen vor. Neben dem Versicherungszwang wurden auch gesetzlich geregelte Mindestleistungen eingeführt, die jede Krankenkasse zu erbringen hatte. Sie umfassten neben freier ärztlicher Behandlung und freier Medikamentenversorgung auch ein Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit. Es betrug wenigstens 50 % des Arbeitsentgelts vom dritten Tag nach Krankheitsbeginn und wurde bis zu 13 Wochen vom Krankheitsbeginn an gezahlt (Foltyn 1967). Von der Krankenversicherung wurden

⁴ 1848 forderten Berliner Arbeiter vom preußischen König ein Arbeitsministerium, das aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzt sein sollte. Nachdem 1854 die Allgemeine deutsche Arbeiter-Verbrüderung verboten worden war, erfolgte 1875 der Zusammenschluss des 1863 von Ferdinand Lassalle gegründeten Allgemeinen Deutschen Arbeitervereins mit der 1869 gegründeten Sozialdemokratischen Arbeiterpartei. Damit wurde eine parlamentarische Mitgestaltung der Arbeiterbewegung möglich (Stolleis 2003).

⁵ Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883, in Kraft ab 1. Dezember 1884, RGBl. 1883.

lediglich rund ein Fünftel der Erwerbstätigen und weniger als ein Zehntel der Bevölkerung erfasst. Zudem konnte mit dem Krankengeld allenfalls ein alleinstehender Arbeiter seine Existenz sichern, nicht aber ein Familienvater die einer ganzen Familie (Hentschel 1983)⁶. Mit diesem Gesetz wurde aber die Grundlage für die weitere Entwicklung der Krankenversicherung und des Krankengelds gelegt.

Für die Handlungsgehilfen (kaufmännische Angestellte) war bereits 1861 eine gesetzliche Absicherung gegen einen Gehaltsausfall bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit geschaffen worden (Hold 2000; Wank 1992).⁷ Sie erhielten bei Arbeitsverhinderung im Krankheitsfall nach einer Regelung im Allgemeinen Deutschen Handelsgesetzbuch für sechs Wochen eine Entgeltfortzahlung. Dieses Recht auf Entgeltfortzahlung wurde in den folgenden Jahrzehnten auf weitere Personengruppen ausgeweitet – so etwa im Jahr 1891 auf die gewerblichen Angestellten in Leitungs- oder Aufsichtsfunktion⁸ und ab 1900 auch auf alle Arbeitnehmer durch eine Verankerung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).⁹

In der Weimarer Republik wurden 1930/1931 infolge der Wirtschaftskrise und der dadurch bedingten Massenarbeitslosigkeit, die den Aufbau der sozialen Sicherungssysteme erschwerte, von Reichspräsident von Hindenburg Notverordnungen erlassen. Diese regelten auch die Absicherung im Krankheitsfall neu.¹⁰ Damals wurde der Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall im BGB, im Handelsgesetzbuch (HGB) und in der Gewerbeordnung (GewO) für den Kreis der Angestellten bis zur Dauer von sechs Wochen für unabdingbar erklärt. Zudem wurde geregelt, dass der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld ruht, solange ihm während der Krankheit Arbeitsentgelt fortgezahlt wird. Arbeiter erhielten aufgrund der regelmäßig von den Arbeitgebern in Anspruch genommenen Abdingbarkeit der BGB-Regelung bis zu 50 % des Grundlohns als Krankengeld (Hold 2000). Für Arbeiter galt eine dreitägige Karenzzeit – ein Krankengeld wurde also erst ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Mit den Notverordnungen wurden die finanziell geschwächten Krankenkassen entlastet. Es entstand aber auch eine erhebliche Ungleichbehandlung zwischen den Gruppen der Arbeiter und der Angestellten (Wank 1992), die bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts Gegenstand politischer Diskussionen blieb.

Nach dem Zweiten Weltkrieg bildeten sich mit den unterschiedlichen Rechtsentwicklungen der beiden deutschen Staaten Bundesrepublik Deutschland und Deutsche Demokratische Republik (DDR) auch verschiedene Formen der Sozialversicherung heraus. In der DDR wurde die Aufgliederung in Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung aufgehoben und das Sozialversicherungssystem hin zu einer Einheitsversicherung entwickelt. Die sowjetische Militäradministration hatte in der sowjetischen Besatzungszone mit dieser Umstellung bereits 1946 begonnen (Hentschel 1983). Aufgrund des Selbstverständnisses der DDR als „Arbeiter- und Bauernstaat“ wurde

⁶ Insofern ist nicht von einem „System sozialer Sicherung“ zu sprechen, sondern eher von der „Grundlegung eines Systems sozialer Sicherung“ (Hentschel 1983: 12).

⁷ In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden für wenige Personengruppen, u. a. bei den Handlungsgehilfen, Sonderrechte im Sinne einer Entgeltfortzahlung geschaffen. Diese waren weniger Ausdruck eines „wachsende[n] Fürsorgeverständnis[s] gegenüber den Arbeitnehmern“ als vielmehr der Tatsache geschuldet, dass einzelne Arbeitgeber ein Interesse an „besonders qualifizierten und damit seltenen Arbeitskräften“ hatten und ihnen eine privilegierte Stellung einräumten (Wank 1992: 143).

⁸ § 133c GewO, RGBl. 1891.

⁹ Die BGB-Regelung war abdingbar, sodass der Arbeitgeber die Möglichkeit hatte, sie im Arbeitsvertrag ganz oder teilweise auszuschließen. Von dieser Möglichkeit wurde weitgehend Gebrauch gemacht (Hold 2000).

¹⁰ Notverordnung vom 1. Dezember 1930, RGBl. I, und vom 5. Juni 1931, RGBl. I, zitiert nach Wank (1992).

die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten abgeschafft. Da es in der DDR keine Entgeltfortzahlung gab, stand dem arbeitsunfähigen Arbeitnehmer im Krankheitsfall ein Krankengeld vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an zu. Von 1952 bis einschließlich 1977 waren die Betriebe verpflichtet, zum Krankengeld in Höhe von 50 % des Nettoerwerbseinkommens für die ersten sechs Wochen 40 % des Nettoentgelts hinzuzuzahlen. Anfang 1978 wurden die Betriebe von dieser Zuzahlungspflicht befreit. Von da an zahlte die Sozialversicherung ein Krankengeld in Höhe von 90 % des Nettoarbeitsentgelts. Der Sozialversicherungsbeitrag der Betriebe wurde dafür von 10 % auf 12,5 % erhöht (Hentschel 1983; Vortmann 1985).

In der Bundesrepublik Deutschland bestand die 1931 geschaffene gesetzliche Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten bei der Absicherung im Krankheitsfall zunächst weiter fort. Aufgrund einer starken Angleichung der Arbeitswelt und Arbeitserfahrung von Arbeitern und Angestellten durch den technischen Fortschritt in den Betrieben mit der Verdrängung manueller Arbeit und aufgrund eines sich ändernden Selbstverständnisses der Arbeiter erschien diese Ungleichbehandlung nicht länger haltbar (Metzler 2003). Aufgrund des Drucks von Gewerkschaften sowie nach politischen Diskussionen und sozialen Spannungen wurden im Jahr 1969 Arbeiter und Angestellte bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall rechtlich gleichgestellt. Diese Gleichstellung wurde schrittweise erreicht: Zunächst wurde 1957 beschlossen, dass der Lohnempfänger während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld ab dem dritten Tag in Höhe von 65 % bis 75 % des Grundlohns erhielt und der Arbeitgeber auf dieses Krankengeld einen Zuschuss zahlte, sodass der Lohnempfänger insgesamt 90 % des Nettoarbeitsentgelts erhielt.^{11,12} 1961 wurde die Arbeitgeberzuzahlung zum Krankengeld auf 100 % des Nettolohns erhöht und die Karenzzeit von zwei Tagen auf einen Tag verkürzt.¹³ 1969 erfolgte die faktische Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten durch einen eigenständigen Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall. Mit Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes¹⁴ gab es für Arbeiter im Krankheitsfall einen unabdingbaren Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber in Höhe von 100 % für die Dauer von sechs Wochen ohne Karenztage. Dadurch konnten die Krankenkassen finanziell und administrativ stark entlastet werden. Diese Regelung gilt seit 1990 auch in den neuen Ländern.

In den darauffolgenden Jahren kam es beim Krankengeld zu verschiedenen Detailregelungen. Als besondere Ausformung des Krankengelds erfuhr das sogenannte Kinderkrankengeld, das neben seiner Funktion als Entgeltersatzleistung auch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beiträgt, verschiedene Veränderungen. Für einen Elternteil, der aufgrund der Pflege seines kranken Kindes nicht arbeiten kann, wurde durch Veränderungen im 2. SGB V-Änderungsgesetz im Jahr 1992 die Anspruchsdauer von fünf auf zehn Tage erhöht, bei Alleinerziehenden auf 20 Tage pro Kind.¹⁵ Pro Kalenderjahr und Versichertem können maximal 25 Arbeitstage bzw. bei Alleinerziehenden 50 Arbeitstage in Anspruch genommen werden. Zudem wurden auch Kinder zwischen Vollendung

¹¹ 1956/1957 streikten in der Metallindustrie Schleswig-Holstein 34 000 Arbeiter 16 Wochen lang (Hold 2000). Hintergrund war die Ablehnung des Entwurfs für einen neuen Manteltarifvertrag der IG Metall durch die Arbeitgeberverbände Schleswig-Holsteins, in dem u. a. ein Lohnausgleich im Krankheitsfall für sechs Wochen und eine Gleichstellung mit den Angestellten gefordert wurde.

¹² Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter, BGBl. I 1957.

¹³ Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall, BGBl. I 1961.

¹⁴ Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 1969.

¹⁵ Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, BGBl. I 1991.

des 8. und des 12. Lebensjahres in den Kreis der den Krankengeldanspruch auslösenden betreuungsbedürftigen Kinder einbezogen (zuvor lösten nur Kinder unter 8 Jahren den Anspruch aus). Für behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder wurde 2001 die Altersgrenze aufgehoben.¹⁶ Am 1. August 2002 trat außerdem das Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder¹⁷ in Kraft, für die eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten besteht. In diesem Fall hat ein Elternteil unbefristeten Anspruch auf Kinderkrankengeld.

Auch der demografischen Entwicklung wurde bei der Weiterentwicklung des Krankengelds Rechnung getragen: Durch das Rentenreformgesetz¹⁸ von 1992 wurde die Beitragsbemessungsgrundlage der von der GKV an die Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung zu entrichtenden Beiträge aus dem Krankengeld ab dem 1. Januar 1995 erhöht. Seitdem dient als Bemessungsgrundlage nicht mehr der Auszahlungsbetrag des Krankengelds, der etwa 60 % des Bruttoentgelts ausmacht. Es werden jetzt 80 % des Bruttoentgelts herangezogen.

Vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Lage der Unternehmen und angesichts von über vier Millionen registrierten Menschen ohne Arbeit wurden Ende Januar 1996 Maßnahmen zur Senkung der Lohnnebenkosten getroffen. 1996 beschloss die Bundesregierung das 50-Punkte-Aktionsprogramm¹⁹, das 1996 unter anderem in einem Arbeitsrechtlichen Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung²⁰ konkretisiert und vom Bundestag beschlossen wurde. Unter anderem wurde die Höhe der Entgeltfortzahlung von 100 % auf 80 % des Arbeitsentgelts abgesenkt. Diese Regelung wurde 1999 mit dem sogenannten Korrekturgesetz²¹ wieder aufgehoben. Im Rahmen des sogenannten Sparpakets beschloss die Regierungskoalition 1996 durch das Beitragsentlastungsgesetz, die Höhe des Krankengelds von 80 % auf 70 % des Bruttoentgelts und maximal 90 % des Nettoentgelts zu kürzen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde für Selbstständige, sofern GKV-versichert, der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld zum 1. Januar 2009 durch die Einführung von Wahltarifen abgelöst. Diese Regelung galt nur sieben Monate. Seit dem 1. August 2009 können Selbstständige sowie Arbeitnehmer, die keinen Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung haben, mit einer Wahlerklärung wieder das gesetzliche Krankengeld wählen. Für sie gilt der allgemeine Beitragssatz, der um 0,6 Prozentpunkte über dem ermäßigten Beitragssatz liegt. Im 2015 beschlossenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)²² wurde verankert, dass Mitglieder künftig einen Anspruch auf Krankengeld von dem Tag an haben, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist; ferner behalten die Versicherten ihren Anspruch auf Krankengeld, wenn die Folgebescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit spätestens am nächsten Arbeitstag verlängert worden ist. Damit wird ein nahtloser Leistungsbezug sichergestellt. Zudem wurde der Anspruch von Krankengeldbeziehern auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse beim sogenannten Krankengeldfallmanagement neu geregelt. Unter anderem müssen Krankenkassen, sofern sie zur individuellen

¹⁶ Gesetz zur Einführung des SGB IX, BGBl. I 2001.

¹⁷ Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder, BGBl. I 2002.

¹⁸ Rentenreformgesetz, BT-Drs. 11/4124.

¹⁹ Aktionsprogramm für Investition und Arbeitsplätze, BT-Drs. 13/3629.

²⁰ Arbeitsrechtliches Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung, BGBl. I 1996.

²¹ Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte. BT-Drs. 14/45.

²² Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 18/4095.

Beratung personenbezogene Daten benötigen, vom Versicherten eine schriftliche Einwilligung einholen. Des Weiteren wurde in dem Gesetz geregelt, dass sich die Krankenversicherung bei Pflichtmitgliedern einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) befreit sind, bei Krankengeldbezug an den Beiträgen zur berufsständischen Versorgungseinrichtung beteiligt. Bisher hatte diese Personengruppe die Beiträge in voller Höhe selbst bezahlt.

1.2 Krankengeld als Relikt des Äquivalenzprinzips in der GKV

Wie bereits im Rahmen des Überblicks über die historische Entwicklung angedeutet, stellte das Krankengeld als Entgeltersatzleistung mit Einführung der GKV eine ihrer zentralen Leistungen dar. Dabei hingen sowohl das Krankengeld als auch die Beiträge der Versicherten bis zu einer bestimmten Bemessungsgrenze von der Höhe des Arbeitsentgelts ab, sodass zwischen dem Krankengeld und den Beiträgen eine Entsprechung bzw. Zurechenbarkeit bestand. Diese äquivalente Beziehung existiert zwar bis heute, sie beschränkt sich aber innerhalb der GKV auf das Krankengeld, denn auf die nun deutlich dominierenden Sachleistungen besitzen alle Versicherten unabhängig von ihren gezahlten Beiträgen gemäß SGB V den gleichen Rechtsanspruch. Im Zuge des steigenden Anteils der Sachausgaben nahm die quantitative Bedeutung des Krankengelds stark ab; sein Anteil an den Leistungsausgaben der GKV lag im Jahre 2014 nur noch bei 5,5 %. Damit schrumpfte auch die Relevanz des Äquivalenzprinzips in der GKV, während es in der GRV und der Arbeitslosenversicherung bzw. Arbeitsförderung immer noch eine tragende Rolle einnimmt.

Das Äquivalenzprinzip bildet nicht nur eine Grundlage marktwirtschaftlicher Tauschprozesse, sondern neben dem Leistungsfähigkeitsprinzip auch ein fundamentales Kriterium für die Erhebung von staatlichen bzw. hoheitlichen Abgaben zur Finanzierung öffentlicher Leistungen. Es beruht auf der Staatsphilosophie des 17. Jahrhunderts, insbesondere auf den Werken von Thomas Hobbes (1588 bis 1679) und John Locke (1632 bis 1704). Entsprechend der Vertragstheorie besteht zwischen dem Bürger und dem Staat eine Do-ut-des-Beziehung. Eine Abgabe an den Staat erscheint als Preis für die von ihm erbrachte Gegenleistung. Die von einem Bürger an den Staat zu zahlende Abgabe sollte der Gegenleistung des Staats entsprechen, d. h. zu ihr in einem äquivalenten Verhältnis stehen. Die Bürger sollten sich dem Nutzen entsprechend, den sie aus den jeweiligen staatlichen Leistungen ziehen, auch an deren Finanzierung beteiligen. An der marktmäßigen individuellen Äquivalenz orientieren sich Angebot und Nachfrage im privaten Wirtschaftssektor, wobei der Unternehmer seinen Gewinn und der Kunde seinen Nutzen zu maximieren versucht. Ein Vertragsabschluss kommt bei freien Vereinbarungen nur dann zustande, wenn sich für beide Parteien Leistung und Gegenleistung in einem für sie äquivalenten Verhältnis zueinander befinden.

Die individuelle Äquivalenz beschränkt sich aber nicht auf marktwirtschaftliche Prozesse, sondern kann, wie Abbildung 1 veranschaulicht, als kostenmäßige Äquivalenz auch im öffentlichen Sektor als Kriterium für die zu leistende Abgabe dienen. Im Unterschied zu privaten Unternehmen streben öffentliche Entscheidungseinheiten in ihren Budgets keine Überschüsse als grundsätzliche Zielwerte an. Dies schließt temporäre Überschüsse z. B. aus konjunkturellen Gründen in den Staatshaushalten oder aufgrund einer unterschätzten Einnahmenentwicklung im Bereich der Sozialversicherung nicht aus. Die Umsetzung der kostenmäßigen individuellen Äquivalenz kann im öffentlichen Sektor auch mit gewissen distributiven Elementen einhergehen. Die Beiträge zu den einzelnen Zweigen der sozialen Sicherung weichen denn auch in dieser Hinsicht von den Prämien der entsprechenden

privaten Versicherungen ab. Darin unterscheiden sich sowohl das Krankengeld als auch Renten- und Arbeitslosenversicherung über das fehlende Motiv der Überschusserzielung hinaus im Grundsatz von den jeweiligen privaten Versicherungssystemen.²³ Im öffentlichen Sektor erfolgt die Abgabenerhebung noch bei den Verwaltungs- und Benutzungsgebühren, bei denen der Bürger nur bei einer von ihm in Anspruch genommenen Leistung eine Abgabe entrichtet, nach dem Prinzip der kostenmäßigen individuellen Äquivalenz.

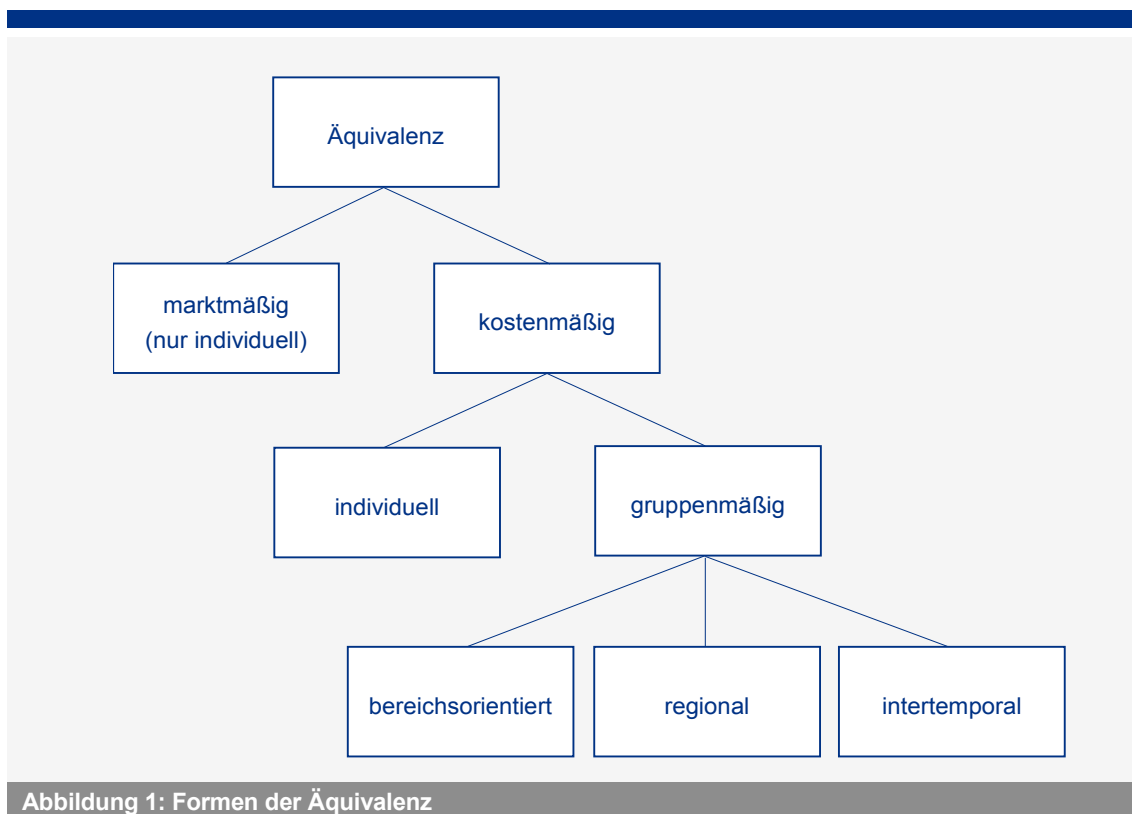


Abbildung 1: Formen der Äquivalenz

Quelle: eigene Darstellung

Zwischen der individuellen und dem Fehlen jeglicher Äquivalenz wie bei den meisten Steuereinnahmen²⁴ befindet sich die kostenmäßige gruppenmäßige Äquivalenz. Entsprechend lässt sich das Verhältnis von Beiträgen und Leistungen innerhalb der GKV zumindest für Pflichtversicherte interpretieren. Da die Beiträge im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung (PKV) bei Eintritt in die Versichertengemeinschaft nicht vom Krankheitsrisiko abhängen, besteht zwischen ihnen und den zu erwartenden Leistungen keine individuelle Äquivalenz²⁵. Die Beiträge dienen im Sinne einer

²³ Partielle Ausnahmen bilden bei der PKV die risikounabhängige Versicherung von Neugeborenen und die von der Versichertengemeinschaft finanzierte Absenkung der Prämien älterer Versicherter.

²⁴ Eine gewisse (gruppenmäßige) Äquivalenz weist die Mineralölsteuer auf, denn ein Teil ihrer Einnahmen fließt in den Straßenbau und stiftet damit vornehmlich den betreffenden Steuerzahlern einen Nutzen.

²⁵ Dies gilt nicht uneingeschränkt für freiwillig in der GKV Versicherte, da es diesen offensteht, in die PKV zu wechseln. Wenn ein Versicherter nach Abwägung des jeweiligen Preis-Leistungs-Verhältnisses gleichwohl die GKV wählt, liegen hier auch Elemente einer kostenmäßigen individuellen Äquivalenz vor.

Zweckbindung im Grundsatz²⁶ aber ausschließlich zur Finanzierung von Leistungen dieser Versicherungsgemeinschaft. Insofern besteht für die Versicherten der GKV als abgegrenzte Gruppe eine gruppenmäßige Äquivalenz, die allerdings angesichts der Größe dieser Gruppe recht schwach erscheint bzw. nahe an einer allgemeinen Steuer liegt. Eine stärkere Ausprägung besitzt die gruppenmäßige Äquivalenz im öffentlichen Sektor bei der Kurtaxe und den Anliegerbeiträgen. In beiden Fällen dürfen die Einnahmen aus dieser Abgabe nur in Projekte fließen, die auch den jeweiligen Beitragszahlern als Gruppe zur Nutzung zur Verfügung stehen.

Die Finanzierung der GKV weist vor allem in intertemporaler Hinsicht starke Bezüge zur gruppenmäßigen Äquivalenz auf. Im Sinne eines Generationenausgleichs entrichten ihre Mitglieder in jungen Jahren höhere als altersäquivalente Beiträge und im Alter niedrigere. Indem die jüngeren Mitglieder im Rahmen dieses Umlageverfahrens die älteren Versicherten zu einem beachtlichen Teil mitfinanzieren, erwerben sie quasi Forderungen, die sie im Alter in Form niedrigerer Beiträge geltend machen bzw. einlösen möchten. Schon vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung bzw. Alterung besteht die Gefahr, dass sich dieser Generationenausgleich künftig nicht mehr im bisherigen Umfang verwirklichen lässt, was auf eine partielle Verletzung des sogenannten Generationenvertrags und damit auch der gruppenmäßigen Äquivalenz hinauslaufen würde.

Die Betrachtung der derzeitigen Beitragsgestaltung der GKV unter dem Aspekt der kostenmäßigen gruppenmäßigen Äquivalenz verweist in regionaler Hinsicht auf wettbewerbliche Verwerfungen und problematische Verteilungseffekte des geltenden Systems. So transferieren z. B. bei bundesweit einheitlichen Beiträgen die Ersatzkassen innerhalb Deutschlands Überdeckungen aus strukturschwachen Regionen in wirtschaftlich prosperierende, bei den Unterdeckungen verhält es sich umgekehrt. Bei weitgehend auf Landesebene agierenden Krankenkassen fließen in ähnlicher Weise Überdeckungen, z. B. aus dem Bayerischen Wald, in die Regionen um München und den Starnberger See. Diese Finanzströme führen nicht nur zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundes- und landesweit operierenden Krankenkassen sowie zwischen diesen und regional aufgestellten, sondern laufen auch dem Prinzip der gruppenmäßigen Äquivalenz zuwider. Da den Versicherten in wirtschaftlich prosperierenden Kernstädten eine aufwendigere medizinische Infrastruktur zur Nutzung zur Verfügung steht, müssten sie im Sinne der gruppenmäßigen Äquivalenz auch höhere (Zusatz-)Beiträge entrichten als Versicherte, die in strukturschwachen Regionen ein deutlich geringeres medizinisches Angebot nutzen können. Diese Feststellung gilt unbeschadet der von den Kernstädten zu leistenden Umlandversorgung und der Problematik, die entsprechenden Regionen beitragsäquivalent voneinander abzugrenzen.

Die bisherigen kursorischen Ausführungen sollen belegen, dass es sich beim Äquivalenzprinzip um ein konsistentes Kriterium der öffentlichen Abgabengestaltung handelt, das ein klares und nachvollziehbares Gerechtigkeitskonzept beinhaltet, auch wenn dieses dem heutigen Zeitgeist mit seinen sozioökonomischen Wertvorstellungen bezogen auf die GKV insgesamt weniger entspricht als das Leistungsfähigkeitsprinzip. Letzteres orientiert die Abgabenerhebung und damit die Beitragsgestaltung nicht an der Zurechenbarkeit der damit finanzierten Leistungen, sondern an der Fähigkeit des Individuums oder des Haushalts zur Übernahme der Zahlungen. Es postuliert im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit, dass Mitglieder mit gleicher Leistungsfähigkeit gleiche Beiträge zahlen, und bezüglich der vertikalen Gerechtigkeit, dass Mitglieder mit höherer (geringerer) Leistungsfähigkeit höhere (niedrigere) Beiträge entrichten. Diese allgemeinen Normen liefern jedoch noch

²⁶ Die Finanzierung krankensicherungsfremder Leistungen durch die GKV verletzt diesen Grundsatz und erfordert entweder eine Auslagerung dieser Leistungen oder Zuschüsse aus Steuermitteln in entsprechender Höhe.

keine konkreten Anhaltspunkte für den Indikator der Leistungsfähigkeit oder gar den angemessenen Beitragstarif. In dieser Hinsicht stützt sich das Leistungsfähigkeitsprinzip auf die sogenannte Opfertheorie, wonach der Beitrag, den ein Individuum bzw. ein Versicherter leistet, bei ihm einen Nutzenentgang verursacht. Es geht also primär nicht um ein Einkommens-, sondern um ein Nutzenopfer²⁷, sodass der zu entrichtende Beitrag dann von der jeweiligen Nutzenfunktion des Einkommens abhängt. Es bleibt dann aber immer noch offen, ob sich der Beitragstarif am für jeden Versicherten gleichen absoluten, gleichen proportionalen oder gleichen marginalen Opfer orientiert. Es überrascht daher nicht, dass sich mithilfe des Leistungsfähigkeitsprinzips in Verbindung mit den Varianten der Opfertheorie auch der progressive Tarif bei der Einkommensteuer nicht schlüssig ableiten lässt. Außerhalb der Einkommensbesteuerung spielt das Leistungsfähigkeitsprinzip als normatives Postulat im Steuersystem nahezu keine Rolle.

Der derzeitigen sogenannten solidarischen Finanzierung der GKV liegt keine konsistente ökonomische Theorie zugrunde, sie stellt vielmehr ein historisch gewachsenes Mixtum aus Elementen des Äquivalenz- und des Leistungsfähigkeitsprinzips dar. Als Elemente des Äquivalenzprinzips lassen sich neben dem Krankengeld und der globalen Orientierung an der gruppenmäßigen Äquivalenz noch das Bruttoprinzip bei der Erfassung der beitragspflichtigen Einnahmen und die Beitragsbemessungsgrenze interpretieren. Da das Krankheitsrisiko ab einer gewissen Höhe nicht mehr mit dem beitragspflichtigen Einkommen einhergeht, entspricht die Beitragsbemessungsgrenze zumindest tendenziell dem Äquivalenzprinzip. Als Elemente des Leistungsfähigkeitsprinzips können der bis zur Bemessungsgrenze entgeltabhängige Beitrag und die beitragsfreie Mitversicherung gelten. In diesem Kontext verstoßen allerdings die auf Arbeitsentgelte und Renten eingeeengte Beitragsbemessungsgrundlage und die Form der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten, die vielfach berufstätige Ehepaare schlechterstellt, sowohl gegen das Leistungsfähigkeits- als auch gegen das Äquivalenzprinzip. Insgesamt gesehen repräsentieren die Elemente des Äquivalenzprinzips stärker den Versicherungscharakter der GKV, wohingegen die Elemente des Leistungsfähigkeitsprinzips primär eine verteilungspolitische Funktion einnehmen.

²⁷ Diesem Kriterium folgt die Einkommensbesteuerung insofern, als sie z. B. bei Vorliegen einer Krankheit einen Abzug von der steuerlichen Bemessungsgrundlage erlaubt und damit den betreffenden Steuerpflichtigen im Ergebnis so behandelt, als würde er ein niedrigeres Erwerbseinkommen erzielen.

1.3 Literatur

- Berchtold, J. (2004): Handbuch Krankengeld, Baden-Baden.
- Foltyn, C. (1967): Die Neuordnung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945, Würzburg.
- Hentschel, V. (1983): Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880–1980, Frankfurt am Main.
- Hold, D. (2000): Einführung Entgeltfortzahlungsgesetz, in: Kaiser, H., Dunkl, H., Hold, D. und Leinsorge, G. (Hrsg.), Entgeltfortzahlungsgesetz. Kommentar, 5. Auflage, Köln: 17–33.
- Metzler, G. (2003): Der deutsche Sozialstaat. Vom bismarckschen Erfolgsmodell zum Pflegefall, 2. Auflage, Stuttgart, München.
- Stolleis, M. (2003): Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, München.
- Vortmann, H. (1985): Geldeinkommen in der DDR von 1955 bis zu Beginn der achtziger Jahre. Funktionale und personelle Verteilung, Einkommensbildung und Einkommenspolitik, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung des DIW (85), Berlin.
- Wank, R. (1992): Arbeiter und Angestellte. Zur Unterscheidung im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht, Berlin.

2 Gesetzliche Regelungen in Deutschland

Für die Betrachtung der Entwicklung der Krankengeldausgaben sind Fälle mit einer mehr als sechswöchigen Arbeitsunfähigkeitszeit entscheidend. Denn bevor die Krankenkasse Krankengeld zahlt, erhält ein Arbeitnehmer, der infolge von Krankheit arbeitsunfähig ist, zunächst für die Dauer von bis zu sechs Wochen eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.²⁸

Anspruchsvoraussetzung, Dauer und Höhe der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Eine Voraussetzung für den Bezug des Entgelts im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber ist, dass das Arbeitsverhältnis mindestens seit vier Wochen besteht und die auf Krankheit beruhende Arbeitsunfähigkeit nicht selbst verschuldet ist. Der Arbeitnehmer hat seinem Arbeitgeber so bald wie möglich, in der Regel am ersten Krankheitstag, mitzuteilen, dass er erkrankt ist („Krankmeldung“ im Sinne von § 5 Abs. 1 EFZG), und ihm bei einer Arbeitsunfähigkeit von länger als drei Kalendertagen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zukommen zu lassen. Der Arbeitgeber kann die Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aber auch früher verlangen.

Der Zeitraum von in der Regel sechs Wochen (42 Kalendertagen), für die der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leistet, verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Erkrankung hinzutritt. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so besteht dennoch wieder für sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder wenn ab dem Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist (§ 3 EFZG).

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber endet grundsätzlich mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Dies gilt jedoch nicht, wenn dem Arbeitnehmer wegen der Erkrankung gekündigt wird. In diesem Fall behält der Arbeitnehmer den Entgeltfortzahlungsanspruch über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus (§ 8 Abs. 1 EFZG). Hinsichtlich der Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts gilt das Entgeltausfallprinzip: Der Arbeitnehmer erhält diejenige Vergütung, die er bezogen hätte, wenn er nicht arbeitsunfähig erkrankt wäre. Überstunden werden in der Regel nicht berücksichtigt. Steuern und Sozialversicherungsbeiträge müssen entrichtet werden.

²⁸ § 1 EFZG. Das Entgeltfortzahlungsgesetz regelt in Deutschland seit 1994 die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall an Arbeiter, Angestellte und Auszubildende sowie die Zahlung des Arbeitsentgelts an gesetzlichen Feiertagen und die wirtschaftliche Sicherung im Bereich der Heimarbeit für gesetzliche Feiertage und im Krankheitsfall.

Durch Tarifvertrag kann bis auf die Bestimmungen zur Wartezeit, Dauer der Entgeltfortzahlung und Mehrfacherkrankung Abweichendes festgelegt werden.

Seit August 2012 haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch bei Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende von Organen oder Geweben Anspruch auf eine sechswöchige Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber. Dem Arbeitgeber werden auf Antrag das an den Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die darauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung von der Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben erstattet.²⁹

Anspruchsvoraussetzungen und Dauer des Krankengeldbezugs

Ist der Arbeitnehmer nach Ablauf der sechs Wochen immer noch arbeitsunfähig oder wird er auf Kosten der Krankenkasse in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung stationär behandelt, zahlt die Krankenkasse anschließend Krankengeld nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 44 Abs. 1 SGB V). Zum anspruchsberechtigten Personenkreis³⁰ gehören neben gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmern auch hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigte³¹, sofern sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Wahlerklärung abgegeben haben, nach der die Mitgliedschaft den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Beziehende von Arbeitslosengeld I (ALG I) haben ebenfalls Anspruch auf Krankengeld.³² Beziehende von Arbeitslosengeld II (ALG II), Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Familienmitversicherte sowie hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige und unständig und kurzzeitig Beschäftigte, die keine entsprechende Wahlerklärung abgegeben haben, sind dagegen vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen (vgl. § 44 Abs. 2 SGB V). Auch Beziehende von Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen oder berufsständischen Rentenversicherung, Beziehende von Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird, und Beziehende von Vorruhestandsgeld haben vom Beginn der Rentenleistung an keinen Anspruch auf Krankengeld (vgl. § 50 SGB V). Der Anspruch auf Krankengeld ist auch ausgeschlossen, wenn die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist (vgl. § 11 Abs. 5 SGB V).

Besteht für einen Versicherten ein Anspruch auf Krankengeld, so muss dieser nicht zwangsläufig auch zur Auszahlung von Krankengeld führen. Es gibt Fälle, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht (vgl. § 49 SGB V). Das ist beispielsweise der Fall, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Die Meldefrist dauert bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Der Krankengeldanspruch ruht auch bei Bezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt

²⁹ Bis zum 31. Juli 2012 erhielt ein Versicherter bei einer Organspende ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld.

³⁰ In der folgenden Darstellung wird die Rechtslage des Personenkreises der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) nicht berücksichtigt.

³¹ Das umfasst u. a. Personengruppen, die von ihrem Berufsfeld her meist ohne festes Arbeitsverhältnis sind und die weniger als sieben Kalendertage am Stück arbeiten, sowie Personengruppen, deren Arbeitsverhältnis auf bis zu zehn Wochen begrenzt ist. Vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI sowie § 27 Abs. 3 Nr. 1 SGB III.

³² Zur Schnittstellenproblematik zwischen Krankengeld und ALG I s. Kapitel 11.

sowie bei der Zahlung von Entgeltersatzleistungen anderer Sozialleistungsträger wie etwa Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld. Ebenfalls ruht der Anspruch bei Bezug von Mutterschaftsgeld sowie bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.³³ Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht, werden bei der Berechnung der Höchstanspruchsdauer wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt.

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit³⁴ oder bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an (vgl. § 46 SGB V). Für den Anspruch auf Krankengeld ist eine lückenlose Attestierung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt notwendig. Grundsätzlich ist der Krankengeldbezug zeitlich nicht begrenzt, es sei denn, der Versicherte ist wegen derselben Krankheit ununterbrochen arbeitsunfähig. In diesem Fall endet der Krankengeldanspruch nach Ablauf von 78 Wochen (vgl. § 48 SGB V). Der Krankengeldanspruch endet auch, wenn der Versicherte mit Unterbrechungen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Beginn des ersten Tages nach der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Blockfrist), wegen derselben Krankheit mehrfach für insgesamt 78 Wochen arbeitsunfähig krankgeschrieben wurde. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit entsteht erst mit Ablauf der Blockfrist, sofern zwischen dem Ende der alten Arbeitsunfähigkeit und dem Eintritt der neuen Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate liegen und der Versicherte erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand. Wenn der Versicherte während der Arbeitsunfähigkeit an einer weiteren Krankheit erkrankt, die entweder bereits für sich genommen oder auch nur in Zusammenhang mit der Ersterkrankung Arbeitsunfähigkeit begründen würde, verlängert sich die Leistungsdauer nicht. Tritt die Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer anderen Krankheit erst nach Beendigung der ersten Arbeitsunfähigkeit auf, beginnt für sie eine neue Blockfrist von drei Jahren.

Krankengeld und „Antrag auf Rehabilitation“

Wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, holt die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, vor allem aber zur Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ein.³⁵ In seiner gutachterlichen Stellungnahme hat der MDK-Gutachter zu prüfen, ob Leistungen geeignet erscheinen, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu beschleunigen, und diese Leistungen gegebenenfalls in der Stellungnahme zu empfehlen. Ist nach ärztlichem Gutachten allerdings die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer er beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf

³³ Die Ruhenswirkung tritt nicht ein, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist.

³⁴ Das ist eine Neuerung des im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG.

³⁵ Vgl. § 275 Abs. 1 Nr. 3a SGB V. Auch der Arbeitgeber kann, wenn er Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers hat, nach § 275 Abs. 1 Nr. 3b SGB V die Krankenkasse veranlassen, ein Gutachten des MDK einzuholen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen hat („Antrag auf Rehabilitation“).³⁶

Hat die Krankenkasse den Versicherten aufgefordert, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen, so löst dies Mitwirkungspflichten beim Versicherten aus. Kommt der Versicherte der Aufforderung der Krankenkasse, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Der Wegfall des Krankengeldes kann sich auch auf die Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger auswirken. Wenn nämlich die Mitgliedschaft nur noch dadurch aufrechterhalten wird, dass ein Krankengeldanspruch besteht (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), dann endet die Mitgliedschaft als Versicherungspflichtiger mit dem Wegfall des Krankengeldanspruchs. Nach § 188 Abs. 4 S. 1 SGB V setzt sich die Mitgliedschaft dann aber als freiwillige Mitgliedschaft mit Austrittsmöglichkeit fort. Wird der Antrag nach Fristablauf gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf, wenn zu diesem Zeitpunkt dem Grunde nach eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht. Der Anspruch auf Krankengeld entfällt auch, wenn der Versicherte einen Reha-Antrag eingereicht hat, diesen aber ohne Zustimmung der Krankenkasse wieder zurücknimmt. Ein Zurücknehmen oder eine inhaltliche Einschränkung des Antrags durch den Versicherten bedarf der Zustimmung der Krankenkasse.³⁷

Hat der Versicherte nach Aufforderung durch die Krankenkasse innerhalb der Frist einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gestellt, hat die Krankenkasse bis zur Entscheidung über den Antrag das Krankengeld weiterzuzahlen. Bewilligt der angegangene Leistungsträger eine Leistung zur Teilhabe oder eine Rehabilitationsmaßnahme und zahlt Übergangsgeld, ruht der Anspruch auf Krankengeld. Wird ein vom Versicherten gestellter Antrag auf Rehabilitation vom zuständigen Rentenversicherungsträger z. B. mangels Erfolgsaussicht abgelehnt oder war die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme oder die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert hat, wird dieser Antrag dann als Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit umgedeutet (§ 116 Abs. 2 SGB VI). Wird eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gezahlt, wird zusätzlich auch das Krankengeld noch bis zur Höchstdauer von 78 Wochen gezahlt, aber um den Betrag der teilweisen Erwerbsminderungsrente gekürzt. Für Versicherte, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) beziehen – also dem Arbeitsmarkt weniger als drei Stunden täglich zur Verfügung stehen können – endet der Anspruch auf das regelmäßig höhere Krankengeld von Beginn dieser Rentenleistung an. In diesem Fall kann die Krankenkasse hinsichtlich einer etwaigen Zahlung von Krankengeld für die Zeit ab Rentenbeginn einen Erstattungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger geltend machen. Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente, kann ihnen die Krankenkasse ebenfalls eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf diese Leistung zu stellen haben (§ 51 Abs. 2 SGB V).

³⁶ Erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug einer Altersrente, kann die Krankenkasse es innerhalb der gleichen Frist auffordern, einen Rentenantrag zu stellen.

³⁷ § 51 SGB V. Grundsätzlich hat ein Versicherter das Recht, selbst zu bestimmen, wann er einen Leistungsantrag, z. B. einen Reha- oder Rentenantrag, stellt und wann er diesen gegebenenfalls einschränkt oder zurücknimmt. Diese sogenannte Dispositionsfreiheit, also die Freiheit des Versicherten, einen Antrag zurückzunehmen, zu ändern oder den Versicherungsfall zu bestimmen, ist durch § 51 Abs. 1 SGB V eingeschränkt. Dadurch wird die Leistungszuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung abgegrenzt. Da es bei dauerhafter Erwerbsminderung in erster Linie Aufgabe der Rentenversicherung ist, mit Leistungen einzutreten, haben Rentenzahlungen Vorrang vor den Krankengeldleistungen. Um der Krankenkasse den Vorteil zu erhalten, Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Leistung zu nehmen und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer zu bewirken, kann der Versicherte seinen Antrag wirksam nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen oder beschränken.

Wegen der möglicherweise weitreichenden Konsequenzen für den Versicherten erfordert die Aufforderung, einen Antrag auf Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen, nicht nur eine besondere sozialmedizinische Beurteilung in Form eines Gutachtens³⁸, sondern auch die Pflicht der Krankenkasse, den Versicherten über die Konsequenzen einer Antragstellung zu informieren. Die Krankenkasse hat zudem vor der Aufforderung zur Antragstellung die berechtigten Interessen des Versicherten angemessen zu berücksichtigen und gegebenenfalls seine Zustimmung einzuholen.³⁹

Anspruchsberechtigung, Dauer und Höhe des Kinderkrankengelds

Versicherte haben Anspruch auf das sogenannte Kinderkrankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben.⁴⁰ Voraussetzung ist, dass das zu betreuende Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere Person im Haushalt die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen kann (§ 45 SGB V). Weitere Anspruchsvoraussetzungen sind, dass eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld besteht, dass das Kind (leibliches Kind, Adoptivkind, Stiefkind, Enkel, Pflegekind oder Adoptivpflegekind) selbst gesetzlich krankenversichert ist und im Haushalt des Versicherten lebt. Hat das Kind das 12. Lebensjahr vollendet, erlischt der Anspruch auf Krankengeld auch bei laufendem Bezug. Für familienmitversicherte behinderte Kinder, die auf Hilfe angewiesen sind, gilt hingegen keine Altersgrenze.⁴¹

Der Zahlungszeitraum für das Kinderkrankengeld umfasst höchstens zehn Arbeitstage im Kalenderjahr. Der Anspruch beginnt ab dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit. Bei alleinerziehenden Versicherten ist die Höchstanspruchsdauer je Kind im Kalenderjahr auf 20 Arbeitstage festgelegt. Bei Versicherten/versicherten Alleinerziehenden mit mehreren Kindern ist sie auf insgesamt 25/50 Arbeitstage festgelegt. Eltern von schwerstkranken Kindern mit einer Lebenserwartung von wenigen Monaten erhalten Anspruch auf Kinderkrankengeld ohne zeitliche Befristungen.⁴² Ein Elternteil hat für diese Zeit Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung.

Berechnung des Krankengelds

Das Krankengeld schließt als Entgeltersatzleistung an das zuvor erzielte Regelentgelt an und wird anhand der Referenzmethode (also anhand eines Bemessungszeitraums) berechnet (§ 47 SGB V). Die Höhe beträgt 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt); es darf 90 % des entsprechenden Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB V). Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den zwölf Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt. Zugrunde gelegt wird das Arbeitsentgelt des

³⁸ BSG-Urteil vom 7. August 1991, 1/3 RK 26/90.

³⁹ Berechtigte Interessen des Versicherten ergeben sich, wenn durch das Hinausschieben des Versicherungsfalles eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht wird, z. B. durch eine evtl. noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage. BSG-Urteil vom 4. Juni 1981, 3 RK 50/80 sowie BSG-Urteil vom 7. Dezember 2004, B 1 KR 6/03 R. y.

⁴⁰ Siehe dazu auch Kapitel 1.1.

⁴¹ Gesetz zur Einführung des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I 2001: 1046).

⁴² Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder vom 26. Juli 2002 (BGBl. I 2002: 2872).

letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums von mindestens vier Wochen (§ 47 Abs. 2 SGB V). Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus vier Wochen berücksichtigt werden kann. Bei Personen, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig in der GKV versichert sind, wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Für das Jahr 2015 beträgt die bundeseinheitliche Beitragsbemessungsgrenze in der GKV 49 500 Euro. Abgezogen vom Bruttokrallengeldbetrag werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt grundsätzlich jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungsbeiträge.⁴³

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das Kinderkrankengeld wird – anders als das Krankengeld – für Arbeitstage und nicht für Kalendertage gewährt. Im Zuge des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurde u. a. die Berechnung des Kinderkrankengelds geändert, mit dem Ziel, sie transparenter, gerechter und unbürokratischer zu gestalten. Als Berechnungsgrundlage wird grundsätzlich nicht mehr das vor der Freistellung von der Arbeit erzielte Arbeitsentgelt, sondern das während der Freistellung ausgefallene Arbeitsentgelt herangezogen.

Zur Veranschaulichung der Krankengeldberechnung werden im Folgenden zwei vereinfachte Berechnungsbeispiele angegeben:

⁴³ Der Leistungsbezieher hat die aus dem tatsächlich bezogenen Krankengeld zu errechnenden Beiträge zur Hälfte zu tragen, die Krankenkasse die restlichen, auf der Basis der §§ 345 SGB III, 166 SGB VI, 57 SGB XI errechneten Beiträge. Im Ergebnis übernimmt der Leistungsträger damit neben der Hälfte der auf das Krankengeld entfallenden Beiträge auch die Differenz zu den in Anwendung der §§ 345 SGB III, 166 SGB VI, 57 SGB XI zu errechnenden Beiträgen, soweit die beitragspflichtigen Einnahmen danach höher sind als das in Anwendung von § 47 SGB V zu berechnende Krankengeld.

Berechnungsgrundlage	Betrag in Euro
Monatliches Bruttoentgelt	3 000,00
Abzgl. Lohnsteuer (Klasse I), Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer, Sozialversicherungsabgaben (inkl. KV-Zusatzbeitrag von 0,8 %)⁴⁴	-1 130,31
Monatliches Nettoentgelt	1 869,69
Detaillierte Berechnung des Krankengelds:	
70 % des Bruttoentgelt	2 100,00
90 % des Nettoentgelt	1 682,72
70 % der Beitragsbemessungsgrenze (Wert 2015: 4 125,00 Euro)	2 887,50
Gemäß § 47 SGB V darf das berechnete Krankengeld 90 % des Nettoentgelts nicht übersteigen. Für die weitere Berechnung wird deshalb diese Höchstgrenze herangezogen.	
Monatliches Krankengeld brutto	1 682,72
Abzgl. Anteil Rentenversicherung (9,35 %)	-157,33
Abzgl. Anteil Arbeitslosenversicherung (1,5 %)	-25,24
Abzgl. Anteil Pflegeversicherung (1,425 % inkl. Zuschlag für Kinderlose)	-23,98
Monatliches Krankengeld netto	1 477,01
Tägliches Krankengeld netto	49,23
Differenz zum Nettoentgelt	392,68

Tabelle 1: Berechnungsbeispiel 1: Krankengeld anhand eines Bruttoentgelts von 3 000 Euro

Quelle: eigene Darstellung

⁴⁴ Hier sowie im folgenden Berechnungsbeispiel wird der Zusatzbeitrag beispielhaft mit 0,8 % angenommen.

Hinweis: In diesem Beispiel ist die Höhe des Krankengelds durch den Gesetzgeber auf die Beitragsbemessungsgrenze beschränkt.

Berechnungsgrundlage	Betrag in Euro
Monatliches Bruttoentgelt	6 000,00
Abzgl. Lohnsteuer (Klasse I), Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer, Sozialversicherungsabgaben (inkl. KV-Zusatzbeitrag von 0,8 %)	-2 691,49
Monatliches Nettoentgelt	3 308,51
Detaillierte Berechnung des Krankengelds:	
70 % des Bruttoentgelt	4 200,00
90 % des Nettoentgelt	2 977,66
70 % der Beitragsbemessungsgrenze (Wert 2015: 4 125,00 Euro)	2 887,50
Gemäß § 47 SGB V darf das berechnete Krankengeld 90 % des Nettoentgelts nicht übersteigen. Für die weitere Berechnung wird deshalb diese Höchstgrenze herangezogen.	
Monatliches Krankengeld brutto	2 887,50
Abzgl. Anteil Rentenversicherung (9,35 %)	-269,98
Abzgl. Anteil Arbeitslosenversicherung (1,5 %)	-43,31
Abzgl. Anteil Pflegeversicherung (1,425 % inkl. Zuschlag für Kinderlose)	-41,15
Monatliches Krankengeld netto	2 533,06
Tägliches Krankengeld netto	84,44
Differenz zum Nettoentgelt	775,45

Tabelle 2: Berechnungsbeispiel 2: Krankengeld anhand eines Bruttoentgelts von 6 000 Euro

Quelle: eigene Darstellung

3 Krankengeld in anderen europäischen Staaten

Die sozialen Sicherungssysteme europäischer Länder kennen Krankengeld zur Kompensierung von Verdienstaufschlägen bei Krankheit. Die Einführung als gesetzlich verankerte Sozialleistung erfolgte seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zunächst in Deutschland, Österreich, Schweden, Dänemark und Belgien. Bis Mitte der 1930er Jahre wurden vergleichbare Regelungen in allen nord-, mittel- und westeuropäischen Ländern sowie in Teilen Süd- und Osteuropas etabliert. In den 1940er Jahren folgten Spanien und Italien, in den 1950er Jahren Kroatien, Zypern und Malta.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist das ärztliche Attest über eine Krankheit bzw. die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit. Üblicherweise wird der Entgeltausfall für den erkrankten Arbeitnehmer zunächst durch eine (teilweise) Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers kompensiert; in einigen Ländern nach Ablauf von Karenztagen. Das Krankengeld, das zumeist im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gezahlt wird, ist eine befristete Entgeltersatzleistung, die den Lebensstandard von Erwerbspersonen bei Krankheit sichern soll. Typischerweise endet der Erhalt von Krankengeld entweder mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit der Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit, die den Anspruch auf andere Sozialleistungen auslösen kann.

3.1 Regelungen zum Krankengeldanspruch

Jenseits dieser grundsätzlichen Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die Einzelregelungen verschiedener europäischer Länder in ihrer konkreten Ausgestaltung von Anspruch, Art und Höhe sowie Dauer und Finanzierung des Krankengelds. Tabellen 3 und 4 zeigen die gesetzlichen Regelungen ausgewählter europäischer Länder im Überblick.⁴⁵

⁴⁵ Die Übersicht stützt sich auf eine Auswertung der Schriftenreihe „Ihre Rechte der sozialen Sicherheit“ der Europäischen Kommission (2013), auf Daten aus dem System der EU zur gegenseitigen Information über den sozialen Schutz (MISSOC 2015) und auf die Veröffentlichung „Social Security Programs Throughout the World: Europe“ der International Social Security Association (ISSA 2014).

Land	Anspruchsbe- rechtigte Gruppen	Art und Höhe	Dauer*	Finanzierung
Belgien	Arbeitnehmer, Sonderregelungen für Selbstständige	steuerpflichtige Ent- geltersatzleistung (60 %), festgesetzter Höchstbetrag	bis zu 52 Wochen (1 Monat Entgeltfort- zahlung für Ange- stellte, 14 Tage für Arbeiter)	Beiträge zur Sozialversicherung
Dänemark	Arbeitnehmer, Selbstständige, Arbeitslose mit steuerpflichtigem Entgelt	steuerpflichtige Ent- geltersatzleistung, festgesetzter Höchstbetrag; auch teilweises Kranken- geld	bis zu 22 Wochen (30 Tage Entgeltfort- zahlung)	Steuermittel
Deutschland	GKV-versicherte Arbeitnehmer und Selbstständige mit Wahltarif, Arbeitslose (ALG I)	Entgeltersatzleistung (70 % des Brutto-, maximal 90 % des Nettoarbeitsentgelts) unter Progressions- vorbehalt	Bis zu 78 Wochen (42 Tage Entgeltfort- zahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Finnland	Einwohner im Alter von 16 bis 67 Jahren	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (70 %, 40 %, 25 %, gestaffelt nach Entgelthöhe), festgesetzter Mindestbetrag; auch teilweises Krankengeld	bis zu 50 Wochen (1 Karenztag, 9 Tage Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Frankreich	Arbeitnehmer; Sonderregelungen für einzelne Berufsgruppen und Berufsstände	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (50 %, 66,7 % bei drei und mehr Kindern)	bis zu 52 Wochen (3 Karenztage)	Beiträge zur Sozialversicherung
Groß- britannien	Arbeitnehmer mit Entgelt über festgelegter Mindestgrenze	gesetzlich festgelegte Grundsicherung, steuerpflichtig	bis 28 Wochen (3 Karenztage)	Zahlung durch Arbeitgeber
Italien	Arbeitnehmer; Sonderregelungen für befristet Beschäftigte	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (50 % bis Tag 20, 66,7 % ab Tag 21)	bis zu 26 Wochen (3 Karenztage)	Beiträge zur Sozialversicherung
Niederlande	Arbeitnehmer, Arbeitslose	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (70 %)	bis zu 104 Wochen	Zahlung durch Arbeitgeber; bei Arbeitslosigkeit durch die Sozial- versicherung

Tabelle 3: Übersicht 1 zu den gesetzlichen Regelungen zum Krankengeld in ausgewählten Ländern Europas

* Kalenderwochen, Werte gerundet.

Quelle: eigene Darstellung

Land	Anspruchsbe- rechtigte Gruppen	Art und Höhe	Dauer*	Finanzierung
Norwegen	Arbeitnehmer und Selbstständige; Sonderregelungen für einzelne Berufsgruppen und Beschäftigungsarten	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (100 %), festgesetzter Höchstbetrag; auch teilweises Krankengeld	bis zu 52 Wochen (16 Tage Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Österreich	Arbeitnehmer mit Entgelt über festgelegter Mindestgrenze, Arbeitslose, Sonderregelungen für einzelne Berufsgruppen	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (50 % bis Tag 42, 60 % ab Tag 43), festgesetzter Mindest- und Höchstbetrag	bis zu 52 Wochen (bis zu 12 Wochen Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Polen	Arbeitnehmer, freiwillige Versicherung für Selbstständige	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (bis zu 80 %), gestaffelt nach Ursache der Arbeitsunfähigkeit und Art der Behandlung	bis zu 26 Wochen (33 Tage Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Portugal	Arbeitnehmer und Selbstständige	steuerfreie Entgeltersatzleistung (55 % bis Tag 30, 60 % von Tag 31 bis Tag 90, 70 % von Tag 91 bis Tag 365, 75 % ab Tag 366), festgesetzter Mindest- und Höchstbetrag	bis zu 156 Wochen (3 Karenztage)	Beiträge zur Sozialversicherung
Schweden	Arbeitnehmer mit Entgelt über festgelegter Mindestgrenze, Selbstständige, Arbeitslose	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (80 %), festgesetzter Höchstbetrag; auch teilweises Krankengeld	bis zu 52 Wochen (1 Karenztag, 14 Tage Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung
Schweiz	Einwohner oder Arbeitnehmer in der Schweiz	individuelle (entgeltabhängige) Festlegung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherung (Kollektivversicherung der Arbeitgeber), steuerpflichtig	i. d. R. bis zu 102 Wochen (3 Karenztage)	Beiträge aus privater Zusatzversicherung
Spanien	Arbeitnehmer, Sonderregelungen für Selbstständige	steuerpflichtige Entgeltersatzleistung (60 % bis Tag 20, 75 % ab Tag 21), festgesetzter Mindest- und Höchstbetrag	bis zu 52 Wochen (3 Karenztage, 11 Tage Entgeltfortzahlung)	Beiträge zur Sozialversicherung

Tabelle 4: Übersicht 2 zu den gesetzlichen Regelungen zum Krankengeld in ausgewählten Ländern Europas

* Kalenderwochen, Werte gerundet.

Quelle: eigene Darstellung

Anspruchsberechtigte Gruppen

In allen gezeigten Ländern – mit Ausnahme der Schweiz und Finnlands – umfasst der Kreis der Krankengeldberechtigten erwerbstätige Arbeitnehmer. Der gesetzliche Anspruch ist dabei größtenteils an eine Mindestdauer gebunden, während derer ein Beschäftigungs- und damit auch ein Versicherungsverhältnis bestanden haben muss. In Großbritannien, Österreich und Schweden gilt zudem eine untere Entgeltgrenze. Daneben existieren in vielen Ländern Sonderregelungen für einzelne Berufsgruppen und Selbstständige. Während etwa in den nordischen Ländern Selbstständige einen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld haben, können sie in Polen eine freiwillige Versicherung abschließen. Einen Krankengeldanspruch für Arbeitslose – demjenigen in Deutschland vergleichbar – kennen Österreich, die Niederlande, Dänemark und Schweden.

In allen hier betrachteten Ländern ist die allgemeine Voraussetzung für den Erhalt von Krankengeld eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. In Spanien wird Krankengeld zusätzlich für Unfälle und in Polen für Wegeunfälle gezahlt. Eine teilweise Arbeitsunfähigkeit und damit verbunden auch ein teilweises Krankengeld kennen Norwegen, Dänemark, Schweden und seit 2007 auch Finnland: Im Sinne einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik soll Arbeitnehmern eine möglichst flexible Rückkehr in die Arbeit ermöglicht werden (Kausto 2008).

Art und Höhe des Krankengelds

Mehrheitlich wird das Krankengeld als eine Entgeltersatzleistung gewährt und bemisst sich in seiner Höhe nach dem individuellen Verdienstaussfall. Eine Ausnahme hiervon stellt Großbritannien dar. Dort sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, einen Festbetrag von 88,45 Pfund wöchentlich (bis zu 28 Wochen) zu zahlen (Stand: 2015). Wie in anderen Ländern auch besteht zusätzlich die Möglichkeit, den festgesetzten Betrag um arbeitsvertraglich vereinbarte Krankengeldzuschüsse zu ergänzen. In der Schweiz ist das Krankengeld eine private Versicherungsleistung, deren Höhe grundsätzlich verhandelbar ist. In der Praxis schließen Arbeitgeber Kollektivversicherungen ab, Auszahlungen werden prozentual zum Arbeitsentgelt geleistet. Auch in den übrigen hier betrachteten Ländern werden Krankengeldzahlungen als prozentual festgelegter Anteil des persönlichen Entgelts bemessen. Der Umstand, dass Leistungen üblicherweise steuerpflichtig sind, lässt sich dahingehend deuten, dass als Berechnungsgrundlage gewöhnlich das Bruttoentgelt herangezogen wird. Die in Deutschland geltenden Bestimmungen stellen hier also insofern einen Sonderfall dar, als bei der Berechnung zwar ebenfalls das Bruttoentgelt zugrunde gelegt wird, das Krankengeld selbst aber als steuerfreie Einkunft mit Progressionsvorbehalt behandelt wird. Eine Steuerfreiheit für Krankengeld gilt ansonsten nur in Portugal.

Mit einem Krankengeldanspruch von 100 % Entgeltersatz existieren die großzügigsten Regelungen in Dänemark und Norwegen; gefolgt von Schweden mit 80 %. In allen übrigen Ländern bewegt sich die Krankengeldzahlung zwischen 50 % und 70 %. Als zusätzliche Beschränkung gibt es in der Mehrzahl aller europäischen Länder Bemessungsgrenzen, sodass die geleisteten Auszahlungen eine festgelegte Höhe nicht unter- oder (häufiger) überschreiten dürfen. In Finnland ist das Krankengeld außerdem prozentual nach Entgelthöhe gestaffelt. Eine Staffelung nach Bezugsdauer besteht schließlich in Österreich, Italien, Spanien und Portugal: Hier steigt bei lang anhaltenden Fällen das Krankengeld um bis zu 20 zusätzliche Prozentpunkte an.

Entgeltfortzahlung und Dauer des Krankengeldbezugs

Vielfältige Regelungen existieren auch hinsichtlich des Anspruchszeitraums. Die eigentliche Krankengeldzahlung folgt dabei in den meisten Staaten auf eine Phase der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Allein in Portugal sind Arbeitgeber von einer solchen Form der vorübergehenden Kostenübernahme vollständig ausgenommen (MISSOC 2015). In welchem Ausmaß sich Arbeitgeber durch direkte Zahlungen zu beteiligen haben, hängt von den jeweiligen Einzelbestimmungen ab. Zur Entlastung der Arbeitgeber können Sperrfristen zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit dienen: Karenztage existieren in mehr als der Hälfte der hier betrachteten Länder. In Italien werden Arbeitgeber zusätzlich entlastet, indem sie zwar zur Auszahlung des Krankengelds verpflichtet sind, ihre Ausgaben aber mit den von ihnen zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträgen verrechnen können. In Frankreich wiederum bindet ein nationales Abkommen die Arbeitgeber, Krankengeldzahlungen der Sozialversicherung durch zusätzliche Krankengeldzuschüsse zu ergänzen. In Großbritannien und den Niederlanden schließlich wurde die finanzielle Last der Krankengeldzahlungen sukzessive auf die Arbeitgeber verlagert. Bis zum Beginn der 1990er Jahre hatten Arbeitgeber in Großbritannien die Möglichkeit, einen Teil des von ihnen gezahlten Krankengelds durch die Sozialversicherung rückerstatten zu lassen; diese Regelungen wurden schrittweise aufgehoben. Vergleichbare Änderungen wurden in den Niederlanden seit Mitte der 1990er Jahre eingeführt. Seit 2004 haben Arbeitnehmer für den Zeitraum von bis zu zwei Jahren Anspruch auf eine 70%ige Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Die Sozialversicherung hingegen übernimmt Krankengeldzahlungen nur dann, wenn es keinen Arbeitgeber gibt, der zur Zahlung verpflichtet werden kann (Einerhand 2010).

Üblicherweise erhalten Versicherte zunächst eine Entgeltfortzahlung, bevor sie Krankengeld beziehen. In Polen beträgt sie 80 % des Arbeitsentgelts, in den übrigen hier betrachteten Ländern entspricht sie dem vollen Entgelt. Die Zeitspannen der Entgeltfortzahlungen erstrecken sich dabei von einigen Tagen bis hin zu mehreren Wochen. Nach Österreich mit einem bis zu zwölfwöchigen Anspruch verfügt Deutschland mit sechs Wochen über die großzügigste Regelung. Auch die maximale Bezugsdauer des Krankengelds variiert z. T. erheblich, wobei sie in der Mehrzahl aller hier betrachteten Länder – so in den nordischen Ländern, in Österreich, Belgien, Frankreich und Spanien – nach einem Jahr endet. In Großbritannien, Italien und Polen ist sie mit etwa einem halben Jahr vergleichsweise kurz. Den längsten Anspruch haben Versicherte in Portugal: Hier wird Krankengeld bis zu drei Jahren gewährt. Es folgen die Niederlande und die Schweiz mit 104 bzw. 102 Wochen und Deutschland mit 78 Wochen.

In einzelnen Ländern schließlich können Krankengeld oder vergleichbare Sozialleistungen unter bestimmten Voraussetzungen über die Regeldauer hinaus bezogen werden. In Schweden haben schwer Erkrankte die Möglichkeit, ein verlängertes Krankengeld von bis zu 550 Tagen zu erhalten. In Großbritannien können (vorübergehend) Erwerbsunfähige im Anschluss an die Krankengeldzahlung durch den Arbeitgeber eine finanzielle Unterstützungsleistung beantragen, wenn sie bestimmte Kriterien der Bedürftigkeit erfüllen.

3.2 Finanzierung des Krankengelds

Häufig wird das Krankengeld aus Mitteln der Sozialversicherung aufgebracht. Andere Finanzierungsmodelle nehmen den Arbeitgeber in Anspruch (z. B. Großbritannien) oder nutzen Steuermittel (z. B. Dänemark) oder Privatversicherungen (z. B. Schweiz). Je nach Organisation des

nationalen Sozialversicherungssystemen kann das Krankengeld dabei in die Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialversicherungszweige fallen. In den steuerfinanzierten Systemen sind dies die nationalen Sozialversicherungen, die das Krankengeld zusammen mit anderen staatlichen Leistungen verwalten. In den beitragsfinanzierten Ländern überwiegt die – in gleicher Form ebenfalls für Deutschland bestehende – Zuordnung zu den Krankenkassen (Österreich, Belgien und Frankreich). Einen je anderen Weg haben die Niederlande und Polen gewählt. In den Niederlanden fällt das Krankengeld, sofern es als Unterstützungsleistung für Erwerbsfähige ohne Arbeitsverhältnis gezahlt wird, in das Ressort der Arbeitnehmersversicherung. In Polen existiert eine eigene Krankengeld- und Mutterschaftsversicherung.

Sozialversicherungsbeiträge werden als prozentualer Anteil der Bruttoarbeitsentgelte entrichtet und teilweise durch staatliche Zuschüsse ergänzt. Direkte Zusammenhänge zwischen einzelnen Beitragssätzen und dem Ausgabenniveau des Krankengelds lassen sich kaum herstellen, da aus Sozialversicherungsbeiträgen nicht allein das Krankengeld, sondern weitere und jeweils unterschiedliche Sach- und Geldleistungen finanziert werden. Es lassen sich aber verschiedenartige Beteiligungsprinzipien identifizieren, nach denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit der Aufbringung von Mitteln unterschiedlich belastet werden. In Schweden und Italien zahlt allein der Arbeitgeber Sozialversicherungsbeiträge. In Polen hingegen werden Beiträge für die gesonderte Krankengeld- und Mutterschaftsversicherung nur von der Seite der Arbeitnehmer finanziert (ZUS 2009). Im Übrigen können Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile unterschiedlich hoch ausfallen. In Belgien, Frankreich, Finnland, Norwegen und Spanien tragen Arbeitgeber den jeweils größeren Anteil. In Portugal dagegen teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Kosten zu gleichen Teilen. In Österreich schließlich übersteigen die Beiträge der Arbeitnehmer leicht diejenigen der Arbeitgeber.

In nahezu allen Ländern, in denen das Krankengeld aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird, ist es Aufgabe der Sozialversicherungsträger, Beiträge zu verwalten und Geldleistungen auszubehalten. Komplexe Allokationsmechanismen vom Typus des deutschen Risikostrukturausgleichs kommen daher beim Krankengeld in aller Regel nicht zum Tragen. Dies gilt auch für die wettbewerbsorientierten Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande, in denen das Krankengeld nicht zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zählt. Der in Italien geltende Ausgleichsmechanismus zwischen Arbeitgebern und dem Nationalen Institut für Soziale Sicherheit stellt eine weitere Ausnahme dar.

3.3 Krankengeldfallmanagement und Fallsteuerung

Inwieweit die Inanspruchnahme der Sozialleistung Krankengeld in den hier betrachteten Ländern einer systematischen Überprüfung unterliegt, lässt sich kaum vollständig beantworten, da die Begutachtungspraxis und Fallsteuerung bisher nur selten Gegenstand von Veröffentlichungen oder wissenschaftlichen Untersuchungen war. Einen besonderen Verbreitungsgrad haben offenbar vor allem einfache Formen der Überwachung, wie z. B. ärztliche Kontrolluntersuchungen (Belgien, Frankreich), die Verpflichtung, bei Kontrollen zu Hause angetroffen zu werden (Italien, Niederlande), oder die Prüfung ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsatteste (Österreich, Frankreich, Spanien) (Europäische Kommission 2013; OECD 2010).

Vor allem in Ländern, die unter dem besonderen Druck einer hohen Ausgabenlast standen oder stehen, wurden überdies umfassendere und innovative Begutachungskonzepte im Sinne einer individuellen Fallsteuerung entwickelt. Einen Anstoß zu Reformen der Sozialversicherungssysteme in Ländern wie Dänemark, Schweden, Norwegen, Großbritannien oder den Niederlanden gab die Beobachtung, dass aufgrund großzügiger Sozialleistungen lang andauernde Krankheiten mit einem erhöhten Risiko für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt assoziiert waren (Konle-Seidl 2014). Neuregelungen im Zusammenhang mit dem Krankengeld wurden deshalb in Reformvorhaben einer aktivierenden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik integriert. In Bezug auf das Fallmanagement werden regelmäßige Begutachtungen, eine systematische Begutachtungspraxis und daraus resultierende Wiedereingliederungspläne sowie die Einbeziehung möglichst aller an diesem Prozess Beteiligten als zielführende Ansätze betrachtet. Beispiele hierfür liefern die Begutachtungspraktiken in Schweden, Norwegen und Dänemark.

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 (Försäkringskassan 2012). Kooperationspartner in diesem Prozess sind neben Arbeitgebern auch die Arbeitsagenturen, die nach Ablauf eines halben Jahres in Fragen der beruflichen Rehabilitation einbezogen werden (Stähl 2011). In Norwegen ist ein systematisches Fallmanagement Bestandteil des 2001 erstmals geschlossenen und zuletzt 2014 erneuerten „Inclusive Workplace Agreement“ (IWC: Inclusive Workplace Committee, OECD 2005). Die Vereinbarung verpflichtet Arbeitnehmer, Arbeitgeber, behandelnde Ärzte und Arbeitsagenturen zur Ausarbeitung und Umsetzung eines Wiedereingliederungsplans bei Krankheit. Für die Durchführung des Verfahrens nach einem festen Zeit- und Stufenplan ist die nationale Sozialversicherung verantwortlich (NAV 2012).

Ein ähnliches Verfahren wurde seit 2005 auch in Dänemark implementiert, wo das Fallmanagement in die Zuständigkeit der Kommunen fällt und neben einer systematischen Kategorisierung von Fällen wiederkehrende Begutachtungen und Planungen zur Wiedereingliederung beinhaltet. Um das Fallmanagement der Kommunen zu steuern, wurde zusätzlich ein finanzieller Ausgleichsmechanismus für die staatlichen Bezuschussungen der Kommunen implementiert (OECD 2010).

Die hier gezeigten Beispiele verdeutlichen, dass ein Fallmanagement bei Langzeiterkrankungen aus der mittel- und langfristigen Perspektive der Betroffenen sinnvollerweise auch die Bewertung der Erwerbsfähigkeit bzw. der beruflichen Wiedereingliederung mit in den Blick nehmen sollte. Einen vergleichbaren Ansatz verfolgen z. B. auch Großbritannien (Litchfield 2014) oder die Niederlande (Einerhand 2010).

Einige Länder haben zudem unterschiedliche Unterstützungsleistungen für Menschen im erwerbsfähigen Alter (Zuwendungen bei Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, sozialer Bedürftigkeit, Arbeitslosigkeit) bei einem Sozialversicherungsträger zusammengeführt. Voraussetzungen dieser Art wurden z. B. in Großbritannien mit der Einführung der *Employment and Support Allowance* im Zuständigkeitsbereich des Department for Work and Pensions oder durch die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeits- und Sozialverwaltung in Norwegen geschaffen (OECD 2010).

Exkurs**Das „Inclusive Workplace Agreement“/Inkluderende Arbeidsliv (IA) in Norwegen**

Ziel des nationalen Abkommens der Sozialpartner ist es, eine frühzeitige berufliche Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Arbeitnehmern zu erwirken. Unternehmen können dem Abkommen freiwillig beitreten und sich als „IA-enterprise“ registrieren lassen.

Beteiligte und Verantwortlichkeiten

Arbeitgeber: Vorbereitung und Umsetzung

Arbeitnehmer: Informations- und Mitwirkungspflichten

Betriebliches Gesundheitsmanagement/Arbeitnehmervertretung: Beteiligungsrechte

Behandelnder Arzt: medizinische Behandlung und Support

Sozialversicherung: Monitoring, Zahlung von Krankengeld

Arbeitsbehörde: Beratungsleistungen

Ablauf

Innerhalb von 4 Wochen: Der Arbeitgeber bereitet unter Beteiligung des Arbeitnehmers einen Follow-up-Plan zur geplanten Wiedereingliederung vor und übersendet diesen an den behandelnden Arzt.

Innerhalb von 7 Wochen: Arbeitgeber und Arbeitnehmer halten ein „dialogue meeting“ ab, an dem der behandelnde Arzt und das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu beteiligen sind.

Innerhalb von 8 Wochen: Der behandelnde Arzt erstellt ein Gutachten, das darlegt, welche medizinischen Gründe gegen die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit sprechen.

Innerhalb von 9 Wochen: Der Arbeitgeber übersendet den Follow-up-Plan und einen erläuternden Bericht an die Sozialversicherung.

Innerhalb von 26 Wochen: Die Sozialversicherung lädt Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu einem zweiten „dialogue-meeting“, an dem ggf. auch der behandelnde Arzt zu beteiligen ist. Auf Wunsch des Arbeitgebers, des Arbeitnehmers oder des behandelnden Arztes kann auch ein drittes Treffen einberufen werden.

Innerhalb von 52 Wochen: Die Sozialversicherung nimmt vor Ablauf der Krankengeldzahlung eine abschließende Bewertung vor.

Quelle: NAV 2012

3.4 Fazit

Die Finanzierung des Krankengelds erfolgt in den europäischen Ländern größtenteils über Beitragszahlungen zur Sozialversicherung. Die Verwaltung bzw. Auszahlung fällt – je nach Land – in die Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialversicherungszweige. Im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit den umfangreichsten Krankengeldleistungen. Nur drei der betrachteten Länder gewähren eine höhere Krankengelddauer. Auch der Betrag des gezahlten Krankengelds ist in Deutschland vergleichsweise hoch. Die Vergleichbarkeit ist allerdings nicht zuletzt dadurch eingeschränkt, dass in den meisten der betrachteten Länder das Krankengeld als steuerpflichtige Entgeltersatzleistung behandelt wird, während es in Deutschland als steuerfreie Einkunft nur unter Progressionsvorbehalt gezahlt wird. Diese Regelung könnte in Fällen hoher Einnahmen aus anderen Einkunftsarten zu Fehlanreizen führen.

Bezüglich der Art des Krankengelds ist hervorzuheben, dass die skandinavischen Länder – im Unterschied zu Deutschland – für Fälle einer geringeren Arbeitsunfähigkeit als 100 % auch die Auszahlung eines Teilkrankengelds kennen.

3.5 Literatur

- Einerhand, M. und Swart, E. (2010): Reform of Dutch Sickness and Disability Arrangements, www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8291&langId=en (Stand: 18. November 2015).
- Europäische Kommission (2013): Ihre Rechte der sozialen Sicherheit, Schriftenreihe, Stand: 2013, Brüssel.
- Försäkringskassan (2012): Krankengeld [Sjukpenning], www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/502b06b3-cf41-4907-b004-36effa64cb42/sjukpenning_tys_1509.pdf?MOD=AJPERES (Stand: 18. November 2015)
- ISSA (2014) International Social Security Association (Hrsg.): Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2014, Genf.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P. und Viikari-Juntura, E. (2008): Partial sick leave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 34(4): 239–249.
- Konle-Seidl, R., Rhein, T. und Trübswetter, P. (2014): Arbeitsmärkte im europäischen Vergleich. Erwerbslose und Inaktive in verschiedenen Sozialsystemen (IAB-Kurzbericht 8/2014), Nürnberg.
- Litchfield, P. (2014): An Independent Review of the Work Capability Assessment – year five, London.
- MISSOC (2015): Comparative Tables Database, III. Sickness-Cash Benefits, www.missoc.org/-MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/-comparativeTableSearch.jsp. (Stand: 18. November 2015)
- NAV (Norwegian Labour and Welfare Administration) (2012): Sick leave rules from 1 July 2011: Earlier follow-up of employees on sick leaves, www.nav.no/en/Home/About+NAV/Publications/_attachment/295195?_download=true&_ts=13ad485abc8 (Stand: 18. November 2015).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2005): The Inclusive Workplace Agreement: Past Effects and Future Directions, An interim OECD Assessment 2005, www.oecd.org/employment/emp/36892986.pdf. (Stand: 18. November 2015)
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010): Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries, www.oecd.org/publications/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-9789264088856-en.htm (Stand: 18. November 2015).
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G. und Ekberg, K. (2011): Swedish Rehabilitation Professionals' Perspectives on Work Ability Assessments in a Changing Sickness Insurance System. *Disability and Rehabilitation* (33) 2011, 15–16, 1373–1382.
- ZUS (Sozialversicherungsanstalt) (2009): Sozialversicherung in Polen. Informationen, Fakten, Warschau, www.zus.pl/files/deutsche.pdf (Stand: 18. November 2015).

4 Datengrundlagen des Gutachtens

Für die empirischen Analysen in dem vorliegenden Sondergutachten standen neben öffentlich zugänglichen Datenquellen wie der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auch durch den Rat erhobene bzw. dem Rat zugänglich gemachte Statistiken wie etwa Auswertungen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) und eine Datenerhebung bei ausgewählten Krankenkassen sowie durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) aufbereitete Statistiken zur Langzeitarbeitsunfähigkeit zur Verfügung.

Die Nutzung dieser verschiedenen Datenquellen war erforderlich, da keine verfügbare Statistik die Entwicklung der Krankengeldausgaben vollständig abbildet. Um zur Analyse der Entwicklung der Krankengeldausgaben herangezogen werden zu können, mussten einzelne Aspekte aus den verschiedenen Statistiken zusammengeführt werden. Jedoch ist zu beachten, dass jede der hier vorgestellten Statistiken auf einer anderen Datengrundlage basiert und jeweils nur einen Teilaspekt der Ursachen der Krankengeldentwicklung darstellen kann.

Insbesondere unterscheiden sich die verschiedenen Datenquellen hinsichtlich der Repräsentativität für die krankengeldberechtigten Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie in ihrer Detailtiefe, vor allem in der Unterscheidung nach Alter und Geschlecht, der Zuordnung der Diagnosen zu einem Krankengeldfall, der Berücksichtigung von Kinderkrankengeld und im Umgang mit jahresübergreifenden Krankengeldfällen. Die gewählte Methodik zur Behandlung jahresübergreifender Fälle hat nicht unerhebliche Auswirkungen auf die berichteten Krankengeldausgaben pro Jahr. Methodisch kommen hier mindestens drei Varianten in Betracht: Zurechnung auf das Jahr, in dem der Fall endet, Zurechnung auf das Jahr, in dem der Fall begann, und Zurechnung auf verschiedene Jahre (theoretisch mehr als zwei).

Im Folgenden werden diese Unterschiede dargestellt und die genutzten Datenquellen hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen zur Analyse der Entwicklung der Krankengeldausgaben gegenübergestellt.

4.1 Amtliche Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums

Eine öffentlich zugängliche Datenquelle stellen die amtlichen Statistiken des BMG dar. In diesen werden die für die Entwicklung des Krankengelds relevanten Daten (mit Anpassungen) seit 1973 in den Statistiken KM 1 (Mitglieder und Kranke), KG 2 (Leistungsfälle und -zeiten von/bei Arbeitsunfähigkeit) sowie in der KJ 1 (Jährliche Rechnungsergebnisse) erfasst. In der amtlichen Statistik wird

die Anzahl der im entsprechenden Berichtsjahr abgeschlossenen Fälle⁴⁶ sowie die Anzahl der im Berichtsjahr angefallenen Tage erfasst. Dabei erfolgt eine Unterscheidung nach Geschlecht, jedoch nicht nach Alter der Krankengeldbeziehenden. Die Krankengeldausgaben werden dem Jahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind. Geldbeträge werden durchgängig in Euro ausgewiesen; Ausgaben und Einnahmen aus der Zeit vor der Währungsumstellung sind anhand des amtlichen Wechselkurses von 1 DM = 0,51129 Euro umgerechnet.

Neben der vollständigen Erfassung der abgeschlossenen Krankengeldfälle in der GKV seit 1973 erlauben die Daten des BMG eine klare Trennung der Krankengeldfälle und -ausgaben, die aufgrund von Arbeitsunfähigkeit angefallen sind, von denjenigen aufgrund der Erkrankung eines Kindes (sogenanntes Kinderkrankengeld). In der amtlichen Statistik sind jedoch keine Informationen zu Diagnosen, die den Krankengeldfällen zugrunde lagen, zur regionalen Verteilung des Krankengeldgeschehens sowie keine Daten zu altersspezifischen Häufigkeiten des Krankengeldbezugs enthalten.

4.2 Daten des Bundesversicherungsamts

Einen besseren Einblick in die altersspezifischen Unterschiede des Krankengeldbezugs bieten die dem Rat vom BVA zur Verfügung gestellten Auswertungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Die Einführung des Morbi-RSA erfolgte im Jahr 2009. Seitdem bildet er die Grundlage für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen. Die Datensammlung des BVA umfasst Regeldatenmeldungen der Jahre 2009 bis 2014 und eine Sondererhebung zum Krankengeld für 2008/2009. Für die Jahre 2009 bis 2010 wurden Regeldatenmeldungen in Form von Stichprobenerhebungen erfasst, seit 2011 erfolgt die Übermittlung von Daten aller Versicherten. Dem BVA liegen diese Versichertendaten in pseudonymisierter Form vor. Für den Sachverständigenrat wurden aggregierte Jahreswerte der Leistungsausgaben für Krankengeld, der Leistungsausgaben ohne Krankengeld, der Anzahl der GKV-Versicherten mit Krankengeldbezug sowie deren Anspruchsjahre und -tage aufbereitet. Dabei erfolgte eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Darstellung.

Die Daten unterscheiden sich von den amtlichen Statistiken unter anderem dadurch, dass anstelle abgeschlossener Krankengeldfälle die Zahl der Versicherten, die im Berichtsjahr mindestens einmal Krankengeld erhalten haben, erfasst wird. Grundsätzlich wird dabei nicht zwischen Krankengeldzahlungen in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit und solchen bei Betreuung eines kranken Kindes unterschieden. Um eine Differenzierung zu ermöglichen, schätzte das BVA die Anzahl der Kinderkrankengeldbeziehenden. Als Kinderkrankengeldbeziehende in den Jahren 2009 bis 2014 wurden dabei alle Beziehenden zwischen 18 und 45 Jahren definiert, die im jeweiligen Jahr weniger als einen Schwellenwert (500 Euro Krankengeld im Jahr 2009)⁴⁷ bezogen haben.

⁴⁶ Dabei kommt es bei Kassenwechseln während des Leistungsfalls zu einer Überzählung, da der Fall dann bei beiden Kassen gezählt wird.

⁴⁷ Der Schwellenwert wurde dynamisch für die weiteren Jahre an die Veränderung der Grundlohnsumme nach § 71 SGB V angepasst. Anhand dieser Schätzung werden für das Jahr 2009 auf der einen Seite ca. 228 000 Mitglieder als „falsch positive“ Kinderkrankengeldbeziehende identifiziert (12,9 %). Auf der anderen Seite werden von den 720 000 tatsächlichen Kinderkrankengeldbeziehenden auch 112 000 Personen als „falsch negativ“ (15,6 %) identifiziert. Insofern ist die Schätzung des BVA nur eine Approximation der Beziehenden von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Im Vergleich zu den amtlichen Statistiken haben die Daten des BVA den Vorteil, dass sie nicht nur nach Geschlecht, sondern auch nach Alter der Krankengeldbeziehenden differenziert sind. Weiterhin bieten die durch das BVA bereitgestellten Daten im Gegensatz zu den amtlichen Statistiken des BMG einen ersten Einblick in krankengeldrelevante Diagnosen. Hierzu hat das BVA für den Sachverständigenrat die aus den Morbi-RSA-Daten vorliegenden Diagnosen (Dreisteller nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aktuell ICD-10) all derjenigen Mitglieder, die im jeweiligen Jahr mindestens einen Tag lang Krankengeld bezogen haben, ausgewertet: So können für jeden Krankengeldbeziehenden alle in diesem Jahr kodierten Diagnosen einbezogen werden. Daraus lässt sich errechnen, welche Diagnosen unter den Krankengeldbeziehenden am häufigsten vertreten waren (Bezeichnung in diesem Gutachten: „Jahresprävalenz unter den Krankengeldbeziehenden“). Jedoch ist bei dieser Erhebungsweise der Daten nicht zu ermitteln, ob ein zeitlicher oder kausaler Zusammenhang zwischen den Diagnosen und einem oder mehreren Krankengeldfällen des jeweiligen Krankengeldbeziehenden besteht. Die Ermittlung von einzelnen „Anlassdiagnosen“⁴⁸ ist nicht möglich, da das BVA diese im Unterschied zu den einzelnen Krankenkassen nicht erhält.

Neben den Jahresprävalenzen von ICD-Diagnosen unter den Krankengeldbeziehenden wurden die Quotenverhältnisse einzelner ICD-Diagnosen für Krankengeldbezug bestimmt. Diese werden auch als Odds Ratio bezeichnet und sind ein Maß dafür, um wie viel größer die Wahrscheinlichkeit, Krankengeld zu beziehen, in der Gruppe mit einer bestimmten ICD-Diagnose im Vergleich mit der Gruppe ohne die ICD-Diagnose ist.⁴⁹

Basierend auf den Daten des BVA hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) dem Rat Informationen zur räumlichen Verteilung der Jahresprävalenz von ausgewählten ICD-Codes nach Alter und Geschlecht auf Kreisebene zur Verfügung gestellt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde dabei eine Mindestfallzahl von fünf Krankengeldbeziehenden je Altersgruppe, Geschlecht und Diagnose festgelegt.

4.3 Erhebung bei Krankenkassen durch den Rat

Um eine krankengeldfallbezogene Analyse von Krankengelddaten mit den zugehörigen Diagnosen durchzuführen, wurden mehrere der jeweils größten Kassen der unterschiedlichen Kassenarten, insgesamt 14 Kassen, um die Bereitstellung von Daten gebeten. In die Auswertungen konnten schließlich Daten von 8 Kassen (2 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOKn), 2 Ersatzkassen, 3 Betriebskrankenkassen (BKKn), 1 Innungskasse (IKK)) mit insgesamt ca. 14 Millionen Mitgliedern einbezogen werden. Die Daten liegen für unterschiedlich viele Jahre vor, maximal von 2007 bis 2014, jedoch häufiger von 2009 bis 2014. Es wurden Informationen zu den Krankengeldfällen, -ausgaben und -tagen in Form von aggregierten Jahreswerten angefragt, die in öffentlich zugänglichen Datenquellen nicht zur Verfügung stehen. Zudem wurden Zahlen zu den krankengeldberechtigten

⁴⁸ Von Anlassdiagnosen kann gesprochen werden, wenn zu einem Krankengeldfall eine einzelne, in bestimmten Fällen auch mehrere Diagnosen vorliegen, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie direkt (kausal) mit der Krankschreibung verbunden sind.

⁴⁹ Zur Berechnung wurde jeweils der Quotient aus den Krankengeldbeziehenden mit einem ICD-Code und den Nichtkrankengeldbeziehenden mit dem ICD-Code durch den Quotienten aus den Krankengeldbeziehenden ohne den ICD-Code und den Nichtkrankengeldbeziehenden ohne den ICD-Code geteilt. Die simulierten Kinderkrankengeldbeziehenden wurden hierbei als „Nichtkrankengeldbeziehende“ gezählt, da die Betrachtung sich auf das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit beziehen sollte.

Mitgliedern, insbesondere Informationen zur Alters- und Geschlechtsverteilung der krankengeldberechtigten Mitglieder und der Krankengeldfälle, dies jeweils für Krankengeld aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und aufgrund der Erkrankung eines Kindes, abgefragt. Ergänzend wurde nach Geschlecht getrennt erhoben, welche 30 ICD-Codes (Dreisteller nach ICD-10, z. B. M54) den Krankengeldfällen am häufigsten zugeordnet waren. Im Rahmen dieser fallbezogenen Betrachtung wurden zusätzlich die den jeweiligen Fällen eines ICD-Codes zugehörigen Krankengeldausgaben und -tage jeweils absolut und als Anteil an allen Krankengeldausgaben bzw. -tagen erfragt.

Um datenschutzrechtlichen Erfordernissen Rechnung zu tragen, wurden keine personenbezogenen Individualdaten, sondern nur durch Aggregation anonymisierte Daten erhoben und geliefert. Für Ergebnisdatensätze mit weniger als zehn Personen bzw. Fällen wurde festgelegt, diese dem Rat nicht zu übermitteln.

Bei den ICD-Daten ist zu berücksichtigen, dass sie bei den einzelnen Krankenkassen in unterschiedlicher Form vorliegen und dem Rat entsprechend zur Verfügung gestellt wurden. Während einzelne Krankenkassen jedem Fall eine einzelne Anlassdiagnose zuordnen und somit auch eine additive Betrachtung von Krankengeldfällen, -ausgaben und -tagen für mehrere ICDs ermöglichen, liegen bei der überwiegenden Zahl der an der Erhebung beteiligten Kassen mehrere (und unterschiedlich viele) ICD-Codes je Fall vor, die dann gleichberechtigt zugeordnet sind. Hier kann für den einzelnen Krankengeldfall nicht zwischen der krankengeldauslösenden Haupt-/Anlass- und der Nebendiagnose unterschieden werden. In einem Fall lag eine Mischform zwischen beiden Zuordnungsformen vor. Entsprechende Unterschiede zeigen sich auch bei den resultierenden Anteilen einzelner ICD-Codes an allen Fällen. Diese befanden sich im Vergleich der Kassen teilweise in unterschiedlichen Größenordnungen – für einen sehr häufig vorkommenden ICD-Code beispielsweise zwischen 8 % und 20 %. Bei der Bildung von (gewichteten) Mittelwerten über mehrere Kassen gehen die unterschiedlichen Zählweisen entsprechend ein. Mittelwerte wurden bei der Analyse der ICD-Daten im Rahmen dieses Gutachtens grundsätzlich nach Mitgliederzahl der Kassen gewichtet.

Zur Untersuchung der Struktur und Praxis des Krankengeldfallmanagements hat der Sachverständigenrat im Frühjahr 2015 die gesetzlichen Krankenkassen schriftlich befragt. Es wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, der allgemeine strukturelle Daten, Verfahren, Inhalte und geschätzte Auswirkungen des Krankengeldfallmanagements erfasst (s. Kapitel 8.2). Zudem wurde den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Vorschläge zu möglichen Krankengeldausgabenreduzierungen zu machen. Von 124 angeschriebenen Krankenkassen haben 91 Kassen, die zusammen ca. 98 % aller krankengeldberechtigten Mitglieder versichern, den Fragebogen vollständig beantwortet.

4.4 Daten des WIdO

Um den Zeitraum vor dem Anstieg der Krankengeldausgaben, d. h. vor 2006, nach Alter, Geschlecht und Diagnosen abbilden zu können, wurde das Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) gebeten, dem Rat Informationen zur Entwicklung von Langzeitarbeitsunfähigkeit zur Verfügung zu stellen. Diese Daten umfassen Arbeitsunfähigkeitsfälle mit ärztlicher Krankschreibung, die länger als 42 Tage andauern, der AOK-versicherten Arbeitnehmer (ca. zehn Millionen) für den Zeitraum 2000 bis 2014. Dabei werden neben den Pflichtmitgliedern auch freiwillig Versicherte berücksichtigt. Nicht berücksichtigt, im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Statistiken, werden die Arbeitslosengeld I (ALG I)-Empfänger und Kinderkrankengeldbeziehenden. Darüber hinaus

enthalten die Daten auch keine Informationen zu Mutterschaftskrankenfällen. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten werden von den AOKn analog zu den Krankmeldungen in den angegebenen Zeiträumen erfasst, Wochenenden und Feiertage werden entsprechend bei der Berechnung der Arbeitsunfähigkeitsdauer mitgezählt. Vom WiDO werden nur Jahresscheiben erfasst, also nur Arbeitsunfähigkeitsfälle, die im jeweiligen Berichtsjahr gemeldet wurden. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird dabei durch den 1. Januar und den 31. Dezember des Auswertungsjahres begrenzt. Entsprechend können jahresübergreifende Fälle in mehreren Jahren gezählt werden, wenn sie je Jahr mindestens 42 Tage dauern. D. h., ein einzelner Fall kann ggf. bis zu drei Mal erfasst werden.⁵⁰ Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle, die in einem oder in beiden Jahren weniger als 42 Tage andauern, werden entsprechend nur einmal oder gar nicht von der Statistik erfasst.⁵¹ Die Daten des WiDO bieten neben der Alters- und Geschlechtsverteilung der Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle auch Informationen zu den ausgeübten Berufen der AOK-Mitglieder. Bei den Berufen ist zu berücksichtigen, dass die Klassifikation der Berufe durch die Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2010 überarbeitet wurde, sodass hier die Auswertung von Zeitreihen über den Wechsel der Klassifikation hinweg problematisch ist.

Weiterhin erfasst das WiDO alle auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen angegebenen Diagnosen. Dadurch ist, anders als bei den Daten des BVA, eine zeitliche Zuordnung der Diagnosen zu den Fällen möglich. Jedoch haben alle Diagnosen, die vom behandelnden Arzt bei der Arbeitsunfähigkeit benannt werden, also die Arbeitsunfähigkeit auslösende Haupt- und die eventuellen Nebendiagnosen, denselben Stellenwert. Alle angegebenen Diagnosen werden somit gleichberechtigt in der Auswertung berücksichtigt. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Daten des WiDO aufgrund der spezifischen Versichertenstruktur der AOK nur bedingt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Deutschlands sind. So weisen die AOKn einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Mitgliedern aus dem gewerblichen Bereich auf, während Angestellte unter den Mitgliedern eher unterrepräsentiert sind.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Erhebungen des WiDO auf Langzeitarbeitsunfähigkeitsdaten und nicht auf Krankengelddaten basieren. Deswegen sind die Auswertungen nur zum Teil mit denen der vorherig genannten Datenquellen vergleichbar. Der vom WiDO durchgeführte Abgleich zwischen den aggregierten Fallzahlen des Krankengeldbezugs und den Langzeitarbeitsunfähigkeitsfällen für AOK-Mitglieder zeigt, dass Unterschiede nach Alters- und Geschlechtsgruppen bestehen. Die Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle erreichen insgesamt 80 % aller gemeldeten Krankengeldfälle pro Jahr. Bei den Langzeitarbeitsunfähigkeitsfällen können die faktischen Krankengeldfälle einerseits unterschätzt werden, da nur kontinuierliche Arbeitsunfähigkeitsfälle berücksichtigt werden und Fälle mit Unterbrechung unter Umständen nicht berücksichtigt werden. Andererseits können die faktischen Krankengeldfälle ebenso überschätzt werden, da nicht jede Langzeitarbeitsunfähigkeit automatisch zu einem Krankengeldfall wird. Trotzdem erscheint es zulässig, basierend auf den Veränderungen der erfassten Diagnosen von spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppen über die Jahre auch eine Ableitung auf die gleichlaufenden Veränderungen bei den Diagnosen der Krankengeldfälle vorzunehmen.

⁵⁰ Die periodenbasierte, jahresübergreifende Betrachtung führt tendenziell zu einer Überschätzung der Anzahl von Fällen (z. B. eines ICD-Kapitels) mit langen durchschnittlichen Falldauern, da diese mehrfach gezählt werden. Da diese Fälle in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben, nimmt auch das Risiko der Überschätzung in den letzten Jahren zu.

⁵¹ Siehe dazu auch die Beschreibung der Erhebungsmethodik und der Daten in den AOK-Fehlzeiten-Reporten 2001 bis 2015 (WiDO 2015).

Der Mehrwert der Langzeitarbeitsunfähigkeitsdaten liegt vor allem in der Darstellung von alters- und geschlechtsspezifischen Diagnosen zum Eintritt eines Langzeitarbeitsunfähigkeitsfalls für den längeren Zeitraum ab 2000, also vor 2007, dem Jahr des Beginns des stetigen Anstiegs der Krankengeldausgaben.

4.5 Individualdaten der Barmer GEK

Zur Durchführung multivariater Regressionsanalysen zur Identifikation von Auswirkungen des Alters, Geschlechts und der Morbidität auf die Entwicklung des Krankengelds wurden dem Rat anonymisierte Individualdaten der Krankengeldbeziehenden der Barmer GEK zugänglich gemacht. Die Barmer GEK-Daten haben den Vorteil, dass Krankengeldfälle und Krankengeldberechtigte für die Jahre 2010 bis 2014 auf der Individualebene zur Verfügung stehen und jahresübergreifend zurückverfolgt werden können. Somit sind Auswertungen nach Alter und Geschlecht der Barmer GEK-Krankengeldbeziehenden möglich. Um die Auswertungen mit anderen beschriebenen Datenquellen vergleichen zu können, wurden die Fälle dem Jahr zugerechnet, in dem sie abgeschlossen wurden. Die Falldauer wird dabei unabhängig von etwaigen Unterbrechungen der Zahlung durch die Kasse (z. B. während Zeiten der Rehabilitation) als Gesamtdauer des Falls bestimmt. Dabei ist zu beachten, dass die Falldauer bei abgeschlossenen Fällen lediglich 2012 bis 2014 genutzt werden konnte, da in den Jahren 2010 und 2011 Fälle mit Beginn im Jahr 2008 bzw. 2009 abgeschlossen wurden⁵², weshalb der Anteil aus diesen Jahren im Datensatz fehlt. Bei inzidenten Fällen kann die Falldauer lediglich für die Jahre 2010 bis 2012 genutzt werden, da 2013 und 2014 begonnene Fälle ggf. erst in 2015 bzw. 2016 enden.

Weiterhin erlauben die Individualdaten der Barmer GEK, dass jedem Fall eine einzelne Anlassdiagnose als Hauptdiagnose zugeordnet werden kann und somit eine additive Betrachtung von Krankengeldfällen, -ausgaben und -tagen für mehrere ICD-Codes möglich ist.

Bei den Analysen der Barmer GEK-Krankengelddaten stellt sich die Frage nach der Repräsentativität. Einen Hinweis auf die Repräsentativität der Zahlen gibt der Barmer GEK-Report „Krankenhaus 2015“, in dem Rückenschmerzen thematisiert werden. In dem Report werden Hochrechnungen aus Barmer GEK-Daten mit Auswertungen des Statistischen Bundesamts hinsichtlich der Gesamtbevölkerung von 2006 bis 2013 verglichen (Diagnosen M48, M51, M54)⁵³. Es ergeben sich annähernd identische Ergebnisse: Im Mittel würden die Gesamtfallzahlen durch die Fallzahlen der Barmer GEK um 2,4 % unterschätzt. Auch die zeitlichen Entwicklungen verlaufen relativ identisch (Bitzer et al. 2015). Insgesamt kann, auf der Basis der verfügbaren Daten sowie der gewählten methodischen Ansätze der deskriptiven und analytischen Auswertungen, von einer hinreichenden Repräsentativität der Barmer GEK-Daten ausgegangen werden.

⁵² Krankengeldfälle dauern bei Wechsel der Diagnose unter Umständen länger als 78 Wochen.

⁵³ M48: „Sonstige Spondylopathien“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; M54: „Rückenschmerzen“.

4.6 Übersicht zu den bedeutendsten Stärken und Limitationen der verwendeten Datenquellen

Die Tabelle 5 bietet einen vergleichenden Überblick über die verfügbaren Informationen der im Gutachten genutzten Datenquellen.

	BMG	BVA ¹⁾	Krankenkassen	WIdO ²⁾
Zeitraum	1973–2014	2009–2014	2009–2014 ³⁾	2000–2014
Ausgaben	X	X	X	X
Fälle	X	X	X	X
Bezugsdauer/-tage	X		X	X
Alter		X	X	X
Geschlecht	X ⁴⁾	X	X	X
Indikationen		X ⁵⁾	X	X
Separate Darstellung des Kinderkrankengelds	X		X	
Region		Bereitstellung durch das DIMDI (2009 und 2011)	nur für die Barmer GEK	
Tätigkeit der Versicherten				X
Versichertenstatus	X		X	

Tabelle 5: Überblick über die verfügbaren Informationen aus den verschiedenen Datenquellen

- 1) Nur Krankengeldbeziehende.
- 2) Nur Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle.
- 3) Ab 2009 nur für einen Teil der Krankenkassen.
- 4) Nur für einzelne Parameter.
- 5) Nur Jahresprävalenzen.

Quelle: eigene Darstellung

Die Tabelle 6 fasst noch einmal die bedeutendsten Stärken und Limitationen der verschiedenen Datenquellen, die für das Gutachten zur Verfügung standen, zusammen.

	Relevante Stärken	Relevante Limitationen
Amtliche Statistik des BMG	<ul style="list-style-type: none"> – Sehr lange Zeitreihe aller Krankengeldfälle und -tage seit 1973 – Darstellung von Fällen und Dauer möglich – Darstellung Kinderkrankengeld möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben zum Alter der Krankengeldbeziehenden – Keine Angaben zu Diagnosen
BVA-Daten des Morbi-RSA	<ul style="list-style-type: none"> – Vollständiger Datensatz der GKV-Versicherten – Regionale Daten über das DIMDI für 2009 und 2011 	<ul style="list-style-type: none"> – Nur Jahresprävalenzen der Beziehenden ohne Bezug zum Krankengeldfall (d. h. keine Anlassdiagnosen) – Nur behelfsmäßige Trennung von Kinderkrankengeld und Krankengeld möglich – Keine Trennung von Fällen und Dauer möglich
Krankenkassen-daten	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung von Fällen und Dauer möglich – (gewichtete) Mittelwerte über 8 Kassen unterschiedlicher Kassenarten möglich → ca. 14 Millionen Mitglieder – Teilw. einzelne Anlassdiagnosen 	<ul style="list-style-type: none"> – Unterschiedliche Algorithmen der Kassen (Anlassdiagnosen vs. Mehrfachdiagnosen) – Relativ kurze Zeitreihe
WIdO-Daten	<ul style="list-style-type: none"> – Lange Zeitreihe 2000–2014 – Informationen zur Branchenzugehörigkeit der Mitglieder 	<ul style="list-style-type: none"> – Langzeitarbeitsunfähigkeit statt Krankengeld – Ausschließlich AOK-Mitglieder – Zurechnung auf mehrere Jahre führt bei Darstellung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Fällen zu Mehrfacherfassung bei Fällen mit langer Dauer
Barmer GEK-Daten	<ul style="list-style-type: none"> – Darstellung von Fällen und Dauer möglich – Daten von individuellen Krankengeldbeziehenden mit Alter, Geschlecht und Anlassdiagnose 	<ul style="list-style-type: none"> – Ausschließlich Barmer GEK-Mitglieder – Relativ kurze Zeitreihe

Tabelle 6: Übersicht über die wichtigsten Stärken und Limitationen der einzelnen Datenquellen

Quelle: eigene Darstellung

4.7 Vorschläge des Rats zur Verbesserung der Datengrundlage

Die Datenerhebung bei den Krankenkassen durch den Rat ergab sehr unterschiedliche Formate der Datenspeicherung von krankengeldbezogenen Daten, z. B. bezüglich der ICD-Codes. Diese Unterschiedlichkeit erschwert eine Interpretation – insbesondere bei einer Aggregation von Daten mehrerer Kassen – bzw. macht sie zum Teil unmöglich. Eine einheitlichere Erhebung bzw. Speicherung ist vor allem dann zu empfehlen, wenn zukünftig tiefergehende Analysen der Krankengeldausgaben- und -fallentwicklungen sowie ihrer morbiditätsbedingten Ursachen erfolgen sollen.

Um eine solche Vereinheitlichung der Daten umzusetzen, schlägt der Rat verschiedene Maßnahmen vor. In einem ersten Schritt sollten die Bescheinigungen für Arbeitsunfähigkeit so umgestaltet werden, dass nur noch die Angabe einer einzigen die Arbeitsunfähigkeit begründenden Hauptdiagnose als ICD-Code (ICD-10-Viersteller) vorgesehen ist.⁵⁴ Dies kann neben einer Präzisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch zum Abbau unnötigen Aufwands aufseiten der Leistungserbringer beitragen.

Weiterhin wäre eine Differenzierung der durch die amtlichen Statistiken des BMG erhobenen Daten nach Alter der Krankengeldbeziehenden von Vorteil.

Zusätzlich sind kassenseitig weitergehende Standardisierungen vorstellbar und wünschenswert, die speziell die Auswertbarkeit mit Blick auf zukünftige Analysen der Ursachen der Entwicklung von Krankengeldausgaben optimieren würden. Ein Beispiel ist die Zuordnung zentraler Kennzahlen (Krankengeldfälle, -ausgaben und -tage; ICD-Codes) zu dem Jahr, in dem der jeweilige Fall abgeschlossen wurde.

⁵⁴ Zum 1. Januar 2016 wird ein neues Arbeitsunfähigkeitsformular eingeführt werden, das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband erarbeitet wurde. Dieses sieht unter anderem eine genauere Bezeichnung der Felder für die arbeitsunfähigkeitsbegründenden Diagnosen vor (der Charakter „arbeitsunfähigkeitsbegründend“ wird betont). Zudem sind die Felder an die Eingabe von ICD-Codes angepasst. Dies kann die kausale Zuordnung von Diagnosen zu einem Arbeitsunfähigkeitsfall bereits verbessern. Anders als bei dem bewusst auf eine weitere Vereinfachung und Klarstellung abzielenden Vorschlag des Rats ist dabei allerdings weiterhin die Angabe von gegebenenfalls mehreren arbeitsunfähigkeitsbegründenden Diagnosen vorgesehen und damit die eindeutige Zuordnung eingeschränkt.

4.8 Literatur

Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S. und Lorenz, C. (2015): Barmer GEK Report Krankenhaus 2015, Asgard, St. Augustin.

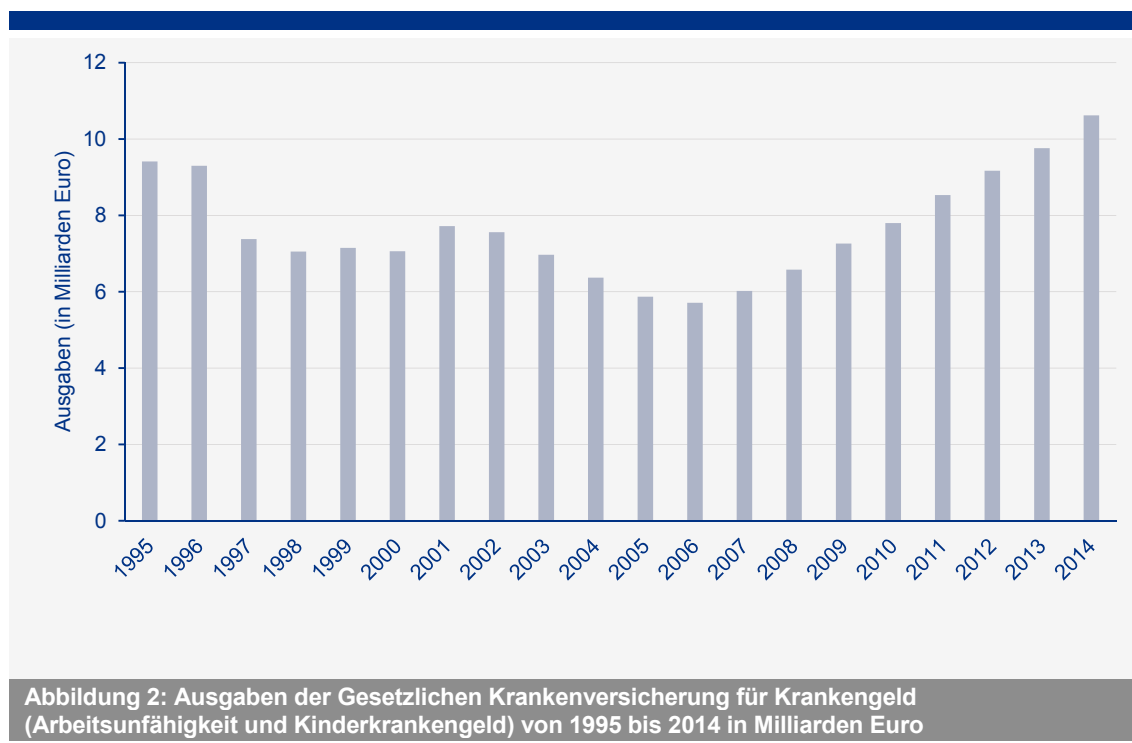
WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2015): Fehlzeiten-Report: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, www.wido.de/fzreport.html (Stand: 20. November 2015).

Teil II: Die Ausgaben für Krankengeld

5 Die Ausgaben für Krankengeld: Entwicklung und mögliche Ursachen

5.1 Die Krankengeldausgaben von 1995 bis 2014

Im Jahr 2014 beliefen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeld (inkl. Kinderkrankengeld) auf 10,6 Milliarden Euro und erreichten damit in absoluten Zahlen einen für Deutschland vorläufigen Höchststand. Gemessen an den gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprach diese Summe einem Anteil von 5,5 %. 20 Jahre zuvor, im Jahr 1995, lagen die Krankengeldausgaben im Vergleich dazu mit 9,4 Milliarden Euro zwar noch unter dem aktuellen Stand, gleichzeitig übertraf ihre relative Bedeutung innerhalb der Leistungsausgaben mit 8 % deutlich das aktuelle Niveau (Abbildung 2, Tabelle 7).



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KJ 1

Jahr	Leistungsausgaben gesamt		Krankengeldausgaben		
	in Milliarden Euro	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	in Milliarden Euro	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Als Anteil an den Leistungsausgaben in Prozent
1995	116,99	5,33	9,41	15,63	8,04
1996	120,88	3,32	9,30	-1,13	7,69
1997	118,29	-2,15	7,38	-20,63	6,24
1998	120,12	1,55	7,05	-4,57	5,87
1999	123,21	2,57	7,15	1,4	5,80
2000	125,94	2,22	7,06	-1,23	5,61
2001	130,63	3,73	7,72	9,33	5,91
2002	134,33	2,83	7,56	-2,02	5,63
2003	136,22	1,41	6,97	-7,77	5,12
2004	131,16	-3,72	6,37	-8,69	4,86
2005	134,85	2,81	5,87	-7,84	4,35
2006	138,68	2,84	5,71	-2,72	4,12
2007	144,43	4,15	6,02	5,42	4,17
2008	150,90	4,48	6,58	9,41	4,36
2009	160,40	6,29	7,26	10,25	4,53
2010	164,96	2,85	7,80	7,44	4,73
2011	168,74	2,29	8,53	9,39	5,06
2012	173,15	2,61	9,17	7,52	5,30
2013	182,75	5,54	9,76	6,40	5,34
2014	193,63	5,95	10,62	8,81	5,48

Tabelle 7: Leistungsausgaben und Krankengeldausgaben der GKV von 1995 bis 2014

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KJ 1

Wird die Entwicklung der Ausgaben innerhalb der GKV in den letzten 20 Jahren betrachtet, so stiegen die Leistungsausgaben – mit Ausnahme der Jahre 1997 und 2004 – kontinuierlich, während sich die Ausgaben für das Krankengeld nicht linear, sondern mit wechselnden Auf- und Abschwüngen entwickelten.⁵⁵

Um dem bereits seit Anfang der 1990er Jahre zu beobachtenden kontinuierlichen Anstieg der Krankengeldausgaben entgegenzuwirken, entschloss sich der Gesetzgeber mit dem 1997 in Kraft getretenen Beitragsentlastungsgesetz zu einschneidenden Maßnahmen und kürzte die Höhe des Krankengelds von 80 % auf 70 % des Bruttoentgelts. Infolge dieser Kürzungen fielen die absoluten Ausgaben für das Krankengeld für 1997 im Vergleich zum Vorjahr um 20,6 %. Gleichzeitig nahm der relative Anteil an den Gesamtleistungsausgaben der GKV von 7,7 % auf 6,2 % ab. Der bereits ab 1996 zu beobachtende fallende Ausgabentrend setzte sich nach mehreren Schwankungen 2001 fort und dauerte bis 2006 an. Seitdem sind die Ausgaben für das Krankengeld wieder kontinuierlich gestiegen. Sie übertrafen 2013 erstmals das Niveau von 1995. In Bezug auf die Leistungsausgaben der GKV blieben die Anteile des Krankengelds allerdings weiterhin hinter denen der 1990er Jahre zurück. Einen historischen Höchststand erreichten die Krankengeldausgaben mit 10,6 Milliarden Euro im Jahr 2014, ohne jedoch den Anteil an den Leistungsausgaben der GKV zu erreichen, den sie in den 1990er und frühen 2000er Jahren einnahmen.

Die Höhe der absoluten Ausgaben für Krankengeld errechnet sich aus drei Größen:

1. aus der Anzahl der Krankengeldfälle,
2. aus der durchschnittlichen Dauer des Krankengeldbezugs und
3. aus der Höhe des durchschnittlichen Zahlbetrags pro Tag, der sich an der Höhe des Arbeitsentgelts festmacht.

Daraus folgt:

Krankengeldausgaben = Krankengeldfälle x Krankengeldtage je Fall x Zahlbetrag pro Tag

Dabei bilden Fälle und Krankengeldtage pro Fall die Mengenkomponente und der tägliche Zahlbetrag die Preiskomponente der Krankengeldausgaben.

Eine Analyse, die die maßgeblichen Faktoren für Abfall und Anstieg der Krankengeldausgaben untersucht, muss daher zunächst die Entwicklung dieser drei Größen beschreiben, bevor sie mögliche weitere Einflussfaktoren – wie z. B. Geschlecht, Alter, spezifische Morbidität⁵⁶ oder den Versichertenstatus von Krankengeldbeziehenden – in den Blick nehmen kann. Im Folgenden sollen dabei Krankengeldzahlungen in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldzahlungen bei Betreuung eines erkrankten Kindes separat analysiert werden (vgl. Kapitel 5.3), da beiden jeweils eine andere Systematik zugrunde liegt. Zudem besitzen die Krankengeldausgaben, die auf Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen sind, in quantitativer Hinsicht ein erheblich größeres Gewicht, sodass sich die Betrachtung der Einflussfaktoren des Anstiegs des Krankengelds auch primär hierauf konzentriert. Die weiteren Ausführungen fokussieren sich auf den Zeitraum nach der Gesetzesänderung im Jahr 1996.

⁵⁵ Für die Jahre bis 2001 wurden D-Mark-Beträge mit dem Wechselkurs von 1 DM = 0,51129 EURO umgerechnet.

⁵⁶ Spezifische Morbidität bezeichnet hier Morbidität, die nicht durch Alter und Geschlecht erklärt wird.

5.2 Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit

5.2.1 Die Ausgabenentwicklung

Das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit macht mit 10,4 Milliarden Euro etwa 98 % aller Krankengeldausgaben aus und determiniert, im Vergleich zu den Ausgaben für die Betreuung des erkrankten Kindes mit nur 2 %, die bereits beschriebene Ausgabenentwicklung.⁵⁷



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KJ 1

So sanken die Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit von 2001 bis 2006 um jährlich durchschnittlich 5,9 % auf ein Niveau von 5,6 Milliarden Euro ab (Abbildung 3), seitdem jedoch stieg das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit (ohne Kinderkrankengeld) wieder mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 8 % an.

⁵⁷ In den Ausgaben berücksichtigt sind Nachzahlungen und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen sowie Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld, d. h. die anteiligen Beiträge zur Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung, welche die Krankenkassen für ihre Versicherten abführen (BMG, KJ 1). Unter einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch wird in der Rechtsprechungspraxis der Schadensersatzanspruch eines Versicherten gegenüber einem Sozialversicherungsträger verstanden. Er entsteht, wenn der Sozialversicherungsträger seine Pflichten zur Aufklärung, Beratung oder Auskunft verletzt hat und dem Versicherten ein Nachteil daraus entstanden ist. Gerichtliche Verfahren zum Krankengeld werden z. B. dann geführt, wenn zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse streitig ist, ob für einen bestimmten Zeitraum ein Anspruch auf Krankengeld bestanden hat.

5.2.2 Krankengeldberechtigte und Krankengeldfälle

Vergleicht man die Entwicklung der Fallzahl mit der Entwicklung der Krankengeldausgaben, so zeigt sich ein ähnlicher Verlauf (s. Tabelle 7). Mit ca. 2 Millionen Fällen pro Jahr blieben die Fallzahlen bis 2001 weitgehend stabil. In den folgenden Jahren nahmen sie stark ab. Ihren Tiefstand erreichte diese Entwicklung im Jahr 2006 mit 1,4 Millionen Krankengeldfällen. Seitdem sind die Fallzahlen erneut gestiegen, ohne jedoch das hohe Niveau der späten 1990er Jahre zu erreichen.

Voraussetzung für den Bezug von Krankengeld bilden eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit und eine Anspruchsberechtigung auf Krankengeld bei der GKV. Die Entwicklung der Krankengeldfälle ist durch die Zahl der Anspruchsberechtigten beeinflusst, die sich durch konjunkturelle, arbeitsmarktpolitische oder sonstige sozialpolitische Effekte verändert. Eine Übersicht über die Entwicklung der Krankengeldberechtigten⁵⁸ und der Krankengeldfälle⁵⁹ zeigt die Effekte dieser verschiedenartigen Ursachen (Tabelle 8). Im Allgemeinen folgt die Zahl der Krankengeldberechtigten dem Verlauf der Mitgliederentwicklung in der GKV. Auffällig ist der starke Rückgang in den Jahren 2005 und 2006, der auf die Einführung der sogenannten Hartz-Reformen zurückzuführen ist. Durch die Reformen wurde der Krankengeldanspruch von Arbeitslosen auf den Personenkreis der Arbeitslosengeld I (ALG I)-Empfänger eingegrenzt und die Bezugsdauer des Arbeitslosengelds verkürzt. Parallel zur steigenden Zahl der GKV-Mitglieder vergrößerte sich die Anzahl der Anspruchsberechtigten ab 2007. Dies ist größtenteils das Ergebnis einer günstigen Arbeitsmarktsituation. Eine Ausnahme bildet der Rückgang im Jahr 2009, dieser lässt sich auf die Änderung des gesetzlichen Krankengeldanspruchs für Selbstständige, unständig Beschäftigte sowie für Künstler und Publizisten zurückführen.⁶⁰

⁵⁸ In der amtlichen KM 1-Statistik wird die Gesamtzahl der Krankengeldberechtigten erst seit 2011 gesondert erhoben. Alternativ kann sie für die Jahre 1997 bis 2014 als Summe der Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung sowie der Arbeitslosen näherungsweise errechnet werden. Mit Rücksicht auf die jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen wurden bis 2004 alle krankenversicherten Arbeitslosen und seit 2005 Arbeitslose nach dem SGB III (ALG I-Empfänger) eingeschlossen. Unter den freiwilligen Mitgliedern wurde außerdem die bis 2008 bestehende Anspruchsgruppe der freiwilligen Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld vor Ablauf von sechs Wochen herangezogen. Nicht berücksichtigt wurden die – seit 2011 miterfassten – Pflichtmitglieder ohne Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen, mitarbeitende Familienangehörige, Rehabilitanden sowie selbstständige Künstler und Publizisten, da sie insgesamt weniger als 1 % der Pflichtmitglieder ausmachen und somit für die weiteren Betrachtungen als vernachlässigbar angesehen werden können.

⁵⁹ Als Leistungsfälle werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Fälle geführt (BMG, KG 2).

⁶⁰ Die Regelung der Wahltarife bestand von Januar 2009 an nur für acht Monate. Ab August 2009 hatten Selbstständige wieder die Möglichkeit, sich für einen Krankengeldtarif zu entscheiden.

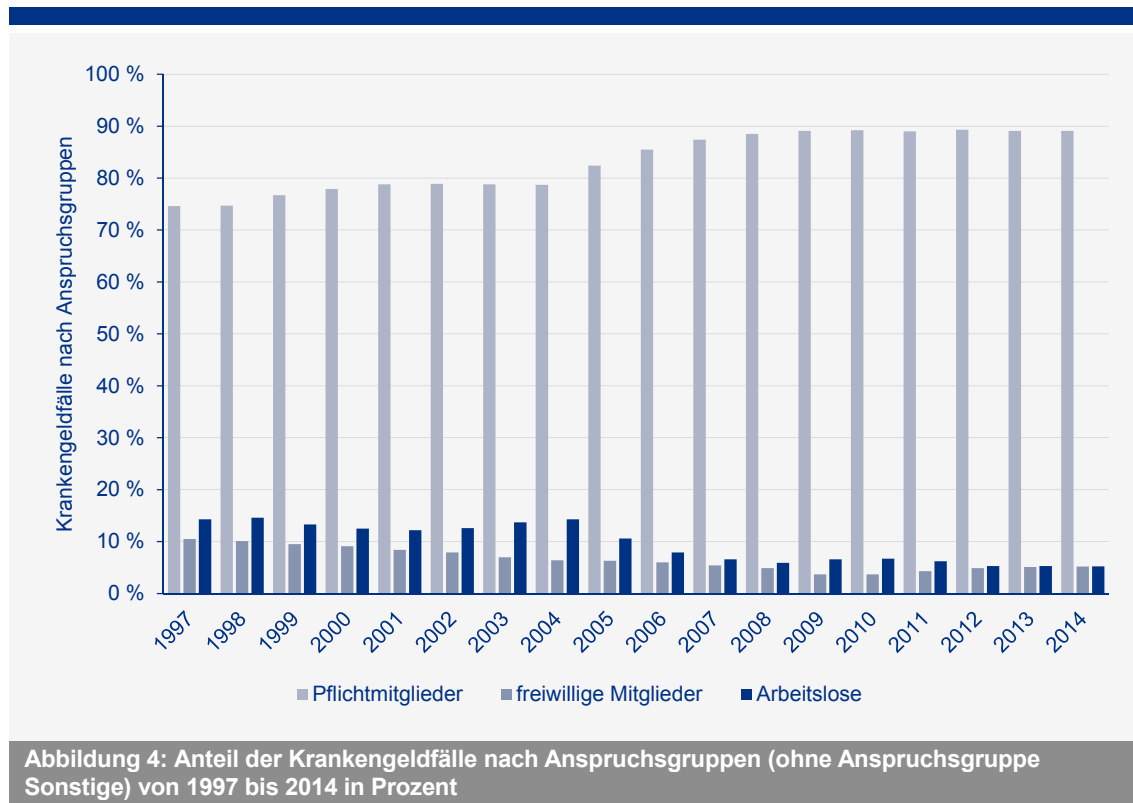
Jahr	Krankengeld- berechtigte	Veränderung zum Vorjahr (%)	Kranken- geldfälle	Veränderung zum Vorjahr (%)	Krankengeld- fälle je 100 Anspruchs- berechtigte	Veränderung zum Vorjahr (%)
1997	31 531 117	-1,6	2 035 303	-8,5	6,5	0,0
1998	31 149 202	-1,2	2 002 427	-1,6	6,4	-0,4
1999	31 231 113	0,3	2 083 242	4,0	6,7	3,8
2000	31 163 466	-0,2	2 036 649	-2,2	6,5	-2,0
2001	30 952 803	-0,7	2 003 357	-1,6	6,5	-1,0
2002	30 721 113	-0,7	1 899 437	-5,2	6,2	-4,5
2003	30 265 453	-1,5	1 814 965	-4,4	6,0	-3,0
2004	29 901 648	-1,2	1 644 613	-9,4	5,5	-8,3
2005	26 941 362	-9,9	1 426 920	-13,2	5,3	-3,7
2006	26 645 962	-1,1	1 394 308	-2,3	5,2	-1,2
2007	26 817 507	0,6	1 450 590	4,0	5,4	3,4
2008	27 186 601	1,4	1 521 531	4,9	5,6	3,5
2009	27 068 773	-0,4	1 520 938	0,0	5,6	0,4
2010	27 332 568	1,0	1 608 842	5,8	5,9	4,8
2011	27 736 105	1,5	1 683 468	4,6	6,1	3,1
2012	28 334 434	2,2	1 771 072	5,2	6,3	3,0
2013	28 755 480	1,5	1 752 225	-1,1	6,1	-2,5
2014	29 266 323	1,8	1 814 318	3,5	6,2	1,7

Tabelle 8: Anspruchsberechtigte und Krankengeldfälle in der GKV von 1997 bis 2014

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

Gleichgerichtet zur Anzahl der Krankengeldberechtigten sank und stieg auch die Zahl der Krankengeldfälle. Es fällt jedoch auf, dass seit 2007 die Fallzahlen in stärkerem Maße angewachsen sind, als dies aufgrund der Entwicklung bei den Anspruchsberechtigten zu erwarten gewesen wäre. Entsprechend nahm die Anzahl der Anspruchsberechtigten, die tatsächlich Krankengeld bezogen, von fünf im Jahr 2006 auf sechs je 100 Anspruchsberechtigte im Jahr 2014 zu. Dieser Anstieg folgte einer Phase des kontinuierlichen Rückgangs, der nach 2001 einsetzte. Zuvor lag die Inanspruchnahme bei nahezu konstanten Werten bei ca. 6,5 Krankengeldfälle je 100 Anspruchsberechtigte (Tabelle 8). Da seit den gesetzlichen Änderungen von 2005/2006 und 2009 die größte Anspruchsgruppe der Pflichtmitglieder – d. h. Arbeitnehmer unterhalb der Versicherungspflichtgrenze – fortdauernd an Gewicht gewann (Abbildung 4), dürften konjunkturelle Ab- und Aufschwünge am Arbeitsmarkt hier ebenfalls ihren Niederschlag gefunden haben. Gleichzeitig wurden durch Änderungen des Rentenrechts die Zugangsmöglichkeiten für ältere (erkrankte) Arbeitnehmer, vorgezogene

Rentenleistungen in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt. Inwieweit der Anstieg der Krankengeldfälle ab 2007 auch auf diese exogenen Faktoren der Sozialpolitik und des Arbeitsmarkts zurückzuführen ist, wird im Folgenden noch in Kapitel 5.2.6 ausführlicher diskutiert.



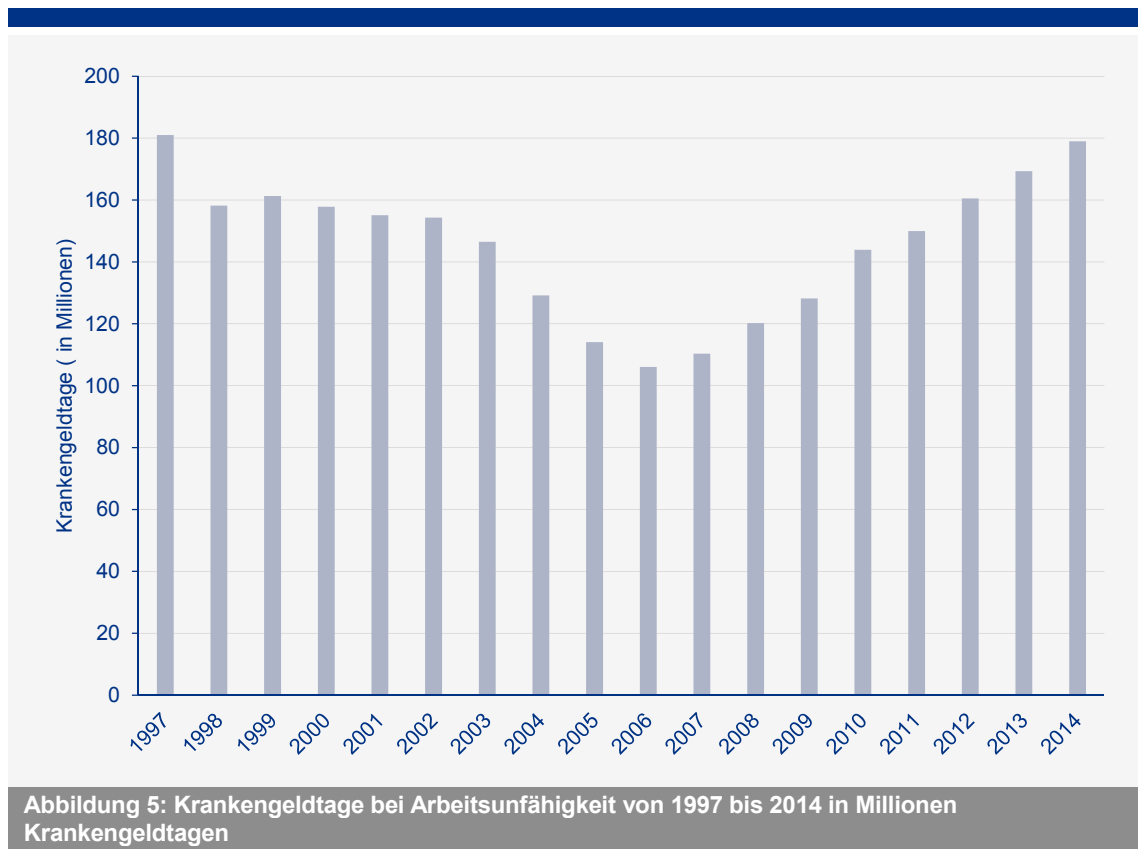
Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass das seit 2007 zu verzeichnende Ausgabenwachstum des Krankengelds sowohl auf einen Anstieg der Krankengeldberechtigten als auch auf eine erhöhte Inanspruchnahme zurückzuführen ist. Diese These wird auch durch die vom Bundesversicherungsamt (BVA) zur Verfügung gestellten Auswertungen bestätigt. Aufgrund von Unterschieden in der Methodik der Datenerfassung und -auswertung liegen die Zahlen des BVA leicht über denen der amtlichen Statistiken.⁶¹ Danach betrug die Anzahl der Krankengeldfälle wegen Arbeitsunfähigkeit pro Anspruchsjahr 5,9 im Jahr 2009, 6,2 im Jahr 2010, 6,5 im Jahr 2011, 6,7 im Jahr 2012, 6,8 im Jahr 2013 und 7,0 im Jahr 2014.

⁶¹ Die Daten unterscheiden sich von den amtlichen Statistiken darin, dass anstelle von abgeschlossenen Krankengeldfällen die Zahl der Versicherten erfasst wird, die im Berichtsjahr mindestens einmal Krankengeld erhalten haben. Grundsätzlich wird dabei nicht zwischen Krankengeldzahlungen in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit und solchen bei Betreuung eines kranken Kindes unterschieden. Um zu einer gesonderten Betrachtung zu gelangen, wurden für das hier vorgelegte Gutachten Fälle, bei denen es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Kinderkrankengeldfälle handelt (Alter der Krankengeldbeziehenden < 45 Jahre und Auszahlungsbetrag < 500 Euro, vgl. Kapitel 5.3 zum Kinderkrankengeld) gefiltert und von der Gesamtzahl der Krankengeldbeziehenden abgezogen. Angaben zu den Krankengeldberechtigten erfolgen – ebenfalls anders als in den amtlichen Statistiken – in Anspruchsjahren. Siehe Kapitel 4 zu näheren Informationen zur Datenlage.

5.2.3 Bezugsdauer des Krankengelds

Die Höhe der jährlichen Krankengeldausgaben wird neben der Fallzahl auch von der Anzahl der Zahltage im Krankengeldbezug je Fall – d. h. durch die Falldauer – bestimmt. In absoluten Zahlen verlief die Entwicklung der Zahltage im Krankengeldbezug gleichförmig zu derjenigen der Krankengeldausgaben und Krankengeldfälle (Abbildung 5). 2014 wurde der vorherige Höchststand von 180,9 Millionen im Jahr 1997 mit 179 Millionen Zahltagen annähernd wieder erreicht.⁶²



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Die Verteilung auf Anspruchsgruppen (Abbildung 6) zeigt ein ähnliches Bild wie bei den Krankengeldfällen. Auch hier ist der Anteil der Pflichtmitglieder aufgrund der gesetzlichen Zugangsbeschränkungen für Arbeitslose in den Jahren 2005/2006 und der Neuregelung für Selbstständige, unständig Beschäftigte sowie Künstler und Publizisten im Jahr 2009 im letzten Jahrzehnt angestiegen. Mit Werten knapp an die 90 % entfällt die Mehrzahl aller Krankengeldtage auf Pflichtmitglieder, d. h. auf angestellte Arbeitnehmer mit einem Erwerbseinkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze⁶³.

⁶² In der amtlichen Statistik werden Krankengeldtage jeweils mit den im Berichtsjahr abgeschlossenen Fällen verknüpft ausgewiesen (BMG, KG 2). Das BVA erfasst hingegen keine Daten zur Falldauer. Die Auswertung muss sich daher ausschließlich auf die amtlichen Statistiken stützen.

⁶³ Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze lag im Jahr 2014 bei 53 550 Euro Jahresarbeitsentgelt.

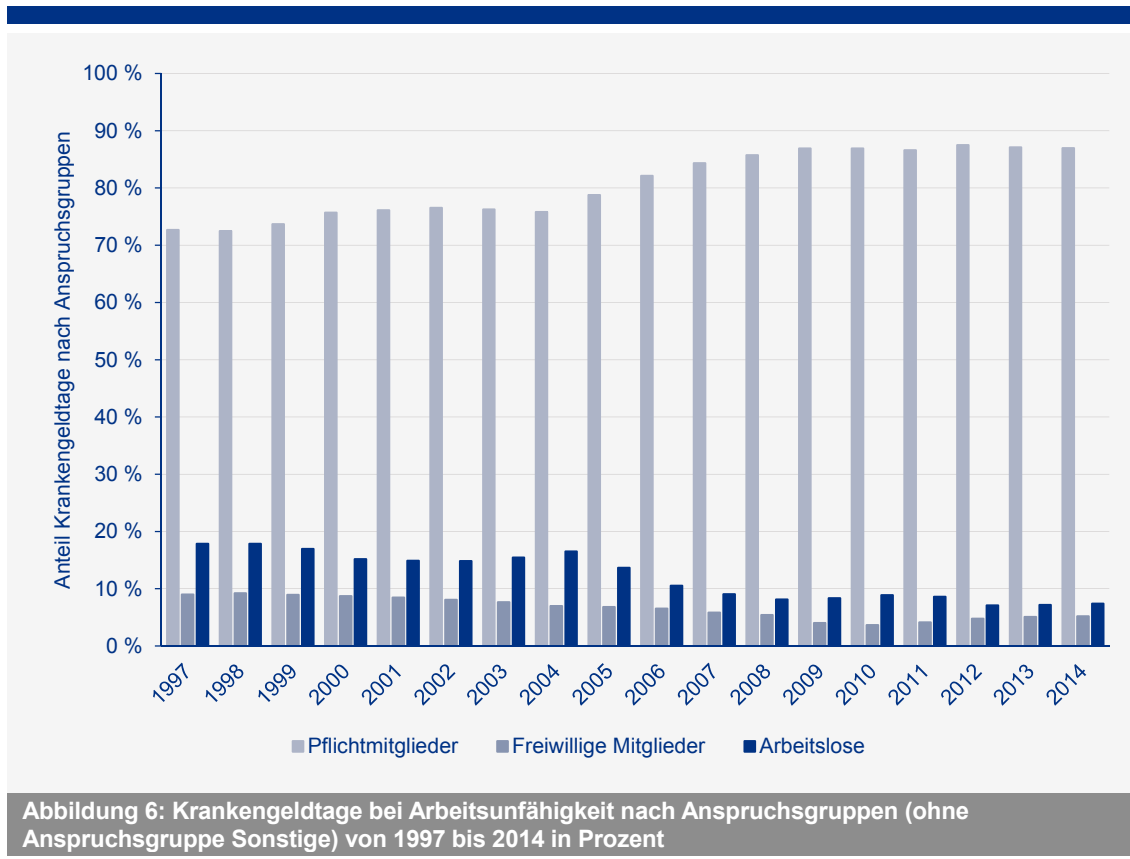
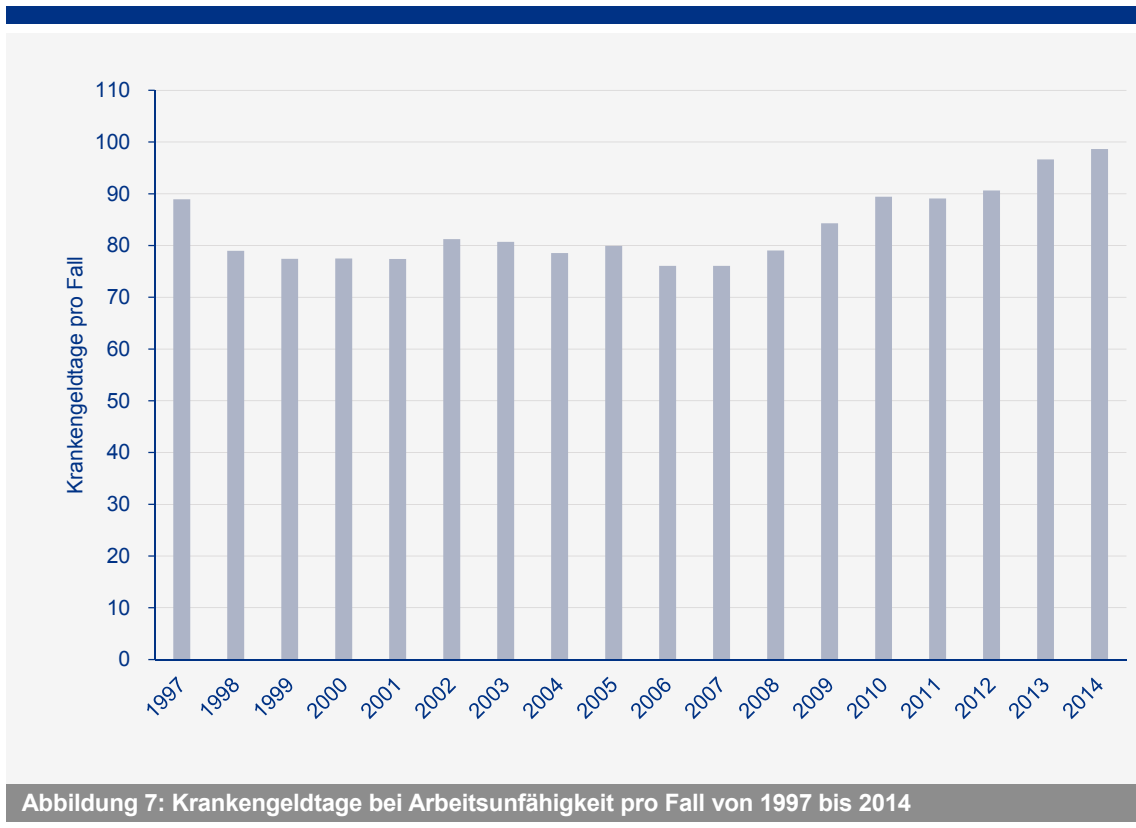


Abbildung 6: Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit nach Anspruchsgruppen (ohne Anspruchsgruppe Sonstige) von 1997 bis 2014 in Prozent

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Da die absolute Zahl der Bezugstage auch von der Anzahl der Krankengeldfälle abhängt, kann die Entwicklung des Krankengelds durch eine fallbezogene Betrachtung noch eingehender interpretiert werden (Abbildung 7). Die durchschnittlichen Falldauern unterlagen seit 1998 nur geringen Schwankungen. Seit 2007 – also im Vergleich zum Anstieg der Anzahl der Krankengeldfälle etwas zeitverzögert – ist auch ein Anstieg der Falldauer zu beobachten. So hat sich die durchschnittliche Dauer eines Krankengeldfalls von 76 Tagen pro abgeschlossenem Fall im Jahr 2007 auf 99 Tage im Jahr 2014 erhöht.

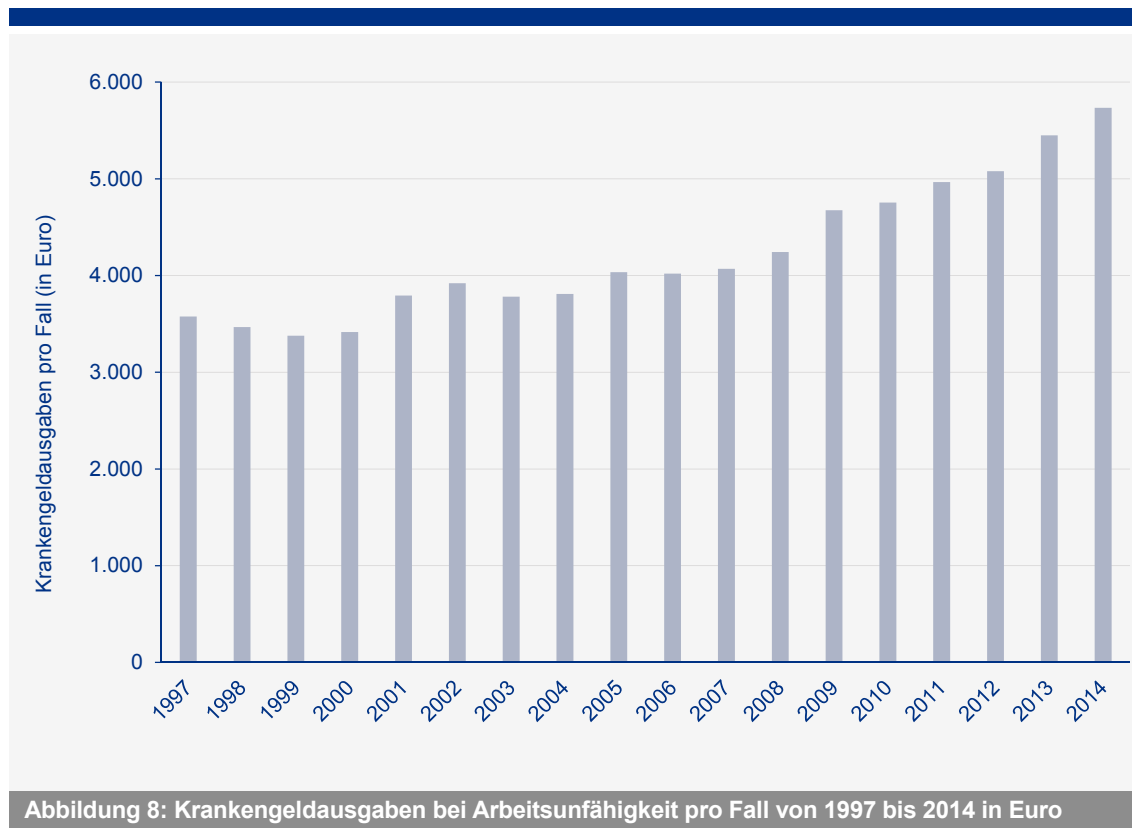


Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

5.2.4 Höhe der Zahlbeträge

Neben der Anzahl der Krankengeldfälle und der Falldauer stellt die Höhe der individuellen Zahlbeträge die dritte Einflusskomponente dar, die es bei einer Analyse der Krankengeldausgaben zu berücksichtigen gilt. Aus den amtlichen Statistiken lässt sich diese Komponente nur näherungsweise als Durchschnittswert der Ausgaben pro Fall und der Ausgaben pro Tag schätzen (BMG, KJ 1 und KG 2). Daten über die tatsächlich zugrunde liegenden Arbeitsentgelte sind dagegen weder in den amtlichen Statistiken noch in denen des BVA zum Risikostrukturausgleich enthalten. Zu beachten ist auch, dass Krankengeldzahlungen durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert sind, da für die Berechnung des Krankengelds Arbeitsentgelte nur bis zur Höhe dieser Grenze berücksichtigt werden. Inwieweit die im Folgenden beschriebenen Durchschnittswerte von weiteren arbeitsmarktrelevanten Faktoren, z. B. dem Anteil von Vollzeit- und Teilzeitarbeitsverhältnissen, beeinflusst werden, lässt sich mithilfe der hier vorliegenden Daten nicht beantworten.

In den Jahren 1997 bis 2014 stiegen die durchschnittlichen Ausgaben, basierend auf den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), für einen Krankengeldfall von 3 575,51 Euro im Jahr 1997 auf 5 734,19 Euro im Jahr 2014 (Abbildung 8) an. Dieser Anstieg lässt sich zu ca. 60 % auf die im Vorherigen beschriebene fortschreitende Verlängerung von Falldauern in den vergangenen zehn Jahren zurückführen.



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

Gleichzeitig stiegen auch die Zahlbeträge pro Tag. So beliefen sich die durchschnittlichen täglichen Zahlbeträge im Jahr 1997 auf 40,21 Euro und im Vergleich dazu im Jahr 2014 auf 58,13 Euro (Abbildung 9). Zu einem wesentlichen Teil dürfte diese Zunahme der allgemeinen Lohnentwicklung zuzuschreiben sein, da die Höhe des Krankengelds von derjenigen des Arbeitsentgelts abhängt. Dies bestätigt ein Vergleich der Entwicklung von Krankengeldausgaben pro Tag und Arbeitnehmerentgelten in Deutschland (Abbildung 10). Die ebenfalls zu erkennenden Abweichungen zwischen Arbeitnehmern im Allgemeinen und Krankengeldbeziehenden im Besonderen dürften auf Unterschiede in der Einkommensstruktur zurückzuführen sein, die aus den Daten der amtlichen Statistiken allein nicht erklärt werden können. So könnte der steilere Anstieg der Krankengeldausgaben mit alters- und geschlechtsspezifischen Merkmalen der Krankengeldbeziehenden im Zusammenhang stehen (s. Kapitel 5.2.8). So kommt eine Untersuchung des BVA für das Jahr 2009 zu dem Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Krankengeldfalls in den höheren Altersgruppen zunimmt und aufgrund des allgemeinen Lohngefüges insbesondere bei den älteren männlichen Krankengeldbeziehern höhere Arbeitsentgelte die Bemessungsgrundlage bilden (Wittmann/Göpfarth 2014). Eine weitere Rolle könnten die Anteile von Vollzeit- und Teilzeitarbeitsverhältnissen, Branchenzugehörigkeit, Tätigkeitsmerkmale sowie andere arbeitsmarkt-relevante Faktoren spielen.

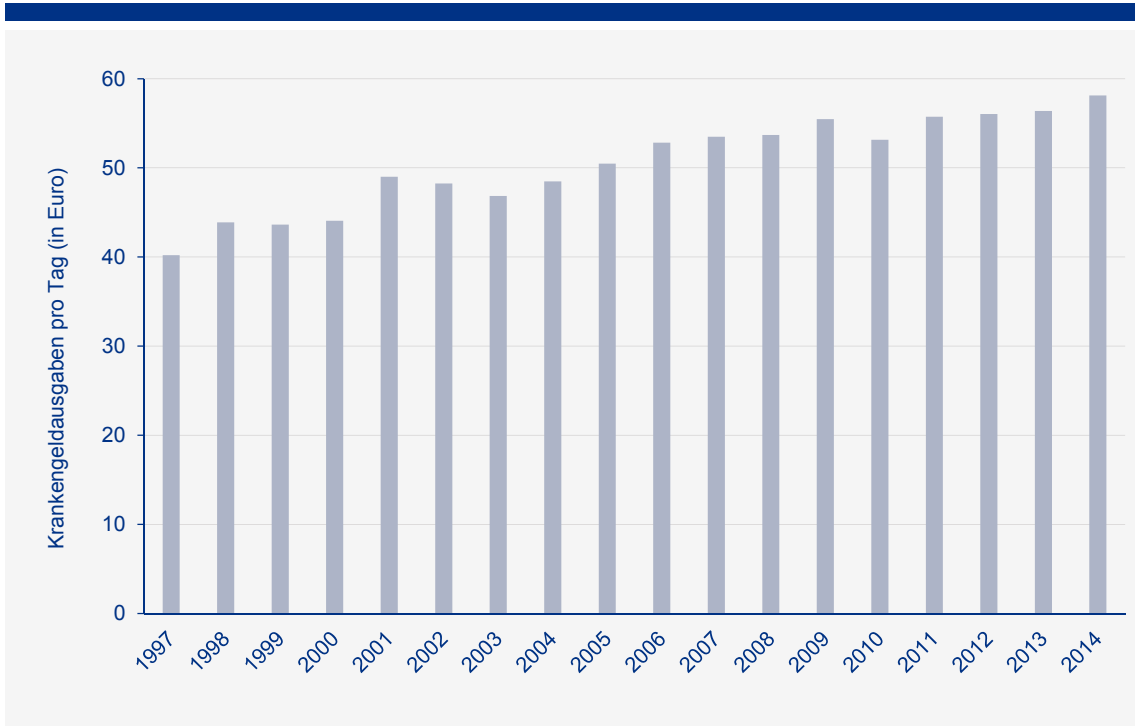


Abbildung 9: Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit pro Tag von 1997 bis 2014 in Euro

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

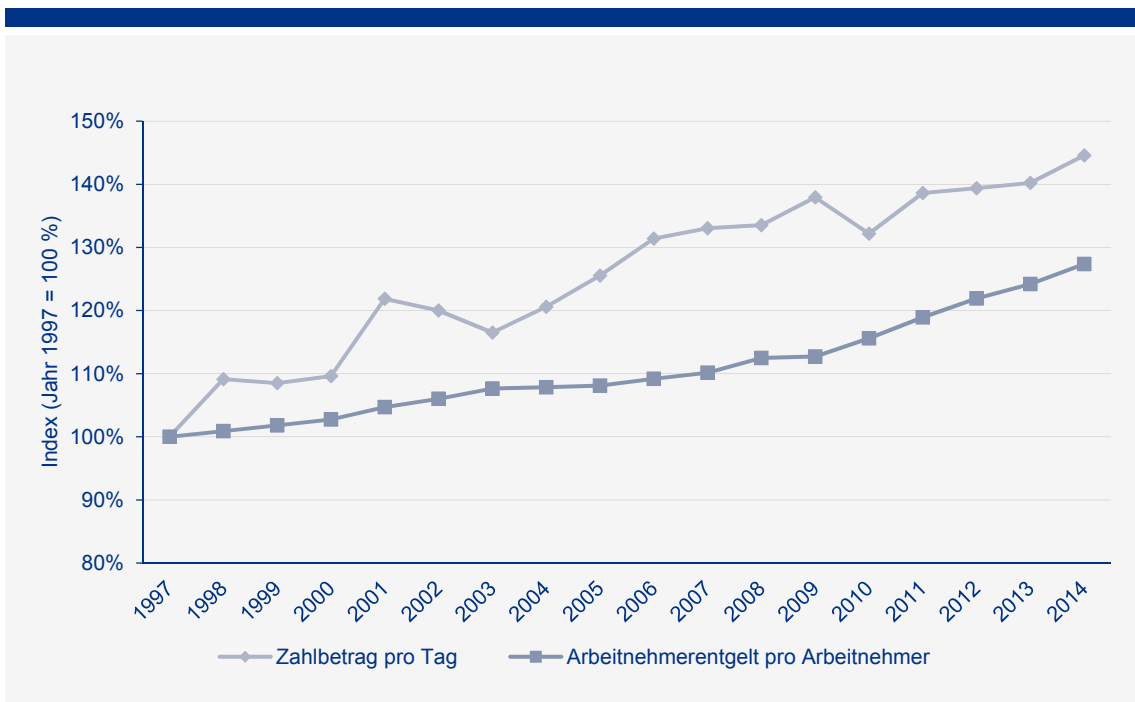


Abbildung 10: Entwicklung des durchschnittlichen Zahlbetrags pro Tag und der Arbeitnehmerentgelte von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997

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

Im Wesentlichen wird der beschriebene Trend eines Ausgabenwachstums bei den durchschnittlichen Krankengeldausgaben pro Tag auch durch die vom BVA bereitgestellten Daten bestätigt: Für das Jahr 2009 lagen sie bei 4 255 Euro pro Krankengeldfall, 2014 bei 4 987 Euro.⁶⁴

5.2.5 Wachstumsrate der Komponenten des Krankengelds

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit in Deutschland seit den gesetzlichen Reformen von 1997 bis zum Jahr 2006 zunächst rückläufig waren und seitdem um durchschnittlich 8 % pro Jahr angewachsen sind. Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass dieses positive Ausgabenwachstum mit einer Mengen- und Preissteigerung korreliert. So hat sich seit dem Jahr 2006 sowohl die Zahl der Anspruchsberechtigten, die Zahl der Fälle und Krankengeldtage pro Fall als auch das Niveau der durchschnittlichen Zahlbeträge erhöht.

Mithilfe einer Dekomposition, d. h. einer tautologischen Zerlegung der Wachstumsrate in einzelne Bestandteile, lässt sich nachvollziehen, zu welchem Anteil das positive Wachstum der Krankengeldausgaben durch diese Bestimmungsfaktoren erklärt werden kann:

$$\text{Krankengeld-} \\ \text{ausgaben} = \frac{\text{Fall}}{\text{krankengeld-} \\ \text{berechtigte Mitglieder}} \times \frac{\text{krankengeld-} \\ \text{berechtigte}}{\text{Mitglieder}} \times \frac{\text{Tage}}{\text{Fall}} \times \frac{\text{Zahlbetrag}}{\text{Tag}}$$

Als eindeutig exogene Faktoren lassen sich die Mitgliederentwicklung der Anspruchsberechtigten in der GKV (1,2 % durchschnittliche jährliche Wachstumsrate) und die entgeltabhängigen Steigerungsraten der durchschnittlichen Zahlbeträge (1,2 % durchschnittliche jährliche Wachstumsrate) charakterisieren (Tabelle 9, Abbildung 11). Zusammen erklären sie 2,4 Prozentpunkte der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Krankengeldausgaben. Als äußere Erklärungsfaktoren hängen sie z. B. von der allgemeinen Konjunkturlage ab und nicht vom Gesundheitsstatus oder der Gesundheitsversorgung der Versicherten bzw. Bürger in Deutschland. Die verbleibenden Komponenten der Fallzahl (2,0 % durchschnittliche jährliche Wachstumsrate) und der Falldauer (3,3 % durchschnittliche jährliche Wachstumsrate) können dagegen zunächst in direktem Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen betrachtet werden. Zusammen erklären sie 5,3 Prozentpunkte der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Krankengeldausgaben.

Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass exogene wie endogene Komponenten in einem komplexen Beziehungsgeflecht zueinander stehen und in ihrem multifaktoriellen Wirken außerdem von äußeren Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Die Auswirkungen sozialrechtlicher Regulierungen und der allgemeinen Arbeitsmarktsituation sollen daher im Folgenden bezogen auf die unterschiedlichen Versichertengruppen eingehender untersucht werden.

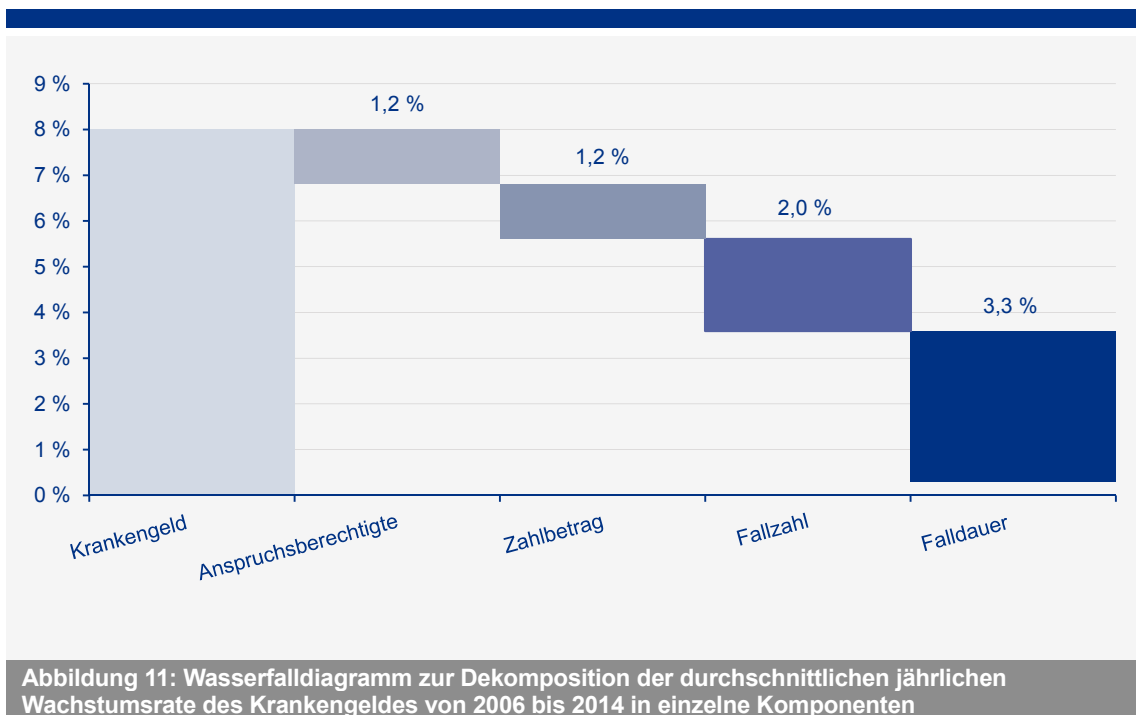
⁶⁴ Allerdings lassen sich die Kosten pro Krankengeldfall bei Arbeitsunfähigkeit aus diesen Daten nur näherungsweise schätzen.

	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	52,83	58,13	1,2
Fälle pro Anspruchsberechtigtem	0,05	0,06	2,0
Tage pro Krankengeldfall	76,07	98,65	3,3

Tabelle 9: Dekomposition der Wachstumsrate des Krankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten

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



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

5.2.6 Die Krankengeldausgaben nach Versichertengruppen

Als sozialrechtlich verankerte Entgeltersatzleistung bei Arbeitsunfähigkeit unterliegt das Krankengeld in seiner Ausgabenentwicklung erstens dem Gesundheitsstatus der Versicherten, zweitens der normativen Steuerung durch den Gesetzgeber und drittens der faktischen Konjunkturlage am Arbeitsmarkt. In diesem komplexen Zusammenspiel kann es positive und negative Anreize geben, die das Inanspruchnahmeverhalten – über das individuelle Krankheitsgeschehen hinaus – beeinflussen. Diese Effekte spiegeln sich auch teilweise in der Entwicklung der Krankengeldberechtigten und der Krankengeldtage pro Fall innerhalb der einzelnen Versichertengruppen wider (Tabelle 10).

Jahr	Pflichtmitglieder			Freiwillige Mitglieder			Arbeitslose		
	Berechtigte	Fälle je 100 Berechtigte	Tage pro Fall	Berechtigte*	Fälle je 100 Berechtigte	Tage pro Fall	Berechtigte**	Fälle je 100 Berechtigte	Tage pro Fall
1997	24 195 778	6,3	86,63	3 241 735	6,6	76,14	4 093 604	7,1	111,36
1998	24 200 857	6,2	76,61	3 142 142	6,5	71,92	3 806 203	7,7	96,90
1999	24 473 732	6,5	74,40	3 139 579	6,3	72,98	3 617 802	7,6	99,00
2000	24 575 082	6,5	75,30	3 203 779	5,8	74,18	3 384 605	7,5	94,32
2001	24 469 569	6,5	74,77	3 165 060	5,3	78,34	3 318 174	7,4	94,57
2002	23 905 631	6,3	78,79	3 180 689	4,7	82,70	3 634 793	6,6	95,70
2003	23 576 370	6,1	78,15	2 626 131	4,9	88,00	4 062 952	6,1	91,35
2004	23 218 584	5,6	75,73	2 478 698	4,3	85,19	4 204 366	5,6	90,93
2005	22 756 043	5,2	76,48	2 422 320	3,7	86,24	1 762 999	8,6	102,91
2006	22 811 685	5,2	73,12	2 367 148	3,5	83,23	1 467 129	7,5	101,80
2007	23 509 643	5,4	73,40	2 179 520	3,6	82,65	1 128 344	8,4	105,08
2008	24 208 525	5,6	76,54	2 043 756	3,7	87,20	934 320	9,6	108,87
2009	24 206 044	5,6	82,27	1 717 208	3,3	91,33	1 145 521	8,7	106,99
2010	24 422 742	5,9	87,19	1 849 313	3,2	89,48	1 060 513	10,2	118,07
2011	24 548 267	6,1	86,74	2 325 327	3,1	85,81	862 511	12,0	124,40
2012	24 896 184	6,4	88,82	2 591 831	3,3	88,44	846 419	11,0	122,54
2013	25 114 601	6,2	94,53	2 731 612	3,3	96,27	909 267	10,1	131,99
2014	25 525 806	6,3	96,30	2 832 912	3,3	98,19	907 605	10,4	140,27

Tabelle 10: Krankengeldfälle und Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit nach Anspruchsgruppen von 1997 bis 2014

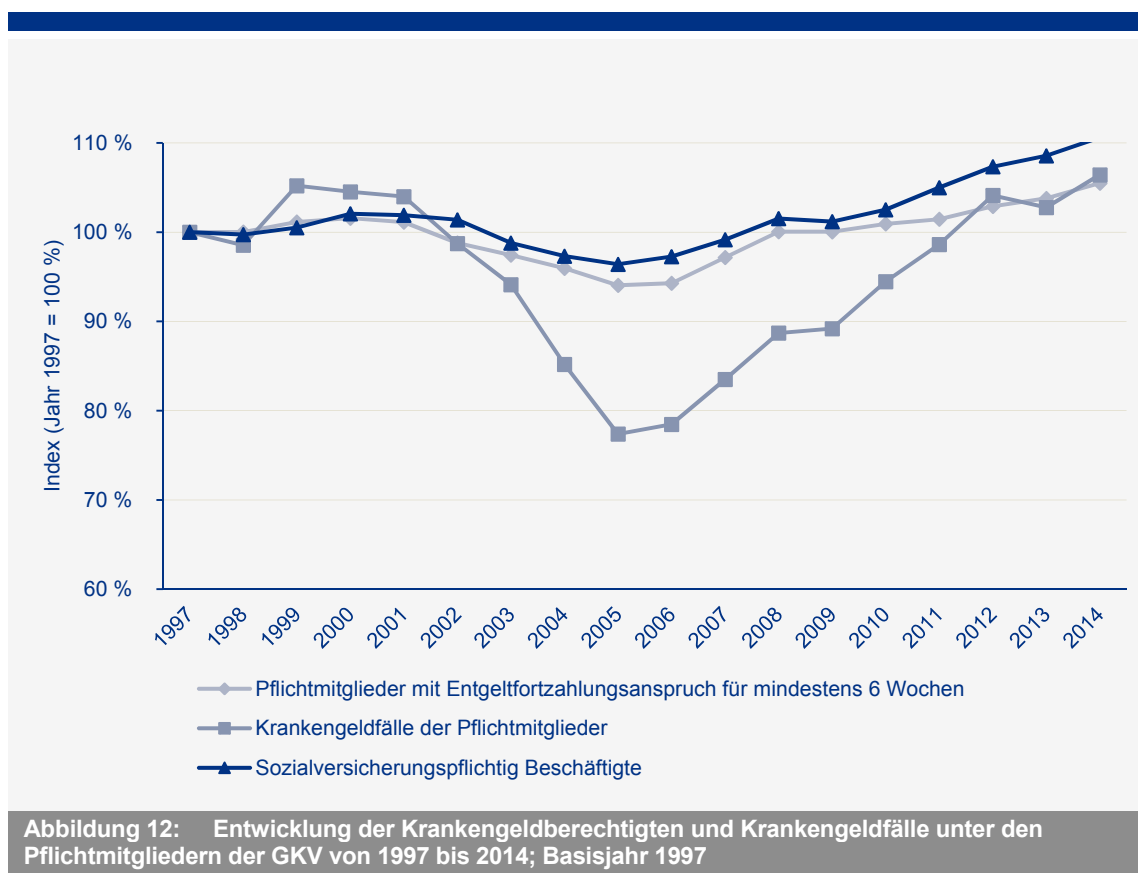
Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Daten des BMG, KM 1 und KG 2

* Freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld vor Ablauf von sechs Wochen bis 2009.

** Bis 2004 krankenversicherte Arbeitslose, ab 2005: Arbeitslosengeldempfänger nach dem SGB III.

Pflichtversicherte

Erwartungsgemäß entfällt die Mehrzahl aller Krankengeldfälle und -tage auf die gesetzlich Pflichtversicherten. Da es sich hierbei um abhängig Beschäftigte handelt, entwickelte sich ihre Zahl parallel zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Abbildung 12). Im Zuge einer ab 2001 einsetzenden konjunkturellen Abschwungphase kam es zu einem massiven Abbau von Arbeitsplätzen, in dessen Folge sich nicht allein die Zahl der Krankengeldberechtigten verringerte, sondern in noch ausgeprägterem Maße die der Krankengeldfälle. Während in der Zeit bis 2005 die Zahl von Teilzeitbeschäftigten stieg und die der befristet Beschäftigten weitestgehend stagnierte, entfielen im gleichen Zeitraum 2,04 Millionen Vollzeitstellen und 336 000 unbefristete Stellen (Statistisches Bundesamt 2015c).



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KM 1 und KG 2 sowie der Bundesagentur für Arbeit 2015

Dass parallel dazu die Krankengeldfallzahl der Pflichtversicherten von 6,3 Fällen je 100 Krankengeldberechtigten im Jahr 1997 auf 5,2 Fälle in den Jahren 2005 und 2006 sank (s. Tabelle 10), könnte mit darauf zurückzuführen sein, dass Arbeitnehmer in Zeiten niedriger Erwerbstätigkeit aus Angst vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes längere Zeiten der Abwesenheit nach Möglichkeit vermieden haben. Andererseits ist dieses Phänomen des sogenannten Präsentismus eher für kurzfristige Krankmeldungen zu vermuten als für langfristige Erkrankungen, aus denen ein Bezug von Krankengeld resultiert (Steinke/Badura 2011). Vermutlich sind bei schlechter Wirtschaftslage Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als

Gesunde. Entsprechend würden weniger Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einer Erwerbsarbeit nachgehen.

Mit der ab 2006 beginnenden Erholung am Arbeitsmarkt kam es zu einem erneuten Anstieg von Normalarbeitsverhältnissen (Statistisches Bundesamt 2012), von dem auch viele ältere Arbeitnehmer profitiert haben. So stieg der Anteil von sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen im Alter von 50 bis 65 Jahren von 21,8 % im Jahr 2005 auf 30,7 % im Jahr 2014 (Bundesagentur für Arbeit 2015). Zu dieser Entwicklung haben neben dem demografischen Wandel auch verschiedene Änderungen des Rentenrechts beigetragen. So wurden seit den 1990er Jahren die Zugangspfade zu einer vorzeitigen und abschlagsfreien Rente nach und nach verschlossen (WSI 2014; Arnds/Bonin 2002). Zu den Reformmaßnahmen zählen die Einführung von Rentenabschlägen bei vorzeitigem Renteneintritt (seit 1997), eine schrittweise steigende Besteuerung von Altersrenten (2005 bis 2040), die schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre (2012 bis 2029) sowie die Beendigung der Förderung von Altersteilzeit (2009) und der Altersrente für Frauen, die beide für die Jahrgänge der bis 1951 Geborenen gelten.

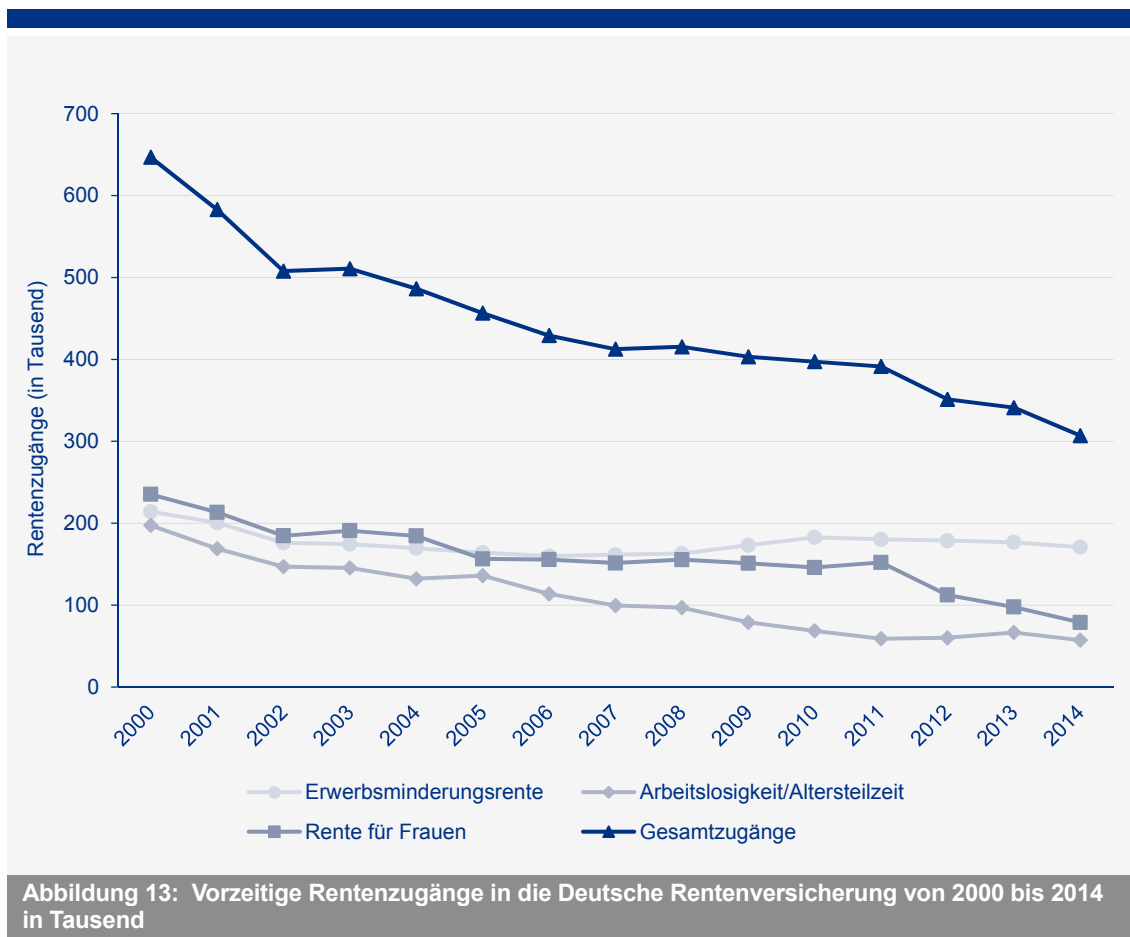


Abbildung 13: Vorzeitige Rentenzugänge in die Deutsche Rentenversicherung von 2000 bis 2014 in Tausend

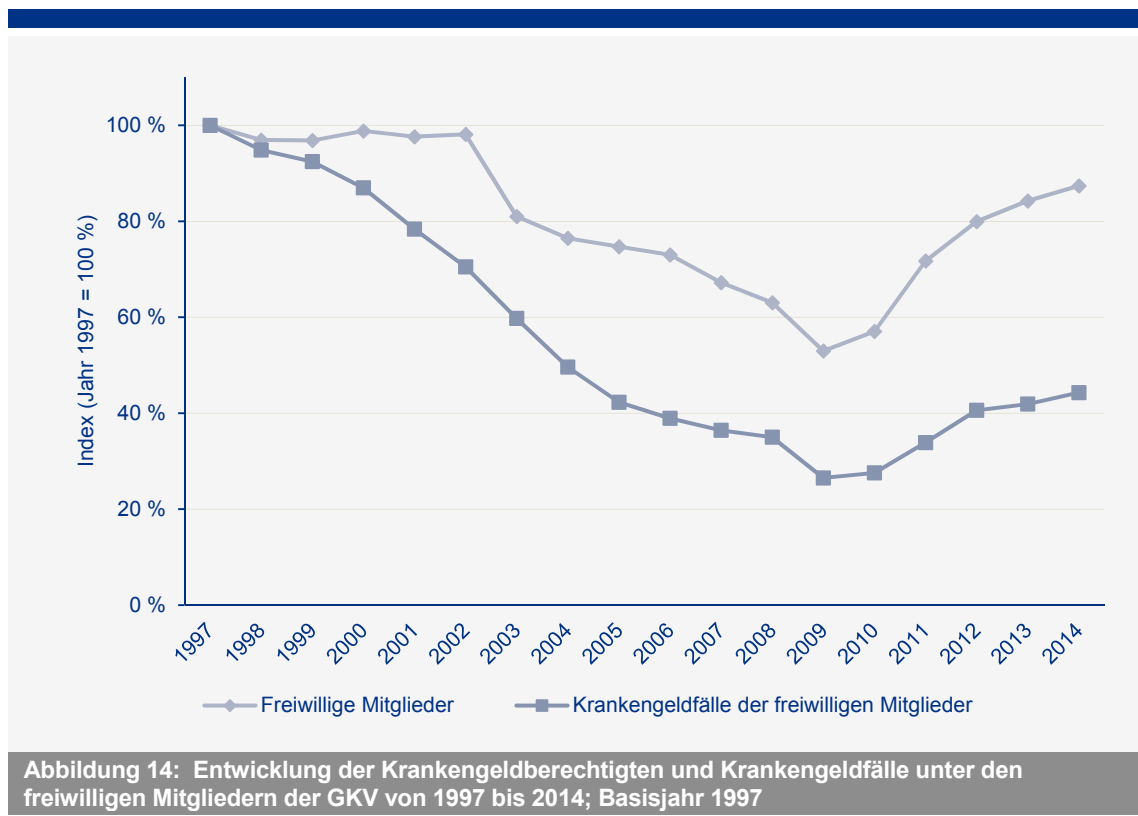
Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der DRV Bund 2015

Die Auswirkungen dieser Reformen spiegeln sich in einer sinkenden Zahl von frühzeitigen Zugängen in die Rente (Abbildung 13) wider und könnten ebenfalls erklären, warum – zusätzlich zur

allgemeinen Konjunkturverbesserung – ab 2006 der Anteil der Krankengeldbeziehenden und seit 2007 auch die Dauer der Krankengeldfälle stark zugenommen haben. Bei gleichzeitig guter konjunktureller Lage könnten vor allem ältere Arbeitnehmer in den vergangenen Jahren vermehrt Krankengeld in Anspruch genommen haben, da sie länger im Erwerbsleben verblieben und (bei gesundheitlichen Einschränkungen) staatlich geförderte Modelle der Frühverrentung als Alternative für Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht länger zur Verfügung standen. Für diese Hypothese könnte sprechen, dass mit dem Auslaufen der Altersteilzeit und der Rente für Frauen die Zahl der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente seit 2009 wieder eine steigende Tendenz aufweist, die sich in den kommenden Jahren weiter fortsetzen könnte (Bäcker 2012). Hier könnte das Krankengeld dazu genutzt werden, den – mit Abschlägen verbundenen – Bezug einer Erwerbsminderungsrente so weit wie möglich nach hinten zu verschieben. Gegenteilige Effekte hingegen könnten durch die mit dem Rentenversicherungs-Leistungsverbesserungsgesetz 2014 eingeführte abschlagsfreie „Rente mit 63“ für Personen mit mindestens 45 Beitragsjahren entstehen.

Freiwillig Versicherte

Im Vergleich zu den Pflichtmitgliedern stellen die freiwillig Versicherten eine relativ kleine und in sich inhomogene Gruppe aus Arbeitnehmern mit einem Erwerbseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständigen mit Krankengeldanspruch und Beamten dar. Aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen kam es bis 2009 zu starken Schrumpfungsprozessen innerhalb dieser Anspruchsgruppe (Abbildung 14).



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

Für die freiwillig versicherten Arbeitnehmer wurde 2003 die Versicherungspflichtgrenze von jährlich 40 500 Euro auf 45 900 Euro angehoben. Durch diese Maßnahme reduzierte sich die Zahl der freiwillig Versicherten unter den Arbeitnehmern. Zusätzlich kam es – als Vorzieheffekt vor Eintritt der neuen Regelung – auch zum Wechsel freiwillig Versicherter in die Private Krankenversicherung (PKV). Ab 2001 waren besser verdienende Arbeitnehmer zudem von der ungünstigen Arbeitsmarktsituation ebenso betroffen wie ihre pflichtversicherten Kollegen, sodass auch hier Arbeitsplätze verloren gingen.

Gleichzeitig nahm bis 2009 der Anteil der Selbstständigen, die sich als freiwillig Versicherte für die Wahlmöglichkeit eines zusätzlichen Krankengeldanspruchs ab dem 22. Krankheitstag entschieden, kontinuierlich ab. Waren es 1997 noch 447 000 Versicherte, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machten, belief sich ihre Zahl im Jahr 2008 nur noch auf 162 000.⁶⁵ Eine Analyse von Versicherten der Barmer zeigte, dass von allen freiwillig versicherten Selbstständigen des Jahres 2008 61 % über keinerlei Krankengeldabsicherung verfügten, 12 % über einen Krankengeldanspruch nach Ablauf von sechs Wochen und 27 % über einen Krankengeldanspruch ab dem 22. Tag (Schürmann et al. 2009).

Auf die mangelnde Bereitwilligkeit, sich gegen das Risiko eines Erwerbsverlusts im Krankheitsfall abzusichern, reagierte der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), indem er 2009 zunächst den gesetzlichen Anspruch der Selbstständigen, unständig Beschäftigten sowie von Künstlern und Publizisten auf Krankengeld durch Krankengeldwahltarife ablöste.⁶⁶ Im Zuge des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle) wurden diese Regelungen zum 1. August 2009 dahingehend modifiziert, dass Selbstständige die Wahlmöglichkeit zwischen dem gesetzlichen Krankengeldanspruch und zusätzlichen Krankengeldwahltarifen erhielten (Schürmann et al. 2009). In diesem Fall haben Versicherte anstelle eines ermäßigten den allgemeinen Beitragssatz zu entrichten. Allerdings hat in den Folgejahren von dieser Möglichkeit offenbar nur ein kleinerer Teil Selbstständiger Gebrauch gemacht. So betrug nach Berechnungen des Sachverständigenrats der Anteil der Selbstständigen mit Krankengeldanspruch unter den Versicherten der Barmer GEK im Jahr 2010 20,9 % und im Jahr 2014 23,1 %.⁶⁷

Der erneute Anstieg der freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch in der GKV seit 2010 ist also vornehmlich auf die Gruppe der besser verdienenden Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zurückzuführen. Einen Effekt könnte die sinkende Anzahl von Wechslern aus der GKV in die PKV gehabt haben. Ihre Zahl nahm im Zuge höherer gesetzlicher Zugangshürden von 227 700 im Jahr 2010 auf 124 000 im Jahr 2013 ab (PKV 2011, 2014). Im Ergebnis haben die verschiedenen gesetzlichen Änderungen zu einer Homogenisierung der freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch geführt. Im Zuge dieser Entwicklung sank die Anzahl der Krankengeldfälle von 6,6 Fällen je 100 Berechtigte im Jahr 1997 auf 3,3 Fälle im Jahr 2009 und verblieb seitdem auf annähernd gleichem Niveau (Tabelle 10).

Ein Grund für die im Vergleich zu den Pflichtversicherten niedrigeren Quoten könnte darin liegen, dass sich Arbeitnehmer höherer Gehaltsklassen im Morbiditätsprofil systematisch von den übrigen

⁶⁵ Bis einschließlich 2008 wurde diese Anspruchsgruppe in der amtlichen KM 1-Statistik separat ausgewiesen.

⁶⁶ In der amtlichen KM 1-Statistik werden freiwillig Versicherte mit Wahltarif Krankengeld (unabhängig von der Beschäftigungsart) separat erhoben, nicht aber unter den freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch aufgeführt.

⁶⁷ Zum 1. Januar 2010 fusionierten die Krankenversicherungen Barmer und GEK zur Barmer GEK.

Anspruchsgruppen unterscheiden, auch weil sie weniger gesundheitlich belastende berufliche Tätigkeiten ausüben. In der Falldauer unterscheiden sie sich dagegen nicht wesentlich vom Durchschnitt aller Krankengeldbeziehenden oder von den Pflichtversicherten.

Arbeitslose

Mit dem 2005 in Kraft getretenen Verwaltungsvereinfachungsgesetz wurde der gesetzliche Krankengeldanspruch der Arbeitslosen auf die Empfänger des neu eingeführten ALG I begrenzt. Infolge dieses regulatorischen Eingriffs verringerte sich die Zahl der krankengeldberechtigten Arbeitslosen innerhalb eines Jahres von 4,2 Millionen auf 1,8 Millionen Personen.⁶⁸ Darüber hinaus wurde 2006 gemäß dem Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt die maximale Bezugsdauer des ALG I auf zwölf Monate gekürzt (ab dem 55. Lebensjahr auf 18 Monate). Zusätzliche Rückgänge in den Folgejahren lassen sich mit der allgemeinen konjunkturellen Lage erklären (Abbildung 15). So sank die Arbeitslosenquote von 11,7 % im Jahr 2005 auf 6,7 % im Jahr 2014 (Bundesagentur für Arbeit 2015). Dies spiegelt sich im Rückgang der arbeitslosen krankengeldberechtigten Mitglieder von 1,8 Millionen im Jahr 2005 auf 0,9 Millionen im Jahr 2014 wider.

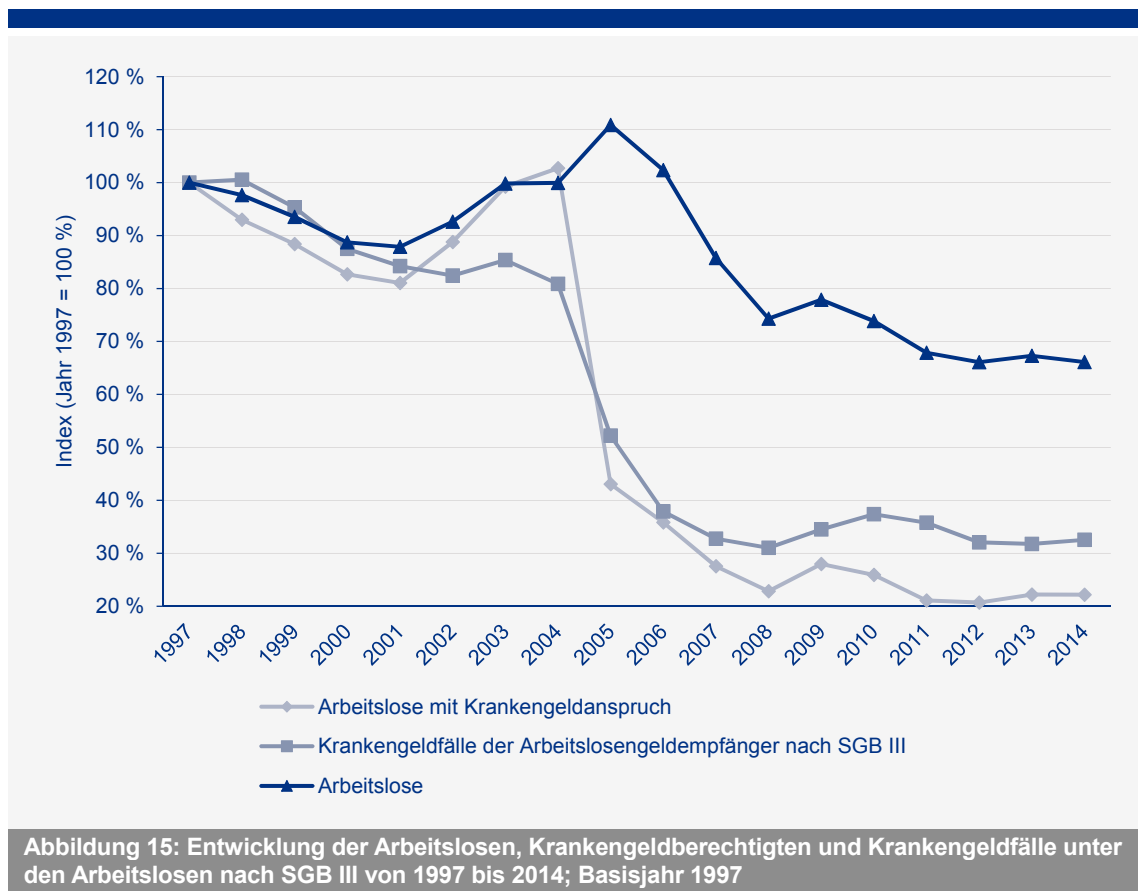


Abbildung 15: Entwicklung der Arbeitslosen, Krankengeldberechtigten und Krankengeldfälle unter den Arbeitslosen nach SGB III von 1997 bis 2014; Basisjahr 1997

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KM 1 und KG 2 sowie der Bundesagentur für Arbeit 2015

⁶⁸ Durch die Umstellung und die dadurch erforderlichen Datenanpassungen sind die Zahlen der KM 1-Statistik für die Jahre 2005/2006 nur bedingt valide. Vgl. Holleder 2008.

Im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen stieg mit den gesetzlichen Änderungen von 2005/2006 die Anzahl der Krankengeldfälle je 100 Berechtigte sowie die durchschnittliche Falldauer sprunghaft an (Tabelle 10). Aufgrund des Inanspruchnahmeverhaltens kann vermutet werden, dass Arbeitslose sich in bestimmten Merkmalen systematisch von anderen Anspruchsgruppen unterscheiden. So ist der Anteil der 50- bis 65-Jährigen unter den Arbeitslosengeldempfängern besonders hoch: 2005 lag er bei 61,9 %, im Jahr 2013 bei 64 %. Zudem belegen Untersuchungen, dass Arbeitslose insgesamt einen schlechteren Gesundheitsstatus und eine höhere Morbiditätslast aufweisen als Erwerbstätige (z. B. Holleder 2008).

5.2.7 Krankengeld nach Krankenkassenarten

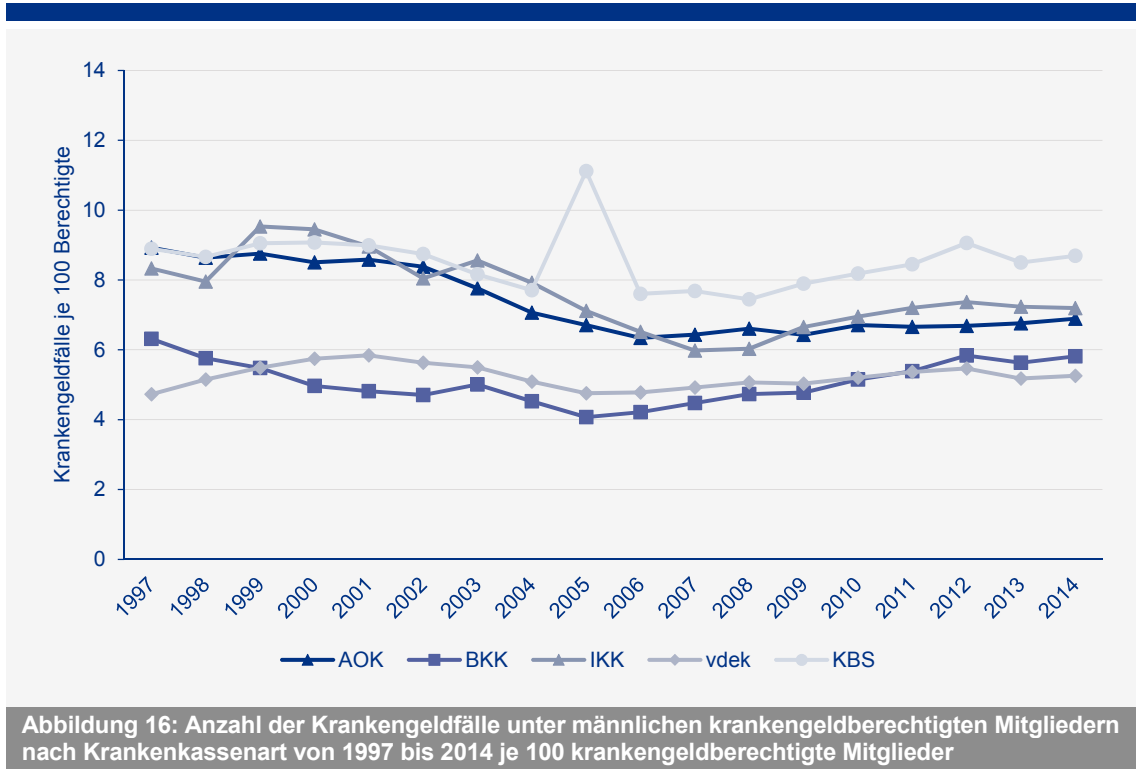
Die historische Entwicklung der einzelnen Krankenkassenarten zeigt, dass sich auch innerhalb der einzelnen Krankenkassenarten differenzierbare Gruppen von Mitgliedern versichern. Dies könnte ebenfalls Auswirkungen auf die Entwicklung der Krankengeldfälle und -tage pro Fall im Verlauf der Zeit haben. Die nachfolgende Analyse der einzelnen Faktoren bezieht sich dabei auf Daten der amtlichen Statistiken (KM 1, KG 2) von 1997 bis 2014, wobei ausschließlich Krankengeldfälle und -tage herangezogen wurden, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind.

Der Verlauf der Krankengeldfälle unter den krankengeldberechtigten Mitgliedern zeigt bei den männlichen Mitgliedern eine vergleichbare Entwicklung, wobei die Fallzahl pro krankengeldberechtigtem Mitglied bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) und Innungskrankenkassen (IKKn) stets höhere Werte annimmt (s. Abbildung 16). Diese beiden Krankenkassenarten zeigten seit 1999 ebenfalls einen rückläufigen Trend, der sich jedoch im Jahr 2007 wieder umkehrte. Sowohl bei den Betriebskrankenkassen (BKKn) als auch bei den Ersatzkassen (vdek) schwankte die Anzahl der Krankengeldfälle unter den krankengeldberechtigten Mitgliedern zwischen fünf und sechs Fälle je 100 Krankengeldberechtigte.

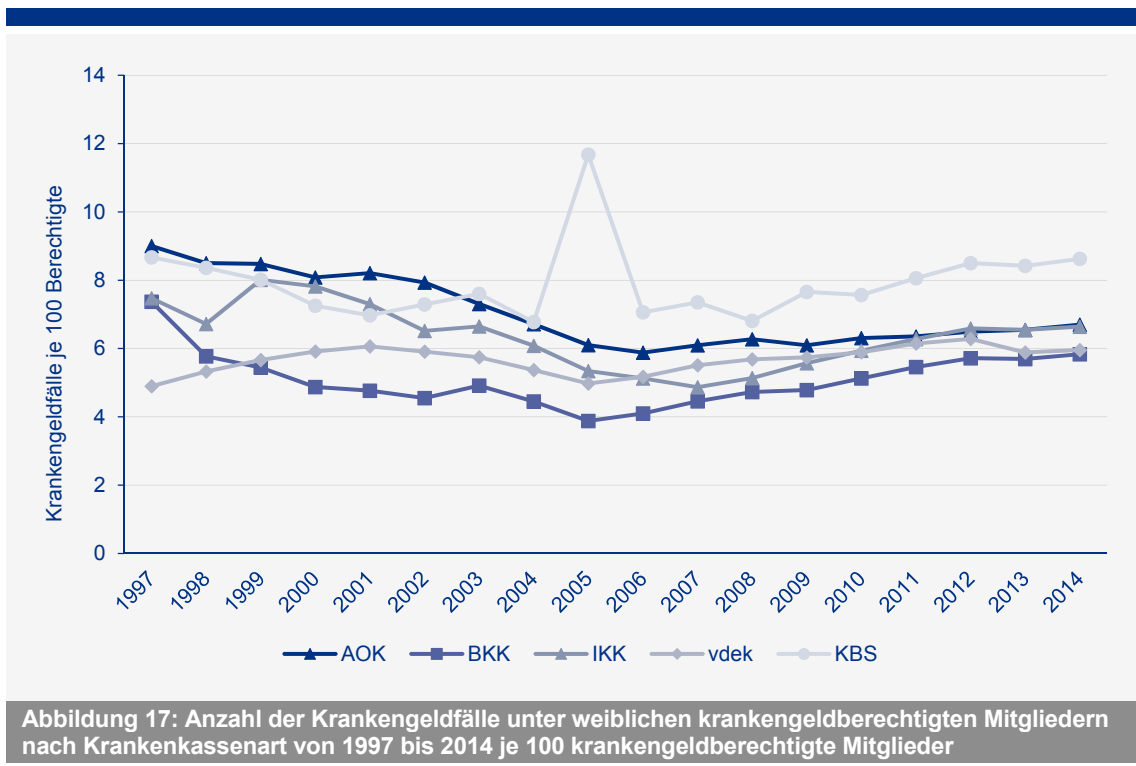
Bei den Daten der Knappschaft-Bahn-See (KBS) zeigt sich, außer im Jahr 2005, ein ähnlicher Verlauf.⁶⁹ Die KBS weist jedoch im Vergleich zu den anderen Kassenarten deutlich weniger krankengeldberechtigte Mitglieder⁷⁰ und damit Krankengeldfälle auf. Starke Veränderungen von einem Jahr auf das nächste sollten damit aufgrund der damit verbundenen Ausreißerempfindlichkeit nicht überinterpretiert werden. Demzufolge werden spezifische Entwicklungen der KBS im nachstehenden Text nur kurz erläutert.

⁶⁹ Im Zuge der Organisationsreform der Rentenversicherung sind Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse zum 1. Oktober 2005 zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) fusioniert.

⁷⁰ Bei der Berücksichtigung der fünf hier genannten Kassenarten umfasst die KBS ca. 1,65 % der krankengeldberechtigten Mitglieder.



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



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

Auch bei den weiblichen Mitgliedern zeigte sich bei den AOKn und IKKn ein Abwärtstrend, der sich im Jahr 2007 wieder umkehrte (s. Abbildung 17). Mit Ausnahme der KBS verzeichneten die AOKn die größte Anzahl an Krankengeldfällen pro Mitglied (bis 2007) und die BKKn die geringste (ab 2000). Insgesamt zeigten alle fünf dargestellten Kassenarten einen gleichförmigeren Verlauf bei den weiblichen Mitgliedern im Vergleich zu den männlichen Mitgliedern.

In der Betrachtung der Krankengeldtage pro Fall zeigt Abbildung 18, dass männliche Mitglieder der BKKn bis 2011 die geringste durchschnittliche Krankengelddauer pro Fall aufwiesen, wobei im Jahr 2004 der tiefste Stand mit 58,6 Tagen erreicht wurde. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums lagen die durchschnittlichen Krankengeldtage pro Fall zwischen 76 (BKKn) und 95 Tagen (AOKn). Der Abstand verringerte sich im Jahr 2014 und schwankte zwischen 90 (BKKn) und 101 Tagen (vdek). Die KBS nimmt eine Sonderrolle ein und lag mit Ausnahme des Jahres 2005 während des gesamten Beobachtungszeitraums weit oberhalb des Durchschnitts, mit 108 Tagen im Jahr 1997 und 100 Tagen im Jahr 2014.

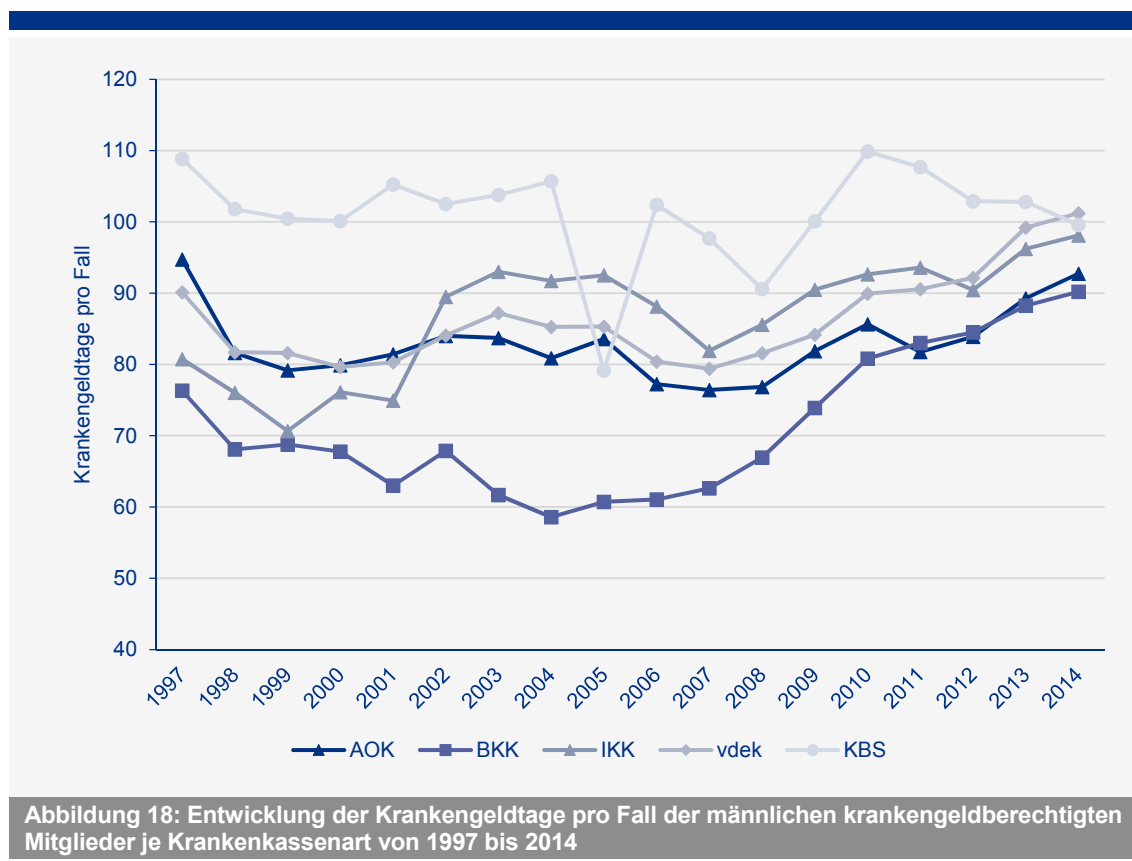
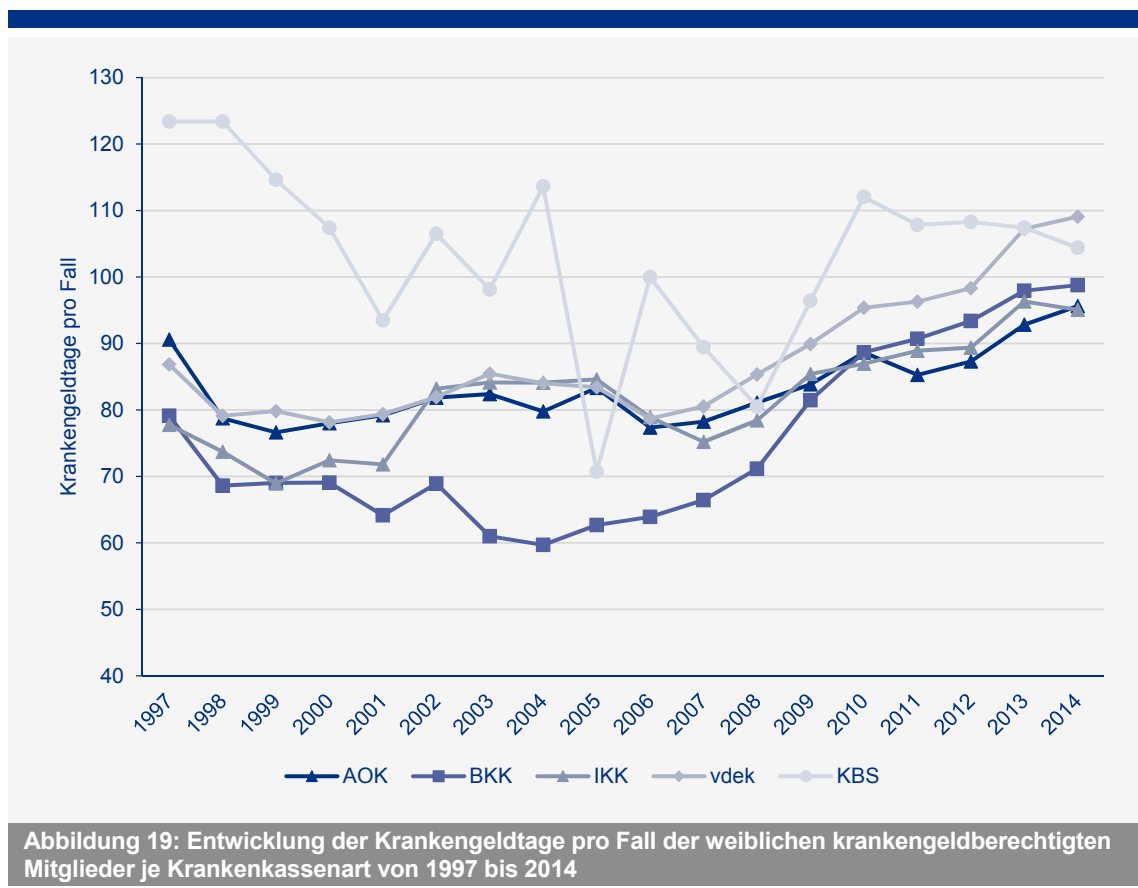


Abbildung 18: Entwicklung der Krankengeldtage pro Fall der männlichen krankengeldberechtigten Mitglieder je Krankenkassenart von 1997 bis 2014

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

Die Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Krankengeldtage pro Fall bei den weiblichen Mitgliedern. Die KBS wies im Vergleich zu den anderen Kassenarten deutlich höhere durchschnittliche Krankengeldtage pro Fall aus, die sich aber zum Ende des Beobachtungszeitraums den anderen Kassenarten annäherten. Bei den anderen vier Kassenarten lagen im Jahr 1997 die durchschnittlichen Tage pro Fall etwas oberhalb der männlichen Mitglieder und schwankten zwischen

78 (IKKn) und 91 Tagen (AOKn). Insgesamt verlief die Entwicklung der durchschnittlichen Krankengeldtage pro Fall gleichförmiger als bei den männlichen Mitgliedern. Bei den BKKn ist, wie aus Abbildung 18 ersichtlich, seit 2005 ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Dieser Trend könnte auf die Liberalisierung des Krankenkassenwahlrechts zurückzuführen sein, die dazu geführt hat, dass sich viele BKKn mittels Satzungsänderung geöffnet haben. Den vorläufig höchsten Wert verzeichneten im Jahr 2014 die seit 2009 im vdek organisierten Ersatzkassen mit 109 Krankengeldtagen pro Fall.



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

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Krankenkassenarten (und auch die einzelnen Krankenkassen) infolge ungleicher Risikostrukturen und eines unterschiedlichen Krankengeldfallmanagements unterschiedlich von der Entwicklung der Krankengeldfälle und -dauer betroffen sind, wobei in den letzten Jahren eine gewisse Angleichung der einzelnen Kassenartenwerte bei den durchschnittlichen Krankengeldtagen zu verzeichnen ist.

5.2.8 Krankengeldausgaben nach Alter und Geschlecht

Die Verteilung nach Geschlecht

Den amtlichen Statistiken (BMG: KM 1, KG 2) ist zu entnehmen, dass es im Jahr 2014 in der GKV 29,3 Millionen Krankengeldberechtigte gab, davon 15,4 Millionen Männer (52,3 %) und 13,9 Millionen Frauen (47,6 %). Ein nahezu identisches Geschlechterverhältnis herrschte hinsichtlich der Krankengeldfälle: Von 1 814 318 Fällen wurden 947 916 von Männern (52,2 %) und 866 402 von Frauen (47,8 %) ausgelöst (Abbildung 20).

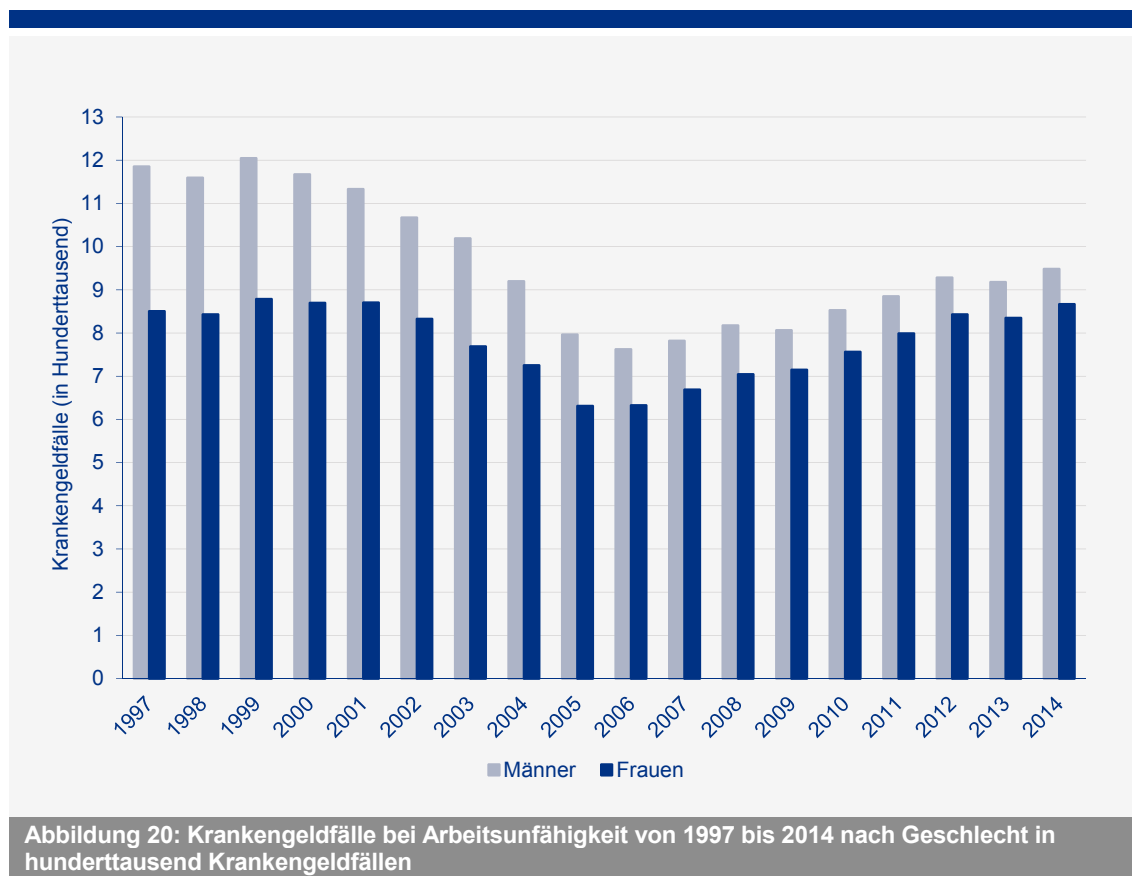


Abbildung 20: Krankengeldfälle bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in hunderttausend Krankengeldfällen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Bei den krankengeldberechtigten Männern und Frauen im Jahr 2014 gab es durchschnittlich 6,2 Fälle je 100 Berechtigte. Bei Männern und Frauen stieg die Inanspruchnahme seit ca. 2007 moderat an (Abbildung 21). Diese Entwicklung zeigt sich bei den Frauen stärker als bei den Männern: So nahm die Fallzahl für Frauen um einen Prozentpunkt und für Männer um 0,5 Prozentpunkte zu. Im Ergebnis hat sich das Geschlechterverhältnis damit seit 2011 umgekehrt und es haben unter den Anspruchsberechtigten mehr Frauen als Männer Krankengeld in Anspruch genommen (Differenz: 0,1 Prozentpunkte).



Abbildung 21: Krankengeldfälle bei Arbeitsunfähigkeit je 100 Krankengeldberechtigte von 1997 bis 2014

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

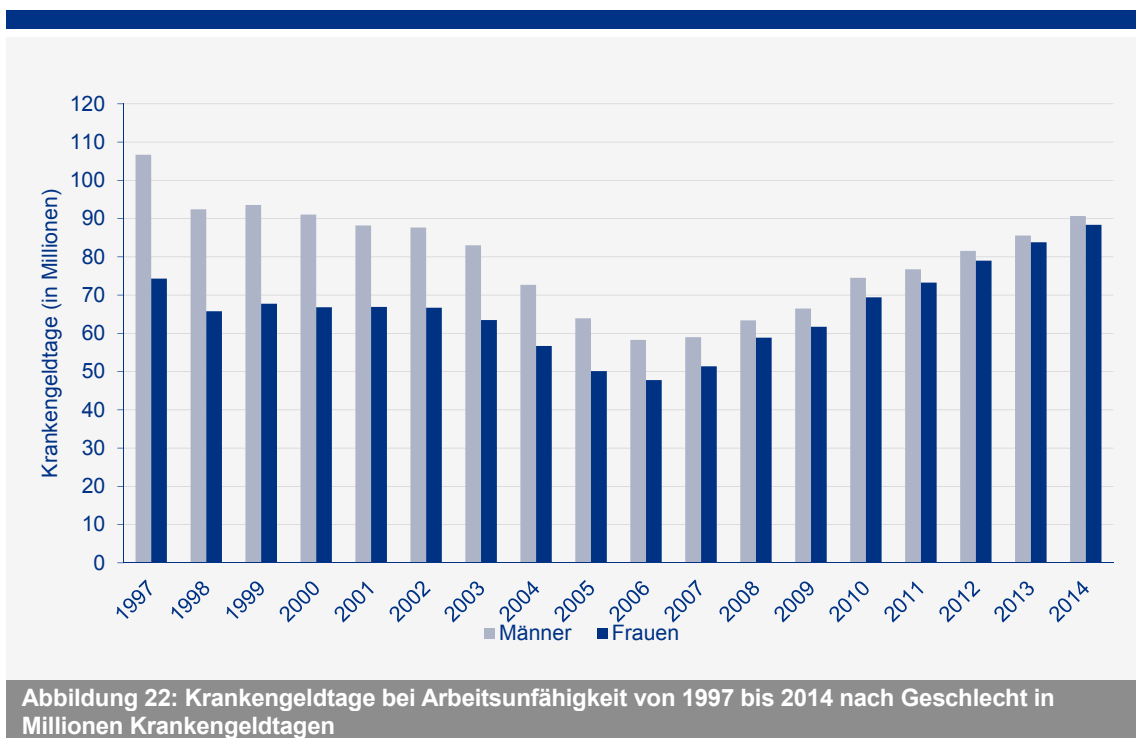


Abbildung 22: Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Millionen Krankengeldtagen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Die absolute Zahl der Krankengeldtage nahm ab 2007 bei Männern und Frauen zu (Abbildung 22). Besonders auffällig ist, dass sich der absolute Unterschied zwischen Männern und Frauen seit 1997 stark reduziert hat: von 24,2 Tabeken Tagen im Jahr 1997 auf nur noch 2,3 Millionen Tage im Jahr 2014.

Bei der Dauer pro Krankengeldfall zeigt sich, dass Frauen seit 2007 im Durchschnitt länger Krankengeld beziehen als Männer (Abbildung 23). Im Jahr 2014 etwa dauerte ein Krankengeldfall bei Frauen durchschnittlich 6,3 Tage länger als bei Männern.



Abbildung 23: Krankengeldfalldauer bei Arbeitsunfähigkeit von 1997 bis 2014 nach Geschlecht in Krankengeldtagen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Der Anteil der krankengeldberechtigten Frauen stieg von 46,3 % (2005) auf 47,6 % (2014). So waren 2014 1,4 Millionen mehr Frauen mit Krankengeldanspruch versichert als im Jahr 2005. Diese Veränderung folgt einer allgemeinen Entwicklung am Arbeitsmarkt: Von 2005 bis 2014 stieg die Erwerbstätigenquote der 20- bis 64-jährigen Frauen in Deutschland von 63,1 % auf 73,1 % (Eurostat 2015b).

In der Inanspruchnahme von Krankengeld unterscheiden sich Männer und Frauen grundsätzlich kaum voneinander. Die Krankengeldfalldauer ist allerdings bei den Frauen seit 2007 wesentlich stärker angewachsen als bei den Männern. Eine Erklärung dafür könnte die steigende Erwerbsbeteiligung vor allem von Frauen höherer Altersgruppen sein (Brenke 2015). Auch üben Frauen z. T. andere berufliche Tätigkeiten aus als Männer – sie sind z. B. häufiger im Dienstleistungssektor beschäftigt (Brenke 2015). Dies könnte wiederum mit einem andersartigen Morbiditätsspektrum assoziiert sein.

Alter und Geschlecht als Einflussfaktoren

Um die Unterschiede in den Ausgaben zwischen den Geschlechtern analysieren zu können, muss auf eine andere Datenquelle als die bisher genutzte amtliche Statistik des BMG zurückgegriffen werden, da diese keine Differenzierung der Krankengeldausgaben nach Geschlecht und Alter der krankengeldberechtigten Versicherten erlaubt.⁷¹ Deswegen beziehen sich die folgenden Analysen auf die Daten, die dem Rat durch das BVA zur Verfügung gestellt wurden. Dabei ist zu beachten, dass das BVA jeden GKV-Versicherten, der mindestens einen Tag im Berichtsjahr anspruchsberechtigt war, als Anspruchsberechtigten für das komplette Jahr zählt, während die ausgewiesenen Zahlen aus der amtlichen Statistik Jahresdurchschnitte der Anspruchsberechtigten darstellen (Tabelle 11). Dadurch kommt es zu Abweichungen zu den in der Tabelle 8 in diesem Kapitel dargestellten Werten. Weiterhin kann auch nicht nach Arbeitsunfähigkeit und Betreuung erkrankter Kinder unterschieden werden.

Die durchschnittlichen Ausgaben je Krankengeldberechtigten auf Basis der BVA-Daten getrennt nach Geschlecht machen deutlich, dass sich die höheren Arbeitsentgelte der Männer auf die Krankengeldausgaben auswirken.

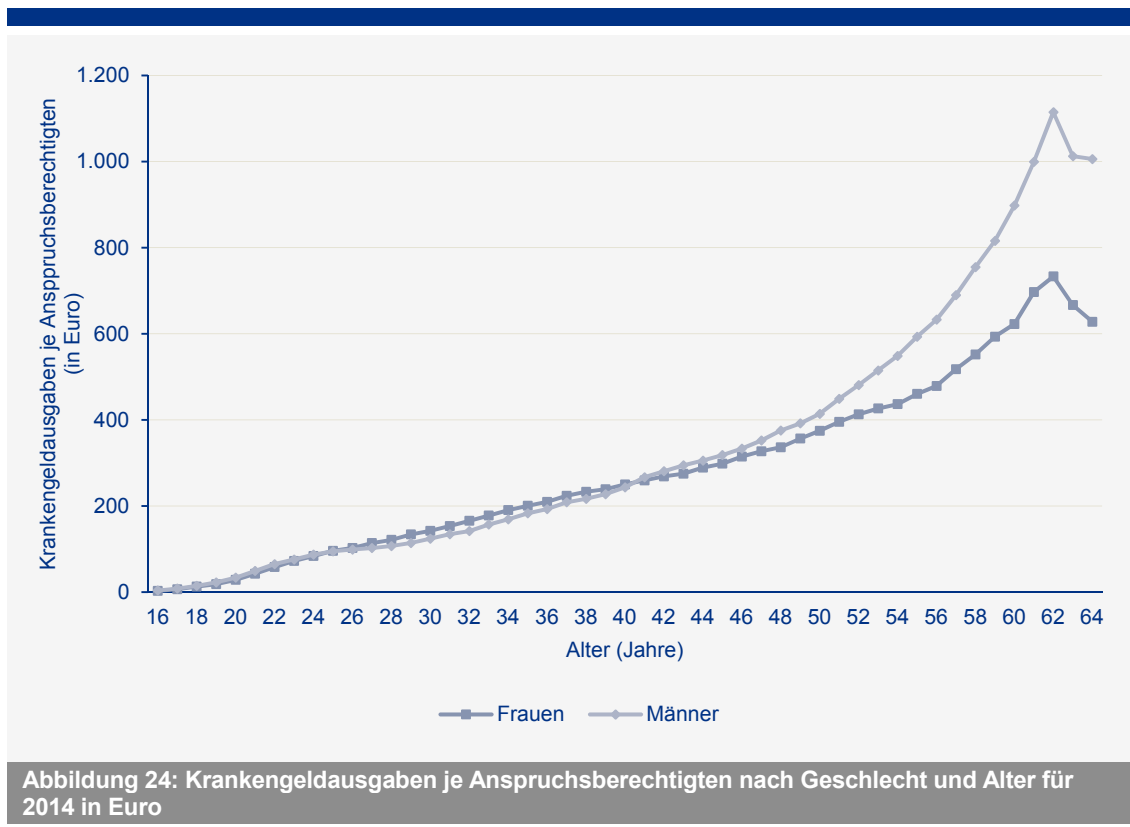
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Frauen	205	218	240	256	268	288
Männer	247	257	278	297	314	334

Tabelle 11: Durchschnittliche jährliche Krankengeldausgaben (an KJ 1 angepasst) je Anspruchsberechtigten in Euro

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BVA

So erhielten Männer im Jahr 2014 durchschnittlich 16 % höhere Krankengeldzahlungen je Anspruchsberechtigten. Im Jahr 2009 lag dieser Unterschied noch bei 21 %. Eine grafische Analyse der Verteilung der Krankengeldausgaben nach Alter und Geschlecht wie in Abbildung 24 zeigt die Unterschiede in den Krankengeldzahlungen zwischen Männern und Frauen im Jahr 2014. Man sieht, dass sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter die Krankengeldausgaben stark erhöhen. Die Krankengeldausgaben zwischen jüngeren und älteren Krankengeldberechtigten unterscheiden sich stärker als zwischen den Geschlechtern.

⁷¹ Siehe Kapitel 4.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BVA, angepasst an BMG, KJ 1

Dies lässt sich hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückführen. So steigt die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Krankengeldfalls mit zunehmendem Alter (Wittmann/Göpffarth 2014). Zusätzlich haben ältere Krankengeldberechtigte in der Regel höhere Erwerbseinkommen und damit auch eine höhere Bemessungsgrundlage für Krankengeldzahlungen. Entsprechend wirkt sich eine Zunahme von älteren Versicherten über eine erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit und höhere Zahlbeträge steigernd auf die Ausgaben der GKV für Krankengeld aus.

Untersucht man die Altersstruktur der Krankengeldberechtigten im Zeitverlauf, wie in Tabelle 12, erkennt man, dass sich das Durchschnittsalter von 40 Jahre auf 41,1 Jahre erhöht hat (2009 bis 2014). Dabei ist das Durchschnittsalter bei Frauen mit 1,2 Jahren stärker gestiegen als das bei Männern mit 0,9 Jahren. Ein Vergleich des Durchschnittsalters der Krankengeldberechtigten mit dem Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung aus dem Zensus Bevölkerungsberechnung seit 2011 (s. dazu Anhang, Tabelle A-1) zeigt, dass sich das Alter der Krankengeldberechtigten stärker erhöht hat, als dies bei der Gesamtbevölkerung der Fall war.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anspruchsberechtigte						
Frauen	14 379 397	14 798 551	14 889 537	15 039 553	15 281 475	15 601 834
Männer	16 337 627	16 627 298	16 748 510	16 876 927	17 086 010	17 426 945
Gesamt	30 717 024	31 425 849	31 638 047	31 916 480	32 367 485	33 028 779
Durchschnittsalter						
Frauen	40,03	40,31	40,56	40,75	40,99	41,25
Männer	40,05	40,28	40,45	40,62	40,80	40,96
Gesamt- durchschnitt	40,04	40,29	40,50	40,68	40,89	41,10
Änderung des Durchschnittsalters zu 2009						
Frauen		0,3	0,5	0,7	1,0	1,2
Männer		0,2	0,4	0,6	0,7	0,9
Gesamt- durchschnitt		0,3	0,5	0,6	0,9	1,1

Tabelle 12: Anzahl, Durchschnittsalter und Änderung des Durchschnittsalters in Jahren seit 2009

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BVA

Wie bereits am Anfang dieses Kapitels in Tabelle 8 anhand der amtlichen BMG-Statistiken dargestellt, zeigen auch die Daten des BVA einen starken Zuwachs der Anspruchsberechtigten. Dieser hat sich wie die Verschiebung der Altersstruktur erhöhend auf die Krankengeldausgaben ausgewirkt. Alle drei Effekte, d. h. die Verschiebung der Altersstruktur, die Zunahme der erwerbstätigen Frauen sowie die Zunahme der Anspruchsberechtigten, sind grundsätzlich exogene Faktoren und entsprechend kaum durch das Krankenversicherungssystem beeinflussbar.

Es stellt sich die Frage, wie sich die Krankengeldausgaben ohne diese Effekte entwickelt hätten. Um die Krankengeldausgaben intertemporal vergleichen zu können, ist es notwendig, die Strukturunterschiede, d. h. die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Zunahme der Anspruchsberechtigten, auszugleichen. Dazu bietet sich eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung an. Ziel der Standardisierung ist dabei die Berechnung der Krankengeldausgaben unabhängig von Änderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie der Anzahl der Anspruchsberechtigten.

Zur Berechnung der standardisierten Krankengeldausgaben wird eine einheitliche Alters- und Geschlechtsstruktur, in diesem Fall aus dem Jahr 2009, zugrunde gelegt. Dazu werden die realen alters- und geschlechtsspezifischen Krankengeldausgaben im Jahr 2014 mit der alters- und geschlechtsspezifischen Anzahl der Anspruchsberechtigten aus 2009 gewichtet. Die standardisierten Krankengeldausgaben berechnen sich dann wie folgt:

$$\text{Standardisierte Krankengeldausgaben} = \sum \text{durchschnittliche Ausgaben in 2014} \times \text{Anspruchsberechtigte in 2009}$$

	2009	2014
Krankengeldausgaben (Arbeitsunfähigkeit und Kinderkrankengeld)	7 100 418 122 €	10 597 542 679 €
Krankengeldausgaben standardisiert für Veränderung der Anzahl der Anspruchs- berechtigten, Alter und Geschlecht		8 925 204 168 €
Durchschnittliche Wachstumsraten von 2009 bis 2014		
Nicht standardisiert		8,1 %
Standardisiert		5,0 %

Tabelle 13: Standardisierung der Krankengeldausgaben im Jahr 2014 anhand der Anzahl der Krankengeldberechtigten im Jahr 2009

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BVA, angepasst an BMG KJ 1

Die Krankengeldausgaben laut den BVA-Daten sind von 2009 bis 2014 von 7,1 auf 10,6 Milliarden Euro gestiegen und damit durchschnittlich um 8,1 % pro Jahr. Kontrolliert man jedoch für die Veränderung der Struktur der Anspruchsberechtigten wie in Tabelle 13, zeigt sich, dass die Ausgaben viel weniger stark zugenommen hätten, wenn im Jahr 2014 die gleiche Struktur der Anspruchsberechtigten vorgelegen hätte wie im Jahr 2009. So wären die Krankengeldausgaben nur auf 8,9 Milliarden Euro gestiegen und damit nur um durchschnittlich 5,0 % pro Jahr gewachsen. Entsprechend sind 1,7 Milliarden Euro Ausgabenzuwachs in den Krankengeldaufwendungen der GKV allein auf die exogenen Faktoren, d. h. auf die Veränderung der Zahl der Anspruchsberechtigten sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung bei den Anspruchsberechtigten seit 2009, zurückzuführen. Entsprechend können mit der Standardisierung 3,1 Prozentpunkte des durchschnittlichen Krankengeldausgabenwachstums erklärt werden.

Um allein den Effekt der Veränderung von Alter und Geschlecht zu bestimmen, ist es erforderlich, von den 3,1 Prozentpunkten die Zunahme der Anspruchsberechtigten abzuziehen. Die Anspruchsberechtigten sind von 30,7 auf 33 Millionen gewachsen, also entsprechend durchschnittlich um 1,5 % pro Jahr. Es verbleibt damit ein Rest von 1,6 Prozentpunkten, der sich allein auf die Zunahme der Frauen unter den Anspruchsberechtigten und die Zunahme des Durchschnittsalters mit der einhergehenden zunehmenden Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeld, vor allem bei den älteren Versicherten, und den höheren Zahlbeträgen zurückführen lässt. Bei Bereinigung um die Kinderkrankengeldbeziehenden erhöht sich dieser Wert auf 1,9 % (3,1 % abzüglich 1,2 %).

Bei einer Standardisierung von Bevölkerungszahlen ist aber zu beachten, dass es sich um eine deskriptive Analyse handelt und die dargelegten Zusammenhänge mithilfe der Methodik nicht statistisch getestet werden können, sondern nur auf logischen Schlüssen beruhen. Des Weiteren sind die Ergebnisse abhängig von der Wahl des Basisjahres (hier 2009). Ein Basisjahr näher an 2014 würde den Einfluss geringer, ein früheres ihn eher höher einschätzen. Eine multivariate statistische Analyse der Einflussfaktoren könnte anhand der Daten einzelner Krankenkassen vorgenommen werden, die sich aber entsprechend nur auf einen Teil der krankengeldbeziehenden Population Deutschlands beziehen würden.

5.2.9 Weitere Einflussfaktoren

Neben den bisher erörterten Einflussfaktoren – Anzahl der krankengeldberechtigten Versicherten und Höhe der Preiskomponente bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, deren Wachstum im Beobachtungszeitraum von 1997 bis 2014 in relevantem Umfang auf Eingriffe des Gesetzgebers und auf die jeweilige konjunkturelle Lage zurückging, sowie der Entwicklung der Alters- und Geschlechtsverteilung – können für das Wachstum der Krankengeldausgaben noch zahlreiche andere Determinanten verantwortlich sein. Für die Erklärung des Niveaus und der Veränderung von Fallzahl und Falldauer vermögen im Zusammenwirken mit diesen drei Einflussgrößen vor allem die folgenden Faktoren einen Beitrag zu leisten:

- Die spezifische Morbidität der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der krankengeldrelevanten Indikationen,
- Einkommen der krankengeldberechtigten Versicherten,
- Bildungsabschluss und berufliche Qualifikation der Versicherten,
- Umfang der Tätigkeit (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 Versicherten, z. B. mit regionalem Bezug zu Kreisen und kreisfreien Städten,
- Intensität und Qualität des Krankengeldfallmanagements und
- Verschiebungen im Rahmen der Entgeltersatzleistungen an der Schnittstelle von Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in Richtung des Krankengelds.

Mit Ausnahme des Krankengeldfallmanagements handelt es sich bei diesen Einflussgrößen für die Krankenkassen um exogene, d. h. für sie nicht steuerbare Faktoren, was auch den Einbezug des Krankengelds in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unter Wettbewerbsaspekten erforderlich macht. Die politischen Entscheidungseinheiten können diese Einflussfaktoren im Rahmen der Gestaltung der wirtschaftspolitischen Rahmenordnung zumindest in Grenzen beeinflussen. Dieses politische Steuerungspotenzial gewinnt beim Krankengeld besonders an der Schnittstelle zwischen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung an Relevanz, denn die derzeitigen gesetzlichen Regelungen setzen für die Versicherten Anreize, sich bei Wahlmöglichkeiten für das höhere Krankengeld zu entscheiden.⁷²

Nach Alter und Geschlecht stellt die spezifische Morbidität den wichtigsten Einflussfaktor der Krankengeldausgaben dar. Nach den Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013 nahm das

⁷² Zur Diskussion dieser Thematik siehe Kapitel 11.

quantitative Gewicht der Morbidität sogar insofern noch zu, als im Zeitraum von 2009 bis 2013 der Anteil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, der auf die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HGM) zurückging, von 45,1 % auf 47,3 % anstieg (Göpffarth 2014). Im Zuge dieser Entwicklung sank auch der Anteil der Versicherten ohne eine HGM-Zuordnung von 62,7 % auf 58,6 %, während die Quoten der Versicherten mit drei oder vier HGM-Zuordnungen von 4,9 % auf 5,6 % bzw. von 6,6 % auf 7,9 % anwuchsen. Bei einer Interpretation dieser Werte gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die 80 Krankheiten des Morbi-RSA nicht auf eine Abbildung der krankengeldrelevanten Indikationen abzielen.

Eine Analyse der Individualdaten der Barmer GEK-Daten⁷³ zeigt ebenfalls, dass die spezifische Morbidität, die sich nicht schon in Alter und Geschlecht niederschlägt, einen deutlich positiven Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit des Krankengeldbezugs besitzt, wobei dieser Zusammenhang bei Männern noch stärker ausfällt als bei Frauen. Im Gegensatz zu diesem linear positiven Einfluss der Morbidität auf die Eintrittswahrscheinlichkeit erscheint der Zusammenhang zwischen Morbidität und Falldauer weniger klar. Bei der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Falldauer übt die Hauptdiagnose den stärksten Einfluss aus, wobei die fallzahlstarken Diagnosen M – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes –, S – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen – sowie I – Krankheiten des Kreislaufsystems – am meisten zur Veränderung der Falldauer beitragen. Extreme Erhöhungen der Falldauer weisen aber nur einige fallzahlschwache Hauptdiagnosen auf. Die Analysen auf Basis dieser Individualdaten erlaubten es aber nicht, den Beitrag der Morbidität bezüglich des Anstiegs von Fallzahl und Falldauer des Krankengelds quantitativ in Form einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate zu ermitteln.

Von den übrigen im Rahmen dieser Individualdatenanalyse untersuchten möglichen Einflussgrößen des Krankengelds geht vom Wohnort der Versicherten auf der Ebene von 78 der insgesamt 100 Leitregionen ein gewisser, wenn auch im Vergleich zu Alter und Geschlecht sowie Morbidität deutlich geringerer Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer aus. Bei der Eintrittswahrscheinlichkeit besteht ein Ost-West-Gefälle, während sich bei der Falldauer ein umgekehrtes Bild ergibt, denn ostdeutsche Regionen weisen fast durchgehend eine niedrigere Falldauer auf. Zur Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit vermag die Region als Einflussgröße kaum einen Beitrag zu leisten, und es finden sich auch keine regionalen Konzentrationen. Bei der Veränderung der Falldauer sieht dies ähnlich aus, denn nur wenige Regionen weisen bei Männern eine höhere signifikante Veränderung als die Referenzregion auf. Höhere Jahresgehälter der Krankengeldberechtigten korrelieren mit niedrigeren Falldauern.

Insgesamt gesehen haben die untersuchten Einflussfaktoren wohl einen Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer, vermögen aber wenig zur Erklärung der Veränderung dieser beiden Komponenten des Krankengelds zu leisten. Diese Feststellung dürfte für nahezu alle der oben aufgelisteten Faktoren gelten. Eine Ursache hierfür liegt in der mangelnden Datenbasis, die keine hinreichend langen Zeitreihen enthält, auf deren Grundlage sich empirisch fundierte Aussagen über die Entwicklung der für das Krankengeld relevanten Größen sowie über deren kausales Verhältnis zueinander ableiten ließen.

⁷³ Wie in Kapitel 4 beschrieben ist anhand von Barmer GEK-Daten eine umfassende Analyse vorgenommen worden. Der Volltext der Analyse ist unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/barmer-gek-datenanalyse.pdf abrufbar. Morbidität wird in dieser Individualdatenanalyse näherungsweise über einen Krankenhausaufenthalt im Vorjahr abgebildet.

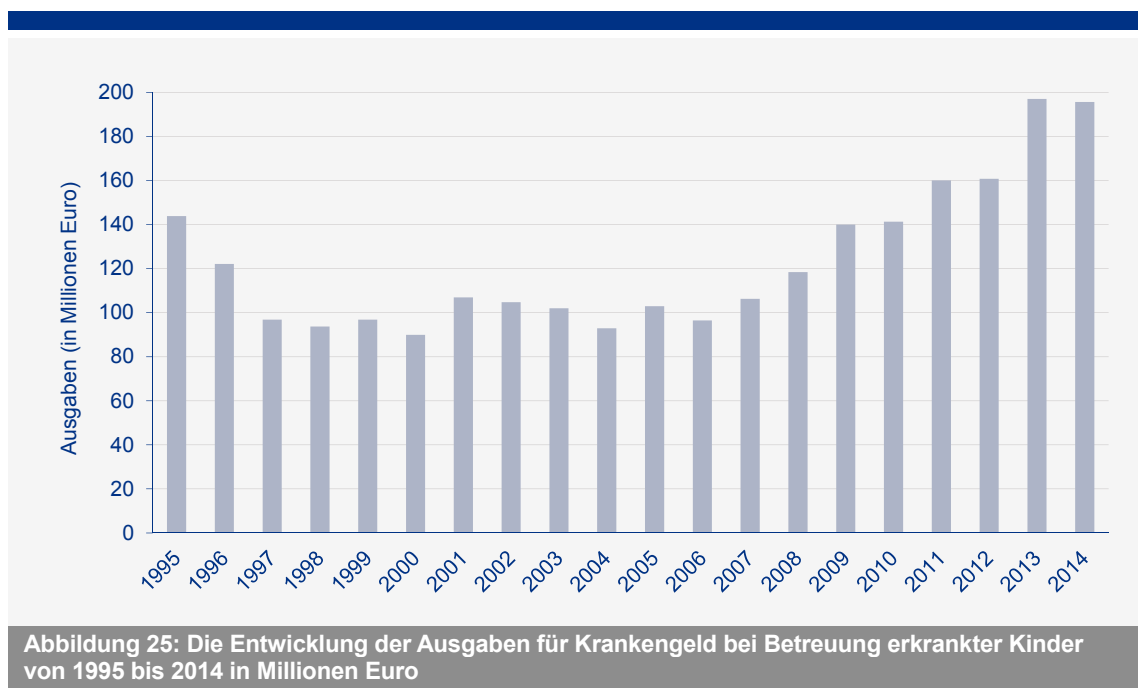
5.3 Die Entwicklung des Kinderkrankengelds

5.3.1 Die Einordnung des Kinderkrankengelds

In der Gesamtbetrachtung nimmt die Ausgabenhöhe für das Kinderkrankengeld eine untergeordnete Rolle ein. Ihr Anteil an den gesamten Krankengeldausgaben belief sich im Jahr 1995 auf 1,5 % und stieg innerhalb von zwei Dekaden auf den aktuellen Satz von 1,8 % an. Der Anteil der Kinderkrankengeldausgaben an den gesamten Leistungsausgaben der GKV belief sich im Jahr 2014 auf lediglich 0,1 %. Dieser vergleichbar geringe Anteil zeigt jedoch bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Wachstumsrate pro Jahr einen besonderen Verlauf. Im Vergleich zur geringen durchschnittlichen Wachstumsrate von 0,6 % bei den gesamten Krankengeldausgaben, bezogen auf den Zeitraum von 1995 bis 2014, liegt sie beim Kinderkrankengeld bei 1,6 %. Der Unterschied wird bei der Betrachtung der Zeitspanne von 2006 bis 2014 noch deutlicher: Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate des Kinderkrankengelds beträgt dann 10,6 %.

5.3.2 Die Ausgaben für Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes

Einen Überblick über die Ausgabenentwicklung des Krankengelds bei Betreuung eines erkrankten Kindes für die Zeitspanne von 1995 bis 2014 findet sich in der Abbildung 25 (BMG, KJ 1). Zu Beginn der Betrachtung beliefen sich die Ausgaben auf 141,6 Millionen Euro. Mit dem im Jahr 1997 in Kraft getretenen Beitragsentlastungsgesetz und der damit verbundenen Kürzung der Krankengeldhöhe von 80 % auf 70 % des Bruttoentgelts erfolgte ein deutlicher Rückgang der Ausgabenhöhe auf 96,8 Millionen Euro.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KJ 1

Nach einer Phase von relativ konstanten Ausgaben kam es ab 2006 zu einer kontinuierlichen Zunahme der Kinderkrankengeldausgaben, wobei der Ausgangswert von 1995 erst wieder im Jahr 2010 erreicht wurde. Im Jahr 2014 beliefen sich die Kinderkrankengeldausgaben auf 195,7 Millionen Euro.

Wie bereits in Kapitel 5.1 erläutert, beziehen sich die nachstehenden Auswertungen auf den Geltungszeitraum der aktuellen gesetzlichen Regelungen nach Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes. Das heißt, es wird im Folgenden die Zeitspanne von 1997 bis 2014 betrachtet, in der bereits die Bezugshöhe um 10 Prozentpunkte gekürzt wurde.

5.3.3 Die Entwicklung von Häufigkeit, Dauer und Höhe des Kinderkrankengelds

Die Höhe der absoluten Krankengeldausgaben für die Betreuung eines erkrankten Kindes errechnet sich aus der Dauer des Kinderkrankengeldbezugs, die auch auf die Häufigkeit der Kinderkrankengeldfälle zurückzuführen ist, und aus der Höhe des jeweiligen Zahlbetrags der betroffenen Kinderkrankengeldbeziehenden. Aufgrund dessen gilt es, in einer ersten Analyse diese maßgeblichen Faktoren im Zeitverlauf zu untersuchen.

Die Tabelle 14 zeigt die Entwicklung des Kinderkrankengelds, der Kinderkrankengeldfälle und -tage von 1997 bis 2014, jeweils dargestellt als Absolutwert, sowie die prozentuale Veränderung zum Vorjahreswert (BMG, KJ 1 und KG 2). Die Kinderkrankengeldausgaben zwischen 1997 und 2014 erreichten im Jahr 2004 ihren Tiefststand. Die darauffolgenden Jahre zeigen einen starken Zuwachs der Kinderkrankengeldausgaben, wobei ab 2006 der Zuwachs kontinuierlich stieg und sich bis 2014 verdoppelte.

Spalte 3 und 4 der Tabelle 14 zeigen die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle. Hier ist ein paralleler Verlauf im Vergleich zur Kinderkrankengeldausgabenentwicklung ersichtlich: Ein Rückgang der Fallzahlen führte im Jahr 2000 zum tiefsten Stand (894 352 Fälle), wobei in den darauffolgenden Jahren die Fallzahlen kontinuierlich anstiegen. Beträchtlich ist ebenfalls die Entwicklung seit 2006. Innerhalb der letzten neun Jahre des Beobachtungszeitraums kam es zu einer Verdopplung der Kinderkrankengeldfälle. Parallel dazu entwickelten sich die Kinderkrankengeldtage. Der Verlauf zeigt Schwankungen zwischen dem tiefsten Stand im Jahr 2006 mit 2,5 Millionen Kinderkrankengeldtagen und dem vorläufig höchsten Stand mit 4,4 Millionen Kinderkrankengeldtagen im Jahr 2014 auf (s. Spalte 5 und 6 der Tabelle 14).

Jahr	Kinderkrankengeld		Kinderkrankengeldfälle		Kinderkrankengeldtage	
	in Millionen Euro	Veränderung zum Vorjahr (%)	in Millionen Fälle	Veränderung zum Vorjahr (%)	in Millionen Tage	Veränderung zum Vorjahr (%)
1997	96,84		0,94		2,93	
1998	93,73	-3,21	0,94	-0,39	2,91	-0,73
1999	96,86	3,35	0,97	3,90	2,96	1,78
2000	89,97	-7,12	0,89	-8,13	2,66	-10,24
2001	106,95	18,87	1,01	13,08	2,96	11,08
2002	104,74	-2,06	0,94	-7,11	2,67	-9,69
2003	101,98	-2,63	0,95	0,79	2,63	-1,66
2004	92,90	-8,91	0,91	-3,56	2,47	-6,06
2005	102,95	10,82	1,00	9,29	2,62	6,16
2006	96,46	-6,30	0,96	-4,10	2,47	-5,86
2007	106,29	10,19	1,06	10,67	2,70	9,38
2008	118,39	11,39	1,15	8,77	2,86	5,95
2009	140,03	18,27	1,40	21,85	3,55	24,32
2010	141,31	0,91	1,35	-3,80	3,23	-9,11
2011	160,02	13,24	1,52	12,54	3,69	14,42
2012	160,76	0,46	1,61	5,61	3,74	1,20
2013	197,01	22,55	1,85	15,28	4,33	15,92
2014	195,65	-0,69	1,90	2,92	4,39	1,39

Tabelle 14: Entwicklung der Kinderkrankengeldausgaben, -fälle und -tage von 1997 bis 2014

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

5.3.4 Mengen- und Preisentwicklung

Die deutliche Zunahme der absoluten Ausgaben für das Kinderkrankengeld erfordert eine detailliertere Betrachtung der Mengen- und Preisentwicklung unterteilt in die Entwicklungen des Kinderkrankengelds pro Fall, die Entwicklung des Kinderkrankengelds pro Tag und die Preiskomponente.

Im ersten Fall zeigt die Analyse der durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Fall ein konstantes Profil mit Schwankungen zwischen 99,50 und 111,50 Euro innerhalb der letzten 18 Jahre. Die Berechnung des Index bestätigt die konstante Entwicklung. Das Heranziehen des Basiswerts für das Jahr 2006 zeigt nur leichte Steigerungsraten für die Entwicklung des Kinderkrankengelds pro Fall (s. Tabelle 15).

Jahr	Ausgaben pro Fall		Tage pro Fall	Ausgaben pro Tag
	in Euro	Indexdarstellung, Basisjahr 2006	Durchschnittliche Tage	in Euro
1997	102,96	102,16	3,1	33,00
1998	100,04	99,26	3,1	32,17
1999	99,50	98,73	3,0	32,67
2000	100,60	99,81	3,0	33,81
2001	105,75	104,93	2,9	36,18
2002	111,50	110,63	2,8	39,23
2003	107,71	106,87	2,8	38,84
2004	101,73	100,94	2,7	37,67
2005	103,15	102,35	2,6	39,32
2006	100,78	100,00	2,6	39,13
2007	100,34	99,56	2,5	39,42
2008	102,75	101,95	2,5	41,45
2009	99,74	98,96	2,5	39,43
2010	104,62	103,81	2,4	43,78
2011	105,28	104,46	2,4	43,33
2012	100,14	99,36	2,3	43,01
2013	106,45	105,63	2,3	45,47
2014	102,72	101,92	2,3	44,54

Tabelle 15: Entwicklung der Kinderkrankengeldausgaben und -tage pro Fall und Ausgaben pro Tag von 1997 bis 2014

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

Ein weiterer Aspekt zielt auf die Analyse der durchschnittlichen Kinderkrankengeldtage pro Fall ab (s. Spalte 3): Seit 1997 zeichnet sich eine rückläufige Entwicklung ab. Die durchschnittliche Bezugsdauer des Kinderkrankengelds von 3,1 Tagen im Jahr 1997 reduzierte sich um rund einen Tag auf 2,3 Tage im Jahr 2014.

Im Gegensatz dazu zeigt die Betrachtung der durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Tag eine steigende Tendenz (s. Spalte 4). Der Ausgangswert im Jahr 1997 lag dabei bei 33 Euro pro Tag und stieg bis zum Jahr 2002 auf einen vorläufigen Höchstwert. Nach einer kurzen Stagnation wuchs der durchschnittliche Wert weiter und erhöhte sich auf durchschnittlich 44,54 Euro im Jahr 2014. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 1,8 % für den

Zeitraum von 1997 bis 2014. Bei gesonderter Betrachtung der Zeitspanne von 2006 bis 2014 nehmen die durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Tag um 5,41 Euro zu.

5.3.5 Status der Mitglieder

Der Aspekt des unterschiedlichen Versicherungsstatus auf die Entwicklung des Kinderkrankengelds erfordert die separate Analyse sowohl für Pflichtmitglieder als auch für freiwillig versicherte Mitglieder der GKV. Die Abbildung 26 zeigt die unterschiedliche Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle für weibliche und männliche Pflichtmitglieder in den Jahren 1997 bis 2014. Insgesamt entstehen bei weiblichen Mitgliedern deutlich mehr Kinderkrankengeldfälle über den gesamten Zeitverlauf. Der Ausgangswert von ca. 800 400 Fällen verbleibt zunächst auf diesem Niveau und steigt ab 2006 deutlich an. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate für den Zeitraum 2006 bis 2014 beträgt 7,6 %.

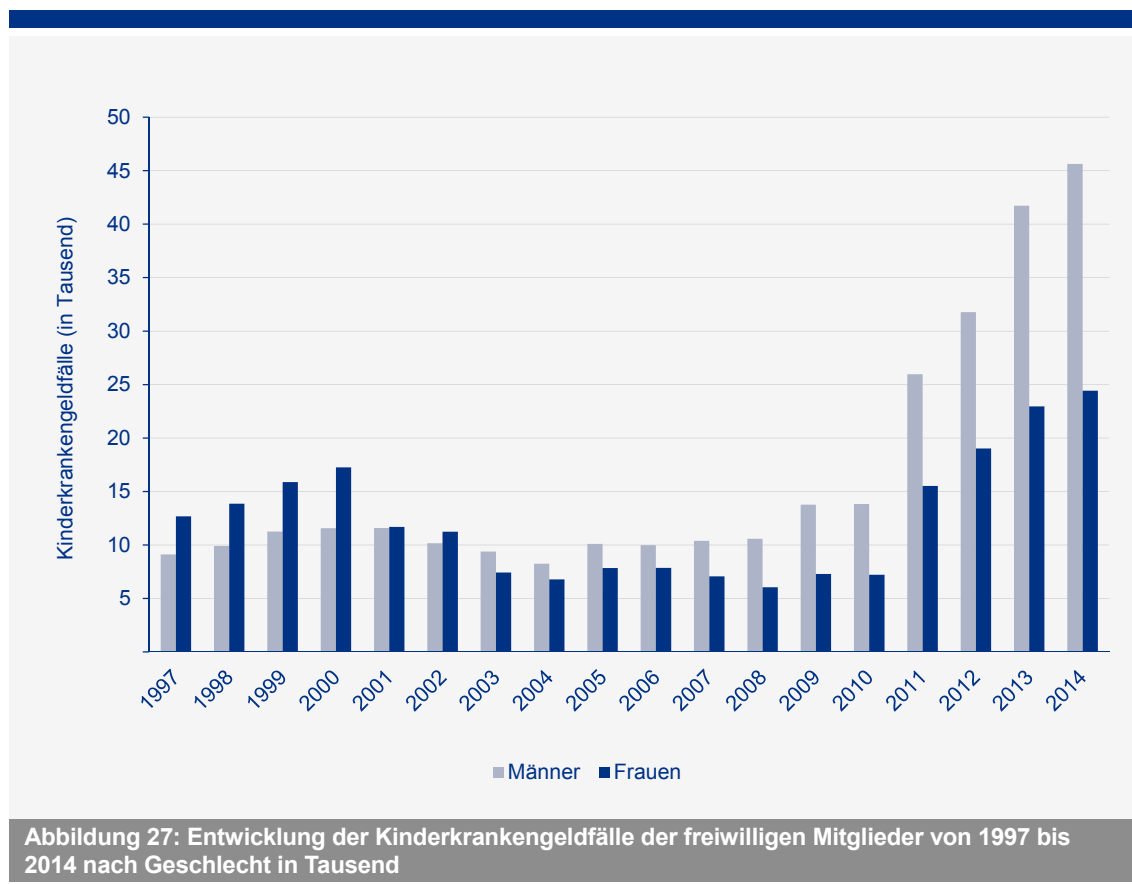
Im Gegensatz dazu starten männliche Pflichtmitglieder mit einem deutlich niedrigeren Niveau von ca. 118 300 Fällen im Jahr 1997. Nach diesem tiefsten Stand steigen die Fallzahlen ab 2006 kontinuierlich an und erreichen im Jahr 2014 ihren vorläufigen Höchststand mit ca. 398 000 Fällen. Dieser Anstieg ist im Vergleich zu den weiblichen Mitgliedern größer und entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 13,7 %.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Bei den freiwillig versicherten Mitgliedern zeigt sich ein anderer Verlauf. Insgesamt betrachtet haben sie über den gesamten Zeitverlauf hinweg ein niedrigeres Niveau sowie eine Reduktion der Kinderkrankengeldfälle von 2002 bis 2006 (s. Abbildung 27). Die gesonderte Betrachtung der weiblichen freiwillig versicherten Mitglieder zeigt im Vergleich zur männlichen Vergleichsgruppe eine höhere Fallzahl im Jahr 1997 (ca. 12 700 Fälle). Diese steigt im Verlauf der Zeit leicht an bis zur Trendumkehr im Jahr 2000. Ab 2008 steigt sie abermals wieder an und kommt im Jahr 2014 auf den Höchststand von ca. 24 400 Fällen. Männliche freiwillige Mitglieder haben ein verändertes Profil zum Ende des Beobachtungszeitraums. Ab dem Jahr 2006 nehmen die Fallzahlen zu und wachsen von ca. 10 000 Fällen auf ca. 45 600 Fälle an. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 20,9 % im Zeitraum von 2006 bis 2014.

Die unterschiedliche Entwicklung der beiden Versichertengruppen (Pflicht- versus freiwillig Versicherte) in Bezug auf die Kinderkrankengeldfälle lässt den Schluss auf eine ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der durchschnittlichen Kinderkrankengeldtage pro Fall zu.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des BMG, KG 2

Die Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle in Bezug auf die kinderkrankengeldberechtigten Mitglieder⁷⁴ und die Entwicklung der Kinderkrankengeldtage werden gesondert für den jeweiligen Versicherungsstatus wie auch deren Unterteilung in weibliche und männliche Kinderkrankengeldbezieher in der Tabelle 16 dargestellt. Der obere Teil der Tabelle zeigt dabei die Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle der kinderkrankengeldberechtigten Mitglieder (je 100 Berechtigte) von 1997 bis 2014. Der untere Teil der Tabelle konzentriert sich auf die separate Darstellung der durchschnittlichen Kinderkrankengeldtage pro Fall. In der letzten Spalte wird die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 2006 bis 2014 für die einzelnen Gruppen dargestellt.

Die systematische Darstellung zeigt einen deutlichen Unterschied sowohl für die einzelnen Versicherungstypen als auch für das Geschlecht der Krankenversicherungsmitglieder. Dabei zeigt die Berechnung der durchschnittlichen Wachstumsrate pro Jahr einen stärkeren Anstieg bei den männlichen Pflichtmitgliedern in Höhe von 12,4 %. Die durchschnittlichen Wachstumsraten betragen 24,9 % für die weiblichen freiwillig versicherten Mitglieder sowie 34,4 % für die männlichen Mitglieder.

Kinderkrankengeldfälle unter den krankengeldberechtigten Mitgliedern (je 100 Berechtigte)	1997	2000	2005	2010	2014	Durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr in % (2006–2014)
Pflichtmitglied, männlich	0,94	0,94	1,28	2,05	3,14	12,39
Pflichtmitglied, weiblich	6,86	6,26	7,39	8,90	11,18	5,90
Freiwilliges Mitglied, männlich	0,34	0,44	0,51	0,90	2,06	34,41
Freiwilliges Mitglied, weiblich	2,29	2,90	1,84	2,32	3,97	24,94
Kinderkrankengeldtage pro Fall	1997	2000	2005	2010	2014	Durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr in % (2006–2014)
Pflichtmitglied, männlich	3,24	3,14	2,72	2,49	2,45	-0,99
Pflichtmitglied, weiblich	3,11	2,96	2,61	2,37	2,28	-1,45
Freiwilliges Mitglied, männlich	2,72	2,59	2,30	2,00	1,93	-2,05
Freiwilliges Mitglied, weiblich	2,98	2,63	2,54	2,10	1,99	-1,88

Tabelle 16: Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle und -tage nach Status und Geschlecht der Versichertengruppen

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

⁷⁴ Da in den amtlichen Statistiken des BMG die kinderkrankengeldberechtigten Mitglieder nicht gesondert ausgewiesen werden, werden im folgenden Text – auch zur Abgrenzung zu Kapitel 5.1 und 5.2 – sowohl Pflichtmitglieder als auch freiwillige Mitglieder als kinderkrankengeldberechtigte Mitglieder bezeichnet. Dies führt zu einer zu großen Bezugsgruppe, da beispielsweise auch Mitglieder ohne Kinder einbezogen werden.

Der untere Teil der Tabelle zeigt die Entwicklungen der Tage pro Fall. Insgesamt betrachtet zeigt sich in allen Gruppen eine Reduktion der durchschnittlichen Kinderkrankengeldtage pro Fall mit Schwankungen zwischen 0,8 und 1 Tag. Ein Vergleich der Versicherungstypen zeigt für die Pflichtmitglieder eine geringere Reduktion als für freiwillig Versicherte. Hierbei fällt auf, dass weibliche Pflichtmitglieder höhere Reduktionsraten aufweisen als männliche Pflichtmitglieder. Männliche freiwillig versicherte Mitglieder haben über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg das geringste durchschnittliche Tage-pro-Fall-Profil im Vergleich zu den weiblichen freiwillig versicherten Mitgliedern sowie zu beiden Untergruppen der Pflichtmitglieder.⁷⁵

Zusammenfassend zeigt die Tabelle 16 eine deutliche Zunahme der Kinderkrankengeldfälle, wobei bei den freiwilligen Mitgliedern und insbesondere bei den männlichen freiwilligen Mitgliedern die größten Wachstumsraten zu beobachten sind (allerdings von einem relativ geringen Ausgangsniveau). Gleichzeitig fällt im Beobachtungszeitraum das Verhältnis zwischen Bezugstagen und Fällen und pendelt sich zum aktuellen Stand zwischen 1,9 und 2,5 Tagen ein. Bemerkenswert ist auch der deutliche Unterschied in der geschlechtsspezifischen Betrachtung: Im Vergleich zu ihrer männlichen Vergleichsgruppe haben weibliche Mitglieder jeweils eine geringere Wachstumsrate bei den Kinderkrankengeldfällen. Des Weiteren haben weibliche Pflichtmitglieder auch eine größere negative Wachstumsrate bei den durchschnittlichen Kinderkrankengeldtagen pro Fall im Vergleich zu den männlichen Pflichtversicherten. Dies könnte ein Hinweis auf eine partielle Substitution der Kinderbetreuung im Krankheitsfall von Müttern zu Vätern sein.

5.3.6 Alters- und geschlechtsspezifische Entwicklung

Eine Analyse der Krankenkassendaten⁷⁶ für das Jahr 2014 zeigt bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung bei den männlichen Mitgliedern in allen Altersklassen, mit Ausnahme der 50- bis 59-Jährigen, geringere Kinderkrankengeldfallzahlen. Die höheren Kinderkrankengeldausgaben pro Fall⁷⁷ finden sich bei männlichen Mitgliedern, die höchsten bei männlichen Mitgliedern in der Altersklasse von 18 bis 24 Jahren (vgl. Tabelle 17). Die durchschnittlichen Ausgaben pro Fall bleiben bei den weiblichen Mitgliedern in allen Altersklassen deutlich unter denen der männlichen Mitglieder; die höchsten durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Fall bei den weiblichen Mitgliedern treten im Alter von 50 bis 54 Jahren auf.

Bei den durchschnittlichen Kinderkrankengeldtagen pro Fall zeigen sich nur marginale Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die Altersklassen bis 29 Jahre haben im Mittel eine Bezugsdauer von knapp 3 Tagen gegenüber 2 Tagen bei den älteren Kinderkrankengeldberechtigten. Die Kinderkrankengeldausgaben pro Tag schwanken je nach Altersgruppe bei den männlichen Mitgliedern zwischen 53,78 Euro (18- bis 24-Jährige) und 72,62 Euro (45- bis 49-Jährige). Bei den

⁷⁵ Eine Ausnahme stellen hierbei die Jahre 1998 und 1999 dar, die im Folgenden aber nicht genauer analysiert werden.

⁷⁶ Die Auswertung bezieht sich auf Werte zu sieben Einzelkassen, wobei Daten aus allen abgefragten Kassenarten inkludiert wurden. Die Analyse der weiblichen Mitglieder in der Altersklasse von 55 bis 59 Jahre bezieht sich auf fünf Krankenkassen, da bei zwei Kassen hierzu keine Angaben geliefert wurden. Für weitere Details zu den Krankenkassendaten sowie deren Limitationen siehe Kapitel 4.3.

⁷⁷ Bei der Definition der Fälle handelt es sich in Anlehnung an die KG 2-Statistik um im Laufe des Geschäftsjahres abgeschlossene Fälle.

weiblichen Mitgliedern ist die Spanne ähnlich (zwischen ca. 31,33 und 51,53 Euro), jedoch auf einem geringeren Niveau.

Ein Vergleich der Krankenkassendaten mit den Werten der amtlichen Statistiken (vgl. Tabelle 15, Kapitel 5.3.4.) zeigt, dass die durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Fall bei den männlichen Mitgliedern mit 150,21 Euro deutlich von den Ergebnissen der amtlichen Statistiken mit 102,72 Euro im Jahr 2014 abweichen. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass überwiegend weibliche Mitglieder Kinderkrankengeld beantragen oder alternativ die vorliegenden Krankenkassendaten bei den Kinderkrankengeldbeziehenden eine abweichende Versichertenpopulation abbilden. Bei den durchschnittlichen Bezugsdauern zeigt sich keine Abweichung zu Tabelle 15. Die durchschnittlichen Kinderkrankengeldausgaben pro Tag belaufen sich laut den amtlichen Statistiken für das Jahr 2014 auf 44,54 Euro und bestätigen die oben genannte Vermutung, dass überwiegend weibliche Mitglieder Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen. Zusammengefasst zeigt sich, dass die vorliegenden Krankenkassendaten keine für die Fragestellung dieses Gutachtens grundsätzlichen Abweichungen von den amtlichen Statistiken aufweisen.

Altersklassen	Kinderkrankengeldfälle		Kinderkrankengeldausgaben pro Fall		Kinderkrankengeldtage pro Fall		Kinderkrankengeldausgaben pro Tag	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18–24	115	717	162,56	85,08	3,02	2,72	53,78	31,33
25–29	1 395	7 039	147,00	94,57	2,42	2,52	60,78	37,59
30–34	5 368	19 473	150,16	96,35	2,28	2,29	65,77	42,03
35–39	7 074	19 729	149,76	96,57	2,14	2,12	69,88	45,58
40–44	4 462	10 475	148,26	99,40	2,07	2,08	71,46	47,77
45–49	2 080	3 651	150,09	105,04	2,07	2,13	72,62	49,29
50–54	583	504	146,61	109,57	2,06	2,19	71,06	50,03
55–59	119	38	147,23	99,58	2,22	1,93	66,19	51,53
Durchschnitt	2 649	7 703	150,21	98,27	2,29	2,25	66,44	44,39

Tabelle 17: Entwicklung der Kinderkrankengeldfälle, Kinderkrankengeldausgaben und -tage pro Fall und Tag, unterteilt nach Alter und Geschlecht der Mitglieder für das Jahr 2014

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von sieben Krankenkassen erhobenen Daten

5.3.7 Wachstumsraten der Komponenten des Kinderkrankengelds

Die Berechnung des Kinderkrankengelds ergibt sich aus der Multiplikation der angefallenen Kinderkrankengeldtage und dem jeweiligen Zahlbetrag. Um ein besseres Verständnis für die Veränderungen einzelner Faktoren zu bekommen, kann diese Formel in weitere Komponenten zerlegt

werden. Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen den Kinderkrankengeldausgaben und den einzelnen Komponenten wie beispielsweise des bereits erläuterten Verhältnisses zwischen Tagen und Fällen ist in folgender Gleichung zusammengefasst:

$$\text{Kinderkrankengeldausgaben} = \frac{\text{Fall}}{\text{kinderkrankengeldberechtigte Mitglieder}} \times \frac{\text{kinderkrankengeldberechtigte Mitglieder}}{\text{Fall}} \times \frac{\text{Tage}}{\text{Fall}} \times \frac{\text{Zahlbetrag}}{\text{Tag}}$$

Zu den weiteren Komponenten zählen die Fallhäufigkeit, gemessen als Anteil der Fälle pro kinderkrankengeldberechtigtem Mitglied, die Anzahl der kinderkrankengeldberechtigten Mitglieder und der durchschnittliche Zahlbetrag, gemessen als Kinderkrankengeldausgaben pro Tag. Die Tabelle 18 zeigt die absoluten Werte der genannten Komponenten für die Jahre 2006 und 2014 sowie deren durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr.

	2006	2014	Durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr in %
Kinderkrankengeldausgaben in Euro	96 463 048	195 654 633	10,63
Fälle pro kinderkrankengeldberechtigtem Mitglied	0,03	0,07	10,77
Kinderkrankengeldberechtigte Mitglieder	29 157 434	28 358 718	-0,40
Kinderkrankengeldtage	2,58	2,31	-1,56
Kinderkrankengeldausgaben pro Tag in Euro	39,13	44,54	1,87

Tabelle 18: Dekomposition der Wachstumsrate des Kinderkrankengelds von 2006 bis 2014 in einzelne Komponenten

Die geringe Abweichung der Summe der Einzelwachstumsraten von der Wachstumsrate der Ausgaben in Höhe von 0,05 % ergibt sich durch die multiplikative Verknüpfung der Einzelwachstumsraten.

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

Insgesamt sind die Kinderkrankengeldausgaben pro Jahr durchschnittlich um 10,6 % angestiegen. Näherungsweise kann diese Steigerungsrate auf die einzelnen Elemente aufgeteilt werden, wobei die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Kinderkrankengeldtage pro Fall mit -1,6 % und die Anzahl der kinderkrankengeldberechtigten Mitglieder rückläufig sind.⁷⁸ Den Hauptanteil an der

⁷⁸ Die rückläufige Entwicklung ist ausschließlich auf den Strukturbruch bei den freiwilligen Mitgliedern zurückzuführen (vgl. Kapitel 5.2.6). Ihre durchschnittliche Wachstumsrate von 2006 bis 2014 beträgt -9,6 %.

Zunahme nimmt die Häufigkeit der Fallzahlen pro kinderkrankengeldberechtigtem Mitglied mit 10,8 % ein. Gleichzeitig hat die Höhe des Zahlbetrags pro Tag leicht zugenommen.

5.3.8 Diskussion der möglichen Ursachen

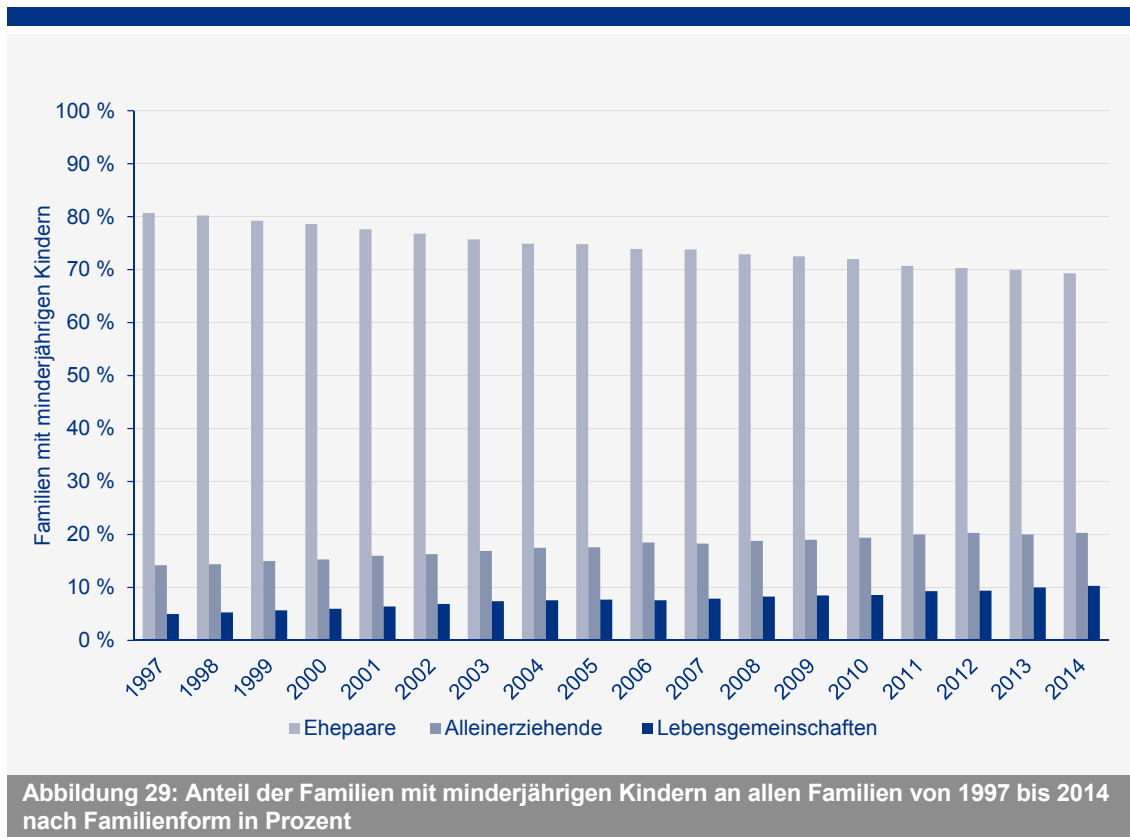
Eine mögliche Ursache für die gestiegene Anzahl an Kinderkrankengeldfällen wie auch die damit verbundenen Kinderkrankengeldausgaben ist auf die Entwicklung der Erwerbstätigenquote zurückzuführen (s. Abbildung 28). Im Vergleich zum relativ konstanten Verlauf der Erwerbstätigenquote für Männer seit 1997 (durchschnittliche jährliche Wachstumsrate: 0,5 %) kommt es bei Frauen zu einem stärkeren Anstieg der Quote. Das durchschnittliche jährliche Wachstum beträgt hier 1,3 % für den identischen Zeitraum. Eine Betrachtung der Jahre 2006 bis 2014 zeigt für Männer eine geringfügig veränderte Wachstumsrate von 0,9 % gegenüber 1,5 % bei den Frauen (Eurostat 2015a). Diese relativ konstante Zunahme der Erwerbstätigenquote lässt vermuten, dass in Familien vermehrt beide Elternteile erwerbstätig sind, wodurch es insgesamt zu einer höheren Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld kommen könnte.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Eurostat 2015a

Gleichermaßen vollzog sich innerhalb der letzten zwei Dekaden eine Anpassung der gesellschaftlichen Struktur an die sich verändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen. Ein Merkmal des gesellschaftlichen Wandels zeigt sich in der Form von Veränderungen der Familienstruktur, wie beispielsweise dem steigenden Trend zu Single-, Alleinerziehenden- und Lebensgemeinschaftshaushalten. Dieser Trend könnte ebenfalls einen Beitrag zur Zunahme der Kinderkrankengeldausgaben und Fallzahlen leisten. Gestützt wird diese These durch die Ergebnisse des erhobenen Mikrozensus über die Familie/Lebensform der Bevölkerung, veröffentlicht vom Statistischen

Bundesamt.⁷⁹ Die Werte der Erhebung zeigen einen deutlichen Anstieg in Höhe von etwas über 40 % (1997 bis 2014) in der Gruppe der Alleinerziehenden (s. Abbildung 29). Des Weiteren hat sich die Anzahl der Lebensgemeinschaften im zugrunde gelegten Zeitraum verdoppelt sowie die Anzahl der Ehepaare geringfügig verringert. Eine Betrachtung der Zeitspanne des Ausgabenanstiegs von 2006 bis 2014 zeigt hierbei eine jährliche Wachstumsrate von 1,2 % für Alleinerziehende und 3,9 % für Lebensgemeinschaften. Insbesondere der graduelle Anstieg von Alleinerziehenden deutet auf eine Erhöhung der Fallzahlen hin. Jedoch lässt die vorliegende Datengrundlage eine genaue Zuweisung zum Anteil an der Kinderkrankengeldentwicklung nicht zu.

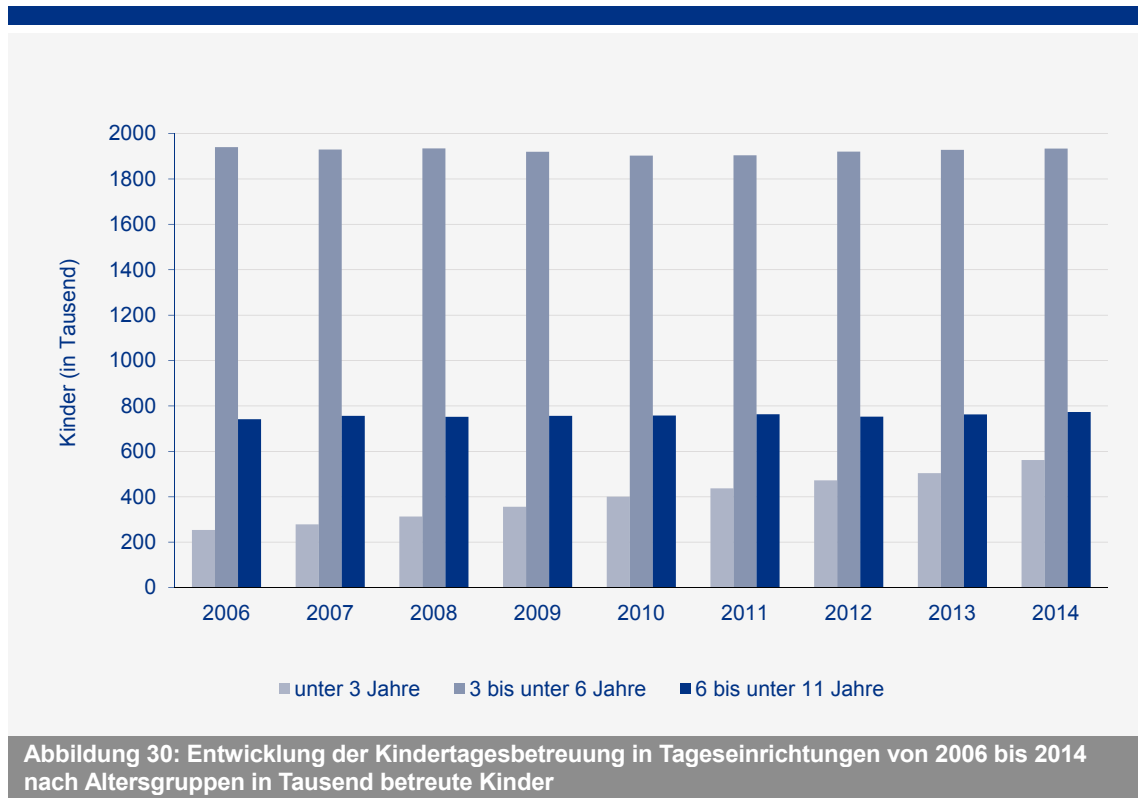


Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2015a)

Der generelle Anstieg der Erwerbstätigenquote sowie die zunehmende Veränderung des familiären Umfelds sprechen für einen erhöhten Bedarf an Fremdbetreuung des Kindes, auf die im Falle einer Erkrankung des Kindes jedoch in der Regel nicht zurückgegriffen werden kann. Dies gilt besonders für die Betreuung in Einrichtungen, weniger bei Tagesmüttern bzw. Tagesvätern (Betreuung im Fremdhauhalt) und in noch geringerem Maße bei einer Fremdbetreuung zu Hause. Demzufolge wirkt sich auch die bundesweite Versorgung mit öffentlichen Betreuungseinrichtungen auf den Verlauf der Kinderkrankengeldfälle aus. Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Statistik zur Betreuung

⁷⁹ Bei dem Mikrozensus handelt es sich um eine repräsentative Befragung von ca. 1 % der Bevölkerung in Deutschland.

von Kindern in Tageseinrichtungen wurde erstmals 2006 erhoben.⁸⁰ Die Erhebung umfasst dabei alle Kindertageseinrichtungen, in denen Kinder für einen Teil des Tages oder ganztätig betreut werden und für die eine Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII oder eine vergleichbare Genehmigung vorliegt (Statistisches Bundesamt 2015b).



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2015b)

Die Entwicklung der betreuten Kinder in Tageseinrichtungen verläuft je nach betrachteter Altersgruppe heterogen (s. Abbildung 30). In absoluten Zahlen umfasst die Gruppe der 3- bis unter 6-Jährigen die größte Zahl der betreuten Kinder (2014: 1 934 116 betreute Kinder), jedoch ist die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der betreuten Kinder dieser Altersgruppe mit -0,04 % leicht rückläufig. Die Gruppe der 6- bis unter 11-jährigen Kinder wächst durchschnittlich jährlich mit 0,5 % (2014: 773 054 betreute Kinder) und die Gruppe der unter 3-jährigen Kinder mit 10,4 % (2014: 561 569 betreute Kinder). In der Gruppe der unter 3-Jährigen entspricht dies in etwa einer Verdopplung der betreuten Kinder in Tageseinrichtungen. In dieser Gruppe sowie bei den 3- bis unter 6-Jährigen ist besonders häufig mit Erkrankungen zu rechnen (Statistisches Bundesamt 2008).

Die zunehmende Inanspruchnahme von Tageseinrichtungen zur Betreuung insbesondere von Kindern unter 3 Jahren könnte auf den Anstieg der Frauenerwerbstätigenquote, möglicherweise zum Teil auch auf einen Rückgang der Kinderbetreuung durch familiennahe Angehörige zurückzuführen

⁸⁰ Auskunftspflichtige Institutionen umfassen Einrichtungen, die gemäß § 69 Abs. 5 und Abs. 6 SGB VIII Aufgaben der Jugendhilfe wahrnehmen, Träger der freien Jugendhilfe sowie Leitungen von Einrichtungen, Behörden und Geschäftsstellen in der Jugendhilfe.

sein. Auch die relative Bedeutung der Betreuung durch Tagesmütter bzw. Tagesvätern (Betreuung im Fremddhaushalt) und Kinderfrauen (Betreuung zu Hause) könnte abgenommen haben. Diese Faktoren könnten zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld im Falle der Erkrankung des Kindes beitragen und somit einen nicht weiter bezifferbaren Teil der gestiegenen Fallzahlen erklären.

Eine untergeordnete Rolle für die Entwicklung der Kinderkrankengeldausgaben seit 2006 scheint die Entwicklung der Geburtenzahl zu spielen. Seit Beginn der 1990er Jahre ist hier ein rückläufiger Trend zu beobachten, mit der höchsten Anzahl an Geburten im Jahr 1990. Sofern vermehrt in diesem Zeitraum geborene Kinder Kinderkrankengeldfälle verursachen, würde die Anspruchsberechtigung um das Jahr 2004 enden und somit keine Rückschlüsse auf die Entwicklungen seit 2006 zulassen.

Auch eine Veränderung des Morbiditätsrisikos könnte die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle beeinflussen. Dieses Phänomen lässt sich beispielhaft an der Veränderung der Kinderkrankengeldausgaben und -fälle der Jahre 2012 und 2014 beobachten (vgl. Tabelle 14). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kinderkrankengeldausgaben im Jahr 2014 stark gestiegen. Der Zuwachs betrug 22,3 % bzw. ca. 34,89 Millionen Euro. Dieser starke Zuwachs entstand nicht zuletzt auch durch eine überdurchschnittlich starke saisonale Grippewelle, die sich in der Betrachtung der Kinderkrankengeldentwicklung direkt auf Fallzahlen, Tage und Ausgaben auswirkt. Die Grippewelle der Saison 2012/13 erreichte beispielsweise in der 8. Kalenderwoche ihren Höhepunkt und führte bei Säuglingen und Kleinkindern zur höchsten Konsultationsinzidenz aufgrund von Atemwegserkrankungen. Ebenso verursachten diese beiden Gruppen (0 bis 4 Jahre) und Schulkinder (5 bis 14 Jahre) zusammen den höchsten der Grippewelle zuschreibbaren Zuwachs an Arztbesuchen mit jeweils 28 000 Konsultationen bzw. 16 000 Konsultationen je 100 000 Kinder der jeweiligen Altersgruppe (RKI 2013). Allerdings kann von entsprechenden Effekten einer besonders starken saisonalen Grippewelle nicht auf einen Morbiditätstrend geschlossen werden.

Zu den weiteren möglichen Einflussfaktoren, die hier nicht näher erläutert werden, zählen beispielsweise die sich im Zeitverlauf verändernde Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Auswirkungen konjunktureller Schwankungen auf das Inanspruchnahmeverhalten beim Kinderkrankengeld.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Kinderkrankengeld an den gesamten Krankengeldausgaben mit derzeit 1,8 % eine untergeordnete Rolle spielt. Dennoch kam es seit dem Jahr 2006 zu einer Verdopplung der Kinderkrankengeldausgaben und -fälle und zu einer knappen Verdopplung der Kinderkrankengeldtage. Jedoch betrug die Zunahme der Krankengeldausgaben pro Fall nur 1,9 % und die durchschnittliche Bezugsdauer verkürzte sich um 0,3 Tage. Bei der gesonderten Betrachtung des Versicherungstyps und des Geschlechts wird ersichtlich, dass männliche Versicherte im gesamten Beobachtungsraum einen niedrigeren Anteilswert an den Kinderkrankengeldfällen, jedoch seit 2006 deutlich höhere jährliche Wachstumsraten im Vergleich zur weiblichen Vergleichsgruppe verzeichnen.

5.4 Literatur

- Arnds, P. und Bonin, H. (2002): Frühverrentung in Deutschland: Ökonomische Anreize und institutionelle Strukturen. IZA Discussion paper series (666).
- Bäcker, G. (2012): Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Altersübergangsreport (3).
- Brenke, K. (2015): Wachsende Bedeutung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt. DIW Wochenbericht 5.
- Bundesagentur für Arbeit (2015): Arbeitsmarkt in Deutschland Zeitreihen bis 2014, www.statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Jaehrliche-Analytikreports/Generische-Publikationen/Arbeitsmarkt-Deutschland-Zeitreihen/Analyse-Arbeitsmarkt-Deutschland-Zeitreihen-2014.pdf (Stand: 1. Oktober 2015).
- Eurostat (2015a): Employment LFS adjusted series, www.ec.europa.eu/eurostat/data/database, (Stand: 6. Oktober 2015).
- Eurostat (2015b): Erwerbstätigenquote nach Geschlecht, Altersgruppe 20–64, www.ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=t2020_10&plugin=1 (Stand: 27. Oktober 2015).
- Göpffarth, D. (2014): Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013, 26. November 2014.
- Holleder, A. (2008): Rückläufige Krankmeldungen von Arbeitslosen – bis „Hartz IV“. Gesundheits- und Sozialpolitik (5): 41–48.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013): Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2012/13, Berlin.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2011): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln.
- PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, Köln.
- Schürmann, C., Osterkamp, N. und Amling, K. (2009): Krankengeld-Wahltarife. Risiken und Nebenwirkungen für die Solidargemeinschaft, in: Barmer Gesundheitswesen aktuell: 48–66.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): Zahl der unbefristet in Vollzeit Beschäftigten steigt deutlich, Pressemitteilung vom 30. Juli 2012 – 263/12, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Mikrozensus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Haushalte und Familien, Ergebnisse des Mikrozensus 2014, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b): Kindertagesbetreuung: Kindertageseinrichtungen nach Altersgruppen und Bundesländern im Zeitvergleich, Wiesbaden, www.genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=22541-0001&startjahr=2006 (Stand: 8. Mai 2015).
- Statistisches Bundesamt (2015c): Mikrozensus Arbeitskräfteentwicklung, www.genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=1F75F2DDA3D66C37EBC305DDA9D54C00.tomc_at_GO_2_1?operation=previous&l (Stand: 22. September 2015).
- Steinke, M. und Badura, B. (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, (Hrsg.): Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Wittmann, R. und Göpffarth, D. (2014): Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, in: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.), Gesundheitswesen aktuell 2014, Beiträge und Analysen, Köln.

WSI (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut) (2014): GenderDatenPortal: Rentenzugang von Frauen und Männern, www.boeckler.de/51233.htm (Stand: 10. August 2015).

6 Zwischenfazit: Bisherige Erkenntnisse und weitere Einflussfaktoren

Nachdem die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankengeld von 1995 bis 2006 auch bedingt durch gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen einen fallenden Trend aufwiesen, stiegen sie seitdem mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 8,1 % von 5,7 Milliarden Euro auf den bisherigen Höchststand von 10,6 Milliarden Euro (einschließlich Kinderkrankengeld) an. Im Zuge dieser Entwicklung nahm ihr Anteil an den Leistungsausgaben der GKV zwischen 2006 und 2014 von 4,1 % auf 5,5 % zu. Von den gesamten Krankengeldausgaben entfielen 2014 mit 10,4 Milliarden Euro ca. 98 % auf das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und mit 0,2 Milliarden Euro ca. 2 % auf das Kinderkrankengeld. Dabei wuchs das Kinderkrankengeld in diesem Zeitraum mit einer durchschnittlichen Rate von 10,6 % noch stärker als das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit mit entsprechenden 8,0 %.

Die Krankengeldausgaben errechnen sich aus (1) der Fallzahl bzw. der Anzahl der krankengeldberechtigten Versicherten, die Krankengeld in Anspruch nehmen, (2) der Dauer des Krankengeldbezugs, d. h. der Krankengeldtage pro Fall, und (3) der Höhe der individuellen Zahlbeträge, die von den beitragspflichtigen Einnahmen abhängen. Dabei bilden die Fälle und die Falldauer die Mengenkomponekte und der Zahlbetrag die Preiskomponekte der Krankengeldausgaben. Angesichts der unterschiedlichen Regelungen, denen das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und das Kinderkrankengeld jeweils unterliegen, erfolgte eine separate Darstellung und Berechnung dieser Komponenten. Wegen des erheblich größeren quantitativen Gewichts der Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit konzentrierte sich die kausale Betrachtung der maßgeblichen Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung auch primär auf diesen dominanten Teil des Krankengelds.

Das ab dem Jahr 2006 beobachtete starke Wachstum der Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit lässt sich sowohl auf einen Anstieg der krankengeldberechtigten Versicherten als auch auf eine Erhöhung von Fallzahl und Falldauer zurückführen. So betrug zwischen 2006 und 2014 die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der krankengeldberechtigten Versicherten 1,2 %, die der Inanspruchnahme bzw. Fallzahl 2,0 % und die der Falldauer 3,3 %. Da die entsprechende Steigerungsrate der durchschnittlichen Zahlbeträge aufgrund gesteigener Erwerbseinkommen bei 1,2 % lag, erklärt diese Preiskomponekte zusammen mit der Erhöhung der Zahl der krankengeldberechtigten Versicherten (1,2 %) mit einem Anstieg von zusammen 2,4 % mehr als ein Viertel des Wachstums der Krankengeldausgaben von 8,0 %. Dabei handelt es sich bei diesen beiden Einflussgrößen des Krankengelds um sogenannte exogene Faktoren, die in keinem direkten

Zusammenhang mit dem Erkrankungs geschehen stehen und deren grundsätzlich erwünschter Anstieg zudem in der Regel wirtschafts- und gesellschaftspolitisch positiv bewertet wird.

Eine Differenzierung der Krankengeldberechtigten nach Versichertengruppen beleuchtet insbesondere, wie sich die Anzahl der Pflichtmitglieder, freiwilligen Mitglieder und Arbeitslosen – abgesehen von ihrem Gesundheitsstatus – in Abhängigkeit von Eingriffen des Gesetzgebers und konjunkturellen Einflüssen entwickelte. Dabei nahm die Zahl der Pflichtmitglieder schon ab 2004 mit Ausnahme einer Stagnation im Jahr 2009 stetig zu, während die Anzahl der Arbeitslosen gegenüber den Jahren 2003 und 2004 auf unter 25 % des seinerzeitigen Niveaus schrumpfte. Nach einem starken Rückgang zwischen 2002 und 2009 nahm die Zahl der freiwilligen Mitglieder – wohl auch als Folge der konjunkturellen Belebung – wieder spürbar zu. Die Betrachtung dieser Entwicklung der verschiedenen Versichertengruppen deutet bereits an mehreren Stellen auf mögliche Verschiebungen an den Schnittstellen zwischen dem in der GKV gewährten Krankengeld und den Entgeltersatz- bzw. Unterstützungsleistungen in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung hin (s. Kapitel 11).

Innerhalb der Krankenkassenarten weisen bei den Krankengeldfallzahlen der krankengeldberechtigten männlichen Versicherten die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) und Innungskrankenkassen (IKKn) die höchsten Werte auf. Bei den Betriebskrankenkassen (BKKn) und den Ersatzkassen schwankt die Anzahl der Krankengeldfälle pro Jahr zwischen fünf und sechs Fällen je 100 Berechtigte. Die AOKn verzeichnen auch unter den weiblichen krankengeldberechtigten Versicherten die größte Anzahl an Krankengeldfällen pro Berechtigte und die BKKn die geringste. Hinsichtlich der durchschnittlichen Falldauer verringerte sich bei den männlichen Mitgliedern der Abstand zwischen den Krankenkassenarten im Beobachtungszeitraum von 1997 bis 2014 und reichte zuletzt nur noch von 90 Tagen bei den BKKn bis 101 Tagen bei den Ersatzkassen. Bei den weiblichen Mitgliedern verlief die Entwicklung der durchschnittlichen Krankengeldtage pro Fall gleichförmiger, wobei wiederum die Ersatzkassen im Jahre 2014 mit einer Falldauer von 109 Tagen an der Spitze lagen. Insgesamt gesehen lässt sich bei den Krankengeldtagen pro Fall im Zeitablauf innerhalb der Krankenkassenarten eine Angleichung der Falldauern konstatieren.

Ähnlich dem Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit stieg das Kinderkrankengeld nach einem Rückgang in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ab dem Jahr 2006 stark an, was infolge der noch höheren Wachstumsrate bis 2014 zu einer Verdopplung der Ausgaben führte. Während sich im Zeitraum von 2006 bis 2014 die Kinderkrankengeldfälle ebenfalls verdoppelten und die Kinderkrankengeldtage stark zunahmten, folgten die Kinderkrankengeldausgaben pro Fall keinem eindeutigen Trend und die Kinderkrankengeldtage pro Fall gingen sogar von 2,6 auf 2,3 Tage zurück. Die deutlichste Zunahme bei den Kinderkrankengeldfällen verzeichneten die freiwilligen Mitglieder und hier wie bei den Pflichtmitgliedern die männlichen Krankengeldberechtigten. Nach einer Auswertung der Daten von sieben einzelnen Krankenkassen traten bei den weiblichen Mitgliedern im Jahre 2014 in fast allen Altersklassen mehr Kinderkrankengeldfälle auf, höhere durchschnittliche Ausgaben pro Fall verursachten aber die männlichen Mitglieder mit dem höchsten Betrag in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen.

Die Zerlegung der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Kinderkrankengelds zwischen 2006 und 2014 in Höhe von 10,6 % in seine Komponenten zeichnet gegenüber dem Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit ein völlig anderes Bild. Während die Fallzahl mit 10,8 % und die Zahlbeträge bzw. die Kinderkrankengeldausgaben pro Tag um 1,9 % jährlich anstiegen, gingen die Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder, vornehmlich bedingt durch den Strukturbruch bei den freiwilligen Mitgliedern, um 0,4 % und die Falldauer um 1,6 % zurück. Das starke Wachstum der

Kinderkrankengeldfälle dürfte u. a. auf die im Zeitablauf relativ konstante Zunahme der Erwerbstätigenquote von Frauen und die Veränderungen der Familienstrukturen mit einem steigenden Anteil der Gruppen von Alleinerziehenden und Lebensgemeinschaften zurückgehen. Diese Entwicklung verursachte einen erhöhten Bedarf an einer Fremdbetreuung der Kinder, auf die im Falle einer Erkrankung des Kindes nicht immer zurückgegriffen werden kann. Was die Morbidität als Einflussfaktor betrifft, so gehen saisonale Grippewellen zwar mit einem sichtbaren Anstieg der Fallzahlen einher, lassen aber nicht auf einen Ausgabentrend beim Kinderkrankengeld schließen.

Eine Analyse der Krankengeldausgaben bei Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht zeigt zunächst, dass sich im Jahr 2014 unter den Krankengeldbeziehenden mit einem Anteil von 52,2 % mehr Männer als Frauen befanden. Bezogen auf die krankengeldberechtigten Versicherten kehrte sich bei den Fällen das Verhältnis zwischen Männern und Frauen insofern leicht um, als ab 2011 etwas mehr Frauen als Männer Krankengeld in Anspruch nahmen. Zudem beziehen Frauen seit 2006 im Durchschnitt länger Krankengeld als Männer. Eine Erklärung für diese Entwicklung könnte darin liegen, dass im Zuge der steigenden Erwerbsbeteiligung vor allem Frauen in den höheren Altersgruppen eine Beschäftigung fanden und somit eine Krankengeldberechtigung erhielten. Zudem könnten sich spezielle berufliche Tätigkeiten von Frauen hierfür verantwortlich zeichnen. Die Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die der Analyse der Krankengeldausgaben in diesem Kapitel zugrunde liegen, erlauben leider keine Differenzierung nach dem Alter der krankengeldberechtigten Versicherten, sodass in Analysen des Einflusses, der von einer Verschiebung der Altersstruktur auf die Krankengeldausgaben ausgeht, auf andere Quellen zurückgegriffen werden muss.

Die Analyse der Effekte, die von Alter und Geschlecht auf das Krankengeld ausgehen, stützte sich daher vornehmlich auf Daten des Bundesversicherungsamts (BVA) für die Jahre 2009 bis 2014, wobei die jeweiligen Werte des Kinderkrankengelds nicht separat ausgewiesen sind. Ein Vergleich mit der Entwicklung der gesamten Bevölkerung zeigt, dass die Anzahl und das Alter der krankengeldberechtigten Versicherten in der GKV im betrachteten Zeitraum spürbar stärker anstiegen. Die direkte Altersstandardisierung, bereinigt um die Kinderkrankengeldbeziehenden, ergab denn auch für diesen Zeitraum eine durchschnittliche Wachstumsrate von ca. 1,9 %, die unmittelbar auf die Einflussfaktoren Alter und Geschlecht zurückgeht. Dabei handelt es sich auch bei der Verschiebung von Alter und Geschlecht grundsätzlich um einen exogenen Faktor, der dann zusammen mit der Zunahme der krankengeldberechtigten Versicherten (1,2 %) und der Steigerung der durchschnittlichen Zahlbeträge (1,2 %) etwa 50 % des Wachstums der Krankengeldausgaben erklärt.

Eine Individualdatenanalyse der Barmer GEK-Krankengelddaten gewährte teilweise noch detailliertere Einblicke in die Effekte, die im Zeitraum von 2010 bis 2014 von der Veränderung der Altersstruktur auf die Krankengeldausgaben ausgingen. Danach übte von den unabhängigen Variablen das Alter noch vor der Morbidität⁸¹ den größten Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldfalls aus. Zudem besaß das Alter auch einen stark positiven und linearen Einfluss auf die Falldauer. Die Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit im Zeitablauf zwischen 2010 und 2014 fand vor allem in den jüngeren Altersklassen und dann wieder bei den 60- bis 65-jährigen Männern statt. Der höchste Wert der Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit findet sich bei den 25- bis 29-jährigen Frauen. Obwohl signifikant positive Veränderungen über das gesamte Altersspektrum

⁸¹ Zum Morbiditätsbegriff der Individualdatenanalyse siehe Kapitel 5.2.9.

auftraten, zeigte sich die größte Veränderung bei den 18- bis 24-jährigen krankengeldberechtigten Versicherten.

Nach Alter und Geschlecht stellt die spezifische Morbidität den wichtigsten Einflussfaktor für das Krankengeld dar. In den Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013 nahm die Bedeutung der Morbidität für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von 2009 bis 2013 sogar noch zu, auch wenn hier die Einschränkung gilt, dass sich der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nicht speziell auf die krankengeldrelevanten Indikationen erstreckt. Auch nach der Individualdatenanalyse der Barmer GEK-Daten steht die Morbidität mit einer höheren Eintrittswahrscheinlichkeit des Krankengeldbezugs in einem Zusammenhang, während ihr Einfluss auf die Falldauer ambivalent ausfällt. Hinsichtlich der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Falldauer übt die Hauptdiagnose den stärksten Einfluss aus, extreme Erhöhungen finden sich aber nur in sehr fallzahlschwachen ICD-Kapiteln. Die angestellten Analysen erlauben es aber nicht, den Beitrag der Morbidität zu den Krankengeldausgaben quantitativ in einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate anzugeben. Die Kapitel 7 und 10 beschäftigen sich noch eingehender mit den krankengeldrelevanten Indikationsbereichen, wobei die Ausführungen vor allem auf Empfehlungen abzielen, wie sich künftig Fallzahl und Falldauer des Krankengelds durch geeignete Maßnahmen reduzieren bzw. einschränken lassen.

Von den übrigen im Rahmen der Individualdatenanalyse untersuchten Einflussfaktoren besitzt die Region einen gewissen, wenn auch deutlich geringeren Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer des Krankengelds. Ostdeutsche Regionen weisen dabei eine höhere Eintrittswahrscheinlichkeit, aber eine geringere Falldauer auf. Hinsichtlich der Veränderung der Eintrittswahrscheinlichkeit lässt sich kein signifikanter Einfluss der Region feststellen, und auch nur wenige Regionen weisen bei Männern eine höhere Veränderung der Falldauer gegenüber der Referenzregion auf. Schließlich gehen höhere Gehälter der Krankengeldberechtigten mit einer geringeren Falldauer einher.

Teil III: Steuerung von Krankengeldausgaben

7 Krankengeldrelevante Indikationsbereiche

Die Morbidität der krankengeldberechtigten Mitglieder ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und Falldauer von Krankengeldfällen und somit ein wichtiger Parameter für den Anstieg der Krankengeldausgaben (vgl. Kapitel 5). Hierbei ist von Interesse, mit welchen Krankheiten der Krankengeldbezug häufig assoziiert ist. Dies kann Hinweise darauf geben, welche Präventions- oder Versorgungsmaßnahmen bzw. -verbesserungen das Potenzial haben könnten, Langzeitarbeitsunfähigkeits- bzw. Krankengeldfälle zu vermeiden oder langwierige Erkrankungen zu verkürzen.

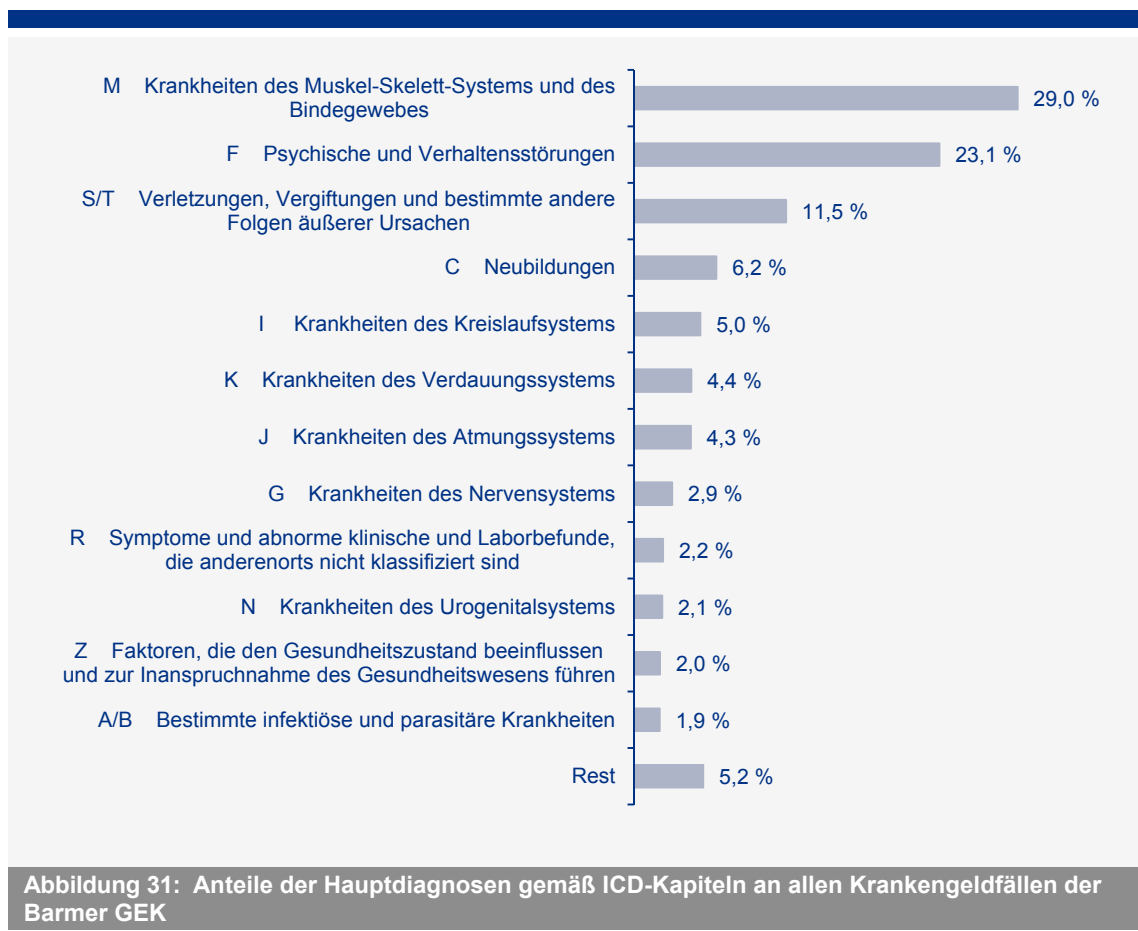
Diagnosen werden im deutschen Gesundheitswesen üblicherweise gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (aktuell ICD-10, DIMDI 2015) kodiert. Für die Analyse von ICD-Codes, die für Langzeitarbeitsunfähigkeit und Krankengeld besonders relevant sind, hat der Rat Daten von ausgewählten Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten, vom Bundesversicherungsamt (BVA) und vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) auf der Ebene von ICD-Kapiteln⁸² (z. B. M) und ICD-Dreistellern (z. B. M54) analysiert. Zudem wurde eine detaillierte deskriptive und analytische Auswertung auf der Basis von Individualdaten der Barmer GEK durchgeführt. Die Datensätze unterliegen dabei jeweils unterschiedlichen und bedeutsamen Limitationen, die ausführlich in Kapitel 4 dargestellt wurden. Hierzu gehören beispielsweise eine unterschiedliche Zählweise der Krankenkassen hinsichtlich der ICD-Codes bei Krankengeldfällen, die nur näherungsweise zu schätzende Unterscheidbarkeit zwischen Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und Kinderkrankengeld bei den Daten des BVA und die Betrachtung von Langzeitarbeitsunfähigkeitsfällen (statt Krankengeldfällen) bei den Daten des WIdO.

7.1 Stellenwert von ICD-Kapiteln für die Krankengeldfälle

Bei mehreren Krankenkassen wird jedem Krankengeldfall eine einzelne ICD-Kodierung zugeordnet, die als maßgeblich für den Krankengeldbezug angesehen wird (sogenannte Hauptdiagnose oder Anlassdiagnose). Bei den Daten der Barmer GEK ergibt sich auf diese Weise für das Jahr 2014 eine Verteilung, bei der wenige ICD-Kapitel mit einem großen Teil der Krankengeldfälle

⁸² Im Folgenden werden zur besseren Lesbarkeit und Orientierung bei allen ICD-Kapiteln jeweils der oder die Buchstaben des entsprechenden Codebereichs anstelle der kapitelbezeichnenden römischen Ziffer angegeben (z. B. „Kapitel M“ für das „Kapitel XIII“ mit dem Codebereich M00–M99; „Kapitel S/T“ für das „Kapitel XIX“ mit dem Codebereich S00–T98). Im Fall von Kapiteln, die einen weiteren Buchstaben nur teilweise umfassen, wird nur der erste Buchstabe des Codebereichs genannt (z. B. „Kapitel C“ für das „Kapitel II“ mit dem Codebereich C00–D48). Für eine Übersicht über alle Kapitel und ihre Codebereiche siehe Tabelle A-4 im Anhang und die Erläuterungen des DIMDI (2015).

assoziiert sind (Abbildung 31). So sind „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (ICD-10: M) für 29,0 % und „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F) für 23,1 % aller Krankengeldfälle maßgeblich, was zusammen bereits mehr als jeden zweiten Krankengeldfall umfasst. Es folgen „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“ (S) mit 11,5 %. Für deutlich weniger Fälle maßgeblich sind Krebserkrankungen (C, 6,2 %), Krankheiten des Kreislaufsystems (I, 5,0 %) und des Atmungssystems (J, 4,3 %) sowie die weiteren ICD-Kapitel.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

7.2 Die Entwicklung von Langzeitarbeitsunfähigkeit

Angesichts der zeitlichen Entwicklung der Krankengeldausgaben, die von 2001 bis 2006 sanken und seit 2006 wieder deutlich gestiegen sind (vgl. Kapitel 5), ist eine Betrachtung der Krankheitsursachen über diesen Zeitraum von besonderem Interesse. Für diesen Zeitraum liegen dem Rat ausschließlich Daten zur Langzeitarbeitsunfähigkeit (hier alle Arbeitsunfähigkeitstage über 42 Tage) der AOK-Mitglieder vor (vgl. Kapitel 4). Die absolute Zahl an Langzeitarbeitsunfähigkeitstagen der AOK-Mitglieder ist von 2000 bis 2006 um insgesamt 22 % gesunken, seitdem aber kontinuierlich, um

78 % bis 2014, gestiegen (Abbildung 32). Von 2000 bis 2014 ergibt sich daher insgesamt eine Steigerung um 41 %.

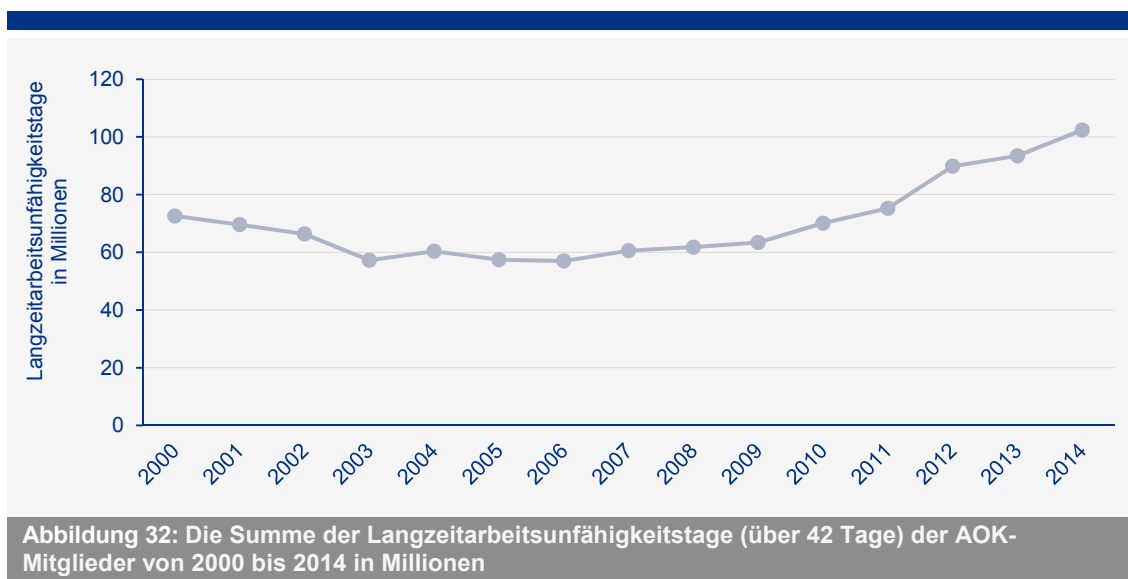


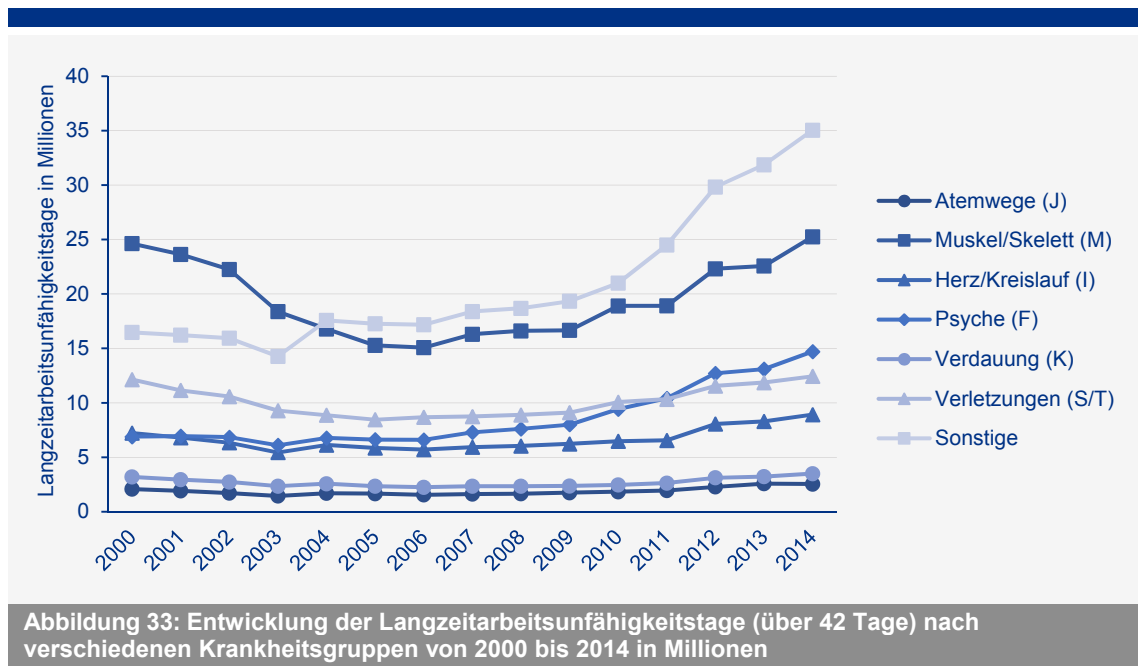
Abbildung 32: Die Summe der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage (über 42 Tage) der AOK-Mitglieder von 2000 bis 2014 in Millionen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des WIdO

Den größten Anteil an allen Langzeitarbeitsunfähigkeitstagen hatten (abgesehen von der Summe der „Sonstigen“)⁸³ im Jahr 2014 die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10: M) mit 25 % sowie die psychischen und Verhaltensstörungen (F) mit 14 %. Seit 2000 ist besonders die Zahl der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen kontinuierlich und deutlich (um 114 %) gestiegen (vgl. Abbildung 33). Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen ist diese Zahl von 2000 bis 2006 zunächst gesunken und seitdem wieder leicht über das Ausgangsniveau (3 % höher als im Jahr 2000) angestiegen. Bei allen Krankheitsgruppen bilden die Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der mindestens 60-Jährigen den größten Anteil (vgl. Abbildung A-1 im Anhang). Dieser Anteil ist zudem von 2000 bis 2014 weiter gestiegen. Für die Krankheitsgruppen der Muskel-Skelett- (M-), der Verletzungs- (S/T-), Verdauungs- (K-) und geringfügig auch der Herz/Kreislauf- (I-)Diagnosen gilt, dass nicht bei allen Altersgruppen die absolute Zahl an Langzeitarbeitsunfähigkeitstagen gestiegen ist. Stattdessen gab es Rückgänge bei den unter 40-Jährigen und

⁸³ In den Arbeitsunfähigkeitsdaten des WIdO sind insbesondere die ICD-Kapitel Z („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“), R („Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“), E („Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“), G („Krankheiten des Nervensystems“), C („Neubildungen“) und N („Krankheiten des Urogenitalsystems“) in „Sonstiges“ zusammengefasst. Bei einer Betrachtung dieser ICD-Kapitel bei den Barmer GEK-Daten zeigt sich eine Bedeutung für Krankengeldfälle vor allem für die ICD-Kapitel C, G, R und N (vgl. Abbildung 31). Trotz der Unterschiede zwischen den Datensätzen könnte dies als Hinweis interpretiert werden, dass diese ICD-Kapitel auch in der WIdO-Kategorie „Sonstiges“ eine hervorgehobene Rolle spielen. Limitierend ist neben der nur teilweisen Übereinstimmung zwischen Langzeitarbeitsunfähigkeits- und Krankengeldfällen zu beachten, dass sich die Versichertenstruktur zwischen der Barmer GEK und den AOKn unterscheidet. Darüber hinaus nutzt das WIdO für die Erstellung ein periodenbasiertes (fallabschneidendes) Verfahren, während die Berechnungen mit Daten der Barmer GEK die Fälle jeweils dem Jahr zurechnen, in dem sie enden (vgl. Kapitel 4).

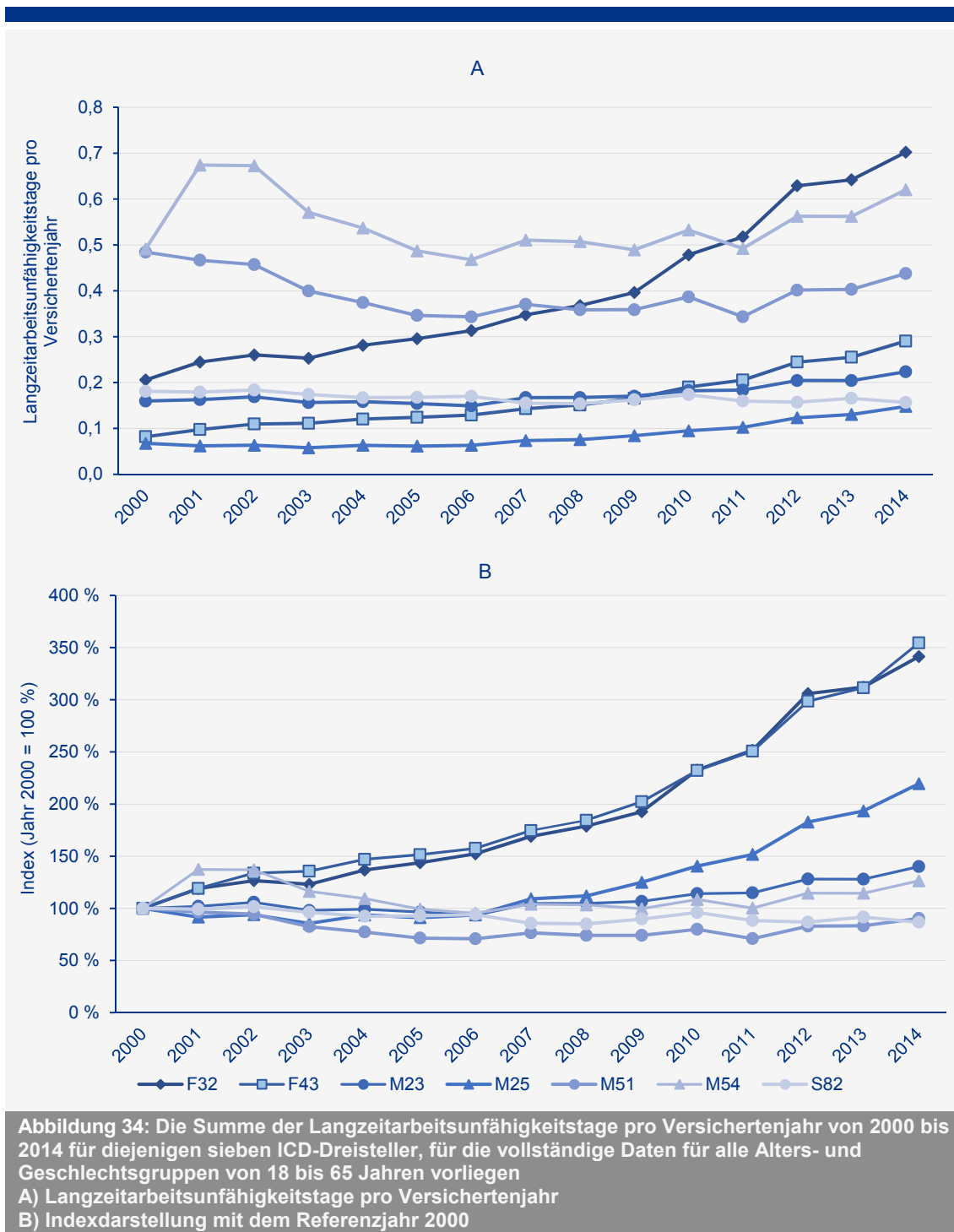
dabei besonders bei den 30- bis 39-Jährigen, die aber durch Anstiege bei den Älteren überkompensiert wurden (vgl. Tabelle A-2 im Anhang).



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des WIdO

Auf der Basis von ICD-Dreistellern finden sich sieben ICD-Codes, die in einer aggregierten Betrachtung von 2000 bis 2014 in allen Alters- und Geschlechtsgruppen von 18 bis 65 Jahren unter den 30 häufigsten Diagnosen rangieren. Daher liegen entsprechend der Datenstruktur für diese ICDs vollständige Daten für Langzeitarbeitsunfähigkeitstage nach Altersgruppen vor. Die Entwicklung der mit ihnen verbundenen Langzeitarbeitsunfähigkeitstage verläuft für die wichtigsten ICD-Codes – depressive Episode (F32) und Rückenschmerzen (M54) – ähnlich wie für die jeweiligen Gesamt-ICD-Kapitel F und M (Abbildung 34). Es zeigt sich ein durchgehend hoher Stellenwert der Diagnosen Rückenschmerzen (M54) sowie Bandscheibenschäden (M51) und ein kontinuierlich steigender Stellenwert der Diagnosen der depressiven Episode (F32) und der Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43).⁸⁴ Aufgrund der periodenbasierten, nach Kalenderjahren fallabschneidenden Zählweise der WIdO-Daten (vgl. Kapitel 4.4) ist jedoch eine tendenzielle Überschätzung von Fallzahlen derjenigen ICD-Codes anzunehmen, die mit überdurchschnittlich langen Falldauern einhergehen. Dies betrifft hier insbesondere die F-Diagnosen, aber – wie in Abbildung 33 erkennbar – teilweise auch Diagnosen der Kategorie „Sonstige“, z. B. Krebsdiagnosen (ICD-Kapitel C).

⁸⁴ Für eine Übersicht und Legende der in diesem Kapitel verwendeten ICD-Dreisteller siehe Tabelle A-3 im Anhang.



F32: „Depressive Episode“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“;
 M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; M25: „Sonstige Gelenkkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“;
 M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; M54: „Rückenschmerzen“; S82: „Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des unteren Sprunggelenkes“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des WIdO

7.3 Krankengeldrelevanz häufiger ICD-Codes anhand von Daten mehrerer Krankenkassen und des BVA

Für eine Auswertung krankengeldrelevanter ICD-Codes wurden Daten von acht Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 4). Diese Daten erlauben eine nach Geschlechtern unterschiedene krankengeldfallbezogene Betrachtung der Krankengeldausgaben und Krankengeldtage. Grundlage sind die 30 ICD-Dreisteller je Krankenkasse, die bei den Krankengeldfällen 2014 am häufigsten auch oder ausschließlich (je nach Zählweise der Kasse, vgl. Kapitel 4.3) vorlagen.⁸⁵ Die Anteile der mit ihnen assoziierten Krankengeldfälle, -ausgaben und -tage wurden anschließend für jedes Jahr von 2012 bis 2014 nach Mitgliederzahl gewichtet gemittelt, um die Daten entsprechend ihrer Relevanz für die Entwicklung der Krankengeldausgaben insgesamt zu berücksichtigen.

Anteil häufiger ICD-Codes anhand von Daten mehrerer Krankenkassen und des BVA

Bei den Krankengeldausgaben im Jahr 2014 steht die depressive Episode (F32) sowohl bei den Frauen (Abbildung 35) als auch bei den Männern (Abbildung 36) auf dem ersten Rang. Bei den weiblichen Mitgliedern folgen mit den Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) und der rezidivierenden Depression (F33) zwei weitere Diagnosen psychischer Erkrankungen, als nächstes folgen Rückenschmerzen (M54). F43 und noch mehr F33 weisen symptomatische Ähnlichkeiten mit der depressiven Episode (F32) auf. Bei den männlichen Mitgliedern folgen schon auf dem zweiten Rang Rückenschmerzen (M54). Bei einer Betrachtung der Anzahl der Krankengeldfälle anstatt der mit ihnen verbundenen Krankengeldausgaben (siehe Abbildungen A-2 und A-3 im Anhang) liegen die Rückenschmerzen bei Männern auf Rang 1 und bei Frauen auf Rang 2.

Insgesamt wird deutlich, dass die relevantesten ICD-Codes bei beiden Geschlechtern beinahe ausschließlich F- und M-Diagnosen umfassen. Bei den Frauen findet sich unter den Krankengeldausgaben für die fallzahlstärksten ICDs ansonsten lediglich Brustkrebs (C50) auf Rang 6, bei den Männern „Luxation, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenks“ (S83) auf Rang 13.

⁸⁵ Ausgewertet wurden für beide Geschlechter jene ICDs, für die von allen acht Kassen entsprechende Daten vorliegen, da sie im Jahr 2014 bei all diesen Kassen unter den 30 häufigsten nach Krankengeldfällen rangieren. Daraus ergeben sich bei Frauen 16 ICD-Dreisteller und bei Männern 14 ICD-Dreisteller. Zwischen den männlichen und weiblichen Mitgliedern existieren erhebliche, aber keine vollständigen Überschneidungen.

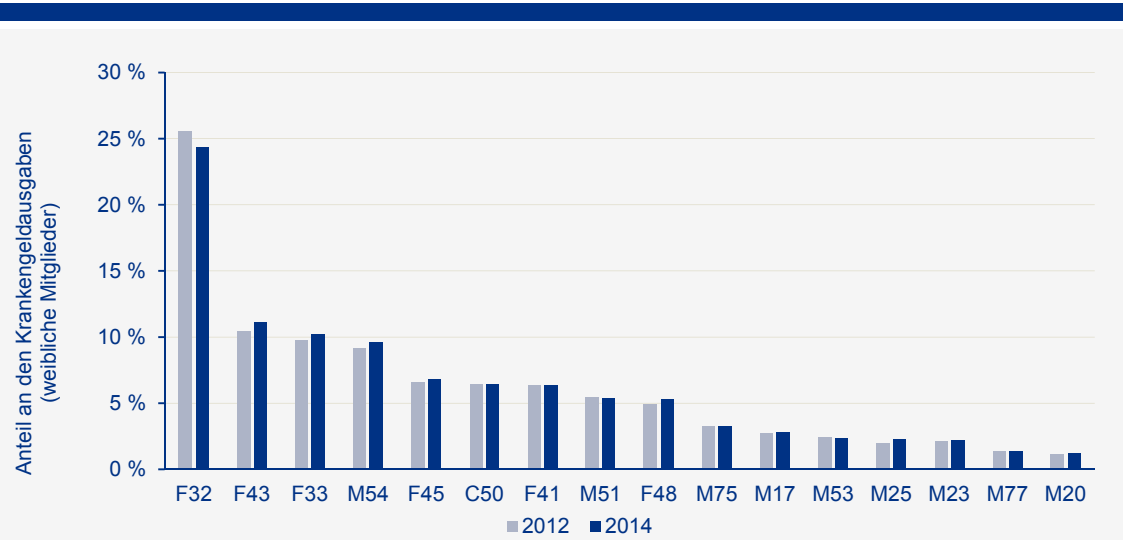


Abbildung 35: Anteil der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben 2012 und 2014 in Prozent (nur weibliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte)

F32: „Depressive Episode“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M54: „Rückenschmerzen“; F45: „Somatoforme Störungen“; C50: „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“; F41: „Andere Angststörungen“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; F48: „Andere neurotische Störungen“; M75: „Schulterläsionen“; M17: „Gonarthrose“; M53: „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert“; M25: „Sonstige Gelenkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenkes“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; M20: „Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten

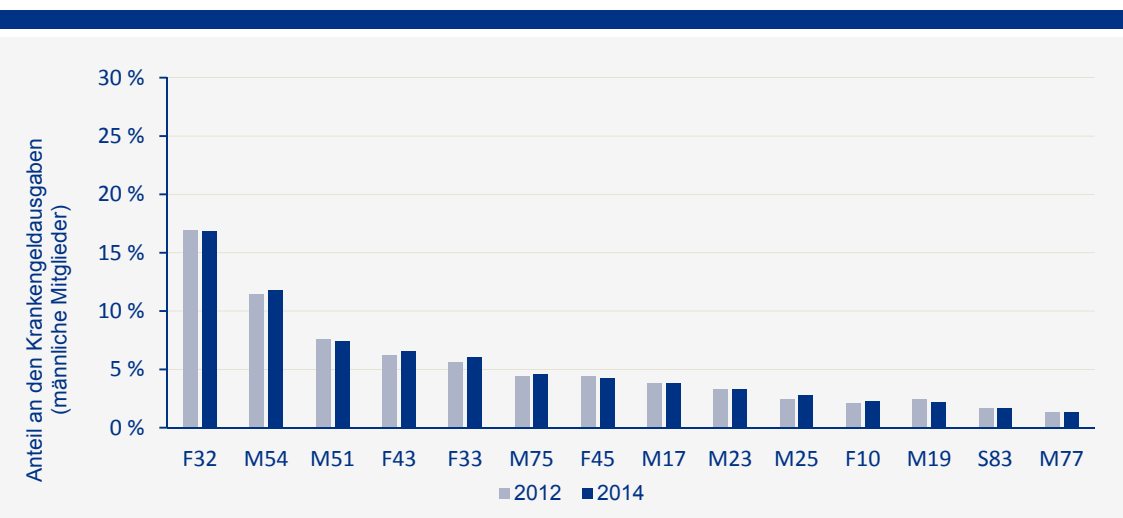


Abbildung 36: Anteil der Ausgaben für Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldausgaben 2012 und 2014 in Prozent (nur männliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte)

F32: „Depressive Episode“; M54: „Rückenschmerzen“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M75: „Schulterläsionen“; F45: „Somatoforme Störungen“; M17: „Gonarthrose“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenkes“; M25: „Sonstige Gelenkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; F10: „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“; M19: „Sonstige Arthrose“; S83: „Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“; M77: „Sonstige Enthesopathien“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten

Auswertungen von Daten des BVA bestätigen die hohe Relevanz der genannten M- und F-Diagnosen für Krankengeld. Dazu wurde mit den BVA-Daten ein bundesweites Morbiditätsprofil der Krankengeldbeziehenden berechnet, das administrative Jahresprävalenzen⁸⁶ von ICD-Dreistellern innerhalb und außerhalb dieser Teilpopulation der GKV-Mitglieder aufzeigt (vgl. Kapitel 4.2). Auf dem ersten Rang liegen Rückenschmerzen (M54) mit einer Jahresprävalenz von 49 % im Jahr 2014, auf dem zweiten Rang die depressive Episode (F32) mit 33,1 %. Das bedeutet, dass bei fast jedem zweiten im Jahr 2014 Krankengeldbeziehenden im selben Jahr auch eine Rückenschmerzdiagnose kodiert wurde, bei jedem dritten die Diagnose einer depressiven Episode. Auf den folgenden Rängen der 20⁸⁷ ICD-Dreisteller mit der höchsten Jahresprävalenz stehen zahlreiche weitere Diagnosen dieser ICD-Kategorien, unter anderem somatoforme Störungen (F45), „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51), Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) und Spondylose (M47) (vgl. Abbildung A-4 im Anhang).⁸⁸

Im Rahmen des Morbiditätsprofils lässt sich das Quotenverhältnis (Odds Ratio) berechnen, das die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen bestimmter ICDs und dem Krankengeldbezug angibt (vgl. Kapitel 4.2). Die ICD-Diagnosen mit den höchsten Odds Ratios sind jedoch häufig andere als diejenigen mit den höchsten Jahresprävalenzen. Bösartige Neubildungen beispielsweise gehen durchgängig mit sehr hohen Odds Ratios für Krankengeldbezug einher, d. h., bei Vorliegen einer solchen Diagnose in einem Jahr ist die Wahrscheinlichkeit eines Krankengeldbezugs im selben Jahr vergleichsweise sehr hoch. Im Vergleich zu den muskuloskelettalen oder psychischen Erkrankungen sind diese Erkrankungen aber deutlich weniger prävalent. Ähnliches gilt für Erkrankungen wie Schlaganfälle, Demenz oder Nierenversagen, die allesamt mit einer Odds Ratio > 10 einhergehen, d. h., die „Chance“ bei Vorliegen einer dieser ICDs, im selben Jahr Krankengeldbeziehender zu sein, ist zehnfach höher als bei Nichtvorliegen des jeweiligen ICD-Dreistellers. Diese ICDs zeigen aber ebenso nicht die höchsten Jahresprävalenzen. Unter den 20 Diagnosen mit der höchsten Jahresprävalenz besitzt die depressive Episode (F32) mit 5,3 die vergleichsweise höchste Odds Ratio.

Neben der bundesweiten Analyse wurde für ausgewählte ICD-Dreisteller zusätzlich eine regionale Betrachtung der Verteilung der administrativen Jahresprävalenzen des Jahres 2011 auf Kreisebene vorgenommen. Hierzu wurden Daten des BVA durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit Regionalkennzeichen aufbereitet. Im Fokus der Untersuchung stehen die beiden häufigsten krankengeldrelevanten ICD-Dreisteller: depressive Episode (F32) und Rückenschmerzen (M54).

Abbildung 37 und Abbildung 38 illustrieren die regionalen Verteilungen für die Altersgruppen der 45- bis 65-Jährigen.⁸⁹ Dabei werden die Anteile von Krankengeldbeziehenden mit den ICD-Dreistellern F32 bzw. M54 an allen Krankengeldbeziehenden während des Betrachtungsjahres 2011 auf Kreisebene dargestellt (analog zum bundesweiten Morbiditätsprofil). Ein höherer Anteil ist durch

⁸⁶ Auf den Zusatz „administrativ“ wird im Folgenden verzichtet. Er soll an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es sich um beim BVA vorliegende Daten handelt, die zu Verwaltungs- und Abrechnungszwecken erhoben wurden, und nicht um epidemiologische Prävalenzzahlen (vgl. Kapitel 10.1.2).

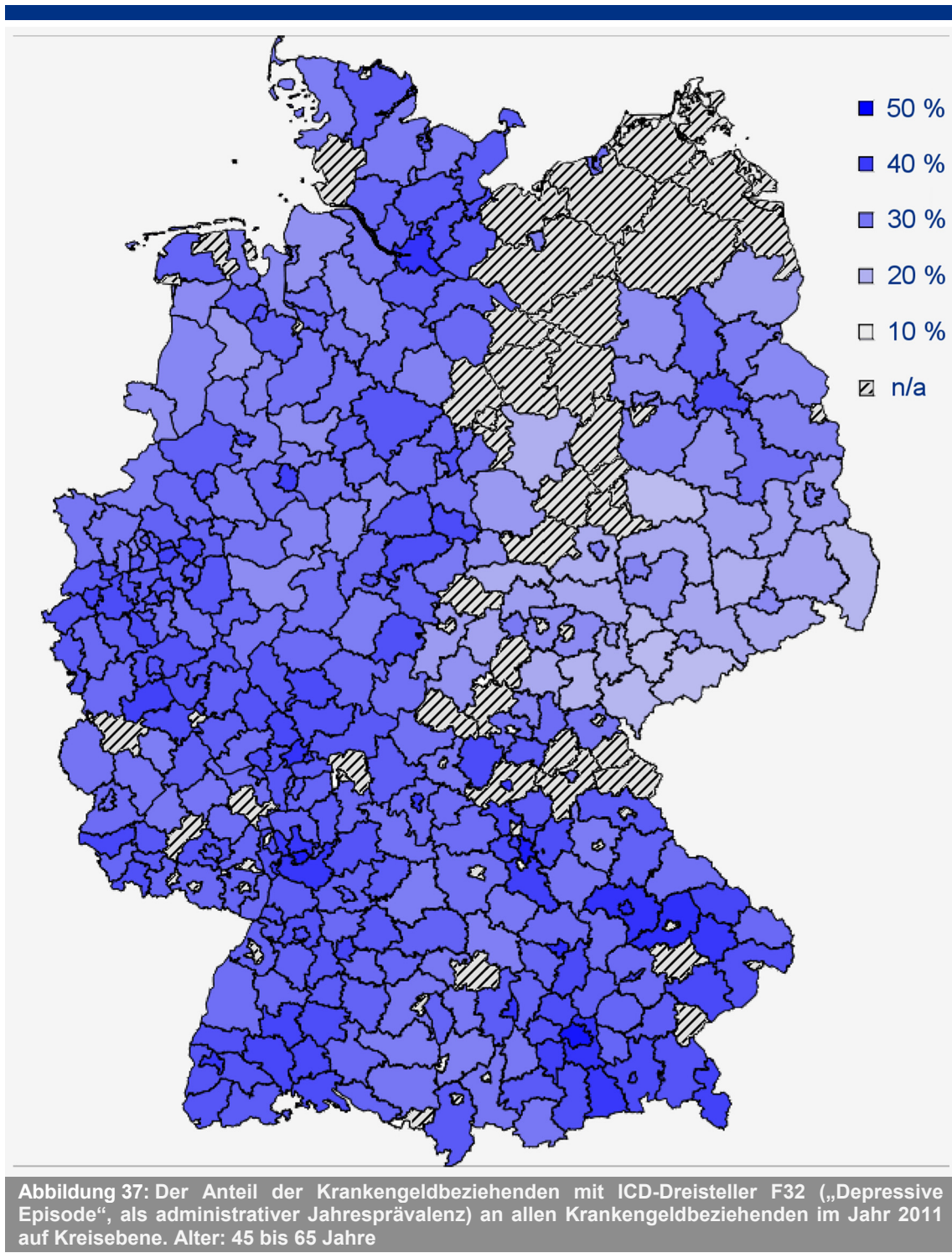
⁸⁷ Die Anzahl 20 ist hier eine arbiträre Betrachtungsgrenze. Sie schließt gleichwohl alle krankengeldrelevanten ICD-Dreisteller mit einer Jahresprävalenz von mehr als 10 % ein.

⁸⁸ Nicht ausgewertet bzw. gezählt wurden ICD-Dreisteller, die aus medizinischer Sicht weitgehend eindeutig keine Krankengeldfälle auslösen, sondern (außer in Ausnahmefällen) nur als Nebendiagnosen Sinn ergeben, z. B. essenzielle Hypertonie (I10) oder Akkommodationsstörungen (H52).

⁸⁹ Die Beschränkung auf diese Altersgruppen ist sinnvoll, da für sie für die große Mehrzahl der Kreise vollständige Daten vorliegen und in diesen Altersgruppen auch die Anzahl an Kinderkrankengeldfällen vergleichsweise gering ist (vgl. Kapitel 5.3).

eine dunklere Farbgebung gekennzeichnet. Aufgrund datenschutzrechtlicher Einschränkungen liegen dem Rat für jeweils ca. 17 % der Kreise keine Daten vor. Diese sind in den Abbildungen schraffiert. Für die verbleibenden Kreise zeigt sich ein West-Ost-Gefälle. Demnach ist gemäß der vorliegenden Daten in den neuen Bundesländern der Anteil der Krankengeldbeziehenden mit einer F32- bzw. M54-Diagnose an allen Krankengeldbeziehenden geringer als in den alten Bundesländern. Des Weiteren deutet die grafische Analyse auf einen Metropoleneffekt hin, der sich durch einen höheren Anteil der Krankengeldbeziehenden mit den betrachteten ICD-Dreistellern an allen Krankengeldbeziehenden in (und um) große Städte, wie beispielsweise Berlin oder München, äußert.

Ähnliche Ergebnisse für den ICD-Dreisteller F32 (depressive Episode) finden sich auch in einer früheren Untersuchung, die im Rahmen des Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) veröffentlicht wurde. Dort werden die Jahresprävalenzen von F32 auf Basis von Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte für das Jahr 2007 analysiert (Erhart/von Stillfried 2012).



Schraffiert: Kreise mit datenschutzbedingt fehlenden Angaben
(Unterschreitung der Mindestfallzahl 5 pro Altersklasse und Geschlecht)

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des DIMDI; Kartendaten: © GeoBasis-DE/BKG 2013

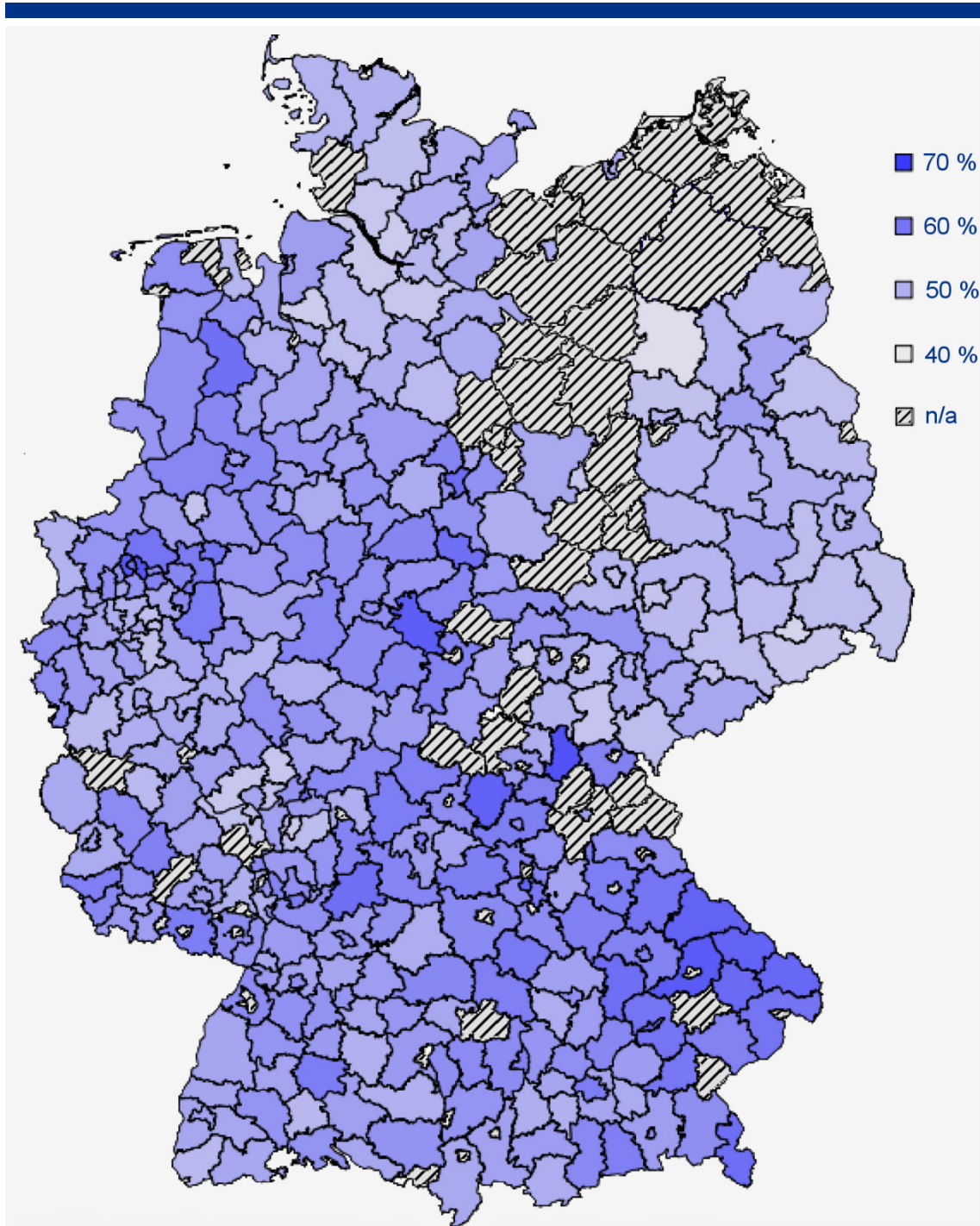


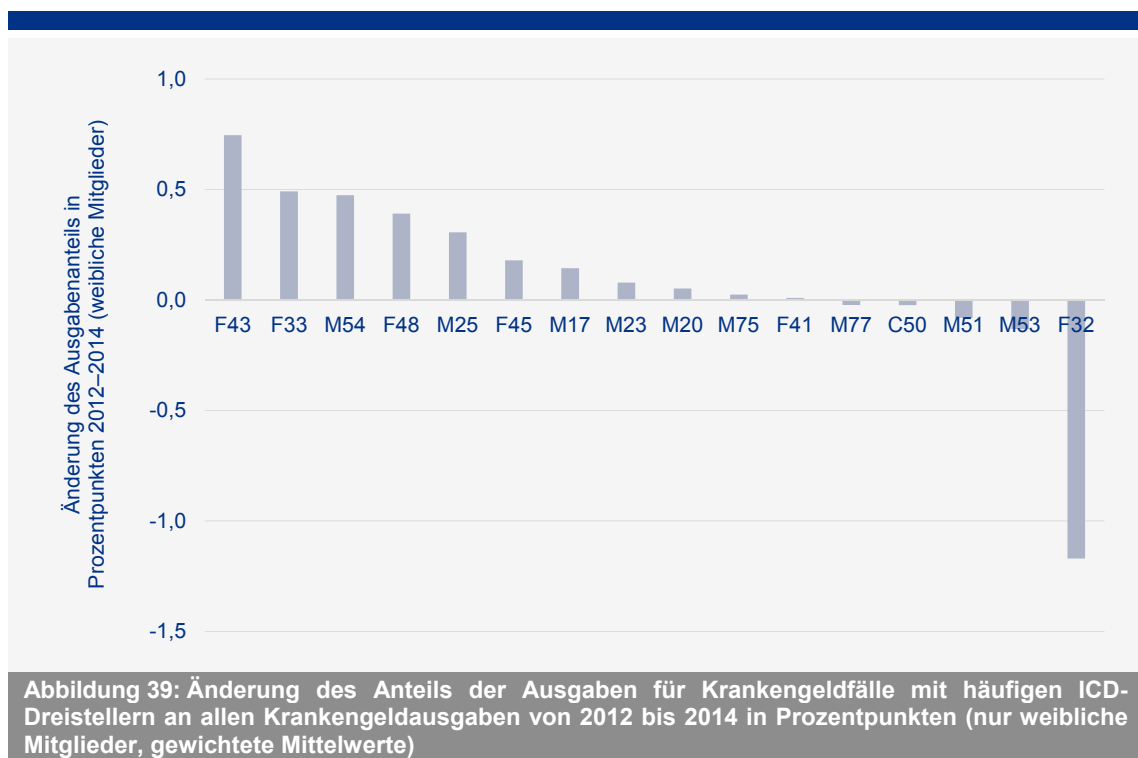
Abbildung 38: Der Anteil der Krankengeldbeziehenden mit ICD-Dreisteller M54 („Rückenschmerzen“, als administrativer Jahresprävalenz) an allen Krankengeldbeziehenden im Jahr 2011 auf Kreisebene. Alter: 45 bis 65 Jahre

Schraffiert: Kreise mit datenschutzbedingt fehlenden Angaben
(Unterschreitung der Mindestfallzahl 5 pro Altersklasse und Geschlecht)

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des DIMDI; Kartendaten: © GeoBasis-DE/BKG 2013

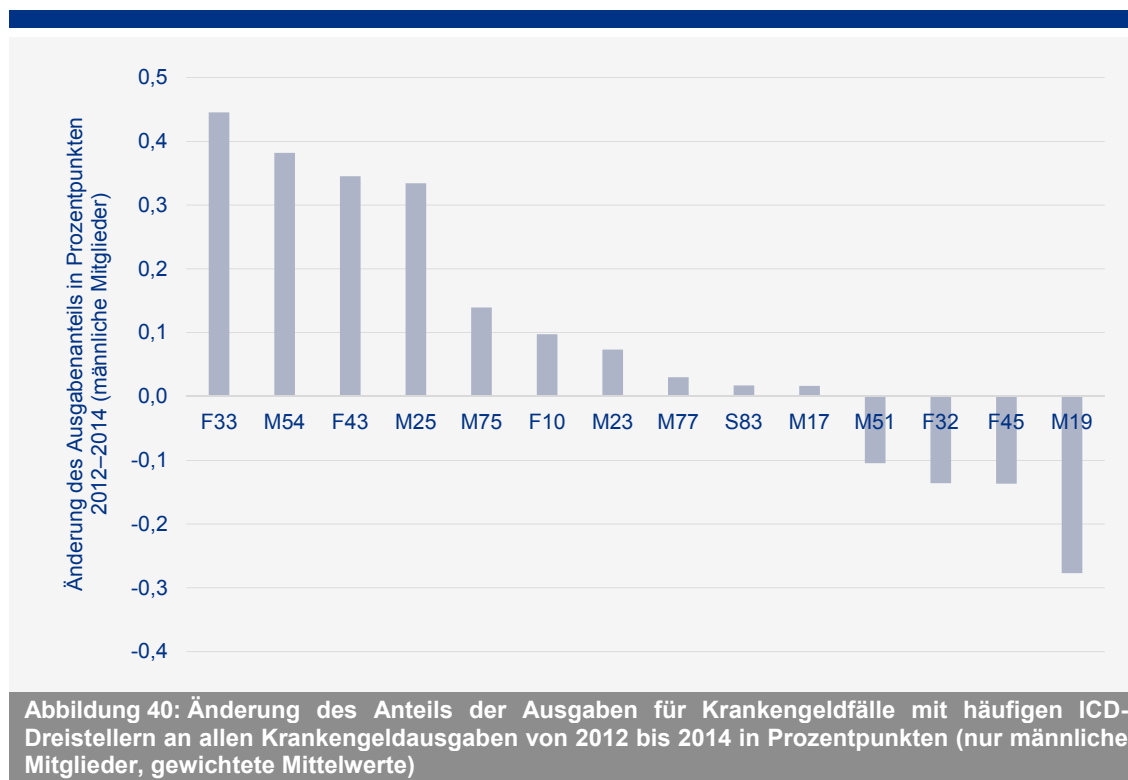
Veränderungen des Anteils häufiger ICDs an den Gesamtausgaben für Krankengeld

Bei den Krankengelddaten der Krankenkassen wurden neben den Ausgabenanteilen bestimmter ICD-Dreisteller die Änderungen dieser Anteile von 2012 bis 2014 betrachtet. Die höchsten Steigerungen nach Prozentpunkten finden sich innerhalb der fallstärksten ICD-Dreisteller unter den Krankenkassendaten bei denjenigen ICD-Dreistellern, die auch bei den absoluten Anteilen 2014 auf den vorderen Rängen stehen. Besonders die rezidivierende Depression (F33), die Rückenschmerzen (M54) und die Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) fallen hier auf (siehe Abbildung 39 und Abbildung 40). Der Anteil der Ausgaben, die auf Fälle mit depressiven Episoden (F32) zurückgehen, sinkt hingegen besonders bei den Frauen deutlich.



F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M54: „Rückenschmerzen“; F48: „Andere neurotische Störungen“; M25: „Sonstige Gelenkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; F45: „Somatoforme Störungen“; M17: „Gonarthrose“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; M20: „Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen“; M75: „Schulterläsionen“; F41: „Andere Angststörungen“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; C50: „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; M53: „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert“; F32: „Depressive Episode“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten



F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M54: „Rückenschmerzen“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; M25: „Sonstige Gelenkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; M75: „Schulterläsionen“; F10: „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; S83: „Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“; M17: „Gonarthrose“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; F32: „Depressive Episode“; F45: „Somatoforme Störungen“; M19: „Sonstige Arthrose“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten

Beim BVA-Morbiditätsprofil liegen Daten von 2009 bis 2014 vor. In diesem Zeitraum sind die höchsten Steigerungsraten in Prozentpunkten unter den 20 ICD-Codes mit der höchsten Jahresprävalenz bei drei F-Diagnosen zu finden: Die depressive Episode (F32) ist an erster Stelle mit einer Steigerung um 4,6 Prozentpunkte, es folgen die Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) mit 4,5 Prozentpunkten und die rezidivierende depressive Störung (F33) mit 4,1 Prozentpunkten. Auf dem vierten Rang steht die Kniearthrose (M17) mit einer Steigerung um 3,5 Prozentpunkte (vgl. Abbildung A-5 im Anhang).

7.4 Deskriptive und analytische Auswertung von Barmer GEK-Daten

Anhand von Individualdaten der Barmer GEK konnte eine differenzierte Betrachtung der relevanten Einflussfaktoren auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Falldauer von Krankengeldfällen inklusive einer Regressionsanalyse durchgeführt werden. In multivariaten Regressionsmodellen wurde für Alter, Region und Jahr sowie – je nach Modell – für einen vorherigen Krankenhausaufenthalt (als Approximation für die Morbidität) kontrolliert (vgl. Kapitel 4 und 5). Der Vorteil einer multivariaten Regressionsanalyse in diesem Kontext ist, dass ein Anstieg der Krankengeldfalldauer

bzw. Eintrittswahrscheinlichkeit in bestimmten Indikationsbereichen systematisch von anderen Einflussfaktoren, z. B. dem Alter, separiert werden kann. Damit soll vermieden werden, dass z. B. bei einem Anstieg der Falldauer in einem Indikationsbereich, der tatsächlich auf die Alterung zurückzuführen ist, andere spezifische Ursachen angenommen werden. Eine detaillierte Darstellung der Vorgehensweise bei der Regressionsanalyse ist dem Bericht über die Individualdatenanalyse der Barmer GEK-Daten zu entnehmen.⁹⁰

In der deskriptiven Auswertung zeigt sich zunächst, dass sich die Steigerung der Krankengeldtage von 2012 bis 2014 wesentlich durch einen Zuwachs von ca. 890 000 Krankengeldtagen im Bereich der M-Diagnosen ergeben hat (abgesehen von den „Sonstigen“, vgl. Abbildung 41). Die Krankengeldtage der F-Diagnosen sind bei den Frauen um ca. 80 000 zurückgegangen, durch einen Anstieg bei den Männern aber insgesamt gewachsen.

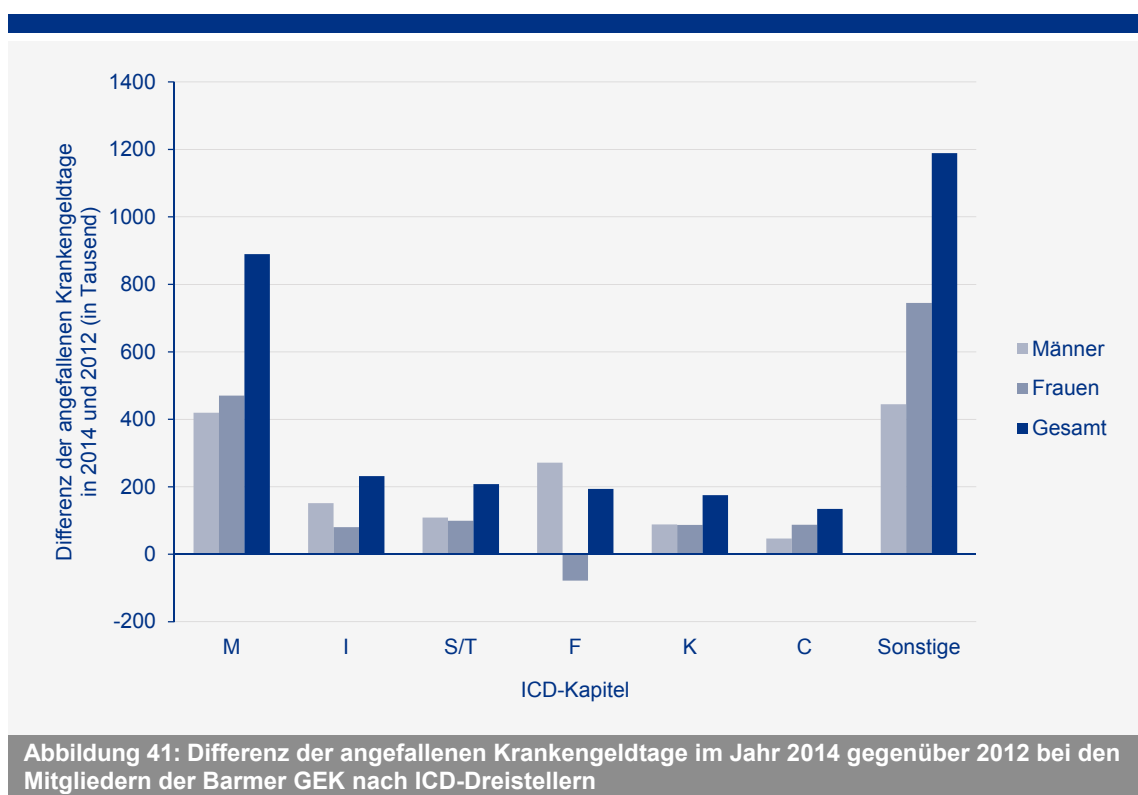


Abbildung 41: Differenz der angefallenen Krankengeldtage im Jahr 2014 gegenüber 2012 bei den Mitgliedern der Barmer GEK nach ICD-Dreistellern

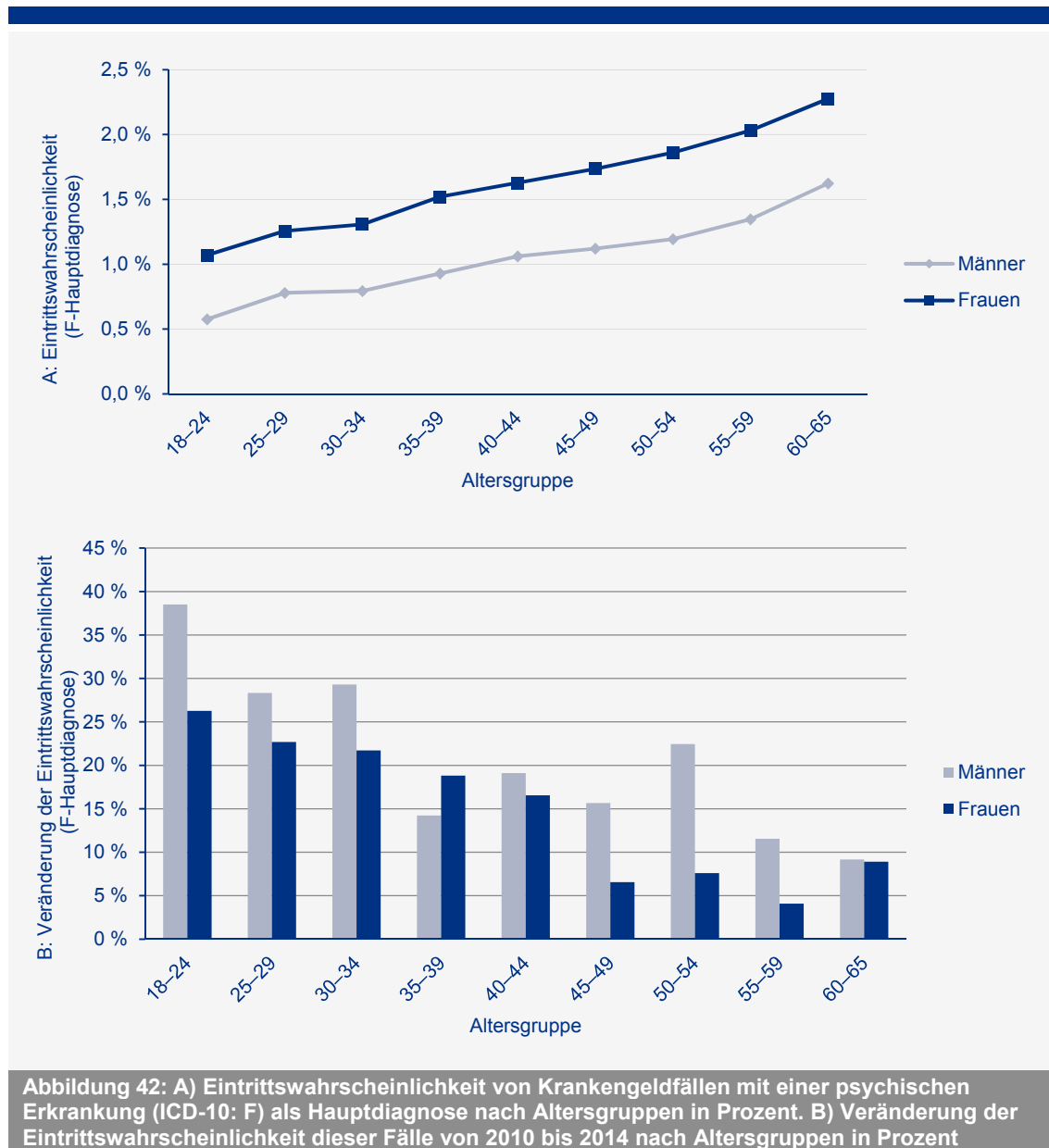
Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

Einfluss von Hauptdiagnosen und Alter auf die Eintrittswahrscheinlichkeit

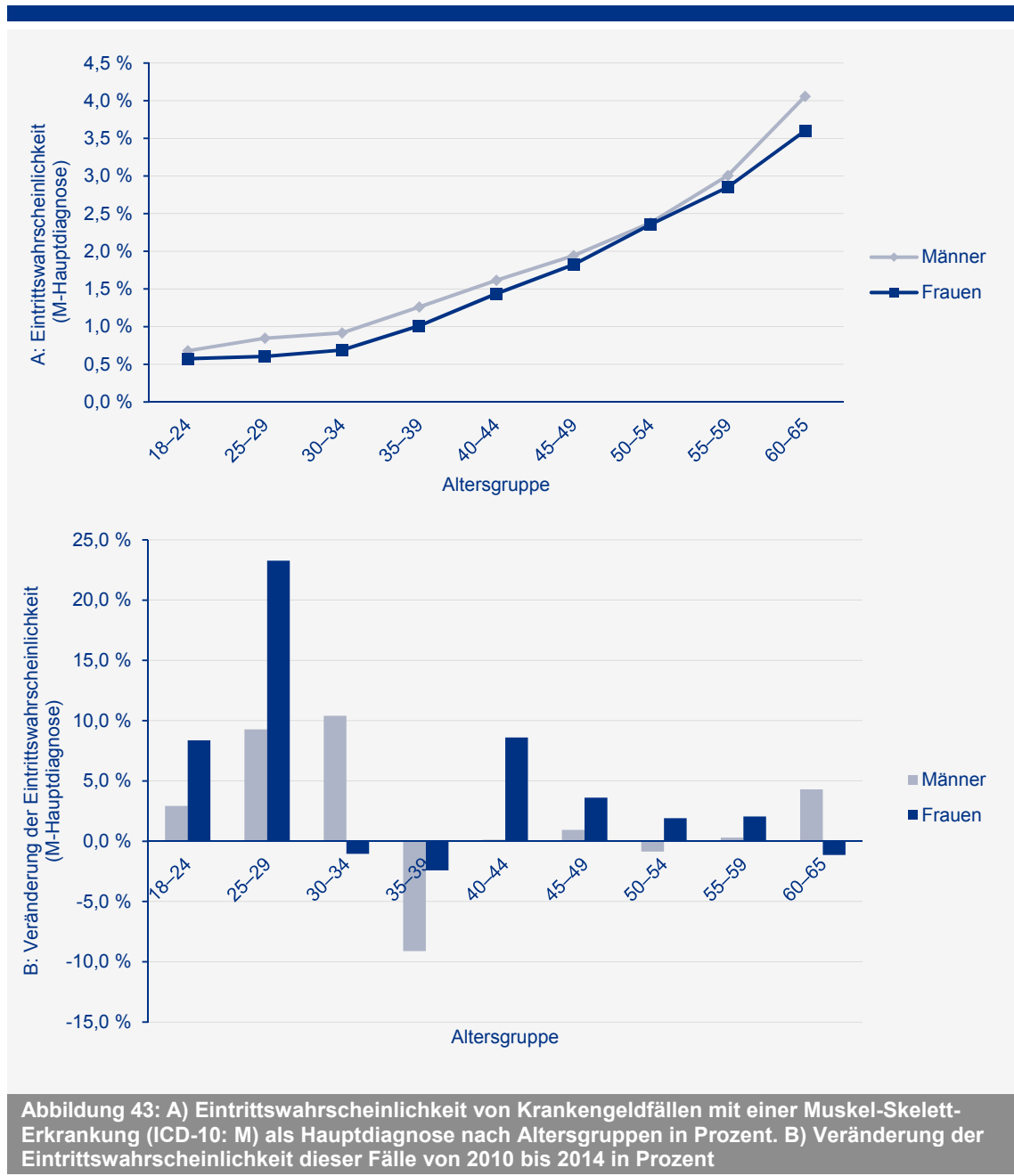
Die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Krankengeldfalls ist stark vom Alter abhängig (vgl. Kapitel 5). In der Regressionsanalyse zeigt sich, dass sie sowohl bei den Muskel-Skelett- als auch bei den psychischen Diagnosen mit zunehmendem Alter deutlich steigt (Abbildung 42A und 43A). Die

⁹⁰ Der Bericht ist auf der Website des Sachverständigenrats unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/-barmer-gek-datenanalyse.pdf abrufbar.

stärkste Steigerung der Eintrittswahrscheinlichkeit von 2010 bis 2014 findet sich jedoch nicht bei den ältesten Mitgliedern, sondern bei jüngeren Altersgruppen: Bei den Fällen mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose ist dies besonders bei der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen (Abbildung 42B), bei den Fällen mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung bei der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen (Abbildung 43B) festzustellen. Insgesamt ist bei höherem Alter des Mitglieds die Eintrittswahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung höher als bei einer psychischen Erkrankung; im jüngeren Alter ist sie für Frauen hingegen bei einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose etwas höher.



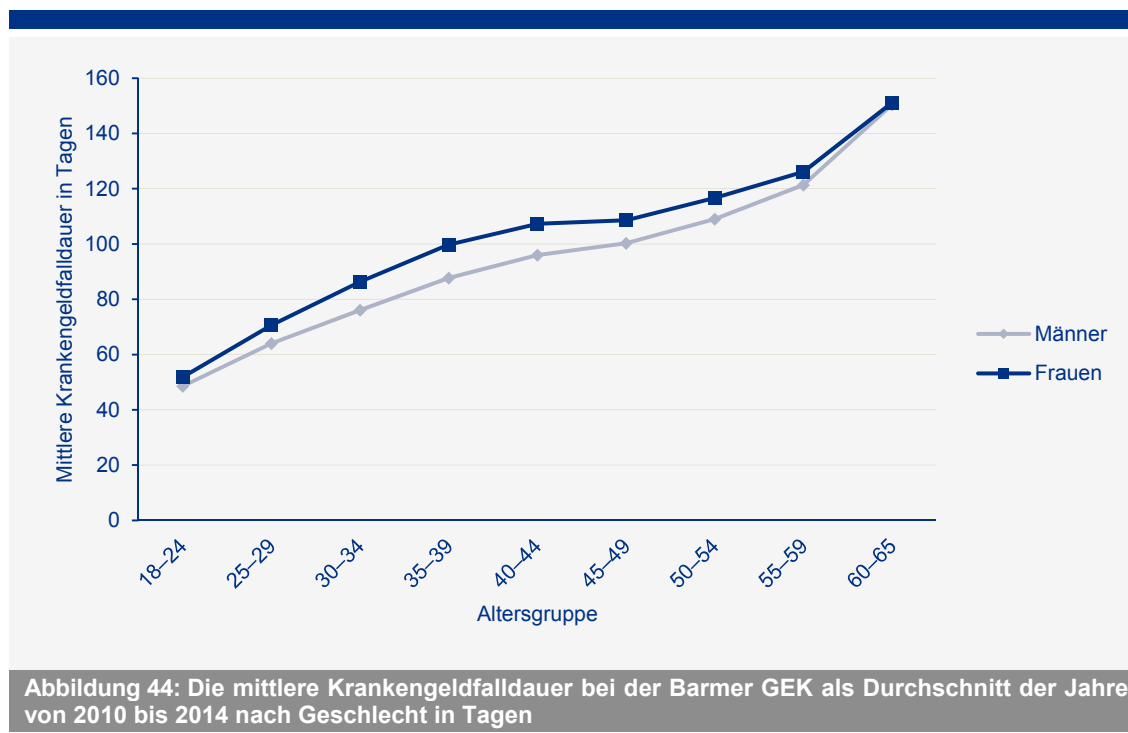
Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

Einfluss der Hauptdiagnose auf die Falldauer von Krankengeldfällen

Die Krankengeldfalldauern sind seit 2007 bei Frauen durchschnittlich länger als bei Männern, wie die amtlichen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zeigen (vgl. Kapitel 5.2.8). Bei den Mitgliedern der Barmer GEK gilt dies besonders in den mittleren Altersgruppen um 40 Jahre, die Differenz gleicht sich in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen wieder an (Abbildung 44).



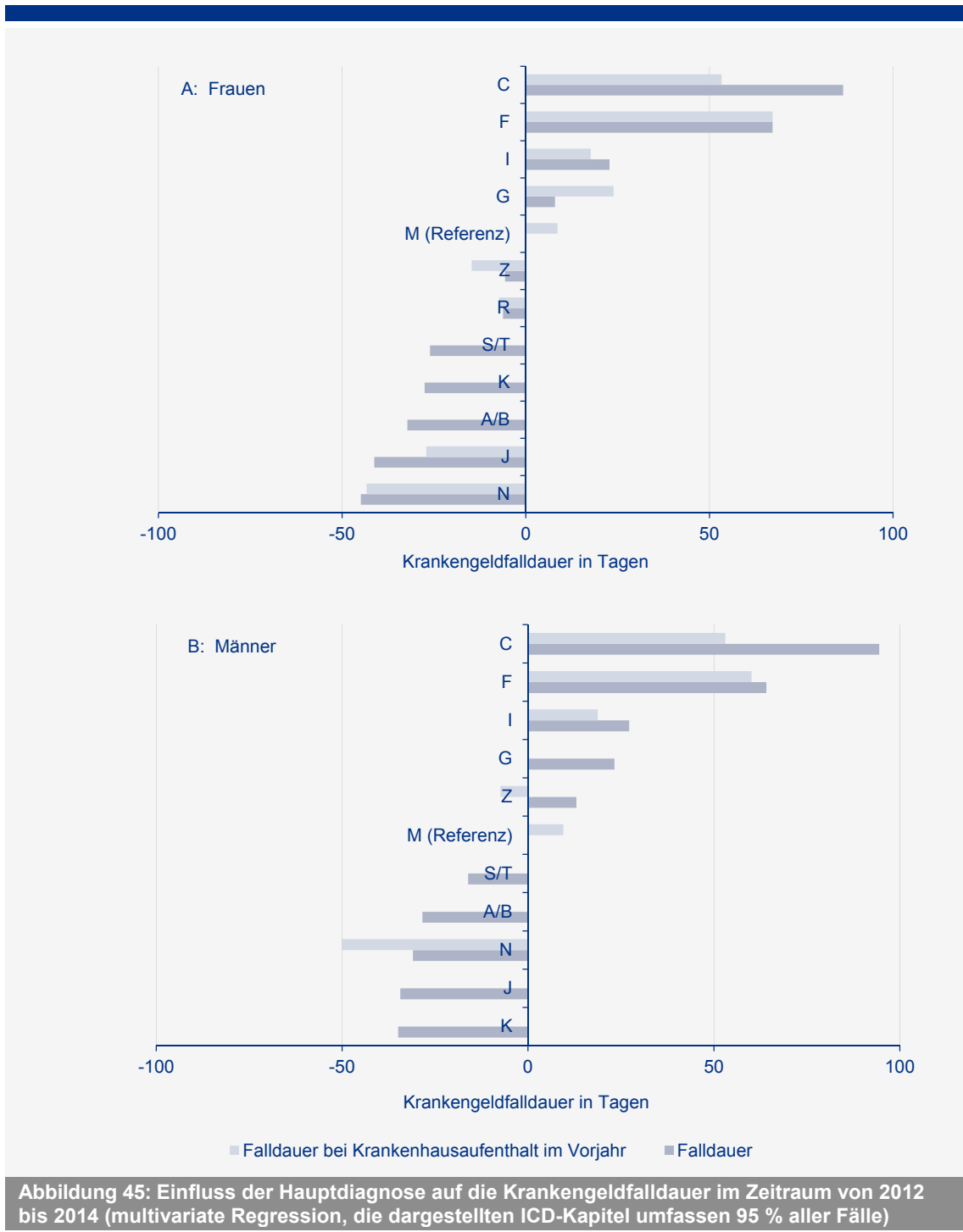
Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

Die Regressionsanalyse zeigt, dass die Hauptdiagnose eines Krankengeldfalls bei der Barmer GEK bei beiden Geschlechtern einen äußerst starken Einfluss auf die Falldauer hat. Zusätzlich wird der Einfluss der Morbidität, hier gemessen als mindestens ein Krankenhausaufenthalt im Vorjahr, berücksichtigt. Bei gleichzeitiger Schätzung der Einflüsse von Hauptdiagnose und Morbidität als Interaktionsterm zeigen sich, anders als für die Morbidität allein, signifikante Einflüsse auf die Falldauer. So haben beispielsweise Fälle mit einer F-Hauptdiagnose im Vergleich zu Fällen mit einer M-Hauptdiagnose bei Männern eine 60 Tage längere Falldauer und bei Frauen eine 67 Tage längere Falldauer, wenn im Vorjahr des Krankengeldfalls ein Krankenhausaufenthalt lag (Abbildung 45). Besonders lange Krankengeldfalldauern haben auch Tumorerkrankungen (ICD-Kapitel C). Der starke Einfluss der Hauptdiagnose zeigt sich an einer Spanne von 130 Tagen zwischen dem ICD-Kapitel mit dem größten und dem mit dem kleinsten Regressionskoeffizienten.

Die Veränderung der Krankengeldfalldauer von 2012 bis 2014 war, anders als die Krankengeldfalldauer selbst, bei anderen ICD-Kapiteln deutlich höher als bei Krankengeldfällen mit einer F-Hauptdiagnose (s. Abbildung 46).⁹¹ Vergleichsweise hoch ist sie für Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem R-Kapitel (dieses enthält „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“). Die geringe Veränderung bei den F-Fällen könnte unter anderem dadurch begründet sein, dass die Durchschnittsdauer dieser Fälle bereits sehr lang ist (s. o.)

⁹¹ Hierbei ist zu beachten, dass es sich im Unterschied zu einigen zuvor dargestellten deskriptiven Ergebnissen um Ergebnisse einer Regressionsanalyse handelt. Gegenüberstellende Interpretationen sind daher nur mit Einschränkungen möglich.

und sie den höchsten Anteil an den Krankengeldfällen mit der Höchstdauer von 78 Wochen bilden (Abbildung 47).



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

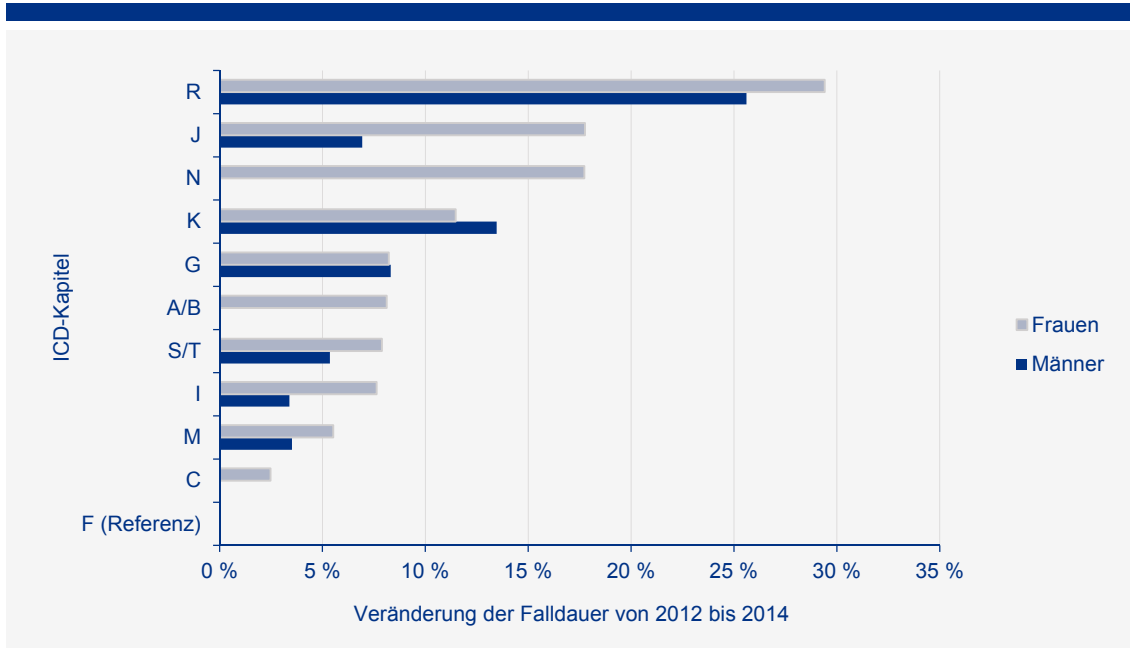


Abbildung 46: Einfluss der Hauptdiagnose (ICD-Kapitel) auf die Veränderung der Falldauer von 2012 bis 2014 in Prozent

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

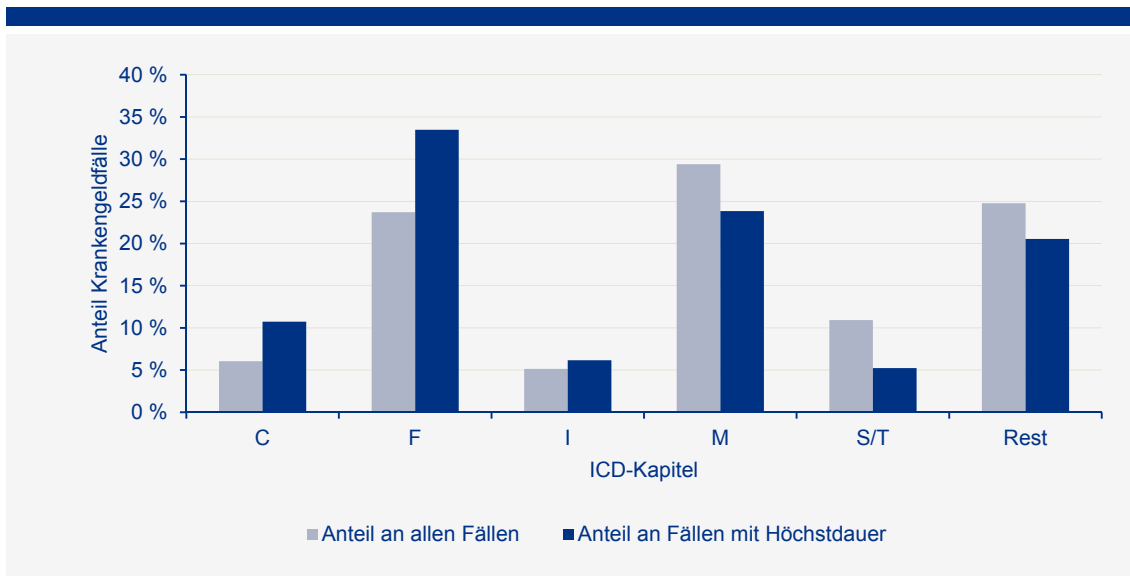


Abbildung 47: Anteil von Krankengeldfällen unterschiedlicher ICD-Kapitel an den Fällen mit der Höchstdauer im Zeitraum 2012 bis 2014 in Prozent

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Barmer GEK

7.5 Zusammenfassung

Sehr heterogene Datenformate und erhebliche Limitationen der einbezogenen Datenquellen schränken die Interpretierbarkeit der vorliegenden ICD-Daten stark ein. Jedoch finden sich bestimmte ICD-Kapitel und ICD-Dreisteller bei allen Datenanalysen wiederholt auf vorderen Rängen. Es ist daher davon auszugehen, dass diese von besonderer Relevanz für die Krankengeldausgaben und -fälle sind. Für die längeren Zeitreihen ab 2000 liegen keine Krankengeld-, sondern Langzeitarbeitsunfähigkeitsdaten der AOKn vor. Dabei fällt eine durchgehend große Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, deren assoziierte Langzeitarbeitsunfähigkeitstage nach einem relativen Minimum im Jahr 2006 (durchaus ähnlich den Gesamtkrankengeldausgaben, vgl. Kapitel 5.1) bis zum Jahr 2014 wieder angestiegen sind, zuletzt jedoch das Ausgangsniveau des Jahres 2000 nur knapp übertrafen. Im gleichen Zeitraum sind die Langzeitarbeitsunfähigkeitstage der psychischen Erkrankungen stetig gestiegen, allerdings von einem deutlich niedrigeren Ausgangsniveau.

Anhand der Daten von acht Krankenkassen konnten Krankengeldfälle auf ICD-Dreisteller-Ebene untersucht werden. Auch hier finden sich unter den 30 häufigsten ICD-Dreistellern überwiegend Diagnosen von Muskel-Skelett- (M) und psychischen (F-) Erkrankungen. Dies passt auch zu den Angaben der Krankenkassen, die im Rahmen der Befragung des Sachverständigenrats diese ICD-Kategorien als besonders steuerungsrelevant im Rahmen des Krankengeldfallmanagements bezeichnen (vgl. Kapitel 8.2). Die separate deskriptive Auswertung der Individualdaten der Barmer GEK unterstreicht besonders die Bedeutung der Fälle mit Diagnose einer muskuloskelettalen Erkrankung (M), da diese den Großteil der Differenz der Krankengeldtage zwischen 2012 und 2014 begründen.

Auf der Ebene von ICD-Dreistellern finden sich bei den Krankengelddaten der Krankenkassen insbesondere die depressive Episode (F32), Rückenschmerzen (M54), Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43), die rezidivierende depressive Störung (F33) und Bandscheibenschäden (M51) mit einem großen Anteil an allen Krankengeldausgaben, wobei ihr Anteil – mit der bedeutenden Ausnahme von F32 besonders bei Frauen – seit 2012 weiter gestiegen ist. Das BVA-Morbiditätsprofil für 2014 bestätigt im Wesentlichen die Relevanz dieser Diagnosen durch die hohen Jahresprävalenzen unter den Krankengeldbeziehenden und die deutlichen weiteren Steigerungen dieser Jahresprävalenzen seit 2009 in Prozentpunkten.

Das multivariate Regressionsmodell auf Basis der Barmer GEK-Individualdaten zeigt, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankengeldfällen sowohl bei den Fällen mit einer F- als auch bei jenen mit einer M-Hauptdiagnose mit zunehmendem Alter stark steigt. Die Krankengeldfalldauer ist stark von der Hauptdiagnose des Falls beeinflusst. Psychische Erkrankungen als Hauptdiagnose bedeuten hier eine erheblich längere Falldauer als beispielsweise Fälle mit Muskel-Skelett-Erkrankungen. Auch besteht hier ein überproportional hoher Anteil an Fällen mit der Höchstdauer von 78 Wochen. Der ausgeprägteste Einfluss auf die Steigerung der Falldauer von 2012 bis 2014 findet sich allerdings nicht bei den F-Diagnosen, sondern bei anderen ICD-Codes (z. B. R-Kapitel).

Fälle mit Tumorerkrankungen (ICD-Kapitel C) als Hauptdiagnosen sind bei den Barmer GEK-Daten diejenigen mit der längsten Falldauer, die einzelnen ICD-Dreisteller im Bereich C sind aber unter den Krankengeldbeziehenden nicht so prävalent wie die genannten F- und M-Kapitel. Letztere besitzen daher hinsichtlich des Anteils an den gesamten Krankengeldfällen und -ausgaben die größere Bedeutung.

7.6 Literatur

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015): ICD-10-GM, www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/ (Stand: 9. Oktober 2015).

Erhart, M. und von Stillfried, D. (2012): Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz, Berlin, www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/Bericht_Depressionen_20120529.pdf (Stand: 22. Oktober 2015).

8 Krankengeldfallmanagement

Innerhalb der letzten 20 Jahre haben die gesetzlichen Krankenkassen sukzessive Kapazitäten zum Krankengeldfallmanagement aufgebaut, um arbeitsunfähige Arbeitnehmer bei ihrem Gesundungsprozess und bei der Inanspruchnahme von unterschiedlichen Leistungen des Sozialversicherungssystems zu unterstützen und eine rasche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu fördern. Durch ein Krankengeldfallmanagement können Abläufe beschleunigt und in vielen Fällen Schnittstellenprobleme mit den anderen Sozialversicherungszweigen (vgl. Kapitel 11) abgebaut werden. Bei Krankenkassen besteht vielfach auch die Erwartung, die eigene Wettbewerbsposition durch Stabilisierung der Krankengeldausgaben und aktive Hilfestellungen für betroffene Versicherte zu verbessern.⁹²

Seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes (Versorgungsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)) im Juli 2015 haben Versicherte einen rechtlichen Anspruch auf ein unterstützendes Krankengeldfallmanagement durch die Krankenkassen im Sinne einer individuellen Beratung über Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (§ 44 Abs. 4 SGB V). Das Krankengeldfallmanagement und die dazu erforderlichen Maßnahmen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit vorheriger schriftlicher Einwilligung der Versicherten durchgeführt werden. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.⁹³ Die Auswirkungen dieser Neuregelung sind derzeit noch nicht absehbar und sollten nach der Einführungsphase daraufhin evaluiert werden, ob die Zustimmung der Versicherten zum Krankengeldfallmanagement sowie die Aktivitäten der Krankenkassen auf diesem Gebiet wesentlich zurückgegangen sind. In diesem Fall sollte eine Widerspruchslösung erwogen werden, bei der die Versicherten dem Krankengeldfallmanagement nicht ausdrücklich zustimmen müssen, aber vorab ausdrücklich auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen werden.

In der Regel wird das Krankengeldfallmanagement von einem Krankengeldfallmanager geleistet, der sich als beratender Intermediär in der Versorgungskette eigenverantwortlich um Prozesse kümmert, die zu einer Genesung des Versicherten beitragen können. Das kann auch beinhalten, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger

⁹² Zu den ersten Krankenkassen, die das Krankengeldfallmanagement eingeführt haben, zählen die AOKn, die zu Beginn der 1990er Jahre die höchsten Krankengeldausgaben aller Krankenkassenarten hatten sowie eine überdurchschnittlich hohe und stetig zunehmende Anzahl an Krankengeldfällen verzeichneten (AOK-Bundesverband 2007).

⁹³ Diese Regelung stößt bei vielen der vom Rat befragten Kassen auf Kritik, da sie zusätzlichen Verwaltungsaufwand befürchten und ihren Aktionsradius deutlich eingeschränkt sehen.

für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, einzuholen, wenn Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder auch der Krankheitsverlauf dies erfordern (§ 275 Abs. 1 SGB V).

8.1 Ablauf und Funktionen des Krankengeldfallmanagements

Krankengeldfallmanager sind in der Regel in Krankengeldfallmanagementteams integriert⁹⁴ und an wenigen zentralen Standorten ansässig. Sie werden durch Teamleiter und Coachs in ihrer Tätigkeit unterstützt. Ihre regionale Verteilung ist je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich: Bei einer großen bundesweit tätigen Ersatzkasse sind derzeit beispielsweise etwa 240 Fallmanager an vier Standorten tätig. Im Vergleich dazu arbeiten bei einer großen regional tätigen Primärkasse knapp 500 Fallmanager an 86 Standorten, jeweils gemessen in Vollzeitäquivalenten. Krankengeldfallmanagement ist somit für die Krankenkassen mit nicht unerheblichen Personalkosten verbunden. Jedoch liegen keine systematischen Untersuchungen zur Wirksamkeit vor, wie hoch der patientenrelevante Nutzen und die Einsparungseffekte infolge dieser Aktivitäten zu veranschlagen sind.

Das Krankengeldfallmanagement beginnt gemäß der „Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit“⁹⁵ des GKV-Spitzenverbands in der Regel, sobald die dritte Woche der Arbeitsunfähigkeit überschritten ist. Konkret empfiehlt die Richtlinie, bis zum 21. Tag nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Auffälligkeiten zu sichten, wobei bisherige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsunfähigkeitsbeginn, Diagnosen, Arbeitsplatz, bescheinigende Ärzte, soziale Vorgeschichte, Inanspruchnahmeverhalten von unterschiedlichen Sozialleistungen und Zweifel⁹⁶, insbesondere seitens des Arbeitgebers, an der Arbeitsunfähigkeit als Kriterien herangezogen werden sollen. Gemäß der Richtlinie wird empfohlen, bei einer Arbeitsunfähigkeit, die länger als drei Wochen andauert, ein Gespräch mit dem oder der Versicherten zu führen und zur Abklärung möglicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine Anfrage beim Vertragsarzt bis zur fünften Arbeitsunfähigkeitswoche zu stellen.

Je nach Relevanz und Häufung der Auffälligkeit erfolgt eine Gruppierung der arbeitsunfähigen Beschäftigten in Versicherte mit „unauffälligem“ und „auffälligem Arbeitsunfähigkeitsverhalten“ (MDS 2011: 47). Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) werden hierfür beispielsweise drei Gruppen gebildet, wobei die erste Gruppe arbeitsunfähige Beschäftigte umfasst, die länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind (z. B. durch Verletzungen) und im Anschluss an die Gesundung an den Arbeitsplatz zurückkehren. Die zweite Gruppe konzentriert sich auf arbeitsunfähige Beschäftigte, die bis zu sechs Monaten arbeitsunfähig sind, und die letzte Gruppe umfasst arbeitsunfähige Beschäftigte, die darüber hinaus arbeitsunfähig sind (AOK-Bundesverband 2007). Bei der darauffolgenden Einzelfallanalyse erfolgt eine Auswertung der Diagnosen und Befunde. Aufkommende Fragen werden durch die Fallmanager mit Ärzten, Kliniken und dem MDK besprochen.

⁹⁴ Eine vernachlässigbar kleine Anzahl an Krankenkassen beschäftigt neben internen Krankengeldfallmanagern auch externe Krankengeldfallmanager (vgl. Kapitel 8.2).

⁹⁵ Die Begutachtungsanleitung zur Arbeitsunfähigkeit wurde in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft erarbeitet und am 12. Dezember 2011 vom GKV-Spitzenverband als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen.

⁹⁶ Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit können durch medizinische, soziale und rechtliche Ursachen begründet sein. Für weitere Details siehe Richtlinien zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten (MDK 1990).

Im Anschluss werden gemeinsam mit dem Versicherten Schritte zur Genesung (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, vgl. Kapitel 11.3) vereinbart. Ein wichtiger Aspekt stellt laut dem „AOK Fehlzeiten-Report 2006“ dabei die Erfassung der Lebensumstände des Versicherten dar.

Weniger detailliert fällt im Vergleich dazu der Musterbogen der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtungsanleitung aus (siehe Abbildung A-6 im Anhang). Demzufolge sollen beim Versicherten-gespräch von den Krankenkassen ausschließlich Angaben zur geplanten Arbeitsaufnahme, zur Beschaffenheit des Arbeitsplatzes sowie zur Erkrankung und Behandlung erhoben werden.

Liegen Vermutungen vor, dass es sich um einen Arbeitsunfähigkeitsfall im Sinne des § 275 Abs. 1 SGB V handelt, sind die Krankenkassen befugt, weitere Daten zu erheben, um zu klären, ob oben genannter Fall vorliegt. Eine Möglichkeit zur Erfassung dieser relevanten Daten liegt in der Verwendung von Selbstauskunftsbogen. Gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V sind die gewonnenen Informationen dazu bestimmt, zu entscheiden, ob der jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfall dem MDK vorgelegt wird, weitere Leistungen erforderlich sind oder die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers vorliegt. Die verwendeten Fragebogen müssen dafür dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen und schließen die Erhebung von Informationen, die für die Leistungsprüfung unerheblich sind, aus. Selbstauskunftsbogen sind im Krankengeldfallmanagement ausschließlich dann zu verwenden, wenn ein konkreter Anlass besteht und die gewonnenen Informationen zur Prüfung der Leistungsgewährung erforderlich sind. Nicht erforderliche Fragen sind fallspezifisch zu streichen. Des Weiteren sind Krankenkassen bei der Verwendung von Selbstauskunftsbogen verpflichtet, den arbeitsunfähigen Beschäftigten auf die Rechtsgrundlage für die Erhebungen, die Folgen einer Auskunftsverweigerung oder auf die Freiwilligkeit seiner Angaben hinzuweisen (vgl. § 67a Abs. 3 SGB X) (Ronellenfitsch 2013).

Krankengeldfallmanager werden in ihrer Tätigkeit zumeist durch eine spezielle Fallmanagementsoftware unterstützt, die bereits während der Entgeltfortzahlung die Arbeitsunfähigkeitsfälle auf Auffälligkeiten prüft. Sofern ein Fall Auffälligkeiten aufweist, wird dieser fortan regelmäßig hinsichtlich des Hinzutretens weiterer Auffälligkeiten, des Einhaltens von Terminen und der Durchführung von Maßnahmen überprüft. Das Ziel der Software liegt dabei in einer zeitnahen Feststellung von auffälligen Arbeitsunfähigkeitsfällen, die eine rasche Bearbeitung erfordern (AOK-Bundesverband 2007).

Laut dem „AOK Fehlzeiten-Report 2006“ wird die Qualität des Krankengeldfallmanagements maßgeblich durch die Qualifikation der Krankengeldfallmanager, die interne Kommunikation sowie durch klare Prozessvorgaben bei der Bearbeitung problematischer Krankengeldfälle beeinflusst. Bei den AOKn werden dafür beispielsweise regelmäßige Gesprächskreise, Coachings, Praxisbegleiter und Fallkonferenzen genutzt (AOK-Bundesverband 2007). Kassenartenübergreifend werden zur Aus- und Fortbildung Seminare, Workshops und weitere Veranstaltungen, beispielsweise zu den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen, von den Krankenkassen selbst oder von Dritten angeboten. Ergänzend bietet der MDK Workshops zur Vermittlung sozialmedizinischer Kenntnisse für die Fallbearbeitung und -steuerung im Bereich der Arbeitsunfähigkeit an. Inwieweit jedoch die Krankenkassen und ihre Mitarbeiter diese Angebote annehmen oder andere Maßnahmen zur Qualitätssicherung ihres jeweiligen Krankengeldfallmanagements ergreifen und über welche fachlichen Qualifikationen die Fallmanager verfügen, ist nicht bekannt, da hierzu keine systematischen Erhebungen vorliegen.

Das Krankengeldfallmanagement befindet sich im stetigen Spannungsfeld zwischen dem Service-Image einerseits und dem Kostenmanagement andererseits: Auf der einen Seite kann ein

serviceorientiertes Vorgehen während der Fallsteuerung zu einer verstärkten Mitwirkung der Versicherten führen. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Patienten kann einen besseren Behandlungserfolg sowie eine schnellere Reintegration ins Erwerbsleben bewirken. Die Krankenkassen können dabei durch ihre Marktkenntnis und Netzwerke bewährter Leistungsanbieter Informationsbarrieren abbauen und somit wichtige Mittler im Prozess der Optimierung weiterer Behandlungsmaßnahmen darstellen. Auf der anderen Seite kann das Krankengeldfallmanagement im ungünstigen Fall bei den Patientinnen und Patienten auch als Einmischung oder als bedrängende Aktivität seitens der Krankenkassen mit dem Hauptziel der Ausgabenvermeidung wahrgenommen werden. Da ohne Mitwirkung der Betroffenen die Ziele des Krankengeldfallmanagements aber kaum erreicht werden können, handeln Krankenkassen im besten eigenen Interesse, wenn dieser negative Eindruck gar nicht erst entsteht. Das Krankengeldfallmanagement sollte von den Betroffenen im Idealfall als Hilfestellung wahrgenommen werden und nicht als Bedrohung.

8.2 Befragung gesetzlicher Krankenkassen zu Struktur, Durchführung und Effektivität ihres Krankengeldfallmanagements

Zur Untersuchung der derzeitigen Struktur und Praxis des Krankengeldfallmanagements hat der Sachverständigenrat im Frühjahr 2015 alle gesetzlichen Krankenkassen hierzu schriftlich befragt (vgl. Kapitel 4.3). Es wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, der allgemeine strukturelle Daten, Verfahren, Inhalte und geschätzte Auswirkungen des Krankengeldfallmanagements erfasst. Zudem wurde den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Vorschläge zu benennen, wie aus ihrer Sicht die steigenden Ausgaben für Krankengeld reduziert werden könnten. Der Fragebogen wurde vorab mit vier Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten im Rahmen eines Pretests auf seine Verständlichkeit überprüft.

Der 15-seitige Fragebogen⁹⁷ wurde an 124 von seinerzeit 125 existierenden gesetzlichen Krankenkassen übermittelt⁹⁸ und von 91 Krankenkassen vollständig beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 73 %, wobei die antwortenden Kassen ca. 98 % aller krankengeldberechtigten Mitglieder umfassen. Alle AOKn, Ersatzkassen und Innungskrankenkassen (IKKn) sowie die Knappschaft-Bahn-See (KBS) haben den Fragebogen beantwortet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in einer Form, die keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenkassen ermöglicht. Bei der Abbildung 50 nach Kassenart ist aus diesem Grund die KBS, die eine eigene Kassenart bildet, nicht enthalten. Bezugsjahr für die Angaben der Kassen ist 2014, der Stichtag für punktuelle Größen ist der 31. Dezember 2014.

Allgemeine Daten des Krankengeldfallmanagements

Von 91 Krankenkassen führen 86 ein Krankengeldfallmanagement durch, davon 78 mit „regelmäßiger“ und 8 mit „gelegentlicher“ Umsetzung. Die übrigen 5 diskutieren die Einführung. Die Krankenkassen mit bestehendem Krankengeldfallmanagement geben an, dieses zwischen 1990 und 2014 eingeführt zu haben. Es besteht durchschnittlich seit zehn Jahren. Der nach Kassengröße (hier

⁹⁷ Der vollständige Fragebogen ist im Anhang zu diesem Gutachten dokumentiert.

⁹⁸ Stand: 10. Februar 2015. Aufgrund der besonderen Versicherungsstruktur der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wurde diese nicht in die Befragung eingeschlossen.

als Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder definiert) gewichtete Mittelwert beträgt 15 Jahre. Krankenkassen mit vielen krankengeldberechtigten Mitgliedern haben ihr Krankengeldfallmanagement früher begonnen. Insbesondere haben alle AOKn es vor 1997 eingeführt, was unter den anderen Krankenkassen nur bei zwei Betriebskrankenkassen (BKKn) der Fall ist.

Die Krankenkassen berichten von einer mittleren Anzahl an Krankengeldtagen je Fall von 90 (nach Kassengröße gewichteter Mittelwert der Mittelwerte). Hier ist allerdings eine beträchtliche Spanne festzustellen, eine (kleine) Krankenkasse berichtet von durchschnittlich ca. zehn Krankengeldtagen pro Fall, das Maximum liegt (bei einer ebenfalls eher kleinen Kasse) bei durchschnittlich 187 Krankengeldtagen.

Definierte Zielvorgaben für das Krankengeldfallmanagement

58 % der Krankenkassen geben an, Zielvorgaben für ihr Krankengeldfallmanagement zu definieren (36 % ausdrücklich nicht, 6 % machen keine Angabe hierzu). Die Freitextantworten wurden nachträglich inhaltlich kategorisiert und ausgezählt. Dabei gliedern die Zielvorgaben sich hauptsächlich in versorgungsbezogene (insgesamt 40 Nennungen) und kostenbezogene Ziele (insgesamt 36 Nennungen).⁹⁹

Unter den versorgungsbezogenen Zielen wird oftmals auf die angestrebte Kundenzufriedenheit hingewiesen (13 Nennungen). Ebenfalls häufig wird die rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess genannt (10 Nennungen). Des Weiteren nehmen insgesamt sechs Krankenkassen auf unterschiedliche servicebezogene Ziele Bezug, beispielsweise auf eine schnelle Bearbeitung von Leistungsanträgen mit zügiger Auszahlung, die Ermöglichung von Versorgungsangeboten vor Ort oder einen guten Beratungsservice. Unter konkreten Zielen des Versorgungsmanagements finden sich die Verkürzung von Wartezeiten auf Reha-Angebote, das Organisieren von Arzt-Terminen oder krankheitsbezogene Therapieangebote.

Unter den ausgabenbezogenen Zielen werden häufig allgemeine Kostensenkungsziele erwähnt (15 Nennungen). Zwölf Krankenkassen benennen konkretere Haushaltsvorgaben oder Budgets, insbesondere den Haushaltsplanansatz. In einem Fall werden auch Kostenziele bzw. Vorgaben für Krankengeldtage je Team im Sinne eines Budgets erwähnt. Neun Nennungen beziehen sich auf eine Veränderung bei Krankengeldparametern wie Fallzahlen oder (häufiger) Fall- bzw. Arbeitsunfähigkeitsdauern. Ein Beispiel für eine konkrete Zielvorgabe ist die Reduzierung der Fallzahlen um 20 %.

Mehrere Krankenkassen berichten von Zielvorgaben zu Organisationsabläufen, etwa im Hinblick auf bestimmte Prozesskennzahlen, die Mitarbeiterschulung, den Netzwerkaufbau zu Ärzten und Reha-Einrichtungen oder die Kontaktierung der Versicherten zu bestimmten Zeitpunkten.

⁹⁹ Dem gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen aus § 1 SGB V gemäß müssen letztlich alle Maßnahmen des Leistungsträgers dem Ziel dienen, „die Gesundheit des Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Zur Erreichung dieses Ziels verpflichtet § 2 Abs. 4 SGB V alle Beteiligten, „darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“ Vor diesem Hintergrund darf die hier vorgenommene Kategorisierung der Antworten der Krankenkassen in versorgungs- und kostenbezogene Maßnahmen nicht als Gegensatz verstanden werden: Alle Maßnahmen des Krankengeldfallmanagements sind nur gerechtfertigt, insofern sie – „wirksam und wirtschaftlich“ – zur Wiederherstellung des jeweils bestmöglichen Gesundheitszustands beitragen.

Struktur des Krankengeldfallmanagements

Deutlich wird, dass praktisch ausschließlich Mitarbeiter der eigenen Krankenkasse als Fallmanager zum Einsatz kommen; dies geben 81 der 86 Kassen, die ein Krankengeldfallmanagement durchführen, an. Die Zahl dieser kasseninternen Fallmanager reicht dabei von unter einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) bis über 600 VZÄ pro Kasse.¹⁰⁰ Während der Mittelwert bei 70 VZÄ liegt, beträgt der Median 5,5 VZÄ, diese Diskrepanz ist durch die große Zahl kleinerer Krankenkassen begründet. Lediglich vier Kassen (BKKn unterschiedlicher Größe) geben an, dass zusätzlich externe Fallmanager beteiligt sind; deren Anzahl wurde von drei Kassen genannt und bewegt sich dabei im unteren einstelligen Bereich.¹⁰¹ Dies entspricht einem Anteil von 2 % bis 10 % aller Fallmanager der jeweiligen Kasse.

Die Anzahl der Fallmanager korreliert mit der Anzahl der Mitglieder der Krankenkasse, wobei mehrere große Ersatzkassen im Verhältnis weniger Fallmanager beschäftigen. Eine Berechnung der Anzahl der Fallmanager pro 10 000 krankengeldbeziehenden Mitgliedern ergibt Werte zwischen 4 und 108, mit einem nach Kassengröße gewichteten Mittelwert von 23 und einem Median von 27.¹⁰² Dabei beschäftigen die AOKn mehr Fallmanager pro Mitglied als die Ersatzkassen. Dieser Unterschied zeigt sich ebenfalls bei einer Betrachtung der Fallmanager pro krankengeldberechtigtem statt -beziehendem Mitglied.

Die Berechnung der Anzahl der Fallmanager pro 10 000 krankengeldbeziehenden Mitgliedern nach Kassengröße statt Kassenart zeigt, dass besonders mitgliederstarke Krankenkassen mit mehr als einer Million Mitgliedern tendenziell weniger Fallmanager pro krankengeldbeziehendem Mitglied vorhalten als kleine und mittelgroße Kassen. Ein Verhältnis von über 60 Fallmanagern pro 10 000 krankengeldbeziehenden Mitgliedern kommt ausschließlich bei vier kleinen Krankenkassen bis 30 000 Mitglieder vor.

Sämtliche Kassen, mit Ausnahme einer BKK, geben an, ihre Krankengeldfallmanager für diese Aufgabe speziell zu schulen, meist (57 Kassen) durch eine Kombination aus interner Schulung und Weiterbildung durch kassenübergreifende Verbände oder andere Institutionen, beispielsweise die BKK- bzw. IKK-Akademie, BKK-Landesverbände, den MDK oder die Deutsche Rentenversicherung (DRV).

Verfahren des Krankengeldfallmanagements

Viele Krankenkassen kontaktieren arbeitsunfähige Mitglieder bereits vor Beginn des Krankengeldbezugs. Daher hat der Sachverständigenrat die Kassen befragt, wie viel Prozent der Mitglieder mit mehr als drei Wochen Arbeitsunfähigkeit von ihnen im Rahmen des Krankengeldfallmanagements kontaktiert werden. Im nach Kassengröße gewichteten Mittel aller Kassen betrifft

¹⁰⁰ Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Krankenkassen bei der Anzahl der Fallmanager unterschiedlich gerechnet haben, zum Beispiel hinsichtlich der Mitzählung von Sachbearbeitern oder Führungspersonal. Dies kann zu erheblichen Abweichungen führen und ist bei der Interpretation der folgenden Darstellungen zu berücksichtigen.

¹⁰¹ Eine Krankenkasse hat auf die Auswahlfrage, ob Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der eigenen Krankenkasse oder ein externer Dienstleister das Krankengeldfallmanagement durchführen oder beides zutrifft, keine Angabe gemacht. Sie könnte im Prinzip zusätzlich externe Fallmanager beschäftigen. Da es sich aber um eine kleinere BKK mit drei internen Fallmanagern handelt, wäre auch hier allenfalls eine sehr geringe Zahl zu erwarten.

¹⁰² Die Berechnung erfolgte anhand von Zahlen zu den krankengeldbeziehenden Mitgliedern der Kassen für das Bezugsjahr 2013, die dem Sachverständigenrat vom Bundesversicherungsamt (BVA) zur Verfügung gestellt wurden (diese sind hier inklusive der Kinderkrankengeldbeziehenden zu verstehen, vgl. Kapitel 4).

dies mehr als die Hälfte dieser Mitglieder (61 %; Median: 56 %). Hier ist eine sehr große Spanne zu verzeichnen. Von 2 % aller Mitglieder mit mehr als drei Arbeitsunfähigkeitswochen (eine kleine BKK) bis 98 % (mehrere AOKn) gehen die Kassen sehr unterschiedlich vor. Die Kontakte erfolgen überwiegend telefonisch, sowohl bei der ersten Kontaktaufnahme (häufigster Kontaktweg bei über 50 % der Kassen, Alternative ist vor allem eine schriftliche Kontaktaufnahme) als auch im Verlauf (häufigster Kontaktweg bei über 70 % der Kassen, Alternative sind vor allem persönliche Gespräche).

83 % der Kassen wählen die zu kontaktierenden Versicherten nach bestimmten Kriterien aus. Diejenigen Kriterien, die mehrheitlich angewendet werden, sind die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (78 %), Vorerkrankungen (67 %), vorheriger Krankengeldbezug (54 %), der Beruf (51 %) und bestimmte aktuelle Diagnosen (62 %). Betrachtet man letztere differenziert nach ICD-Kapiteln, so wird häufig nach F- (psychische und Verhaltensstörungen) und M-Diagnosen (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) selektiert. Teilweise sind hier auch C-Diagnosen (Neubildungen) und vereinzelt I- (Kreislauf), G- (neurologische Erkrankungen) und J-Diagnosen (Krankheiten des Atmungssystems) relevant. Zehn Krankenkassen betonen gesondert, dass „individuell“ nach Diagnosen selektiert werde. In einem Fall wird angemerkt, dass auch wechselnde ICD-Schlüssel bei Krankschreibung durch den Hausarzt als Hinweis interpretiert würden, dass ein Facharzt in die Behandlung involviert werden sollte. Weitere Kriterien, die als Freitext genannt werden, sind stationäre Behandlung, eine Rentenmeldung, ein Zweifel des Arbeitgebers an der Arbeitsunfähigkeit oder das Vorliegen von Arbeitslosigkeit.

Insgesamt werden von den Krankenkassen im gewichteten Mittel ca. 7,7 % aller krankengeldberechtigten Mitglieder im Rahmen des Krankengeldfallmanagements kontaktiert (Median 5,7 %; Spanne von 0,3 % bis 33 %).

Die Krankengeldfälle, bei denen Fallmanagement stattfindet, gehen bei den einzelnen Kassen mit unterschiedlich vielen Kontakten einher – zwischen 1 und 20 pro Fall. Der nach Kassengröße gewichtete Mittelwert (der Kassenmittelwerte) beträgt 3,9 und der Median 3,5.

Befragt wurden die Krankenkassen auch danach, in wie viel Prozent der Fälle mehr als zwei Kontakte erfolgen. Auch hier zeigt sich ein heterogenes Ergebnis – mit Kassen, bei denen Fälle mit mehr als zwei Kontakten wenig vorkommen (10 %) oder aber mit 98 % die Norm sind.

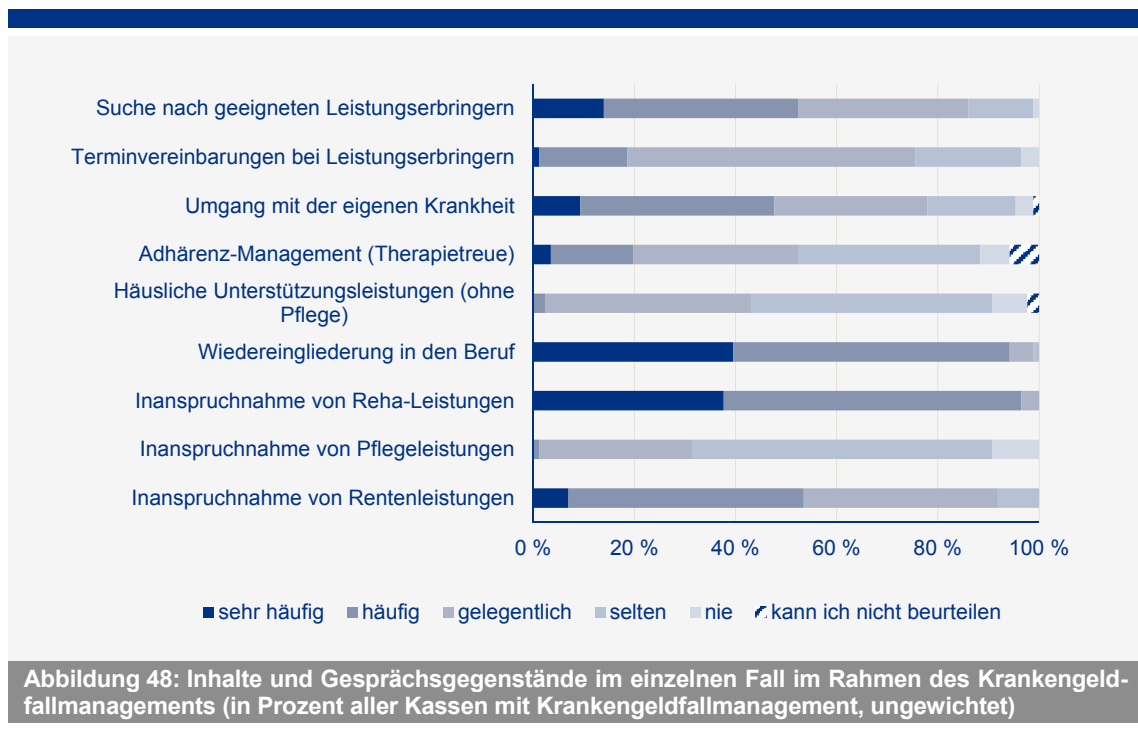
Die Fallmanager, die diese Kontakte durchführen, kontaktieren dabei unterschiedlich viele Mitglieder pro Jahr. Die Anzahl variiert bei den Krankenkassen zwischen durchschnittlich 9 und 3 000 Mitgliedern (pro Fallmanager-VZÄ im Jahr 2014). Der nach Kassengröße gewichtete Mittelwert beträgt 512, der Median 248.

Zwölf Krankenkassen gaben an, bisher bereits vor Durchführung des Krankengeldfallmanagements eine explizite Einwilligung der Mitglieder eingeholt zu haben. Mit Ausnahme einer Ersatzkasse handelt es sich dabei um BKKn. Die von den zwölf Krankenkassen geschätzte Quote der Mitglieder, die das Krankengeldfallmanagement dabei ablehnen, beträgt im gewichteten Mittel 4,6 % (Median: 2 %). Es fällt eine recht große Spanne von 0 % bis 20 % auf. Von den zwölf Kassen holen acht die Einwilligung schriftlich ein. Dabei wird die Auffassung vertreten, dass dies die Durchführung des Krankengeldfallmanagements nicht gravierend erschwere.¹⁰³ Nur wenige Mitglieder würden das Fallmanagement ablehnen bzw. ihr schriftliches Einverständnis nicht geben.

¹⁰³ Diese Einschätzung wurde bei den zwölf Kassen telefonisch nacherhoben.

Inhalte und Gesprächsgegenstände

Unter den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (vgl. Abbildung 48) werden Reha-Leistungen und berufliche Wiedereingliederung als die häufigsten Beratungsinhalte genannt, gefolgt von Rentenleistungen und der Suche nach geeigneten Leistungserbringern. Als nur „selten“ wird hingegen die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen angegeben.



Die Reihenfolge der einzelnen Kategorien entspricht der bei der Befragung.

Quelle: eigene Darstellung, Auswertung des SVR-Fragebogens

Externe Kontakte zu Kooperationspartnern bestehen besonders häufig zum MDK und zu Ärzten bzw. Psychotherapeuten, gefolgt von der Rentenversicherung und den Arbeitgebern (vgl. Abbildung 49). Nur „selten“ erfolgt der Kontakt zu Berufsförderungswerken und zu Selbsthilfeverbänden, ebenfalls selten zur Pflegeversicherung und zu nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten. Im Freitext wurden verschiedene zusätzliche Ansprechpartner genannt, darunter Integrationsfachdienste, Sozialdienste in (Reha-)Kliniken, Betriebs- und Werksärzte, Suchtberatung, die Koordinatoren des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements sowie die Schwerbehindertenvertretung.

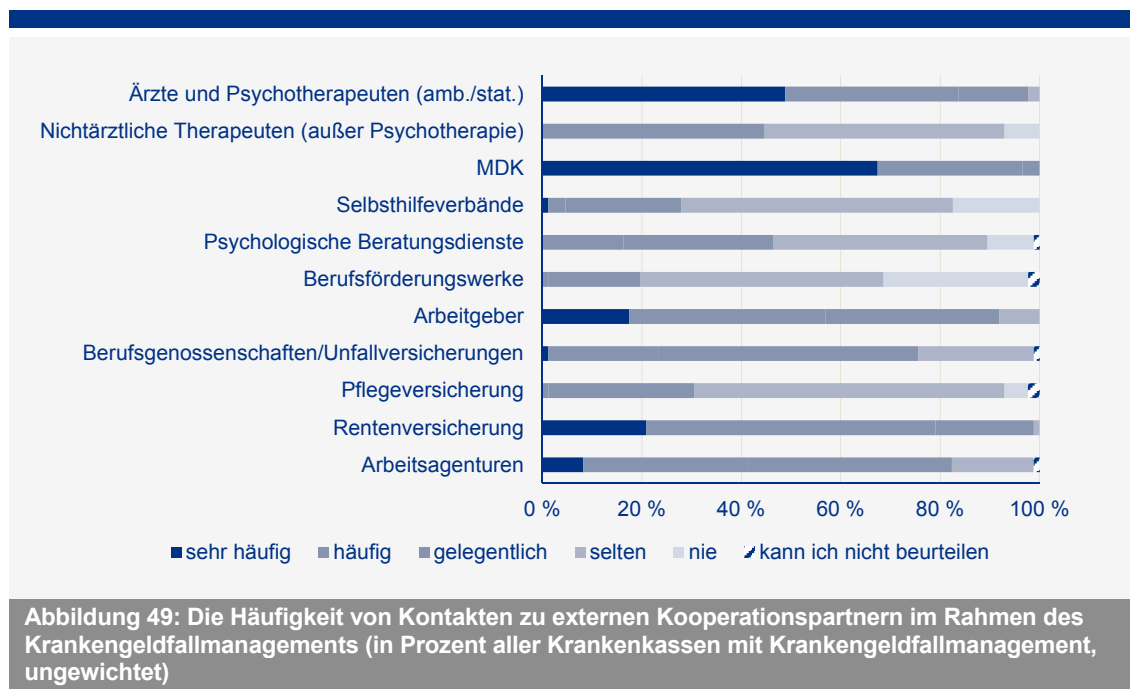


Abbildung 49: Die Häufigkeit von Kontakten zu externen Kooperationspartnern im Rahmen des Krankengeldfallmanagements (in Prozent aller Krankenkassen mit Krankengeldfallmanagement, ungewichtet)

Die Reihenfolge der einzelnen Kategorien entspricht der bei der Befragung.

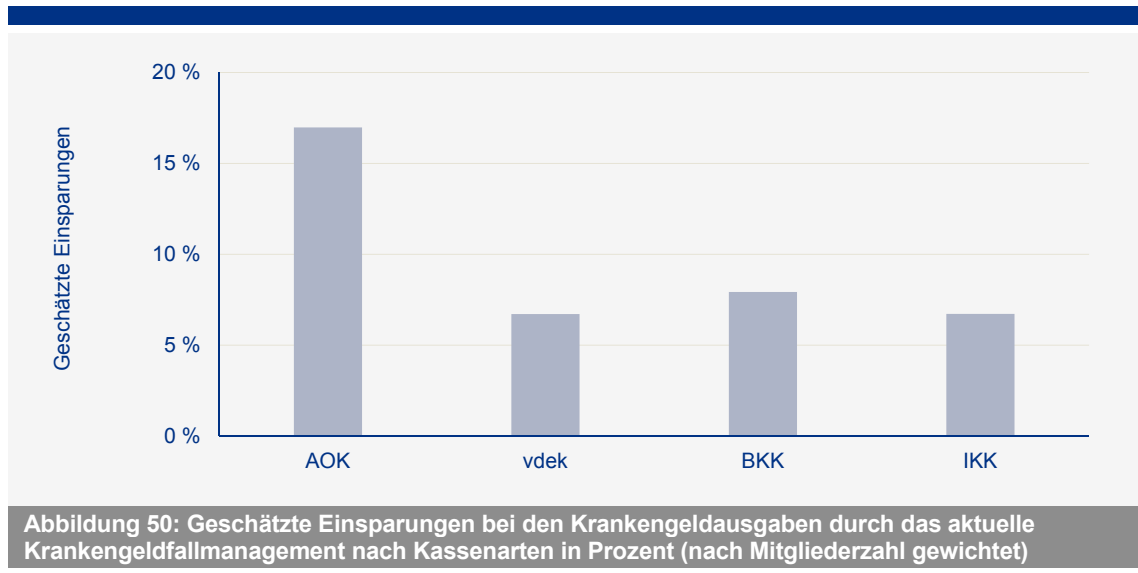
Quelle: eigene Darstellung, Auswertung des SVR-Fragebogens

Geschätzte Effektivität des Krankengeldfallmanagements

Die meisten Krankenkassen gehen nach eigener Einschätzung sowohl von einer Verkürzung der Falldauern durch Krankengeldfallmanagement (96 % aller Kassen mit entsprechendem Fallmanagement) als auch von einer Vermeidung von Krankengeldfällen (75 % aller Krankenkassen mit Krankengeldfallmanagement) aus. Die Mehrzahl der Kassen (66 %) schätzt die Auswirkungen auf die Falldauern dabei als bedeutender ein als die auf die Vermeidung. Nur 1 % der Kassen urteilt umgekehrt, für die übrigen ist beides gleichbedeutend (21 %) oder kann nicht beurteilt werden.

Die Krankenkassen geben an, dass sie durch ihr Krankengeldfallmanagement schätzungsweise 12 % Fallverkürzung (gewichteter Mittelwert; Spanne von 2 % bis 25 %) und 9 % Fallvermeidung (Spanne von 1 % bis 30 %) erreichen. Nach eigener Schätzung erreichen sie daher durch das Krankengeldfallmanagement aktuell Einsparungen bei den Krankengeldausgaben von ca. 10 % (gewichteter Mittelwert; 67 Kassen haben hierzu Angaben gemacht; Spanne von 0 % bis 30 %). Dabei fällt auf, dass die AOKn, die auch mehr Fallmanager pro Mitglieder beschäftigen als die Kassen der anderen Kassenarten, von den größten Einsparungen ausgehen (Abbildung 50). Die vergleichsweise geringsten prozentualen Einsparungen werden von den Ersatzkassen geschätzt. Dieser Zusammenhang besteht unabhängig von der Krankenkassengröße, denn eine Klassierung nach Mitgliederzahl ergibt ähnliche Mittelwerte für die geschätzten Einsparungen von 9 % (Kassen mit bis zu 30 000 Mitgliedern) bzw. 10 % (Kassen über 30 000 bis eine Million und Kassen mit über eine Million Mitgliedern). Rechnet man die geschätzten prozentualen Einsparungen aller Kassen, die hierzu

Angaben gemacht haben, jeweils in Absolutwerte um,¹⁰⁴ so summieren sich diese Beträge auf ca. 900 Millionen Euro. Hierbei handelt es sich allerdings um den geschätzten Bruttobetrag; für die Errechnung der Nettoeinsparungen müssten von diesem Betrag diverse Kosten wie beispielsweise Personalkosten für die Krankengeldfallmanager bekannt sein und subtrahiert werden.



Quelle: eigene Darstellung, Auswertung des SVR-Fragebogens

Die Krankenkassen wurden zusätzlich nach dem geschätzten Einsparpotenzial bei hypothetisch optimalem Krankengeldfallmanagement gefragt; hier ergibt sich ein gewichteter Mittelwert von 15 %. Es zeigt sich, dass nur eine Kasse schätzt, derzeit Einsparungen von über 20 % zu erzielen (es handelt sich um eine der größeren BKKn), und 17 Kassen der Auffassung sind, dies wäre erst bei optimalem Krankengeldfallmanagement möglich (Abbildung 51).

¹⁰⁴ Diese Berechnung erfolgte anhand der Leistungsausgaben Krankengeld der Kassen für das Jahr 2013, die dem Sachverständigenrat vom BVA zur Verfügung gestellt wurden.

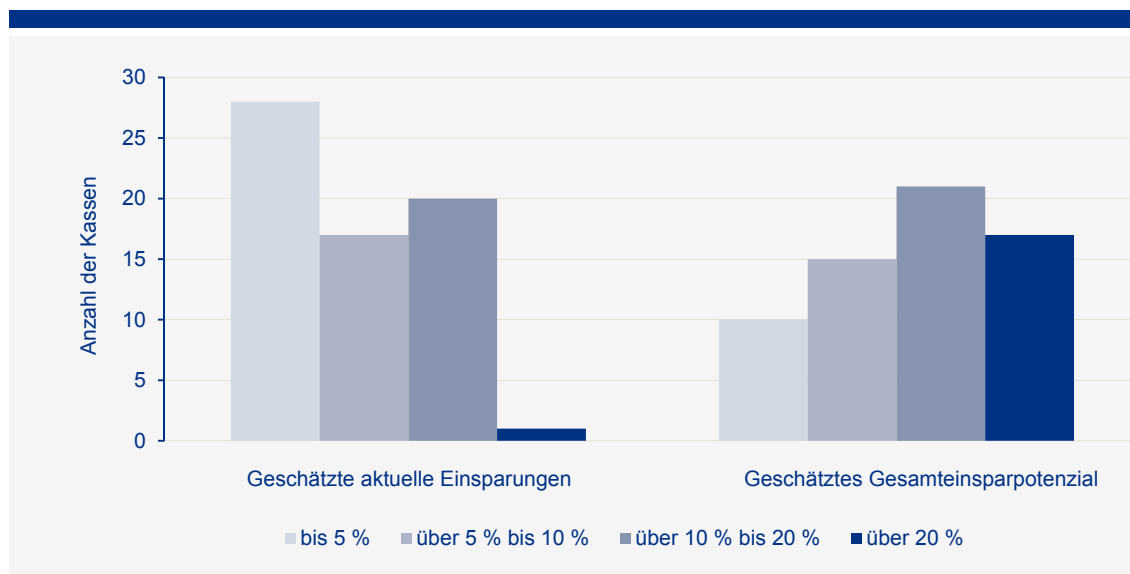


Abbildung 51: Geschätzte Einsparungen sowie geschätztes Einsparpotenzial durch Krankengeldfallmanagement gemäß den Angaben der Krankenkassen (Prozentzahlen nachträglich klassiert). Vertikal aufgetragen ist die Anzahl der Kassen

Quelle: eigene Darstellung, Auswertung des SVR-Fragebogens

Evaluation des Krankengeldfallmanagements

Knapp drei Viertel (73 %) der Kassen mit Krankengeldfallmanagement geben an, Daten in systematischer Form zur Evaluation zu erheben und zu nutzen. Dabei werden Kennzahlen zur Ausgaben- und Fallzahlentwicklung sowie zur Dauer des Krankengeldbezugs mehrheitlich erhoben (jeweils mehr als 60 %). Von 17 % der Kassen werden zur Evaluation auch eigene Befragungen von Versicherten durchgeführt. Unter den speziellen Kennzahlen, die im Freitext angegeben wurden, finden sich Vergleiche mit den amtlichen Statistiken, Daten des Risikostrukturausgleichs, Zahlen zu offenen, abgeschlossenen und ausgesteuerten Fällen sowie Befragungen zur Zufriedenheit der Versicherten mit der Servicequalität.

Die Krankenkassen selbst beurteilen die Wirksamkeit und den Nutzen ihres Krankengeldfallmanagements überwiegend positiv. Konkret antworteten 35 % der 86 Krankenkassen mit einem entsprechenden Fallmanagement bei einer vorgegebenen Skala mit „sehr positiv“, 54 % mit „überwiegend positiv“, 9 % gaben an, in dieser Frage unentschieden zu sein, und 2 %, es nicht beurteilen zu können.

Eine Differenzierbarkeit von Wirksamkeit und Nutzen des Krankengeldfallmanagements nach Krankheitsgruppen, also eine diagnoseabhängige Steuerbarkeit, wird von vielen Krankenkassen als nicht beurteilbar oder ausdrücklich fallindividuell zu bewerten angegeben (zusammen 25 Kassen), von zahlreichen Kassen hingegen auch ausdrücklich bejaht (28 Kassen). Deren Aussagen werden in ihrer Interpretation allerdings erschwert durch eine zum Teil gegensätzliche Einschätzung. So werden im Rahmen der Freitextangaben beispielsweise Fälle von Mitgliedern mit psychischen Erkrankungen (verantwortlich für die meisten Krankengeldtage, vgl. Kapitel 7.3) von zahlreichen Kassen als besonders steuerungswert oder besonders steuerbar eingeschätzt (17 Kassen), während acht Kassen

sie als vergleichsweise schwer steuerbar einstufen. Mehrfach als eher gut steuerbar werden die Fälle von Mitgliedern mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems genannt.

In zwei Freitextfeldern wurden die Krankenkassen gebeten aufzuführen, was die Versicherten ihrer Erfahrung nach einerseits besonders an ihrem Fallmanagement schätzen und andererseits kritisieren.

Der am häufigsten genannte Aspekt bei den positiven Rückmeldungen der Versicherten ist ein persönlicher/fester Ansprechpartner. Weitere Nennungen betreffen eine individuelle Betreuung und Servicetelefonate mit frühzeitiger Kontaktaufnahme sowie eine Lotsenfunktion zwischen Leistungserbringern, darunter Informationen zu Leistungsansprüchen bei unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern und Hilfestellung bei der Einleitung von Leistungen bzw. dem Ausfüllen von Anträgen.

Weitere genannte Punkte sind eine Unterstützung bei der Wiedereingliederung, schnellere Termine bei Fachärzten und Psychotherapeuten sowie Zusatzangebote und Verträge zur integrierten Versorgung. Darüber hinaus werden die Beratung zu Zweitmeinungsverfahren, Behandlungsfehlern, Regressansprüchen und Arbeitsunfällen sowie eine schnelle Bearbeitungszeit und eine pünktliche Zahlung des Krankengelds als von Versicherten geschätzte Aspekte erwähnt.

Unter den von den Mitgliedern kritisierten Punkten finden sich am häufigsten die Wahrnehmung der Kontaktaufnahme (oder von häufigen Kontakten) als Druckmittel, die Gesundheitschreibung durch den MDK (besonders bei Beurteilung nach Aktenlage) – der als Kontrollinstanz wahrgenommen werde – sowie die Regelungen zum lückenlosen Arbeitsunfähigkeitsnachweis, die zum Verlust des Krankengeldanspruchs führen können.¹⁰⁵

In weiteren Nennungen wird ebenfalls berichtet, dass der Fallsteuerung teilweise mit Misstrauen begegnet werde in der Sorge, die Krankenkassen handelten monetär motiviert. Manchmal werde seitens der Versicherten auch ein mangelndes Einfühlungsvermögen der Fallmanager kritisiert. Negative Rückmeldungen gebe es ferner bei Aufforderungen zu Reha-/Rentenanträgen gemäß § 51 SGB V – insbesondere bei drohender finanzieller Schlechterstellung.

Auf der einen Seite werde von Versicherten eine Umgehung des Datenschutzes durch die Krankenkassen befürchtet, auf der anderen Seite fehle manchen Versicherten das Verständnis, dass Fallmanager nur einen unzureichenden Überblick über den Krankheitsverlauf haben. Des Weiteren wünschten sich einige Mitglieder mehr Unterstützung bei der Suche nach Zusatzangeboten (beispielsweise Reha, Physiotherapie) und bemängelten das Fehlen regionaler Angebote. Schließlich gebe es auch Kritik an organisatorischen Aspekten, etwa verspäteten Krankengeldauszahlungen oder unzureichend verständlichen Unterlagen sowie langen Bearbeitungszeiten – unter anderem beim MDK.

¹⁰⁵ Diese Regelung wurde im Juli 2015 mit dem GKV-VSG im Sinne der Versicherten dergestalt angepasst, dass der Anspruch auf Krankengeld dann bestehen bleibt, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit „spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit“ festgestellt wird (vgl. Kapitel 2).

Fazit

Die Befragung der Krankenkassen durch den Sachverständigenrat widmet sich den Zielen, der Struktur, den Verfahren, Inhalten und geschätzten Auswirkungen des Krankengeldfallmanagements der gesetzlichen Krankenkassen. Nachdem in den 1990er Jahren einige Krankenkassen ein entsprechendes Fallmanagement aufgebaut haben, ist dies inzwischen bei fast allen antwortenden Kassen etabliert. In den vergangenen Jahren waren es vornehmlich BKKn, die ein Krankengeldfallmanagement neu aufgebaut haben.

Die Struktur des Krankengeldfallmanagements ist bei den Krankenkassen insofern ähnlich, als dass es überwiegend telefonisch durchgeführt wird und die Krankenkassen die zu kontaktierenden Mitglieder mehrheitlich nach bestimmten Kriterien wie der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den früheren und aktuellen Erkrankungen und dem Beruf auswählen. Auch definieren die meisten Krankenkassen gemäß ihren Angaben bestimmte versorgungs- oder ausgabenbezogene Zielvorgaben für ihr Krankengeldfallmanagement. Die häufigsten Beratungsinhalte sind die Wiedereingliederung in den Beruf und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen.

Einige Krankenkassen kontaktieren fast sämtliche ihrer Mitglieder mit längerer Arbeitsunfähigkeit, andere nur einen Bruchteil. Das Prozedere zur Festlegung des Kontaktzeitpunkts ist gemäß den Angaben der Kassen unterschiedlich standardisiert. Bezüglich der Auswahl von zu kontaktierenden Versicherten spielen auch aus Krankenkassensicht Mitglieder mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10: M-Diagnosen) bzw. psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnosen) eine besonders große Rolle für die Steuerung, was zu den Ergebnissen in Kapitel 7 hinsichtlich der Relevanz dieser Erkrankungen über alle Kassenarten hinweg passt.

Die Kassen schätzen, dass sie derzeit sowohl die Anzahl als auch (noch bedeutender) die Dauer der Krankengeldfälle durch das Fallmanagement reduzieren. Sie geben an, dadurch im nach Kassengröße gewichteten Mittel schätzungsweise 10 % an Krankengeldausgaben einzusparen.

Im Vergleich zwischen den Krankenkassenarten wird deutlich, dass die AOKn, die das Krankengeldfallmanagement am längsten durchführen, aktuell nach eigenen Angaben die umfangreichsten Strukturen vorhalten – so beschäftigen sie mehr Fallmanager pro krankengeldbeziehendem Mitglied, kontaktieren anteilig mehr krankengeldberechtigte Mitglieder und es bestehen mehr Kontakte pro Fall. Zugleich schätzen sie, prozentual am meisten einzusparen. Über die Gründe für diese Unterschiede zwischen den Krankenkassenarten können auf Basis der erhobenen Daten allerdings keine belastbaren Aussagen getroffen werden, da beispielsweise die unterschiedliche Morbidität und die soziodemografische Struktur der Mitglieder der einzelnen Kassen berücksichtigt werden müssten.

Die überwiegende Zahl der Krankenkassen gibt an, sämtliche ihnen im Rahmen der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten des Krankengeldfallmanagements auszuschöpfen. Sofern dies nicht der Fall ist, wird es beispielsweise mit Kulanz (z. B. nicht vollständige Umsetzung der Prüfung eines lückenlosen Arbeitsunfähigkeitsnachweises) oder aber mit begrenzten personellen Ressourcen begründet (z. B. bezüglich des Umfangs der durchgeführten Beratung).

Die Vorschläge der Krankenkassen, wie Krankengeldausgaben eingespart werden könnten, sind zum Teil recht weitgehend und umfassen unterschiedliche Felder, besonders die Schnittstellen zur

Renten- und Arbeitslosenversicherung.¹⁰⁶ Die am häufigsten genannten Einzelvorschläge betreffen eine Änderung des Krankengeldanspruchs für Arbeitslose (mit leichterer Verweisbarkeit auf andere Tätigkeiten als die zuletzt ausgeübte sowie mit ggf. niedrigeren Zahlbeträgen), eine Verkürzung der Rehabilitationsantragsfrist von zehn auf vier Wochen und eine Lockerung der Datenschutzbestimmungen. Zudem wünschen sich einige Krankenkassen mehr Möglichkeiten, Krankengeldbeziehende beim Vorliegen entsprechender Voraussetzungen zum Stellen eines Rentenanspruchs aufzufordern (vgl. Kapitel 11).

Zudem äußern die Krankenkassen eine große Zahl von Vorschlägen, wie über die konkreten Krankengeldregelungen hinaus und bezogen auf die Versorgung aus ihrer Sicht Krankengeldausgaben eingespart werden könnten. Hier fällt besonders die häufige Nennung von kürzeren Wartezeiten bei Psychotherapeuten und Fachärzten ins Auge. Insgesamt hat der Zugang zu Psychotherapie und Psychiatrie mit insbesondere besserer ambulanter und tagesklinischer Versorgung für die Krankenkassen einen großen Stellenwert. Außerdem werden unterschiedliche Vorschläge gemacht, die dem Bereich der integrierten Versorgung zugeordnet werden können, so etwa eine bessere sektorenübergreifende Vernetzung mit einem Krankenhausentlassungsmanagement sowie auszubauende Disease-Management-Programme. Auch der Rehabilitationssektor wird oft angesprochen, besonders der Wunsch nach schnellerer Bearbeitung und somit früherem Antritt von Rehabilitationsmaßnahmen. Unter den weiteren Vorschlägen für bessere Abläufe an den Schnittstellen, insbesondere bezüglich der Koordination zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenkassen, finden sich etwa die Empfehlung eines einheitlichen, unabhängigen sozialmedizinischen Dienstes für alle Sozialversicherungsträger und ein runder Tisch zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (vgl. Kapitel 11).

Die Krankenkassen investieren bereits jetzt erhebliche Mittel in ihre Fallmanagementstrukturen, wie die zum Teil relativ große Zahl an Krankengeldfallmanagern zeigt. Deutlich wird, dass sie die Steuerungsfunktion im Rahmen des Krankengeldfallmanagements tendenziell offenbar eher ausbauen als zurückfahren möchten und sich davon in der Zukunft auch mögliche weitere Einsparungen erhoffen.

¹⁰⁶ Eine detailliertere Darstellung der Vorschläge der Krankenkassen befindet sich im Anhang.

8.3 Literatur

AOK-Bundesverband (2007): Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten – Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung, Heidelberg.

MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) (1990): Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung – Empfehlungen zur vorrangigen Beauftragung von Gutachtern.

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.) (2011): Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung nach § 282, Absatz 2, Satz 3 SGB V, Essen, www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV_von_WM/04_BGA-AU_2011-12-12.pdf (Stand: 20. Oktober 2015).

Ronellenfitch, M. (2013): 42. Tätigkeitsbericht 2013, Tätigkeitsberichte des Hessischen Datenschutzbeauftragten, Wiesbaden.

9 Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Globalisierung und technologischer Fortschritt haben in den letzten Jahrzehnten zu komplexen Arbeitsinhalten, beschleunigten Arbeitsprozessen und gestiegenen Anforderungen an die räumliche Mobilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geführt. Die Arbeitsverdichtung, das steigende durchschnittliche Lebensalter der Beschäftigten, verbunden mit einer höheren Vulnerabilität für chronische Erkrankungen, und der gleichzeitige Fachkräftemangel haben eine wachsende Anzahl von Unternehmen veranlasst, den Herausforderungen eines rückläufigen Erwerbspersonenpotenzials betriebsintern mit der Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen zu begegnen.

Durch die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, durch gesunde Arbeitsprozesse und Arbeitsstrukturen ihre Gesundheit fördern können. Leistungsfähige und motivierte Beschäftigte wiederum sind eine wichtige Ressource für die Wettbewerbsfähigkeit und für den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen. Das BGM soll auch die Attraktivität des Unternehmens steigern, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesichts des demografischen Wandels und der dadurch sinkenden Anzahl von Personen im Erwerbsalter und des steigenden Fachkräftebedarfs an das Unternehmen zu binden bzw. um im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte zu bestehen. Zudem intendieren Unternehmen mit dem BGM, Absentismus¹⁰⁷ und längeren gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten bei den Beschäftigten entgegenzuwirken. Somit hat das Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ auch eine Relevanz für das vorliegende Gutachten.

¹⁰⁷ In der Arbeits- und Organisationspsychologie werden mit Absentismus (lat. absentia = Abwesenheit) Fehlzeiten bezeichnet, die auf Probleme im privaten Umfeld oder motivationale Ursachen, nicht aber auf krankheitsbedingte Gründe zurückzuführen sind. Vgl. Bartscher 2013. In den letzten Jahren wurde vermehrt das Phänomen des Präsentismus (lat. praesentia = Anwesenheit) als Gesundheitsrisiko mit betriebswirtschaftlichem Schadenspotenzial diskutiert. Dies meint die Anwesenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Einschränkungen, obgleich eine Krankmeldung gerechtfertigt und auch möglich wäre (siehe Steinke/Badura 2011).

9.1 Grundlagen und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das Ziel, die Lebens- und vor allem auch die Arbeitswelt gesundheitsfördernd zu gestalten, wurde in den letzten Jahrzehnten im Rahmen verschiedener nationaler und europäischer Gesetzesinitiativen festgehalten und weiterentwickelt.

9.1.1 Gesetzliche Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Gesetzlich geregelt sind im BGM der verpflichtende Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb sowie das ebenfalls verpflichtende Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und die freiwillige Inanspruchnahme der Unterstützung durch die Krankenkassen bei der Einführung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im Betrieb (Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)).

Seit 1973 regelt das Arbeitssicherheitsgesetz (Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG)) die Organisation eines betrieblichen Arbeitsschutzes. Zusammen mit der Arbeitsstättenverordnung, Arbeitsstättenregeln und Unfallverhütungsvorschriften der jeweiligen Berufsgenossenschaft definiert es die Pflichten der Arbeitgeber für Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Im Arbeitssicherheitsgesetz ist unter anderem verankert, dass der Arbeitgeber Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen hat, die ihn bei der Unfallverhütung unterstützen sollen. Das Arbeitssicherheitsgesetz beschreibt deren Aufgaben, ihre erforderliche Qualifikation und betriebliche Position und regelt die betriebliche Zusammenarbeit beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung (§ 1 ASiG). Die Vorgaben über die erforderlichen Einsatzzeiten der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind – abhängig vom Gefährdungsgrad und der Zahl der Mitarbeiter – in Unfallverhütungsvorschriften (UVV) konkretisiert, die die Träger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) erlassen.¹⁰⁸

Während das Arbeitssicherheitsgesetz sehr eindeutig formulierte Vorschriften für den Arbeitsschutz enthält, eröffnet das 1996 zur Umsetzung zweier EU-Richtlinien¹⁰⁹ eingeführte Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) eher generelle Zielsetzungen und Verfahrensvorgaben, über die der Arbeitgeber auf verschiedenen Wegen und mit unterschiedlichen Mitteln den Arbeitsschutz sicherstellen soll (Blume 2010). Das Gesetz enthält auch Vorgaben zur Wirksamkeitsprüfung und Nachweisverpflichtung der getroffenen Maßnahmen. Eine wesentliche Neuerung erfuhr das Gesetz mit der Einführung der Pflicht des Arbeitgebers, neben klassischen Gefährdungsarten wie

¹⁰⁸ Großunternehmen haben in der Regel eigene Abteilungen mit Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit. In Betrieben mit bis zu zehn Beschäftigten (Kleinstbetriebe) ist eine „Regelbetreuung“ vorgesehen, bei der der Arbeitgeber einen Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit im Bedarfsfall oder anlassbezogen hinzuzieht. Bei Betrieben mit bis zu 50 Beschäftigten (Kleinbetriebe) kann eine „alternative Betreuung“ gewählt werden, bei der der Unternehmer in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes geschult wird, sodass er die erforderlichen Maßnahmen wie Fortbildungen und Dokumentation veranlassen kann. Vgl. Vorschrift 2 der DGUV (DGUV Vorschrift 2).

¹⁰⁹ EU-Richtlinie 89/391 EWG des Rats vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (ABl. EG Nr. L 183 S. 1) und EU-Richtlinie 91/383/EWG des Rats vom 25. Juni 1991 zur Ergänzung der Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von Arbeitnehmern mit befristetem Arbeitsverhältnis oder Leiharbeitsverhältnis (ABl. EG Nr. L 206 S. 19).

physikalischen, chemischen und biologischen Einwirkungen auch Gefährdungen zu identifizieren, die sich aus der „Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und deren Zusammenwirken“ sowie aus unzureichender Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten ergeben. Mit einer Änderung vom Oktober 2013 hat der Arbeitgeber in der Gefährdungsbeurteilung auch psychische Belastungen zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 3 ArbSchG).

Eine weitere wichtige Säule des BGM ist das BEM. Seit 2004 sind alle Arbeitgeber unabhängig von ihrer Branche und Unternehmensgröße verpflichtet, mit Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, sowie ggf. mit der Interessensvertretung zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und diese künftig vermieden werden kann. Dieses Vorgehen wird als „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ bezeichnet (§ 84 SGB IX Abs. 2).¹¹⁰ Damit wird das Ziel verfolgt, die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern und die Chancen zu fördern, das Arbeitsverhältnis zu erhalten. Dem Arbeitgeber werden keine klaren Vorgaben gemacht. Jeder Betrieb soll – sofern der oder die Betroffene zustimmt – individuelle Lösungen finden.

Zu einem umfassenden BGM gehört auch, gesundheitsfördernde und präventive Strukturen in den Betrieben zu verankern. Einen entscheidenden Beitrag dazu leisten seit 2007 im Rahmen der BGF auch die Krankenkassen. In § 20 SGB V ist der allgemeine Auftrag der Krankenkassen gesetzlich verankert, die Gesundheit der Versicherten nachhaltig zu fördern und gleichzeitig zu einer Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Konkretisiert wird der gesetzliche Auftrag durch den „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbands (GKV-Spitzenverband 2014), in dem u. a. die inhaltlichen Handlungsfelder und die Kriterien für Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und BGF festgelegt sind.

Mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG)) wurde dieser Auftrag der Krankenkassen weiterentwickelt – u. a. wurde der gesetzliche Richtwert für die Leistungen der Primärprävention der Krankenkassen mehr als verdoppelt und festgelegt, dass 2 Euro pro Versicherten für die BGF aufgewandt werden sollen.¹¹¹ Darüber hinaus wurde auch festgelegt, dass die Krankenkassen den Unternehmen in regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten sollen. Die Koordinierungsstellen sollen durch Krankenkassen getragen und in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensverbänden, wie den Industrie- und Handelskammern, organisiert werden. Das soll insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen (KMU), also Unternehmen, die weniger als 50 bzw. 250 Mitarbeiter haben und denen oft die Kapazitäten für Betriebliche Gesundheitsvorsorge fehlen, organisatorisch unterstützen, Projekte zur Gesundheitsförderung anzubieten. Immerhin machen KMU in Deutschland 99,3 % der Unternehmen aus und beschäftigen mehr als 60 % aller sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Statistisches Bundesamt 2014). Bisher bietet nur die Minderheit der kleinen Unternehmen Maßnahmen mit dem Ziel des Erhalts und der Verbesserung der Gesundheit an, bei mittleren Betrieben sind es immerhin mehr als die Hälfte (Ahlers 2015). Insbesondere sind Solo-

¹¹⁰ Davon abzugrenzen ist die „stufenweise Wiedereingliederung“ (§ 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX), bei der arbeitsunfähige Beschäftigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Erwerbsarbeit in den Betrieb eingegliedert werden. Vgl. dazu auch Kapitel 11.

¹¹¹ Der gesetzliche Richtwert für die Leistungen der Primärprävention liegt derzeit bei 3,17 Euro pro Versicherten. Ab 2016 sollen die Krankenkassen jedes Jahr 7 Euro pro Versicherten für die Primärprävention aufwenden – davon mindestens 2 Euro je Versicherten für die BGF.

Selbstständige genauso wie Kleinunternehmen (weniger als zehn Beschäftigte) bisher vom BGM ausgenommen.¹¹²

9.1.2 Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Begriffe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) und „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) werden in der Literatur oft unterschiedlich verwendet. In diesem Kapitel wird BGM als übergreifender Begriff verwendet, der die bereits beschriebenen betrieblichen Handlungsfelder, den verpflichtenden Arbeits- und Gesundheitsschutz und das BEM und ggf. auch eine (freiwillige) BGF umfasst. Die BGF wird somit in diesem Kapitel als Teil des übergreifenden BGM der Unternehmen verstanden. BGF ist gleichzeitig eine von drei Säulen der Präventionsaktivitäten der GKV.¹¹³ Bei der BGF arbeitet ein Unternehmen mit einer Krankenkasse der Wahl zusammen; zumeist ist das eine Krankenkasse, bei der ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versichert ist. Hauptakteure der BGF sind jedoch die Arbeitgeber, für die die BGF-Angebote ebenso freiwillig sind wie die Teilnahme ihrer Beschäftigten an den Maßnahmen.

Für die Krankenkassen ist die BGF insofern von Interesse, als über die Betriebe ca. 40 Millionen Erwerbstätige erreicht werden können, u. a. auch zielgruppenspezifisch solche Personen, die individuelle Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen, wie etwa Männer und junge Menschen (GKV-Spitzenverband 2014).

Weiterhin wird bereits ein Anteil älterer Beschäftigter gezielt angesprochen. Die Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2011 zeigen, dass 18 % der befragten Betriebe mit über 50-jährigen Mitarbeitern altersspezifische Personalmaßnahmen für Ältere anbieten. Dabei berichten 4 % der Betriebe, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einzubeziehen, was einem Anteil von 22 % an allen Betrieben mit altersspezifischen Personalmaßnahmen entspricht (Hollederer 2015).

Wichtige Akteure für die BGF sind in größeren Unternehmen die Unternehmensleitung, die Personalabteilung, der Betriebs- bzw. Personalrat, die Betriebsärzte und die jeweiligen Verantwortlichen für die Arbeitssicherheit, die sich zumeist in einem sogenannten Lenkungskreis oder Arbeitskreis zusammenfinden und in regelmäßigen Abständen tagen. In Kleinbetrieben, in denen die Etablierung eines Steuerungsgremiums nicht möglich ist, werden regelmäßige Gespräche zwischen Krankenkassenvertretung und Unternehmer/Unternehmerin und ggf. weiteren betrieblichen Verantwortlichen geführt. Kleinbetriebe können bei der Einführung einer innerbetrieblichen Gesundheitsförderung auch auf überbetrieblicher Ebene (z. B. Branche oder Innung) unterstützt werden (GKV-Spitzenverband 2014). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Krankenkasse beraten den Betrieb

¹¹² Wie für diese Gruppen Zugang zum BGM ermöglicht werden kann, ist Gegenstand der Diskussion. Beispielsweise könnte der Gesetzgeber den Krankenkassen auferlegen, spezifische Leistungen zur Gesundheitsförderung für Solo-Selbstständige zu gewähren. Auch ließen sich entsprechende Maßnahmen und Kosten zur Gesundheitsförderung in den Ausschreibungen/Vergaberichtlinien für Aufträge an Solo-Selbstständige berücksichtigen. Vgl. Ahlers 2015.

¹¹³ Weitere Präventionsaktivitäten der GKV sind Maßnahmen des individuellen Ansatzes (Präventionskurse), die sich an einzelne Versicherte richten, mit dem Ziel, sie zu einer Erkrankungen und Störungen vorbeugenden Lebensführung im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Stressmanagement oder Suchtmittelkonsum zu motivieren. Maßnahmen in den Lebenswelten (Settings) umfassen primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen in Einrichtungen wie Kitas, Schulen und Ausbildungseinrichtungen sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und Spielens. Vgl. GKV-Spitzenverband 2014: 19 ff. und 41 ff.

und leisten Unterstützung von der Umsetzung bis zur Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung der Maßnahmen. Da die Förderung von Maßnahmen durch die Krankenkassen zeitlich befristet ist, sollen die Betriebe unterstützt werden, die BGF anschließend eigenverantwortlich weiterzuführen. Wenn sich das Steuerungsgremium etabliert hat, wird eine Analyse der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sowie der relevanten gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen im Betrieb durchgeführt. Dazu erhebt die Krankenkasse Daten z. B. anhand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder der anonymisierten Fallauswertungen sowie Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und betriebsärztlichen Tätigkeit. Es können auch die Daten von arbeitsmedizinischen Untersuchungen oder Gefährdungsbeurteilungen herangezogen werden, die jedoch nicht den Krankenkassen, sondern den Betrieben selbst oder den Unfallversicherungsträgern vorliegen. Eine weitere Möglichkeit sind Mitarbeiterbefragungen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“. Außerdem werden bereits bestehende innerbetriebliche Einzelmaßnahmen und Prozesse im Betrieb ermittelt, wie z. B. flexible Arbeitszeitmodelle (Gleitzeit, Arbeitszeitkonten, Sabbaticals). Anschließend werden auf diese Analysen aufbauend Ziele für die Umsetzung konkreter BGF-Maßnahmen für einzelne Arbeitsbereiche und Personengruppen abgeleitet. Das können Maßnahmen zur Organisationsentwicklung, Maßnahmen zur Personalentwicklung, Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit, Informationsveranstaltungen zum Gesundheitsverhalten, Kursangebote zum Gesundheitsverhalten oder auch eine ergonomische Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung sein. Zur Steigerung der psychischen Gesundheit können auch Maßnahmen zum Umgang mit beruflich bedingtem Stress und Arbeitsbelastungen sowie eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit initiiert werden. In einigen Betrieben werden auch Maßnahmen der medizinischen Prävention wie die generelle Gesundheitsuntersuchung, Diabetesfrüherkennung oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen angeboten.

9.1.3 Beispiele für Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden einige Beispiele für eine BGF aufgezeigt. Die Beispiele dienen lediglich einer besseren Veranschaulichung, welche Maßnahmen der BGF in Unternehmen unterschiedlicher Größe angeboten werden, und sollen nicht als dezidierte Empfehlungen interpretiert werden. Anhand der Beispiele, die einer Auflistung des Bundesgesundheitsministeriums entnommen wurden, soll auch ein Eindruck von den verschiedenen Handlungsfeldern der BGF vermittelt werden.¹¹⁴ Als zentrale Handlungsfelder für Maßnahmen zur Förderung von präventiven und gesundheitsfördernden Strukturen im Unternehmen können folgende Bereiche benannt werden: „Soziale Beziehungen und Gesundheit“, „Bildung und Gesundheit“, „Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit“, „Vereinbarkeit von Arbeitsleben und Privatleben“ (auch als „Work-Life-Balance“¹¹⁵ bezeichnet), „Organisationskrankheit Burn-out“, „Suchtproblem/Alkohol im Betrieb“ sowie „Absentismus, Präsentismus, Produktivität“ (Badura et al. 2010: 336 ff.).

¹¹⁴ Eine umfassende Übersicht von Beispielen der BGF findet sich unter BMG 2015a.

¹¹⁵ Der Rat distanziert sich von dem irreführenden Begriff „Work-Life-Balance“, da dieser nahelegt, dass Arbeit und Leben Gegensätze seien. Für die meisten Menschen ist Arbeit jedoch ein bedeutsamer, sinngebender Wert in ihrem Leben und notwendige Voraussetzung zur Selbstverwirklichung und zum individuellen Wohlbefinden.

Handlungsfeld „Soziale Beziehungen und Gesundheit“

Durch Konflikte mit Vorgesetzten, im Kollegium und mit Kundinnen und Kunden können soziale Belastungen am Arbeitsplatz entstehen. Auch eine als ungerecht empfundene Arbeitsverteilung in der Arbeitsorganisation, Informationsmangel, fehlende soziale Unterstützung bis hin zu sozialer Isolation, aber ebenso sozialpathologische Verhaltensweisen wie Mobbing können zu psychosozialen Belastungen führen (Borgetto 2010). Vor allem der/die direkte Vorgesetzte kann dazu beitragen, dass berufliche Anforderungen besser bewältigt werden können und Leistung anerkannt wird. Verschiedene Maßnahmen haben daher zum Ziel, das Verhalten von Führungskräften positiv zu beeinflussen. So wurde beispielsweise beim Finanzdienstleister Wüstenrot & Württembergische AG (6 300 Beschäftigte) mit der Salus BKK im Jahr 2011 das Projekt „Umgang mit Stress und Belastungssituationen“ als Teil eines Gesamtkonzepts zum BGM in den Betriebsstätten umgesetzt. Es beinhaltete Vorträge und Miniworkshops u. a. für Führungskräfte mit dem Titel „Brennen ohne auszubrennen. Effektive Führung – im Einklang mit sich selbst“ (BMG 2015b).

Handlungsfeld „Bildung und Gesundheit“

Arbeitsunfähigkeit, Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und Frühberentung weisen einen deutlichen Sozial- und Bildungsgradienten auf (Höhne/v. d. Knesebeck 2010). Daher ist betriebliches Handeln auch an sozial benachteiligten Risikogruppen auszurichten, zu denen etwa Beschäftigte mit manuellen, physisch belastenden Tätigkeiten und Beschäftigte mit hohen psychosozialen Arbeitsbelastungen gehören. Auch im Schichtdienst arbeitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Beschäftigte mit einem niedrigen schulischen bzw. beruflichen Qualifikationsniveau sind solchen Risikogruppen zuzuordnen (Höhnke/v. d. Knesebeck 2010). Die Projekte zielen darauf ab, die Mitgestaltung von Arbeitszeiten zu ermöglichen, die Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten zu fördern oder der beruflichen Qualifizierung und Weiterbildung zu dienen. Ein Beispiel in diesem Handlungsfeld ist das Projekt der Salzgitter Maschinenbau AG (480 Beschäftigte) mit der BKK Salzgitter: Mitarbeiter im Bereich Stahlbau/Schweißerei, wo wiederholtes Bücken oder auch Überkopfarbeit notwendig sind, wurden während der Arbeitszeit beraten und zum richtigen Heben und Tragen geschult (BMG 2015c). Im Bereich „Ernährung“ kann exemplarisch das Vorgehen der Beiersdorf AG (4 500 Beschäftigte) und der tesa SE mit der BKK Beiersdorf AG genannt werden. Dieses beinhaltet nicht nur veränderte Kantinenkost, sondern ebenfalls Ernährungskurse für verschiedene Zielgruppen, d. h. Singles, Familien und Personen über 50 Jahre (BMG 2015d).

Handlungsfeld „Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit“

Zur Bewältigung von Stress finden im Bereich psychosozialer Arbeitsbedingungen häufig Maßnahmen der Verhaltensprävention statt, die darauf abzielen, das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters im Hinblick auf seine Arbeit zu verändern. Diese Maßnahmen sind zumeist einfach umzusetzen, weil sie gut in den Betriebsalltag zu integrieren und kostengünstig sind (Hasselhorn/Portuné 2010). Konkrete Maßnahmen können Stressbewältigungskurse oder Rückenschulen sein. Stressbewältigungskurse bietet etwa die Wüstenrot & Württembergische AG (6 300 Beschäftigte) in Zusammenarbeit mit der Salus BKK an (BMG 2015e). Die Daimler AG mit der Daimler BKK bietet an allen Werksstandorten ein speziell erarbeitetes Rückenprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit chronischen Rückenproblemen an (BMG 2015f).

Handlungsfeld „Vereinbarkeit von Arbeitsleben und Privatleben“

Zumeist handelt es sich um Maßnahmenbündel, die sowohl personal- als auch gesundheitspolitische und unternehmenskulturelle Aspekte kombinieren und den Besonderheiten verschiedener Lebensphasen Rechnung tragen (Ducki/Geiling 2010). Für Eltern sind dies vor allem flexible Arbeitszeiten und Betreuungsangebote für Kinder; für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die kurz vor der Rente stehen, können Teilzeittätigkeit oder auch altersangepasste Fitnessprogramme dazugehören. Ein Beispiel für ein solches Maßnahmenbündel wäre die Bertelsmann AG (37 350 Beschäftigte) mit der Bertelsmann BKK, die im Rahmen des Gesundheitsmanagements „BeFit – Die Betriebliche Gesundheitsmanagement-Initiative“ anbietet, u. a. mit einem Sport- und Gesundheitsprogramm, mit Impfkationen, Fitnessstagen für Auszubildende, Nichtraucherenschutz, Vorträgen und Workshops etwa zur Sensibilisierung von Führungskräften sowie mit Ernährungskursen und Kooperationsverträgen mit Fitnessstudios (BMG 2015g).

Handlungsfeld „Organisationskrankheit Burn-out“

Bei Maßnahmen dieses Handlungsfelds sollen die Teilnehmer u. a. Stressbewältigungstechniken und Konfliktlösungsstrategien erlernen. Ein Beispiel ist die Stadt Nürnberg (9 800 Beschäftigte) mit der Zielgruppe der ca. 100 Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen des allgemeinen Sozialdienstes, die als gefährdet für Stress und Burn-out eingeschätzt werden. Die Maßnahmen beinhalten Veränderungen in der Arbeitsorganisation, Supervisionen insbesondere für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Entspannungsräume und Massagen (BMG 2015h).

Beispiele für das Handlungsfeld „Suchtproblem/Alkohol im Betrieb“

Dazu gehören Maßnahmen, durch die die „Trinksitten“ im Betrieb kontrolliert werden – z. B. durch Betriebsvereinbarungen zum Thema Abstinenz – wie auch Maßnahmen zur Aufklärung über die Folgen von Ko-Alkoholismus. Auch ein vorausschauendes Personalmanagement, das der speziellen Schulung von Vorgesetzten und Personal auch im Hinblick auf eine möglichst belastungsarme Gestaltung von Arbeitsplätzen Rechnung trägt, kann dazugehören (Schnabel 2010). Ein Beispiel für ein Projekt im Bereich Sucht ist das „Rauchfrei-Programm“ der ZF Friedrichshafen AG (ca. 290 Beschäftigte) mit der BKK ZF & Partner, in dem eine zielgruppenspezifische Begleitung bei der Raucherentwöhnung angeboten wurde (BMG 2015i).

Handlungsfeld „Absentismus, Präsentismus, Produktivität“

Hier tut sich ein breites Handlungsfeld auf: Organisationsbezogene und verhältnisorientierte Maßnahmen, die z. B. dazu beitragen, eine teamorientierte Führungskultur zu fördern, gehören genauso dazu wie verhaltensorientierte Maßnahmen mit Angeboten persönlicher Beratung, in der auf die Arbeits- und Lebenssituation des Betroffenen individuell eingegangen wird (Fissler/Krause 2010). Bei Siemens Healthcare werden zusammen mit der Siemens-BKK Führungskräfte zur eigenen psychischen Gesundheit sowie auch zum Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern trainiert. Ziel ist es u. a. auch, das Thema „psychische Belastung“ im Unternehmen zu enttabuisieren (BMG 2015j).

Die BGF umfasst – wie oben bereits erwähnt – auch medizinische Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, die sich kaum den bisher genannten Handlungsfeldern zuordnen lassen. Ein Beispiel ist die „Hautschutz-Aktion“ von MAN Diesel & Turbo SE, Augsburg (3 200 Beschäftigte) mit der BKK Essanelle, bei der in einer fünftägigen Hautkrebsaktion auf die Gefahren von zu viel UV-Strahlung hingewiesen wurde (BMG 2015k).

Ein anderes Beispiel medizinischer Prävention ist das Angebot eines sogenannten Cardio-Neuro-Screenings mit Herz-Kreislauf-Belastungsprüfung bei der PricewaterhouseCoopers AG (9 100 Beschäftigte) mit der BKK PwC (BMG 2015l). Zu den Früherkennungsangeboten der PricewaterhouseCoopers AG mit der BKK PwC gehören auch das „I feel good“-Programm (BMG 2015m) zur Darmkrebsfrüherkennung mitsamt Zustellung eines Testsets oder ein Hautkrebscreening (BMG 2015n).

9.1.4 Wirksamkeit von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Grundsätzlich können Maßnahmen der BGF hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit nicht pauschal beurteilt werden. Jedes einzelne Angebot bzw. Programm muss einer Evaluation standhalten. Bei Maßnahmen, die nicht untersucht sind, kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass sie unwirksam und vielleicht sogar schädlich sind. Methodisch hochwertige randomisierte kontrollierte Studien sind die am besten geeignete wissenschaftliche Grundlage zur Beurteilung des Nutzens von Interventionen, so auch von Maßnahmen der BGF.

Im Folgenden sollen Maßnahmen betrachtet werden, die das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adressieren und medizinisch-präventive Angebote unterbreiten. Die Wirksamkeit von Maßnahmen des Arbeitsschutzes wird nicht erörtert.

BGF-Maßnahmen sind nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht durchgehend durch gute Evidenz begründet. Bei manchen, eher harmlosen Interventionen mag dies ethisch vertretbar sein, bei anderen, folgenschwereren hingegen nicht. Medizinische Eingriffe wie Gesundheitsuntersuchungen zur Aufdeckung von Risikofaktoren, Krankheitshinweisen oder Frühstadien der Erkrankungen, wie sie unter anderem im Rahmen der BGF in einigen größeren Betrieben angeboten werden, richten sich an bisher beschwerdefreie Personen und müssen überzeugend durch aussagekräftige Studien hinsichtlich ihres Nutzen-Schaden-Verhältnisses begründet sein. Personen, die sich Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen wie z. B. auf Darmkrebs, Hautkrebs oder Diabetes unterziehen, erhalten in solchen Fällen Befunde, die sie ohne die Untersuchung nicht erhalten hätten. So entsteht ein Anlass zur Behandlung, der sonst nicht gegeben wäre und der nicht in eine Verbesserung der Prognose münden muss. Im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen entstehen immer auch abklärungsbedürftige Befunde, die sich als falsch erweisen, oder falsch negative Befunde, die die untersuchte Person in falscher Sicherheit wiegen (Mühlhauser 2014). Einige der im Rahmen von BGF angebotenen medizinischen präventiven Maßnahmen haben in aussagekräftigen Studien keinen Nutzen gezeigt oder haben sich sogar als schädlich erwiesen. So führt die generelle Gesundheitsuntersuchung (*health check*) zu mehr Diagnosen und Therapien, aber zu keiner Verringerung der kardiovaskulären Sterblichkeit und Gesamtsterblichkeit (Krogsbøll et al. 2012). Für die Früherkennung von Diabetes und Prädiabetes (gestörte Glukosetoleranz) ist es bisher nicht gelungen, nachzuweisen, dass die kardiovaskuläre Morbidität und Sterblichkeit oder andere Diabetes-assoziierte Langzeitfolgen reduziert werden können (Mühlhauser 2014).

Einige Angebote der BGF wie die Raucherentwöhnung sind durch recht gute Evidenz begründet. Doch sind nicht alle beliebigen Maßnahmen der Raucherentwöhnung wirksam (Cahill/Lancaster 2014) und die Betriebe sind gefordert, aus den als wirksam belegten Programmen eine begründete Auswahl zu treffen und die Einführung des Programms zu evaluieren.

Methodisch verlässliche Literatursynthesen legen nahe, dass gemäß vertrauenswürdiger randomisierter kontrollierter Studien die Effekte der BGF mit dem Fokus auf Lebensstil, körperliche Aktivität, Gewicht und Ernährung eher gering sind (Rongen et al. 2014).

Programme zur Beeinflussung der Ernährungsgewohnheiten haben in Studien wenige bis mäßige Effekte erzielt auf Ernährungswissen, selbstberichtete Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse und Reduktion von Fett (Schröer et al. 2014) sowie auf den Blutdruck und LDL-Cholesterinspiegel (Rees et al. 2013). Unklar bleibt, ob die Effekte über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben und in bessere klinisch-relevante Gesundheitsergebnisse münden, d. h. in einen langfristig besseren Gesundheitsstatus, einen Erhalt der Arbeitskraft und eine Vermeidung von Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Gezielte Maßnahmen wie körperliche Übungen, Verhaltensinterventionen, Arbeitsplatzanpassungen mit dem Ziel der Vermeidung von Muskel-Skelett-System-bedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Arbeitsplatzverlust haben sich in systematischen Übersichtsarbeiten mit prospektiven Studien als wenig wirksam und dementsprechend wenig kosteneffektiv erwiesen (Palmer et al. 2012).

Interventionen zur Reduktion von Zeiten in sitzender Position am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Steigerung der Bewegungsfrequenz und der Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren sind bisher nicht ausreichend in qualitativ hochwertigen Studien untersucht (Shrestha et al. 2015; Neuhaus et al. 2014). Maßnahmen sind hier u. a. Information und Beratung, Mobiliar, das auch ein Arbeiten in stehender Position ermöglicht, Arbeitstreffen im Stehen sowie periodische Pausen zur Bewegung. Programme der körperlichen Bewegung am Arbeitsplatz konnten Fehlzeiten am Arbeitsplatz bisher nicht reduzieren (Pereira et al. 2015). Dieser Themenkomplex wird im Kapitel 10.2 vertieft.

9.2 Zusammenhang von Fehlzeiten am Arbeitsplatz und psychosozialen Faktoren, Führungskompetenz und Organisationsmerkmalen des Unternehmens

Grundsätzlich lässt sich von den Fehlzeiten am Arbeitsplatz allein nicht auf den Gesundheitszustand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schließen,¹¹⁶ vielmehr sind Fehlzeiten am Arbeitsplatz multifaktoriell bedingt. So können neben arbeitsplatzbezogenen physischen und psychosozialen Faktoren persönliche und soziodemografische Faktoren und auch Lebensstil- und Gesundheitsfaktoren Ursachen für Fehlzeiten sein. Darüber hinaus können körperliche Gewalt am Arbeitsplatz, sexuelle Belästigung, Diskriminierung und Mobbing oder lange Arbeitszeiten Fehlzeiten am Arbeitsplatz bedingen. Aufgrund dieser vielen Faktoren, die für Fehlzeiten am Arbeitsplatz relevant sind, lassen sich kaum wissenschaftliche Aussagen zu den Auswirkungen einzelner Faktoren auf Fehlzeiten machen.

¹¹⁶ Das gilt zumindest für die alleinige Betrachtung der Fehlzeiten, vgl. dazu Steinke/Badura 2011.

Neben der physikalischen Arbeitsumgebung, Zeitdruck und Schichtdienst werden vor allem auch immaterielle Faktoren wie Unternehmenskultur und Betriebsklima sowie Kompetenz der Führungskräfte als Determinanten der Arbeitsfähigkeit, Erschöpfung und Fehlzeiten diskutiert (Steinke/Badura 2011). Moderne Unternehmenskulturen zeichnen sich idealerweise durch ein Betriebsklima der vertrauensvollen Zusammenarbeit aus, durch eine Diskussionskultur, ein offenes Austragen von Konflikten und eine Achtsamkeit für Gesundheit (Steinke/Badura 2011). Vor allem spielt auch das mittlere und das untere Management eine entscheidende Rolle, wenn es um die Vermeidung, Diagnose und Bewältigung von Fehlzeiten und Präsentismus geht (Steinke/Badura 2011). Im Folgenden werden einige wichtige Aspekte des wissenschaftlichen Diskurses über „psychosoziale Faktoren“, „Führungskompetenz“ und „Organisation der Arbeit und der Arbeitsumgebung“ im Hinblick auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz näher betrachtet.

9.2.1 Psychosoziale Faktoren und Fehlzeiten am Arbeitsplatz

Der Zusammenhang von psychosozialen Bedingungen am Arbeitsplatz und Fehlzeiten ist in zahlreichen Assoziationsanalysen basierend auf Registerdaten und Surveys sowohl für kurzfristige als auch für länger- und langfristige Fehlzeiten untersucht worden (z. B. Borritz et al. 2010; Slany et al. 2014). Kontrollierte Studien zum Thema sind rar (Jeon et al. 2015). Die Interpretation der Wissensbestände zum Zusammenhang zwischen psychosozialen arbeitsplatzbezogenen Faktoren und Fehlzeiten ist nicht nur durch die Unterschiede in den untersuchten Faktoren, die unterschiedlichen Populationen und die vielfältigen benutzten Methoden und Studiendesigns sowie die fehlenden Kontrollgruppen erschwert, sondern auch durch die unterschiedliche Definition des Ergebnisparameters Fehlzeit bzw. länger- und langfristige Abwesenheit. Letzterer ist beispielsweise in einem europäischen Survey definiert als mehr als 7 Tage innerhalb der letzten 12 Monate (z. B. Slany et al. 2014), in anderen Studien jedoch als mehr als 10 Tage (Rongen et al. 2014), mehr als 16 Tage (Wang et al. 2014), mehr als 3 Wochen (Munir et al. 2011) oder 8 Wochen und mehr (Clausen et al. 2012).

In nur wenigen Studien wird ein breites Spektrum an Faktoren gleichzeitig untersucht. Die eingeschlossenen Populationen sind entweder repräsentativ für die arbeitende Bevölkerung oder aber für spezifische Gruppen (Clausen et al. 2014).

Das Ausmaß, in dem psychosoziale Bedingungen am Arbeitsplatz über die Stellung in der Gemeinschaft, das Einkommen und das Gesundheitsverhalten hinaus unabhängige Prädiktoren von Gesundheit sind, ist schwer quantifizierbar (Egan et al. 2007). Arbeitsplätze mit hoher Belastung und gleichzeitig geringen Gestaltungsfreiräumen sind mit schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitsergebnissen und mit mehr Fehlzeiten assoziiert (Bambra et al. 2007). Arbeitsplätze dieser Art sind vermehrt in niedrigen sozioökonomischen Gruppen zu verorten, und somit wird den psychosozialen Arbeitsbedingungen ein hoher Einfluss auf Gesundheitsunterschiede innerhalb der arbeitenden Bevölkerung zugeschrieben (Bambra et al. 2007).

Eine Übersichtsarbeit über 27 systematische Reviews (White et al. 2013) sichtet die Evidenz für modifizierbare arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren für Fehlzeiten. Auch wenn keine Unterscheidung zwischen kurzen und langen Fehlzeiten gemacht wird, lassen sich konsistente Aussagen für die folgenden Faktoren treffen: fehlende soziale Unterstützung, zunehmende physische Beanspruchung, berufliche Strapazen, fehlende Unterstützung durch einen Vorgesetzten, zunehmende psychische Beanspruchung, geringe Arbeitszufriedenheit, geringer Gestaltungsspielraum im Beruf, unzureichende Kompetenz der Führungskräfte. Ob diese Risikofaktoren auch für Langzeitfehlzeiten am

Arbeitsplatz mit Krankengeldbezug gelten – dem thematischen Gegenstand des vorliegenden Sondergutachtens –, ist bislang wissenschaftlich nicht nachgewiesen.

9.2.2 Führungskompetenz und Fehlzeiten am Arbeitsplatz

Studien zeigen, dass eine mangelnde affektive Bindung zum Betrieb bzw. Arbeitsplatz mit längerfristiger Abwesenheit vom Arbeitsplatz assoziiert ist (Clausen et al. 2014a). Daher wird der Führungskompetenz der Führungskräfte ein entscheidender Einfluss auf Fehlzeiten zugeschrieben (Walumbwa et al. 2004; Zhu et al. 2005; Nyberg et al. 2008). Verschiedene durch Führungskräfte beeinflussbare Umstände und Prozesse wie positive soziale Beziehung, soziale Unterstützung/Aufmerksamkeit, Feedback (Kuoppala et al. 2008; Egan et al. 2007) stehen mit verringerten Fehlzeiten im Zusammenhang. Verallgemeinerungen sind jedoch schwierig, da aus den Studien widersprüchliche Ergebnisse vorliegen. So kann z. B. erhöhte soziale Unterstützung oder Aufmerksamkeit (Bernstrøm/Kjekshus 2012) auch zu zunehmenden Fehlzeiten führen, wenn Beschäftigte unter dem Eindruck stehen, dass das Fehlen am Arbeitsplatz akzeptiert ist und verstanden wird (Bacharach et al. 2010).

In einer dänischen Studie mit Daten aus Surveys zu beruflicher Beanspruchung und beruflichen Ressourcen und Fehlzeitenangaben aus dem dänischen DREAM-Register ist die Führungskompetenz mit langfristiger Abwesenheit (acht Wochen und mehr) vom Arbeitsplatz assoziiert. Auch emotionale Beanspruchung, Rollenkonflikte, Einflussmöglichkeit und Klima im Team waren mit Fehlzeiten assoziiert (Clausen et al. 2012). In einer neueren europäischen Studie mit Daten von fast 33 000 Teilnehmern aus 34 Ländern (Slany et al. 2014), die 25 psychosoziale Faktoren untersucht hat, steht die Führungskompetenz in einem Zusammenhang mit einer Fehlzeit von mehr als sieben Tage in den letzten zwölf Monaten. Es ist allerdings unklar, ob die Führungskompetenz der Führungskräfte auch einen relevanten Einfluss auf Langzeitfehlzeiten am Arbeitsplatz hat, die in Krankengeldbezug münden.

9.2.3 Organisation der Arbeit, Arbeitsumgebung und Fehlzeiten am Arbeitsplatz

Maßnahmen, die die Organisation der Arbeit und die Arbeitsumgebung verbessern, wird ein nachhaltigerer Effekt auf die arbeitsplatzbedingte Gesundheit zugeschrieben als Interventionen, die allein die Ebene des Individuums ansprechen (LaMontagne et al. 2007). Organisationsbedingte Interventionen sind komplexe Interventionen, die in komplexe Organisationsgefüge implementiert werden. Sie adressieren physikalische und chemische Expositionen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitszeit-assozierte Aspekte und Arbeitsorganisationsaspekte einschließlich psychosozialer Faktoren, Teamorganisation usw. (Montano et al. 2014). Potenzielle Interventionen zielen entweder auf das Individuum, so etwa die Verbesserung von Coping-Strategien, oder auf die Reorganisation des Arbeitsplatzes, hier entweder auf der Mesoebene – beispielsweise mit Teilhabe an Entscheidungsprozessen – oder auf der Mikroebene mit Veränderungen in den Arbeitsprozessen (Bambra et al. 2007). Evaluationsstudien zu organisationsbedingten Maßnahmen sind mit allen methodischen Problemen komplexer Interventionen konfrontiert und gemäß aktueller systematischer Übersichtsarbeiten überwiegend von geringer methodischer Qualität und damit von limitierter Aussagekraft (Montano et al. 2014).

Umfassende Interventionen, die gleichzeitig Risiken durch Expositionen, Arbeitszeit und Arbeitsorganisation sowie psychosoziale Aspekte adressieren, beeinflussen offenbar den Gesundheitsstatus von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Montano et al. 2014).

Die Phänomene Absentismus und Fehlzeiten sind in Studien zur Wirksamkeit von organisationsbezogenen Interventionen bislang unzureichend untersucht (Bambra et al. 2007). Interventionen mit dem Ziel der verbesserten Teilhabe und Mitentscheidung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben das Potenzial, Fehlzeiten zu reduzieren (Egan et al. 2007). Ob dies auch für Langzeitfehlzeiten am Arbeitsplatz mit Krankengeldbezug zutrifft, ist unklar.

Die Flexibilisierung von Arbeitsarrangements mit erhöhter Selbstbestimmung und -kontrolle hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung (z. B. flexible Arbeitszeit, Telearbeitsplatz, Altersteilzeit) kann positive Effekte auf das Wohlbefinden und die körperliche und psychische Gesundheit haben. Allerdings ist auch hier die wissenschaftliche Beweislage limitiert und ein bislang ungedeckter Bedarf an hochwertigen Interventionsstudien, die die Auswirkungen flexibler Arbeitsbedingungen auf Gesundheit und Wohlbefinden untersuchen (Joyce et al. 2010), festzustellen.

Fazit

Die wissenschaftliche Beweislage für den Nutzen verschiedener Maßnahmen der BGF zur Beeinflussung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie im Bereich medizinischer Prävention ist keinesfalls eindeutig. So kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob bzw. inwieweit konkrete BGF-Maßnahmen zur Verringerung von kürzeren und längeren Fehlzeiten am Arbeitsplatz relevant beitragen. Grundsätzlich bleiben aussagekräftige Studien zu fordern, die die sinnvollen von den sinnlosen und möglicherweise sogar schädlichen Maßnahmen zu trennen vermögen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in jedem Fall über den zu erwartenden Nutzen und die Konsequenzen (soziale, medizinische) von BGF-Maßnahmen ausgewogen zu informieren.

Ungünstige psychosoziale Bedingungen sind gemäß empirischen Studien mit Fehlzeiten am Arbeitsplatz assoziiert. Die psychosozialen Faktoren sind modifizierbar. Positive wertschätzende Arbeitsbedingungen, wie etwa ein aufmerksames Verhalten der Führungskräfte und eine offene Gesprächskultur mit Feedback, können mit geringeren Fehlzeiten einhergehen. Ob eine positive psychosoziale Gestaltung der Arbeitswelt, gute Führungskompetenz der Führungskräfte sowie verbesserte Organisation der Arbeit und der Arbeitsumgebung zu einer Reduktion der Krankengeldbezüge führen, kann in Ermangelung eines belegten direkten Zusammenhangs bei insgesamt schwacher wissenschaftlicher Evidenzlage derzeit nicht beurteilt werden.

Im Bereich BGF sind aussagekräftige Interventionsstudien mit anspruchsvollem Design, ausreichend großer Studienpopulation und aussagekräftigen Ergebnisparametern zu fordern. BGF-Maßnahmen/-Programme sind komplexe Interventionen, die in ein komplexes betriebliches Setting implementiert werden. Die Konzeption und Durchführung von Studien zur Evaluation der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der BGF muss diesem Umstand angemessen Rechnung tragen.¹¹⁷

¹¹⁷ Methodische Empfehlungen zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen liegen vor und sind hinreichend erprobt. Craig, P. et al. (2008).

9.3 Literatur

- Ahlers, E. (2015): Anspruch und Wirklichkeit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer sich verändernden Arbeitswelt, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2015, Berlin: 39–47.
- Bacharach S.B., Bamberger P. und Biron M. (2010): Alcohol consumption and workplace absenteeism: the moderating effect of social support. *The Journal of applied psychology* 95(2): 334–348.
- Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Heidelberg/London/New York.
- Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M. und Whitehead, M. (2007): The psychosocial and health effects of workplace reorganisation: 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of epidemiology and community health* 61(12): 1028–1037.
- Bartscher, T. (2013): „Absentismus“, in: Gabler Wirtschaftslexikon, Wiesbaden 2013: wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/absentismus.html#definition (Stand: 20. Oktober 2015).
- Bernstrøm, V.H. und Kjekshus, L.E. (2012): Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust, in: *BMC Public Health* 12: 799.
- Borritz, M., Christensen, K.B., Bültmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Andersen, I., Villadsen, E., Diderichsen, F. und Kristensen, T.S. (2010): Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. *Journal of occupational and environmental medicine* 52 (10): 964–970.
- Borgetto, B. (2010): Soziale Beziehungen und Gesundheit, in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 105–133.
- Blume, A. (2010): Arbeitsrechtliche und arbeitswissenschaftliche Grundlagen, in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 104-132.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015a): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einen Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015b): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-baden-wuerttemberg/projekte-gesundheitsmanagement/umgang-mit-stress-wuestenrot-wuerttembergische.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015c): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-niedersachsen/projekte-bewegung/arbeitsplatzbezogene-rueckenschule.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015d): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-hamburg/projekte-ernaehrung/genuss-isst-gesund.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015e): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-hessen/projekte-gesundheitsmanagement/umgang-mit-stress-wuestenrot-wuerttembergische.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015f): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-saarland/projekte-gesundheitsmanagement/umgang-mit-stress-wuestenrot-wuerttembergische.html (Stand: 20. Oktober 2015).

- gesundheitsfoerderung/best-practice-baden-wuerttemberg/projekte-bewegung/das-daimler-bkk-rueckenprogramm.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015g): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.befit.bertelsmann.de/ (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015h): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-bayern/projekte-psychische-belastungen/neue-initiative-betriebliche-gesundheits-foerderung-der-stadt-nuernberg.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015i): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-nordrhein-westfalen/projekte-sucht/rauchfrei-programm-zf-friedrichshafen-ag.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015j): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-bayern/projekte-psychische-belastungen.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015k): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-bayern/projekte-vorsorge/hauschutz-aktion-man-diesel-turbo-se.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015l): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-hessen/projekte-vorsorge/5-auf-einen-streich-pwc-ag-und-betriebskrankenkasse-pwc.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015m): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-hessen/projekte-vorsorge/i-feel-good.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015n): Betriebliche Gesundheitsförderung: Deutschlandweite Projekte auf einem Blick: www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-hessen/projekte-vorsorge/pwc-sorgt-vor.html (Stand: 20. Oktober 2015).
- Cahill, K. und Lancaster, T. (2014): Workplace interventions for smoking cessation: Cochrane Database Syst Rev 2014 Feb 26; 2: CD003440.
- Clausen, T., Nielsen, K., Carneiro, I.G. und Borg, V. (2012): Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare services: a prospective analysis of register-based outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 68(1): 127–136.
- Clausen, T., Burr, H. und Borg, V. (2014): Do psychosocial job demands and job resources predict long-term sickness absence? An analysis of register-based outcomes using pooled data on 39,408 individuals in four occupational groups. *International archives of occupational and environmental health* 87 (8): 909–917.
- Clausen, T., Burr, H. und Borg, V. (2014a): Does affective organizational commitment and experience of meaning at work predict long-term sickness absence? An analysis of register-based outcomes using pooled data on 61,302 observations in four occupational groups. *Journal of occupational and environmental medicine* 56 (2): 129–135.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. und Petticrew, M. (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal* 337: a1655.

- Ducki, A. und Geiling, U. (2010): Work-Life-Balance, in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 377–387.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. und Thomson, H. (2007): The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of epidemiology and community health* 61(11): 945–954.
- Fissler, E.R. und Krause, R. (2010): Absentismus, Präsentismus und Produktivität, in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 412–425.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.), (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21 Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.
- Hasselhorn, H.M. und Portuné, R. (2010): Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit, in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 361–376.
- Höhne, A. und Knesebeck, O. v. d. (2010): Bildung und Gesundheit. in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 352–359.
- Hollederer, A. (2015): Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten in Deutschland. Ergebnisse im IAB-Betriebspanel 2011. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2015 Sep 10 [Epub ahead of print].
- Jeon, Y.H., Simpson, J.M., Li Z., Cunich, M.M., Thomas, T.H., Chenoweth, L. und Kendig, H.L. (2015): Cluster Randomized Controlled Trial of An Aged Care Specific Leadership and Management Program to Improve Work Environment, Staff Turnover, and Care Quality. *Journal of the American Medical Directors Association* 16 (7): 629.e19-28.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J.A. und Bambra, C.: Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 Feb 17; (2): CD008009.
- Krogsbøll, L.T., Jørgensen, K.J., Grønhøj Larsen, C., Gøtzsche, P.C. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17;10: CD009009.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A. und Husman, P. (2008): Work Health Promotion, Job Well-Being, and Sickness Absences - A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of occupational and environmental medicine* 50 (11): 1216–1227.
- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A., Ostry, A. und Landsbergis, P. (2007): A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International journal of occupational and environmental health* 13(3): 268–280.
- Montano, D., Hoven, H. und Siegrist, J. (2014): Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review, in: *BMC Public Health* 14: 135.
- Mühlhauser, I. (2014): Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108(4): 208–218.
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J.V., Rugulies, R. und Nielsen, K. (2011): Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of psychosomatic research* 70 (1): 3–9.
- Neuhaus, M., Eakin, E.G., Straker, L., Owen, N., Dunstan, D.W., Reid, N. und Healy, G.N. (2014): Reducing occupational sedentary time: a systematic review and meta-analysis of evidence on activity-permissive workstations. *Obesity reviews* 15 (10): 822–838.

- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L.L. und Theorell, T. (2008): Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presentism among Swedish men and women. *Scandinavian journal of public health* 36 (8): 803–811.
- Palmer, K.T., Harris, E.C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C. und Coggon, D. (2012): Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 51 (2): 230–242.
- Pereira, M.J., Coombes, B.K., Comans, T.A. und Johnston, V. (2015): The impact of onsite workplace health-enhancing physical activity interventions on worker productivity: a systematic review. *Occupational and environmental medicine* 72 (6): 401–412.
- Rees, K., Dyakova, M., Wilson, N., Ward, K., Thorogood, M. und Brunner, E. (2013): Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Dec 6;12: CD002128.
- Rongen, A., Robroek, S.J., Schaufeli, W. und Burdorf, A. (2014): The contribution of work engagement to self-perceived health, work ability, and sickness absence beyond health behaviors and work-related factors. *Journal of occupational and environmental medicine* 56 (8): 892–897.
- Schnabel, P.-E. (2010): Suchtproblem Alkohol im Betrieb. in: Badura, B., Walter, U. und Hehlmann, T. (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: 400–409.
- Schröer, S., Haupt, J. und Pieper, C. (2014): Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview. *Occupational medicine* 64 (1): 8–12.
- Shrestha, N., Ijaz, S., Kukkonen-Harjula, K.T., Kumar, S. und Nwankwo, C.P. (2015): Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Jan 26;1: CD010912.
- Slany, C., Schütte, S., Chastang, J.F., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G. und Niedhammer, I. (2014): Psychosocial work factors and long sickness absence in Europe. *International journal of occupational and environmental health* 20 (1): 16–25.
- Statistisches Bundesamt (2014): *Statistisches Jahrbuch 2014*. Wiesbaden.
- Steinke, M. und Badura, B.: *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Berlin, Dresden, 2011.
- Walumbwa, F.O., Wang, P., Lawler, J.J. und Shi, K. (2004): The role of collective efficacy in the relations between transformational leadership and work outcomes. *Journal of occupational and organizational psychology* 77 (4): 515–530.
- Wang, M.J., Mykletun, A., Møyner, E.I., Øverland, S., Henderson, M., Stansfeld, S., Hotopf, M. und Harvey, S.B. (2014): Job Strain, Health and Sickness Absence: Results from the Hordaland Health Study. *PLoS One* 9 (4): e96025.
- White, M., Wagner, S., Schultz, I.Z., Murray, E., Bradley, S.M., Hsu, V., McGuire, L. und Schulz, W. (2013): Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work* 45 (4): 475–492.
- Zhu, W., Chew, I.K.H. und Sprangler, W.D. (2005): CEO transformational leadership and organizational outcomes: The mediating role of human-capital-enhancing human resource management. *The leadership quarterly* 16 (1): 39–52.

10 Ursachen und Maßnahmen zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit in den besonders relevanten Indikationsbereichen Depression und Rückenschmerzen

Für den Anstieg der Krankengeldausgaben, aber vor allem für mögliche Maßnahmen zur Vermeidung einer Langzeitarbeitsunfähigkeit spielt die Morbidität der krankengeldberechtigten Mitglieder eine wichtige Rolle. So wurde in Kapitel 7.3 dargestellt, welche Erkrankungen die höchste Relevanz bei den krankengeldbeziehenden Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.

Trotz der heterogenen Datenbasis¹¹⁸ finden sich bestimmte Erkrankungen, die in allen genutzten Datenquellen als Diagnosen mit Bezug zum Krankengeld genannt werden. So fallen die Diagnosen „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (ICD-10: M) und „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ICD-10: F) als maßgeblich auf. Zusammengenommen werden Diagnosen beider ICD-10-Kapitel bei mehr als der Hälfte der Krankengeldbezieher genannt.

Die Untersuchungen haben gezeigt, dass auf der Ebene von ICD-Dreistellern vor allem die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33), Rückenschmerzen (M54) und Bandscheibenschäden (M51) für einen großen Anteil aller Krankengeldausgaben verantwortlich erscheinen (auf die Limitation der Daten wurde in Kapitel 4 hingewiesen).

Unter den häufigsten Einzeldiagnosen¹¹⁹ mit Krankengeldbezug werden nur selten andere Erkrankungen genannt. So finden sich unter den ICD-Dreistellern mit häufiger Nennung bei den Frauen Brustkrebs (C50), bei den Männern „Luxation, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenks“ (S83). ICD-S-Diagnosen können wahrscheinlich Unfällen zugeordnet werden. Andere Diagnosen (wie beispielsweise akute Laryngopharyngitis und akute Gastroenteritis)¹²⁰ rufen Zweifel hervor, dass sie die Ursache einer über sechs Wochen hinausgehenden Arbeitsunfähigkeit darstellen.

¹¹⁸ Vgl. Kapitel 4 und Kapitel 7.

¹¹⁹ Hier in der Betrachtung als ICD-Dreisteller.

¹²⁰ Diese Diagnosen werden aufgrund der Auswertungsmethodik nicht in Kapitel 7.3 analysiert. Sie wurden jedoch von einigen der befragten Kassen auf vorderen Rängen unter den häufigsten krankengeldrelevanten Diagnosen angegeben.

Bemerkenswert ist, dass Erkrankungen des Herzens (ICD-10: I) keine hervorgehobene Rolle bei den Krankengeldfällen spielen, was sich daran zeigt, dass die ICD-Codes I20–I25 (ischämische Herzkrankheiten) nicht regelmäßig bei den häufigen krankengeldrelevanten Diagnosen erscheinen.

Das größte Potenzial zur Reduktion der Krankengeldausgaben besteht daher offenbar vorrangig bei Rückenleiden und psychischen Erkrankungen und hier besonders bei der Depression. Daher werden in diesem Kapitel Ursachen und mögliche Maßnahmen zur Vermeidung dieser Erkrankungen eruiert.

10.1 Psychische Gesundheit – Versorgung von Menschen mit Depression

10.1.1 Stellenwert psychischer Erkrankungen für Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

Psychische Erkrankungen sind für einen großen Teil der gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast in Deutschland und der EU verantwortlich (RKI 2010). Sie sind der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland und der häufigste für Erwerbsunfähigkeit. So gingen 2012 knapp 14 % aller betrieblichen Fehltag auf psychische Erkrankungen zurück, was nahezu einer Verdopplung seit dem Jahr 2000 entspricht (BPtK 2013a). Sie sind die Hauptursache für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, mit einem Anteil von 43 % im Jahr 2013 (DRV 2014a). Dieser Anteil betrug noch im Jahr 2000 24 %.

Innerhalb der psychischen Erkrankungen kommt der Depression ein besonderes Gewicht zu, in Ländern mit mittlerem und höherem Einkommen verursacht sie die höchste Krankheitslast,¹²¹ weltweit die dritthöchste (WHO 2008; Wittchen et al. 2011). Unipolare Depression¹²² ist zudem die häufigste Diagnose bei Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen. Bei Betrachtung aller wegen einer depressiven Störung (ohne spezielle Suizidalität) einmal hospitalisierten Patienten versterben ca. 4 % durch Suizid (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2015). Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass bei Betrachtung ausschließlich der schweren depressiven Störungen sogar 15 % der Patienten im Verlauf durch Suizid versterben (RKI 2012).

Auch in einer volkswirtschaftlichen Betrachtung haben verschiedene psychische Erkrankungen, wiederum voran das Spektrum der depressiven Störungen, hohe Relevanz – etwa durch die langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die häufigen Frühberentungen (DRV 2014b) und andere indirekte Kosten.

Dass psychische Erkrankungen speziell für Langzeitarbeitsunfähigkeit und die Ausgaben für Krankengeld bedeutsam sind, zeigt auch die Analyse der für dieses Gutachten erhobenen Daten:

Die Zunahme der Relevanz der psychischen Erkrankungen (entsprechend dem Kapitel F nach der Klassifikation ICD-10) für Langzeitarbeitsunfähigkeit in einer längeren Zeitreihe wird anhand der

¹²¹ Gemessen in Disability-Adjusted Life Years (DALY).

¹²² Eine unipolare Depression bezeichnet eine psychische Erkrankung mit depressiver Symptomatik, bei der nicht, wie bei der bipolaren Störung, zusätzlich Phasen mit manischer Symptomatik vorkommen.

Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) deutlich (vgl. Kapitel 7.2). Betrachtet man die Veränderung der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage von 2000 bis 2014, so ist die größte Steigerung um 114 % im Bereich der psychischen Erkrankungen zu beobachten. Innerhalb des Bereichs der psychischen Störungen wiederum ist der Anteil der Altersgruppen ab 50 Jahren gestiegen, was ebenso bei den anderen Krankheitsgruppen der Fall ist. Auf der Ebene von ICD-Dreistellern ist die depressive Episode (F32) in diesem Zeitraum bezogen auf die Versichertenjahre um das Zweieinhalbfache (um 241 %) gestiegen.¹²³ Die Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) sind ähnlich stark gestiegen (um 254 %).

Die dem Rat zur Verfügung gestellten Daten von gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass psychische Erkrankungen für einen großen Teil der Krankengeldtage, -fälle und -ausgaben verantwortlich sind (vgl. Kapitel 7.3). Mehrere dieser Diagnosen (sogenannte F-Diagnosen) sind dabei relevant, wobei die unipolare depressive Episode (F32) heraussticht: Sie ist unter allen ICD-Dreistellern die relevanteste mit den jeweils größten Anteilen an Krankengeldausgaben, -fällen und -tagen bei allen acht Kassen, deren Daten in die Analyse eingegangen sind. Zu den weiteren ICD-Dreistellern psychischer Erkrankungen, deren assoziierte Fälle mit einem größeren Anteil der Krankengeldausgaben verbunden sind, zählt F43 („Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“). Die dort zugehörige Diagnose F43.2 (Anpassungsstörungen) weist symptomatische Ähnlichkeiten mit F32 auf. Enthalten ist jedoch auch die akute Belastungsreaktion (F43.0), die als alleinige Diagnose per Definition keinen Krankengeldbezug verursachen kann, und die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) – dies ist in diesem Datensatz nicht zu trennen. Zudem findet sich F33 (rezidivierende depressive Störung) unter den Diagnosen mit einem hohen Anteil an den Krankengeldausgaben: Hier bestehen ebenfalls symptomatische Ähnlichkeiten mit F32.

Im Zeitverlauf von 2012 bis 2014 zeigt sich anhand der Krankengelddaten der Krankenkassen tendenziell eine Steigerung der Relevanz der F-Diagnosen: Zwar ist der Anteil der Krankengeldausgaben, -tage und -fälle, die mit F32 assoziiert sind, von 2012 bis 2014 – besonders bei den Frauen – gesunken. Zugleich ist allerdings der Anteil der rezidivierenden Depressionen (F33) besonders bei den Männern, aber auch bei den Frauen gestiegen, ebenso der Anteil der Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) (vgl. Kapitel 7.3).¹²⁴ Die absoluten Ausgaben, die mit diesen Diagnosen verknüpft sind, sind ebenfalls gestiegen.

Allerdings ist zu beachten, dass ein multivariates Regressionsmodell verschiedener Einflussfaktoren auf die Veränderung der Falldauer im Zeitraum von 2012 bis 2014 anhand von Daten der Barmer GEK, bei dem für Alter, Region und Jahr kontrolliert wurde, zu folgendem Ergebnis führte: Die Fälle mit einer F-Diagnose zeigten in diesem Zeitraum eine vergleichsweise niedrigere Zunahme der Falldauer als die Fälle mit den Diagnosen aus mehreren anderen ICD-Kapiteln, darunter auch die Fälle mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Fälle mit

¹²³ Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Datenstruktur der WIdO-Daten zu einer Überschätzung von Diagnosen mit überdurchschnittlich langen Falldauern führt (vgl. Kapitel 4.4).

¹²⁴ Die Zahlen für einzelne Diagnosen sind jedoch nur bei zwei der beteiligten Kassen aggregierbar, da es sich meist nicht um einzelne Anlassdiagnosen handelt, sodass beispielsweise F32 und F33 hier nur einzeln aufgeführt werden können.

einer F-Diagnose durchschnittlich bereits sehr lange dauern und sie den höchsten Anteil an den Krankengeldfällen mit der Höchstdauer von 78 Wochen bilden (vgl. Kapitel 7.4).

Das vom Rat analysierte Morbiditätsprofil der krankengeldbeziehenden Mitglieder anhand von Daten des Bundesversicherungsamts (BVA) (vgl. Kapitel 7.3) zeigt, dass bei Reihung der Diagnosen nach Jahresprävalenz fünf F-Diagnosen unter den 20 häufigsten rangieren. So bestand für die „depressive Episode“ (F32) bei Krankengeldbeziehenden im Jahr 2014 eine Jahresprävalenz von 33 %, für „somatoforme Störung“ (F45) eine von 23 %, für „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) eine von 21 %, für „andere Angststörungen“ (F41) eine von 14 % und für „rezidivierende depressive Störung“ (F33) eine Jahresprävalenz von 13 %.¹²⁵

Die „anderen Angststörungen“ umfassen gemäß ICD-10 u. a. die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und die Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“. F32 war insgesamt die ICD-Diagnose mit der zweithöchsten Jahresprävalenz unter den Krankengeldbeziehenden in den Jahren 2009 bis 2014, nach Rückenschmerzen (M54) mit 49 %. Die Jahresprävalenzen der genannten F-Diagnosen stiegen zwischen 2009 und 2014 deutlich mehr als diejenigen anderer ICD-Kapitel unter den 20 Diagnosen mit der höchsten Jahresprävalenz. Die höchste relative Steigerungsrate unter diesen Diagnosen wies F33 mit einer Zunahme von über 35 % gegenüber 2009 auf. Dies könnte als Hinweis auf eine Zunahme schwererer oder chronifizierter Formen der Depression gesehen werden, jedoch ist eine zurückhaltende Interpretation angebracht. F33 ist zudem unter den 20 ICD-Codes mit der höchsten Jahresprävalenz derjenige mit der größten Stärke des Zusammenhangs mit Krankengeldbezug (Odds Ratio 6,3).¹²⁶ Eine wichtige Limitation beim BVA-Morbiditätsprofil ist, dass die Diagnosen nicht addiert werden können und somit keine Gesamtjahresprävalenz, z. B. für alle F-Diagnosen, berechnet werden kann, die mit einer Gesamtjahresprävalenz beispielsweise aller M-Diagnosen verglichen werden könnte.

Relevanz für das Krankengeldfallmanagement

Die Erhebung zum Krankengeldfallmanagement bei den Krankenkassen (vgl. Kapitel 8.2) zeigt den hohen Stellenwert der F-Diagnosen auch aus Sicht der Kassen: Auf die Frage, bei welchen Diagnosen eine Fallsteuerung besonders wichtig sei, wurden die F-Diagnosen am häufigsten genannt. Zwar machten die Kassen teilweise widersprüchliche Aussagen bezüglich der Steuerbarkeit dieser Diagnosen, aber ihre Bedeutung für Krankengeld wurde durchgängig erwähnt.

Zugleich wenden sich psychisch Erkrankte häufig an die Patientenberatungsstellen. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland e. V. (UPD) führt in ihrem Jahresbericht für 2014 auf, dass

¹²⁵ Ohne dass über das Morbiditätsprofil allerdings prüfbar ist, ob diese in einem zeitlichen oder kausalen Zusammenhang zum Krankengeldbezug stehen. Bei den Berechnungen der Jahresprävalenzen wurden gemäß einem Algorithmus bestimmte Niedrigkostenfälle als vermutliche Kinderkrankengeldfälle ausgeschlossen (vgl. Kapitel 4.2). Ohne diesen Ausschluss ergeben sich niedrigere Prävalenzen der hier genannten ICD-Codes.

¹²⁶ Es gibt allerdings zahlreiche ICD-Codes mit höheren Odds Ratios, die weniger prävalent sind. F33 ist bei den Odds Ratios nur auf dem Rang 163. Dies ist jedoch höher als alle anderen der 20 ICD-Codes mit der höchsten Jahresprävalenz. Zur Berechnung der Odds Ratios vgl. Kapitel 4.2.

bei den knapp 7 000 Anfragen zum Thema Krankengeld die psychischen Erkrankungen unter den erfassten Diagnosen „dominieren“ (UPD 2014).¹²⁷

Das Krankengeldfallmanagement (vgl. Kapitel 8.1) birgt gerade bei psychisch Kranken gleichzeitig Nutzen- und Risikopotenzial. Einerseits haben Menschen mit psychischen Erkrankungen oft erhöhten Beratungsbedarf und können im Fall von eingeschränkten psychischen Ressourcen von zeitnahen Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten besonders profitieren. Zudem neigen gerade depressive Patienten zur sozialen Isolation und sind häufig stark antriebsgemindert. Falls das Krankengeldfallmanagement aber andererseits von einigen Patienten eher als bedrohlich wahrgenommen wird, wird gerade diese besonders vulnerable Patientengruppe tendenziell weniger in der Lage sein, selbstbewusst ihre Ansprüche einzufordern. Ob ein entsprechend bedrohlich wahrgenommener Druck im Rahmen des Krankengeldfallmanagements tatsächlich in größerem Ausmaß vorkommt, ist für den Rat nicht überprüfbar (vgl. UPD 2014 und 2015).

10.1.2 Ursachenanalyse zur zunehmenden Relevanz von F-Diagnosen beim Krankengeld

Bei Betrachtung der steigenden Zahlen von Krankengeldfällen und -tagen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage, worauf diese Entwicklung gründet, die sich auch in allgemeinen Untersuchungen zur Prävalenz von F-Diagnosen anhand von Routinedaten abzeichnet (s. u.). Von besonderer Bedeutung ist dabei, ob sie tatsächliche Morbiditätsveränderungen im Sinne einer echten Prävalenzsteigerung wiedergibt oder ob es sich primär oder gar ausschließlich um einen Zuwachs der sogenannten administrativen Prävalenz handelt – also der von Ärzten bei den Patienten dokumentierten ICD-Codes.¹²⁸

Möglich ist auch, dass bei im Wesentlichen konstanter Morbidität der Anteil der Menschen zugenommen hat, die das Hilfesystem in Anspruch nehmen oder die behandelt werden. Dies würde bedeuten, dass bisherige Unterversorgungslagen tendenziell korrigiert werden. Dazu passt, dass die Erkennungsrate depressiver Symptomkonstellationen in den letzten Jahren verbessert werden konnte (Wittchen/Jacobi 2012; Gerste/Roick 2014). Zugleich wird auch die Hypothese vertreten, dass es – neben beklagter Unterversorgung besonders im ambulanten Bereich – auch Regionen mit Überdiagnostik und Überversorgung gebe (Pietsch et al. 2014), was zumindest rein numerisch gemäß der Bedarfsplanungszahlen der Fall ist. Der Sachverständigenrat hat für sein Gutachten 2014 für jeden Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad für Psychotherapie von über 200 % die Anzahl derjenigen psychotherapeutischen Sitze, die über diesen 200 % liegen, berechnet und sie bundesweit addiert; die resultierende Anzahl betrug zum Stichtag 30. September 2013 1 144 Sitze (Gutachten 2014, Tabelle 38). Die Bedarfsplanung ist allerdings besonders im Bereich Psychotherapie überarbeitungswürdig (s. u.) und zudem in der Aussagefähigkeit von dem durchschnittlichen für die GKV-Versorgung tatsächlich erbrachten Arbeitsvolumen der Psychotherapeuten abhängig.

Die folgenden Betrachtungen fokussieren aufgrund der besonderen Relevanz für die allgemeine Krankheitslast und Langzeitarbeitsunfähigkeit das Krankheitsbild der Depression (insbesondere F32 und F33).

¹²⁷ Dies gilt auch für den Bereich Rehabilitation.

¹²⁸ Die ICD-Codes werden von Ärzten nicht zu epidemiologischen, sondern in der Regel zu Abrechnungszwecken dokumentiert. Dies kann zu einer Verzerrung gegenüber der tatsächlichen Morbidität führen.

Die Prävalenz der Depression bei Erwachsenen – der verschiedenen Schweregrade zusammen betrachtet – beträgt je nach Studie zwischen etwa 8 % und 11 %.¹²⁹ Sie ist allgemein bei Frauen größer als bei Männern. Eine Untersuchung unter allen erwachsenen GKV-Patienten 2007 zeigte eine doppelt so hohe Jahresprävalenz von depressiven Erkrankungen bei Frauen (12,8 %) gegenüber Männern (6,4 %) (Erhart/von Stillfried 2012).

Ähnliche Ergebnisse ergab eine Studie anhand von AOK-Daten für 2010 (14,9 % für Frauen gegenüber 7,1 % für Männer, Gerste/Roick 2014). Die Depressionsprävalenz gilt als zweigipflig mit einem ersten Gipfel ca. zwischen 57 und 64 Jahren und einem zweiten ca. zwischen 85 und 94 Jahren (Gerste/Roick 2014; Erhart/von Stillfried 2012).

Ein Anstieg der dokumentierten Prävalenz bei den AOK-Versicherten von 11,1 % im Jahr 2007 um ca. 19 % bis 2010 betrifft hingegen Männer stärker als Frauen (Gerste/Roick 2014). Er zeigt sich bei beiden Geschlechtern vor allem in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (um 37 %, allerdings von einem niedrigeren Ausgangsniveau als bei den anderen Altersgruppen) (ebd.). Erkennbar ist dabei eine Zunahme vor allem der mittelschweren Depressionsdiagnosen, sowohl für F32 als auch für F33. Es wurde eine starke regionale Streuung mit einem West-Ost-Gefälle für die Prävalenzrate beobachtet, mit höheren Werten in allen Stadtstaaten und den alten Bundesländern. Dabei existiert möglicherweise ein gewisser Zusammenhang mit der Leistungsanbieterdichte: In Regionen mit einer hohen Dichte an Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten ist die Prävalenz signifikant höher, wobei dieser Zusammenhang vornehmlich leichte Depressionen betrifft (Gerste/Roick 2014; G-BA 2011). Für all diese Betrachtungen sind aber wesentliche Limitationen der zugrunde gelegten Daten zu beachten (siehe Exkurs „Validitätsprobleme von ICD-Routinedaten“).

Exkurs: Validitätsprobleme von ICD-Routinedaten

Die Validität der in den Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen ist gerade bei älteren Daten kritisch zu prüfen, wie eine Untersuchung von AOK-Daten von 2007 und 2010 exemplarisch zeigt (Gerste/Roick 2014). So fällt beispielsweise auf, dass 68 % der Diagnosen bei allen 2007 erstmals Diagnostizierten nur in einem Quartal vergeben wurden (ebd.), was allerdings zum Teil im Sinne von Spontanremissionen oder erfolgreichen Kurzzeittherapien den korrekten Krankheitsverlauf abbilden kann (Posternak et al. 2006). Auch fehlende Nachverfolgung könnte sich niederschlagen. Zudem werden wiederkehrende Episoden häufig erneut als Erstepisoden kodiert (Gerste/Roick 2014).

Besonders im ambulanten Bereich werden außerdem sehr häufig unspezifische Depressionsdiagnosen im Sinne von F32.9 vergeben. Dies erfolgt im fachärztlichen Bereich deutlich seltener als im hausärztlichen (etwa 30 % vs. 70 bis 80 % aller Depressionsdiagnosen im Jahr 2010 gemäß Pietsch et al. 2014; vgl. Auswertungen aus dem ZI-ADT-Panel, G-BA 2011). Es könnte möglicherweise u. a. dadurch begründet sein, dass insbesondere Hausärzte die Festlegung des Schweregrads einer Depression zum Zeitpunkt erster Patientenkontakte für verfrüht halten oder sie

¹²⁹ DEGS1-MH-Studie (Bezugszeitraum 2008 bis 2011, bundesweit repräsentative Interviews): 7,7 %; Gerste/Roick 2014 (Bezugsjahr 2010, AOK-Abrechnungsdaten): 11,1 %; Erhart/von Stillfried 2012 (Bezugsjahr 2007, Abrechnungsdaten aller Krankenkassen): 10,2 %. Die Unterschiede zwischen den Studien sind nicht vollständig erklärt, lassen sich zum Teil aber auf unterschiedliche methodische Herangehensweisen zurückführen (z. B. Interviews vs. Abrechnungsdaten). Auch wurden etwa in der DEGS1-MH-Studie (Wittchen/Jacobi 2012) Menschen ab 80 Jahren ausgeschlossen, bei denen allerdings eine relativ hohe Depressionsprävalenz vorliegt.

den spezialisierten Kollegen überlassen möchten. Die zahlreichen unspezifischen Kodierungen von F32 erschweren jedoch die Interpretation der Routinedaten und sind auch insofern von Bedeutung, als sich die Behandlung der Depression nach dem Schweregrad richtet (s. u., Nationale Versorgungsleitlinie). Der hohe Anteil der unspezifischen Diagnosen im ambulanten Bereich ist besonders relevant, weil die Mehrzahl der Ersterkrankten ausschließlich im ambulanten Bereich behandelt wird (Untersuchung von Gerste/Roick 2014 für das Jahr 2007: 78,6 % ambulant, demgegenüber standen 8,9 % mit sowohl ambulanter als auch stationärer und 12,5 % mit nur (teil-)stationärer Behandlung).

Eventuelle Ungenauigkeiten bei den Kodierungen wirken sich dabei auf epidemiologische Fragestellungen – wie die nach einer Veränderung der Prävalenz – stärker aus als auf ökonomische oder Versorgungsforschungsfragen, etwa zur Inanspruchnahme bestimmter psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen.

Neben dem Kodierverhalten aufseiten der Leistungserbringer ist für die Analyse der Routinedaten auch bedeutsam, in welcher Form die Daten bei den Krankenkassen vorliegen. Die im Rahmen dieses Gutachtens ausgewerteten ICD-bezogenen Krankengelddaten von mehreren Krankenkassen zeigen eine große Heterogenität, die zu erheblichen Limitationen in der Auswertung hinsichtlich der krankengeldrelevanten Indikationsbereiche führt (vgl. Kapitel 4 und Kapitel 7.3). Beispielsweise werden bei manchen Krankenkassen einzelne Anlassdiagnosen als Hauptdiagnosen (ein ICD-Code pro Krankengeldfall) gespeichert, bei anderen Kassen mehrere gleichberechtigt, teilweise auch eine Mischform – d. h. für einen Teil der Fälle sind bei der Krankenkasse mehrere Diagnosen pro Fall gespeichert. Eine einheitlichere ICD-Datenstruktur bei den Krankengelddaten (vgl. Kapitel 4) würde dazu führen, dass in der Zukunft validere Aussagen zur Relevanz und Entwicklung einzelner ICD-Codes getätigt werden könnten – soweit jedenfalls die initiale Kodierpräzision aufseiten der Leistungserbringer dies erlaubt.

Insgesamt wird trotz eines verschiedentlich gezeigten Anstiegs der administrativen (bzw. institutionellen) Prävalenz tendenziell davon ausgegangen, dass auf Bevölkerungsebene in den letzten Jahren kein gravierender Anstieg der realen Morbidität bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen stattgefunden hat (BpTK 2015a; Jacobi et al. 2013 in der DEGS1-MH-Studie). EU-weite Daten aus unterschiedlichen Studien für 2005 bis 2010 deuten ebenfalls in diese Richtung (ECNP/EBC-Report, Wittchen et al. 2011), ebenso wie eine systematische Übersicht über Studien aus unterschiedlichen, auch nichteuropäischen Ländern (Richter/Berger 2013).

Weitgehend Konsens besteht zugleich darüber, dass die Inanspruchnahme entsprechender Versorgungsangebote seit einigen Jahren steigt (Richter/Berger 2013; Steinhart et al. 2014). Als Gründe hierfür kommen unterschiedliche Sachverhalte infrage. So hat sich die Wahrnehmung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verändert – beispielsweise in dem Sinne, dass sich das öffentliche Bild psychiatrischer Krankenhäuser und der Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen deutlich verbessert hat (Angermeyer et al. 2014). Unklar ist jedoch, ob bzw. inwieweit auch eine gewisse „Enttabuisierung“ (Abholz/Schmacke 2014; Zok 2014) bzw. Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen dazu beigetragen hat. Eine solche Entstigmatisierung erleichtert den Betroffenen einen offeneren Umgang mit ihrer Erkrankung, dadurch könnte sie theoretisch auch Diagnoseverschiebungen von Erkrankungsgruppen anderer ICD-Kapitel wie den muskuloskelettalen M-Diagnosen hin zu F-Diagnosen befördert haben (Jacobi 2009). Dies ist aber schwierig zu belegen.

Gerade hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit könnten in der Vergangenheit Erkrankungsbilder, die eigentlich dem psychischen Spektrum zugeordnet werden müssten, als somatische Diagnosen kodiert worden sein. In diesem Fall würde die neue Kodierung möglicherweise eher der realen Morbidität entsprechen, doch angesichts der insgesamt mangelhaften Kodiervalidität und des stark subjektiven Charakters der Symptome psychischer Erkrankungen ist dies nachträglich kaum zu verifizieren. Zudem deuten einige Befragungsergebnisse darauf hin, dass die Stigmatisierung der psychiatrischen Patienten (im Unterschied zur psychiatrischen Versorgung) keineswegs abgenommen, sondern in den vergangenen 20 Jahren sogar zugenommen hat (Angermeyer et al. 2014). In jedem Fall wird bezüglich einer notwendigen Entstigmatisierung betroffener Patienten ausdrücklich (weiterer) Handlungsbedarf konstatiert (Gaebel et al. 2010; Lambert et al. 2015).

Insgesamt werden die aufgeworfenen Fragen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Wissenschaft kontrovers diskutiert (Abholz/Schmacke 2014). Wenn auch inzwischen eine größere Zahl an epidemiologischen Datensätzen vorhanden ist, die hinsichtlich des Versorgungsbedarfs eine gute Näherung erlauben, sind für eine sichere Beantwortung letztlich weitere Untersuchungen notwendig. Vordringlich erscheint jedoch die verstärkte Förderung von Forschungsarbeiten zu neuen Versorgungskonzepten und deren langfristiger Implementierung (s. u., „Koordinierung der Behandlungswege – Integrierte Versorgung und Stepped Care“).

Arbeitsplatzkonflikte und psychische Erkrankungen

Bei der Betrachtung und Analyse einer zunehmenden Zahl an dokumentierten F-Diagnosen sollte auch ein möglicherweise bestehender Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzkonflikten und psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden. Die Erwerbstätigkeit ist für den Großteil der Menschen ein zentraler, häufig sinnerfüllender Bestandteil des Alltags. Am Arbeitsplatz findet vielseitige soziale Interaktion statt; zugleich können Hierarchien bzw. Machtverhältnisse und berufsbedingte Stressoren ein Umfeld für Konflikte befördern, die mehr oder weniger offen ausgetragen werden. Besonders problematisch sind systematische Handlungen der Abwertung oder Schikanie, wie sie im Rahmen von Mobbing¹³⁰ (engl. auch *bullying*) vorkommen. Die allgemeine Definition von Mobbing geht auf Heinz Leymann zurück. Demnach handelt es sich um negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen (Eisermann/de Costanzo 2011). Im Rahmen der wissenschaftlichen und rechtlichen Diskussion seit den 1980er Jahren wurde definiert, dass es sich um Mobbing handelt, wenn die Handlungen auf systematische Weise über einen gewissen Zeitraum (mindestens sechs Monate) hinweg in einer gewissen Frequenz (mindestens einmal pro Woche) vorkommen (Weber et al. 2007).¹³¹

¹³⁰ In der Literatur wird teilweise unterschieden, ob Mobbing von Vorgesetzten (Bossing) oder von Mitarbeitern gleicher oder auch unterer Rangfolge ausgeht.

¹³¹ Das Bundesarbeitsgericht spricht in einem Urteil vom 28. Oktober 2010 davon, dass es „Fälle gibt, in welchen die einzelnen, vom Arbeitnehmer dargelegten Handlungen oder Verhaltensweisen seiner Arbeitskollegen, Vorgesetzten oder seines Arbeitgebers für sich allein betrachtet noch keine Rechtsverletzungen darstellen, jedoch die Gesamtschau der einzelnen Handlungen oder Verhaltensweisen zu einer Vertrags- oder Rechtsgutsverletzung führt, weil deren Zusammenfassung aufgrund der ihnen zugrunde liegenden Systematik und Zielrichtung zu einer Beeinträchtigung eines geschützten Rechtes des Arbeitnehmers führt.“ Dies sei insbesondere dann der Fall, „wenn unerwünschte Verhaltensweisen bezwecken oder bewirken, dass die Würde des Arbeitnehmers verletzt und ein durch Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird“ (BAG-Urteil vom 28. Oktober 2010, 8 AZR 546/09).

Die Häufigkeit von Mobbing wird sehr unterschiedlich geschätzt (Kostev et al. 2014); eine Befragung der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen aus dem Jahr 2010 in 34 europäischen Ländern nennt eine Zahl von 4 % der Arbeitnehmer (Eurofound 2012). Es gibt Hinweise, dass Mobbing von einer zunehmenden Zahl von Menschen beklagt wird (Kostev et al. 2014). Es ist nachvollziehbar und zu berücksichtigen, dass diese Formen der aggressiven Kommunikation am Arbeitsplatz psychische Erkrankungen auslösen und verstärken können. So hat eine retrospektive Datenbankanalyse von Hausarzt Daten in Deutschland für die Jahre 2003 bis 2012 erhöhte Prävalenzen für Depressionen, Angst- und somatoforme Störungen sowie für Schlafstörungen infolge von Mobbing gezeigt (Kostev et al. 2014). Die höchste Odds Ratio bestand dabei für depressive Symptome. Mobbing am Arbeitsplatz ist ein starker Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptome (Theorell et al. 2015), dieser Zusammenhang wurde auch in anderen EU-Ländern identifiziert (z. B. Niedhammer et al. 2006). Ein Zusammenhang besteht in beide Richtungen, d. h., Mobbing ist nicht nur ein prädiktiver Faktor für die Entwicklung psychischer Symptome, sondern letztere sind auch mit dem Auftreten späteren Mobblings assoziiert, wie eine Metaanalyse zeigt (Verkuil et al. 2015).

Darüber hinaus ist es möglich, dass eine Krankschreibung von den Mobbingbetroffenen auch als Möglichkeit erlebt und genutzt werden kann, als unerträglich empfundene Kränkungen oder Konflikte im Arbeitsplatzkontext vorübergehend zu entschärfen oder gar längerfristig zu vermeiden. Entsprechend komplizierte betriebsbezogene Konstellationen sind mangels direkter Interventionsmöglichkeiten schwierig über die klassischen (ärztlichen oder psychotherapeutischen) Behandlungs- oder Fallmanagementbemühungen aufzulösen, was längere Arbeitsunfähigkeitszeiten begünstigen könnte. Verschiedene innerbetriebliche Ansätze im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sowie Aspekte wie Führungskompetenz oder Unternehmenskultur werden ausführlich in Kapitel 9 behandelt. Auch in der Befragung der gesetzlichen Krankenkassen zum Krankengeldfallmanagement (vgl. Kapitel 8.2) haben mehrere Kassen auf die besonderen Schwierigkeiten durch Arbeitsplatzkonflikte hingewiesen und beispielsweise besondere Angebote für diese Konstellationen angeregt. Inwieweit dieser Zusammenhang allerdings auch krankengeldrelevante Dauern der Arbeitsunfähigkeit über sechs Wochen betrifft, bleibt zu prüfen. Gezielte Studien hierzu sind zu empfehlen – besonders prospektive Interventionsstudien, die eine mögliche Abnahme der Langzeitarbeitsunfähigkeit durch eine positive psychosoziale Gestaltung der Arbeitswelt untersuchen.

10.1.3 Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen

In der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland gibt es an vielen Stellen Verbesserungspotenzial (s. Tabelle 19). Ein Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) widmete sich ab 2008 der Analyse und Verbesserung der Patientenversorgung (G-BA 2011). In diesem Rahmen wurde u. a. eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Die Autoren wiesen auf Unter-, Über- sowie Fehlversorgung (Pietsch et al. 2014) hin, darunter

- Probleme beim lückenlosen Erkennen von depressiven Störungen sowie bei der leitliniengerechten Diagnosestellung und Klassifizierung einer Depression in der ambulanten Versorgung; Hinweise, dass depressive Störungen bei einem relevanten Anteil der Patienten beim Hausarzt nicht erkannt oder entsprechend kodiert werden (Sielk et al. 2009). Insbesondere bei Allgemeinärzten und Internisten erfolgt die Diagnosestellung der depressiven Episode zudem

sehr häufig als F32.9 und damit unspezifisch. Allerdings liegt bei über 10 % der Patienten auch eine falsch positive Depressionsdiagnose vor (Pietsch et al. 2014);

- Probleme bei der Anwendung von leitlinienkonformen therapeutischen Strategien in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression, wie zum Beispiel Überversorgung mit Arzneimitteln bei leichten Depressionen, Unternutzung von Lithiumprophylaxe sowie Unterversorgung mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei schwerer Depression (Pietsch et al. 2014);
- Probleme an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und stationärer Versorgung sowie Probleme im Angebot psychotherapeutischer Versorgung durch große Unterschiede in der regionalen Verteilung.

Problemfeld	Ursache	Auswirkungen
Mangelnde Koordinierung in der Versorgung	Fehlende Kommunikation zwischen Leistungsanbietern; Mangel an kurzfristig verfügbaren, vor allem ambulanten Angeboten	Effizienzverluste, Informationsverluste, Rehospitalisierungen, Wartezeitenzunahme, Symptomverschlechterungen, Chronifizierung
Wahl des Therapieverfahrens (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) abhängig vom Standort (Pietsch et al. 2014)	Unterschiedliche Anbieterdichte; kaum Evidenz zur Unterscheidung der (indikationsspezifischen) Wirksamkeit der Verfahren; mangelnde Koordinierung	Teilweise suboptimale Behandlung
Unnötige primäre oder wiederholte Hospitalisierungen	Mangelnde ambulante Krisen- und Intensivangebote; teilweise fehlende strukturierte Rückfallprophylaxe	Belastung für die Patienten und die Angehörigen; (mehrfache) Reintegration in den häuslichen Alltag notwendig; vermeidbare Krankenhauskosten
Ungleiche Leistungsanbieterdichten mit deutlich höherem Angebot in Ballungsräumen und Regionen mit vielen PKV-Versicherten (Sundmacher/Ozegowski 2015)	Unter anderem kulturell-soziodemografische und finanzielle Attraktivität bestimmter (großstädtischer) Regionen	Zugangerschwernis für Menschen in ländlichen Regionen; weite Anfahrtswege; schlechtere Versorgungssituation für GKV-Versicherte, die im Mittel unter einer höheren Morbidität leiden
Nachteile im Falle eines gewünschten Vertragsabschlusses bei privaten Krankenversicherungen durch Diagnosestellung einer psychischen Erkrankung	Risikoselektion privater Versicherungen	Anreiz aufseiten der Versicherten zur Vermeidung oder Verzögerung von Behandlung psychischer Erkrankungen über das GKV-System, vor allem bei jungen Patienten

Tabelle 19: Exemplarische Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen

Quelle: eigene Darstellung

Wartezeit als Zugangshemmnis zu psychotherapeutischer Versorgung

Ein zentrales Problemfeld in der Versorgung psychisch Kranker, nicht zuletzt auch in Bezug auf die Auswirkungen auf die Krankengeldfälle, ist die Wartezeit auf eine bedarfsgerechte, insbesondere psychotherapeutische Behandlung. Die mittlere Wartezeit auf einen regulären Psychotherapieplatz über die gesetzliche Krankenversicherung beträgt nach einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) von 2011 unter 9 000 Therapeuten (BPtK 2011) und einer Umfrage der Wochenzeitung „DIE ZEIT“ von 2014 mit 3 300 Patienten (Schramm 2014) übereinstimmend etwa drei Monate.¹³² Dabei gibt es deutliche regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern und speziell zwischen ländlichen (vier Monate Wartezeit) und großstädtischen Regionen (zwei bis drei Monate, BPtK 2011).

Auch auf den Beginn der Therapie muss im Anschluss an ein Erstgespräch meist noch längere Zeit gewartet werden. Die Problematik der Wartezeiten wird indirekt auch daran erkennbar, dass in den letzten Jahren die Ausgaben für Psychotherapien, die durch das Erstattungsverfahren ermöglicht wurden, um den Faktor Fünf zugenommen haben (BPtK 2013b).¹³³ Die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung nach dem Erstattungsverfahren müssen die Krankenkassen nach § 13 Abs. 3 SGB V übernehmen, wenn der Versicherte nachweist, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist, aber in den nächsten Wochen bzw. Monaten keine Behandlung bei einem zugelassenen Psychotherapeuten möglich ist (üblicherweise nachzuweisen durch Anfrage bei drei bis fünf Psychotherapeuten) (BPtK 2012). Nicht nur im G-BA-Pilotprojekt werden die Wartezeiten als Zugangshürde genannt, auch im Fragebogen des Sachverständigenrats an die Krankenkassen zum Krankengeldfallmanagement (vgl. Kapitel 8.2) waren Reduktionen der Wartezeiten (speziell bei Psychotherapeuten, außerdem bei Fachärzten) die häufigsten Nennungen der Kassen auf die Frage, wie die Ausgaben für Krankengeld über Versorgungsmaßnahmen verringert werden könnten.

In den Fällen, in denen keine Spontanremission oder -verbesserung der depressiven Symptomatik eintritt, übersetzt sich eine Wartezeit gegebenenfalls zu einem erheblichen Teil (bis hin zur vollen Länge) in eine verlängerte Arbeitsunfähigkeit und damit nach der Entgeltfortzahlung auch in eine entsprechend verlängerte Krankengeldfalldauer. Denn die Episodendauern unbehandelter unipolarer depressiver Störungen werden auf sechs bis acht Monate geschätzt (Berger/van Calker 2004), während die Episodendauern behandelter unipolarer Depressionen auf 16 Wochen geschätzt werden (Kessler et al. 2003; Leitliniengruppe Unipolare Depression 2015). Die lange mittlere Falldauer bei psychischen Diagnosen (vgl. Kapitel 7.4) ließe sich durch eine Verkürzung der Wartezeit möglicherweise entsprechend deutlich verkürzen.

¹³² Die Zuordnung als „Patient“ beruht in der ZEIT-Befragung auf einer Selbstbezeichnung, was theoretisch eine Verfälschung der Ergebnisse bewirken kann. Zu von der BPtK und der ZEIT abweichenden Ergebnissen kommt eine Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2014, wonach 64 % der Befragten innerhalb eines Monats einen Termin beim Psychotherapeuten erhalten. Die BPtK äußerte methodische Kritik an der Studie, die vor allem darauf abzielt, dass die Kategorie „Psychotherapeut“ von einem Teil der Patienten falsch interpretiert worden sei (BPtK 2014). Auch eine Umfrage des WIdO berichtet von kürzeren Wartezeiten, an der allerdings nur 237 GKV-Versicherte, die angaben, ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben, teilnahmen. Die mittlere Wartezeit auf eine Probesitzung dauerte demnach für GKV-Versicherte 4,5 Wochen (für Privatversicherte 2 Wochen) und die Zeit zwischen der letzten Probesitzung und dem Beginn der Therapie dauerte für GKV-Versicherte im Durchschnitt 2,7 Wochen.

¹³³ Allerdings entspricht der resultierende Betrag von ca. 41 Millionen Euro (2012) weiterhin nur einem geringen Anteil am Gesamtleistungsvolumen für ambulante Psychotherapie (ca. 1,5 Milliarden Euro, Bezugsjahr 2010, BPtK 2013c).

Die Wartezeit wird wesentlich durch das Verhältnis zwischen Angebotsdichte und Nachfrage bestimmt. Dabei hängt die Dichte der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung maßgeblich von der Bedarfsplanung ab. Die aktuelle Bedarfsplanung im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich ist jedoch überarbeitungswürdig. Es handelt sich im Kern um eine Fortschreibung der Verhältniszahlen aus den 1990er Jahren, im Falle der Psychotherapeuten von 1999 – wenngleich die Kassenärztlichen Vereinigungen seit mehreren Reformen wie etwa durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2012 zunehmende Möglichkeiten zur flexibleren Planung besitzen. Der Sachverständigenrat hat in den vergangenen Gutachten bereits eine populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung – nicht nur für die Psychotherapie – empfohlen (Gutachten 2014, Kapitel 6.4). Die Unklarheit, inwiefern der tatsächliche Behandlungsbedarf abgebildet wird, gilt allerdings in besonderem Maße für die Psychotherapie, unter anderem weil zum Beispiel maßgebliche gesellschaftliche Entwicklungen der letzten Jahre sich nicht in einer Modifikation der Planung abbilden.

10.1.4 Lösungsansätze

Die unterschiedlichen Versorgungsangebote zur Behandlung psychischer Erkrankungen sind sehr komplex und nicht zuletzt für Betroffene schwer zu durchschauen. Eine Reihe von wichtigen Akteuren wie Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeuten, Fachkliniken und Reha-Einrichtungen sowie weitere therapeutisch tätige Leistungserbringer sind in der Versorgung tätig. Hinzu kommen diverse Angebote (etwa durch Heilpraktiker mit einer allgemeinen oder auf Psychotherapie beschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde) außerhalb der sogenannten Richtlinienpsychotherapie durch zugelassene ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten. Entsprechend entstehen gerade im nicht selten langwierigen Krankheitsverlauf psychischer Erkrankungen zahlreiche Schnittstellen, deren Management zu den besonderen, häufig nur unbefriedigend gelösten Herausforderungen eines gut abgestimmten Versorgungssystems zählt. Eigenheiten des deutschen Gesundheitssystems, wie die starke sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Sondergutachten 2012), können dabei umso stärker durchschlagen, je weniger eigene Ressourcen (wie emotionale und kommunikative Kompetenzen, aber auch soziale Unterstützung beispielsweise durch Angehörige) die betroffenen Patienten besitzen.

Exkurs: Grundsätze der Therapie von Depressionen – Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Es existieren unterschiedliche Leitlinien für die Behandlung von Depression. Im Jahr 2009 wurde nach einem umfangreichen Konsensprozess unterschiedlicher Institutionen die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zur unipolaren Depression verabschiedet und seitdem mehrfach aktualisiert (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2015, zur Entstehung siehe Härter et al. 2008). Sie fasst wesentliche Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Depression mit der aktuellen Evidenz zusammen. Der Geltungsbereich nach ICD-10 umfasst F32, F33, F34.1 und F38.1 bei Erwachsenen. Neben differenzierten Empfehlungen zur Pharmako- und Psychotherapie werden auch Hinweise zu Schnittstellen in der Behandlung gegeben. Dabei ist das Prinzip der gestuften, von der Schwere der Erkrankung abhängigen Behandlung von großer Bedeutung. Dies gilt

einerseits für die Indikation zu speziellen Therapieformen und Pharmaka, aber auch für die Versorgungssteuerung:

Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen kann beispielsweise eine alleinige ambulante Behandlung von allen relevanten Behandlungsgruppen, d. h. von Hausärzten oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder von Nervenärzten, Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie und Psychoanalyse oder von Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Bei ausbleibender Besserung sollte dann nach definierter Zeit (bei hausärztlicher Behandlung nach sechs Wochen und bei psychotherapeutischer Behandlung nach zwölf Wochen) die Konsultation eines Facharztes für Psychiatrie bzw. eines Nervenarztes erwogen werden. Zusätzlich wird dies empfohlen bei einer Reihe bestimmter Merkmale wie akuter Selbst- und Fremdgefährdung, Therapieresistenz, unklarer Differenzialdiagnostik, Komorbiditäten etc.

Bei schweren oder chronifizierten Depressionen ist hingegen in der Regel eine Kombination aus fachärztlicher Pharmakotherapie und zusätzlicher Psychotherapie indiziert.

Kriterien für die Indikation einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen stationären Behandlung sind neben allgemein schweren Krankheitsbildern insbesondere akute Suizidalität oder anderweitige akute Eigen- oder Fremdgefährdung, außerdem unter anderem schwerwiegende psychosoziale Faktoren, Therapieresistenz gegenüber ambulanter Behandlung und die Gefahr einer weiteren Chronifizierung.

Beim Beleg der Wirksamkeit einzelner Verfahren stellen sich im psychischen Versorgungsbereich besondere methodische Herausforderungen: Während die medikamentöse Therapie teilweise gut durch methodisch solide Studien (wie randomisierte doppelblinde Studien) untersucht ist, existiert bisher keine eindeutige Evidenz zugunsten einzelner Psychotherapieverfahren. Daher wurde in der NVL-Entwicklergruppe konsensuell entschieden, die derzeitigen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie gleichberechtigt aufzuführen.

Verbesserungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sollten bereits bei der Prävention beginnen, zudem einen Schwerpunkt auf den zeitnahen und bedarfsgerechten Zugang zu Versorgungsstrukturen legen und sich auch der Optimierung der Koordination der Leistungen und Angebote widmen. Im Folgenden werden dieser Logik entsprechend mehrere Felder angesprochen und mögliche Anregungen und Maßnahmen vorgestellt.

Prävention

Arbeitsweltbezogene (betriebliche) Prävention von psychischen Erkrankungen

Der Bezug von Krankengeld aufgrund von psychischen Erkrankungen ist eng mit der Arbeitswelt verknüpft. So ist belegt, dass die Arbeitsbedingungen Auswirkungen auf die Inzidenz und die mögliche Chronifizierung von psychischen Erkrankungen haben (Theorell et al. 2015). Hinzu kommen die psychischen Folgen im Falle systematischen Mobbing (s. o.). Häufig ist Stress am Arbeitsplatz ein zentraler Bezugspunkt, auf den viele präventive Interventionen abzielen (Nieuwenhuijsen et al. 2010). Es gibt zahlreiche Ansätze, das Auftreten psychischer Erkrankungen

durch arbeitsplatzbezogene Maßnahmen zu verhüten, die sich in individuelle und organisationale Interventionen untergliedern lassen (Corbière et al. 2009, zum Konzept des BGM vgl. Kapitel 9).

Die Maßnahmen sind dabei ausgesprochen heterogen, ebenso die Zielparameter. Eine Analyse aus dem Jahr 2015 durch die versicherungstragende „Initiative Gesundheit und Arbeit“ (BKK-Dachverband, DVU, AOK, vdek), der 19 unterschiedliche Reviews bzw. Metaanalysen zugrunde liegen, ermittelte 99 verschiedene Zielparameter (iga 2015). Noch größer ist die Zahl der Erhebungsinstrumente (169), was die Vergleichbarkeit stark limitiert. Das methodische Design der Studien entspricht dabei häufig nicht den gebräuchlichen Anforderungen an die Evidenz zum Beleg guter Wirksamkeit. Trotz einer zunehmenden Zahl an Reviews und Einzelstudien von 2006 bis 2012 mit häufig positiven Ergebnissen in den einzelnen Publikationen könne daher derzeit nur in Einzelfällen davon gesprochen werden, dass die Wirksamkeit bestimmter Interventionen nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin belegt sei (vgl. iga 2015). Aus diesem Grund finden sich auch in den einzelnen Reviews nur zurückhaltende Empfehlungen zur Implementierung. Beispielsweise konnte ein systematischer Review über evidenzbasierte Ansätze in der Sekundärprävention von arbeitsbedingten Depressionen nur eine einzige Studie identifizieren, die die Einschlusskriterien der Autoren des Reviews erfüllte (Dietrich et al. 2012).

Die existierenden Studien und Reviews geben – ungeachtet der genannten Limitationen – Hinweise auf unterschiedliche Effekte von Maßnahmen zur betrieblichen Prävention psychischer Erkrankungen. So finden sich unter anderem Hinweise darauf, dass Interventionen für die Prävention von Depressions- und Angstsymptomen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) positive Effekte haben können (Martin et al. 2009) und dass gezielte Interventionen zu einer Reduktion von Burn-out-Symptomen führen können, diese Effekte allerdings im Zeitverlauf abnehmen (Walter et al. 2012; Awa et al. 2010). Andere Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass hohe berufliche Ansprüche, geringe Selbstbestimmung, geringe Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, niedrige prozedurale Gerechtigkeit und ein Ungleichgewicht zwischen Einsatz und Belohnung die Inzidenz stressbedingter Störungen erhöhe und dass ein gutes psychosoziales Arbeitsumfeld daher einen präventiven Nutzen stiften könne (Nieuwenhuijsen et al. 2010). Spezifisch für die Indikation der posttraumatischen Belastungsstörung bei besonders gefährdeten Berufsgruppen (z. B. bei Polizeibeamten und Zugführern) wurde eine Wirksamkeit arbeitsplatzbezogener Psychotherapie-maßnahmen gezeigt (Stergiopoulos et al. 2011).

Diese Untersuchungen können hier nur exemplarisch genannt werden. Infolge der noch nicht vollständig überzeugenden Datenlage sollte in der Zukunft darauf geachtet werden, methodisch anspruchsvolle Studiendesigns mit einer hohen internen Validität zu verwirklichen, die die relevanten Populationen einschließen und die wünschenswerte Evidenz generieren können und die eine Übertragbarkeit der Ergebnisse von den oftmals speziell selektierten Studienpopulationen erlauben.

Bedarfsgerechter Zugang zu Diagnostik und Behandlung

Modell der Akutsprechstunde

Für die Vermeidung von Befundverschlechterung und ggf. Chronifizierung eines depressiven Syndroms ist eine frühe diagnostische Einschätzung und Beratung von Betroffenen wichtig. Im Rahmen des 2015 verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) wird der G-BA beauftragt, bei einer Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie bis zum 30. Juni 2016 auch die

Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu berücksichtigen.¹³⁴ Diese Vorgabe muss im Verlauf vom G-BA konkretisiert werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat Ende 2014 das Konzept der Akutsprechstunde vorgestellt, das eine bessere Steuerung der psychotherapeutischen Versorgung gewährleisten soll. Hierbei sollen Menschen innerhalb von zwei Wochen einen Vorstellungstermin erhalten, in dem neben der Diagnostik auch der Behandlungsbedarf (z. B. Einzel-, Gruppen-, Kurz-, Langzeitpsychotherapie, Medikation) geklärt und, falls erforderlich, auch eine Krisenintervention angeboten wird. Sofern weiterer Behandlungsbedarf gesehen wird, erhält der Patient Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Behandler. Auch die somatische Abklärung würde im Rahmen der Sprechstunde erfolgen. Die unterschiedlichen in die psychotherapeutische Versorgung eingebundenen Berufsgruppen könnten sich an der Durchführung der Sprechstunde beteiligen, d. h. Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten sowohl in Vertragspraxen als auch in Institutsambulanzen. Angesichts langer, oft mehrwöchiger Wartezeiten erscheint dem Rat die möglichst flächendeckende Etablierung niedrigschwellig erreichbarer psychotherapeutischer Akutsprechstunden notwendig und dringlich.

Initiativen der Krankenkassen zur Verringerung der Wartezeit auf Psychotherapie

Krankenkassen sind sich der hohen Relevanz der Depression für die Krankengeldausgaben bewusst (vgl. Kapitel 8.2) und haben hier ein Feld erkannt, die Versorgung zu verbessern. Zunehmend engagieren sie sich daher in der Vermittlung von Behandlungsplätzen, um die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz zu verringern. Der erste Facharzt-Selektivvertrag für Psychotherapie wurde 2012 nach § 73c SGB V zwischen der AOK Baden-Württemberg sowie der Bosch BKK und verschiedenen ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspartnern¹³⁵ geschlossen (Bühning 2012). Inzwischen existieren eine Reihe von Selektivverträgen, im Rahmen derer sich die teilnehmenden Therapeuten verpflichten, den Versicherten ein Erstgespräch und ggf. eine Behandlung in einem definierten Zeitrahmen anzubieten. Es existieren auch Kooperationsprojekte zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern, die teilweise auch direkt an die Mitglieder kommuniziert werden (beispielsweise „FacharztProgramm“ in Baden-Württemberg und „BKK ProPsych“ im Raum Würzburg, siehe Kasten).

¹³⁴ „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“ (GKV-VSG) In diesem Rahmen wurde die Psychotherapierichtlinie bereits dergestalt überarbeitet, dass Einzel- und Gruppentherapien im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zukünftig kombinierbar sind (G-BA 2015).

¹³⁵ Ärztliche bzw. psychotherapeutische Vertragspartner sind: MEDI Baden-Württemberg, Landesverband des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) sowie Freie Liste der Psychotherapeuten. Einschreiben können sich Fachärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg sowie Patienten, die auch am Hausarztvertrag nach § 73b SGB V teilnehmen.

Beispiele für Selektivverträge der Krankenkassen im Bereich der psychischen Versorgung

„FacharztProgramm“ in Baden-Württemberg

Am „FacharztProgramm“ der AOK Baden-Württemberg können alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK teilnehmen, die sich bereits in das „HausarztProgramm“ eingeschrieben haben, ein Programm zur hausarztzentrierten Versorgung. Das „FacharztProgramm“ ist ein Selektivvertrag nach § 73c SGB V („besondere ambulante fachärztliche Versorgung“), in das sich Versicherte für mindestens ein Jahr einschreiben. Sie verpflichten sich, die Fachärzte und Therapeuten in den Gebieten Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie, Kardiologie, Gastroenterologie sowie Orthopädie nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Zugesichert werden ihnen neben einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen den Ärzten insbesondere kürzere Wartezeiten auf einen Termin und ein Terminmanagement, das unter anderem mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche für Berufstätige vorsieht. Zusätzlich entfallen einige Arzneimittelzuzahlungen.

Programm „BKK ProPsych“ zwischen der Universität Würzburg und regionalen Betriebskrankenkassen

Ein Beispiel für eine längerfristige Kooperation zwischen ärztlichen Leistungserbringern und mehreren regionalen Krankenkassen ist das Programm „BKK ProPsych“. Teilnehmen können die Mitglieder verschiedener Betriebskrankenkassen. Es werden ein umfassendes diagnostisches Erstgespräch sowie ein zweites Gespräch angeboten, in dem die Diagnose erläutert und Empfehlungen zum Prozedere ausgesprochen werden. Im Anschluss kann eine Kurzzeittherapie mit einem Umfang von 25 Stunden genehmigt werden, die zu einem späteren Zeitpunkt auf Antrag verlängert werden kann. Die Therapie erfolgt in der Regel als Einzel-, ggf. auch als Gruppenpsychotherapie. Bei Bedarf kann der arbeitsmedizinische Dienst einbezogen werden, die Daten des Patienten werden aber nur mit dessen Zustimmung an den Hausarzt oder Betriebsarzt weitergegeben.

Reformbedarf in der Bedarfsplanung

Wie weiter oben („Probleme in der Versorgung psychisch kranker Menschen“) dargestellt, bildet die derzeitige Bedarfsplanung nicht den realen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ab und ist im Grundsatz überarbeitungswürdig. Insbesondere auch vonseiten der Leistungserbringer steht seit längerer Zeit die Forderung im Raum, die Bedarfsplanung zu modifizieren, womit oftmals eine Ausweitung der Kassensitze gemeint ist. Neben der Anzahl der Sitze wirkt sich unmittelbar aus, wie viele Stunden die Vertragspsychotherapeuten tatsächlich erbringen. In diesem Zusammenhang ist die Kritik geäußert worden, dass eine nicht unwesentliche Anzahl von Leistungserbringern nicht das volle Psychotherapiestundenkontingent – generell bzw. im Rahmen der Versorgung von gesetzlich Versicherten – erbringt. Es sollte erwogen werden, diese Frage zu prüfen, etwa über die Abrechnungsdaten, was retrospektiv relativ präzise möglich ist. Sollte die Vermutung zutreffen, könnte ein Korrektiv sein, die Bedarfsplanung so zu aktualisieren, dass sie die tatsächlich erbrachten Psychotherapiestunden realistisch abbildet. Hierzu könnten die Bedarfsplanungsgewichte entsprechend den tatsächlichen Abrechnungen empirisch ermittelt werden. In der Folge könnte zum

Beispiel geprüft werden, ob eine ggf. verdeckte Unterversorgung kompensiert werden kann, indem regelhaft tatsächliche Bedarfsplanungsgewichte mit weniger als 100 % ausgewiesen werden und sich ggf. entsprechend die Zahl an (Teil-)Sitzen in einer Region erhöht. Auf diese Weise könnten auch bei derzeit zugrunde gelegten, rechnerisch voll ausgeschöpften Sitzen Anpassungen an die tatsächliche Versorgungskapazität vorgenommen werden.

Anreizkonstellation durch die Honorierung

Im psychotherapeutischen Versorgungssystem gilt zurzeit eine gleiche Vergütung pro geleisteter psychotherapeutischer Behandlungszeit, unabhängig von konkreten Falleigenschaften. Dies könnte Anreize dafür geben, leichtere Fälle mit „unkomplizierterem“ Therapeuten-Patienten-Verhältnis oder starker eigener Reflexions- und Mitwirkungsfähigkeit des Patienten zu bevorzugen. Veränderungen in der Honorierung könnten ein Mittel sein, der genannten Fehlsteuerung entgegenzuwirken. So wäre beispielsweise grundsätzlich denkbar, Differenzierungen bei der Honorierung in der ambulanten Behandlung bei besonderer Schwere des Falls einzuführen, um einen Anreiz für die Behandlung besonders schwer erkrankter Patienten zu erzeugen. Mögliche „Nebenwirkungen“ eines solchen Systems müssten jedoch sorgsam abgewogen werden, um beispielsweise zu vermeiden, dass ein *Upcoding* – also die Abrechnung einer höheren Morbidität als der tatsächlichen – im ambulanten Bereich stattfindet. *Upcoding* könnte sich unter anderem potenziell zuungunsten von Patienten auswirken, da zumindest bestimmte psychiatrische Diagnosen zu Erschwernissen beispielsweise beim Abschluss privater (Zusatz-)Versicherungen führen können.

Koordinierung der Behandlungswege

Integrierte Versorgung und Stepped Care

Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt ein gestuftes und interdisziplinäres Versorgungsmodell für die Behandlung der unipolaren Depression, das an Krankheitsschwere und -verlauf angepasst ist (s. o.). Ähnliche Modelle sind bereits in anderen europäischen Ländern etabliert und in Teilen für Leitlinien standardisiert worden (vgl. z. B. NICE 2009). Die Eskalation der Behandlungsform führt typischerweise von unterstützenden und psychoedukativen Maßnahmen mit aufmerksamer Beobachtung des Verlaufs über niedrig intensive/frequente ambulante psychotherapeutische Interventionen und Medikation bis hin zu Kombinationsbehandlungen und stationärer Aufnahme. Im deutschen Gesundheitswesen kommt dabei den Hausärzten eine wichtige Rolle zu, da sie häufig das erste Glied in der Versorgungskette depressiver Erkrankungen sind (Wittchen et al. 2003) und auch im weiteren Verlauf, nicht nur im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, eine große Rolle in der Versorgung spielen (Fritzsche et al. 2000; Larisch et al. 2013). Bei längeren Verläufen ab sechs Wochen empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie allerdings eine fachärztliche Mitbehandlung. Hier besteht gemäß den empirischen Daten noch Optimierungspotenzial, denn bisher wird ein deutlich geringerer Anteil der depressiven Patienten überwiesen (Schneider et al. 2004, Jacobi et al. 2002, Gerste/Roick 2014). Eine engere Zusammenarbeit könnte die Versorgung entlang von Behandlungspfaden verbessern und möglicherweise die Krankheitsverläufe verkürzen.

Die konsequente Umsetzung von innovativen bzw. gestuften Versorgungsmodellen ist in Deutschland häufig an Modellprojekte geknüpft. Diese Projekte verfolgen generell das Ziel, eine besser abgestimmte Versorgung, auch über Sektorengrenzen hinweg, zu ermöglichen und dabei auch stationäre Aufenthalte zu vermeiden (s. u.; Steinhart et al. 2014). Der Ausgangspunkt sind entweder

eine stationäre Versorgungseinheit, die sich in Richtung tagesklinischer und ambulanter Angebote flexibilisiert, oder ambulant organisierte Versorgungsstrukturen, die zusätzliche Leistungen anbieten. Die Modelle basieren auf mehreren unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. So handelt es sich bei vielen krankenhausbasierten Modellen beispielsweise um Versorgungsverträge nach § 118 SGB V, § 17d SGB V oder § 140a SGB V, bei praxisbasierten Modellen um Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V (Steinhart et al. 2014). Verschiedene jüngere Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker basieren auf § 64b SGB V. Diese Regelung stellt ausdrücklich auf die sektorenübergreifende Leistungserbringung ab, schließt die komplexe psychiatrische Behandlung „im häuslichen Umfeld“ ein und sieht ein entsprechendes Modellvorhaben in jedem Bundesland vor. Da diese Vorhaben erst seit Januar 2013 bestehen, liegt noch keine systematische Evaluation vor.¹³⁶

In solchen sektorenübergreifenden Behandlungsmodellen und ihrer Evaluation sowie der weiteren Verbreitung strukturierter Versorgungsnetze besteht das Potenzial, einige der Koordinierungsdefizite bei der Versorgung psychisch Kranker zu verbessern und die Behandlung leitliniengerechter zu gestalten.

Flexiblere und Kurzzeittherapien, ambulante Krisenangebote

Ein bedeutsamer Bestandteil der meisten Modellprojekte sind ambulant wahrnehmbare psychiatrische und psychotherapeutische Angebote, die relativ kurzfristig und flexibel verfügbar sind. Voraussetzung sind daher ausreichende Behandlungskapazitäten. Es mangelt allerdings an kurzfristig verfügbaren ambulanten Angeboten, insbesondere solchen mit hoher Behandlungsintensität. Dabei gibt es Daten, die nahelegen, dass ambulante Krisenangebote (z. B. sogenannte Krisenpensionen als betreute Rückzugsorte) mit relativ hochfrequentem, bis zu täglichem Patientenkontakt stationäre Aufnahmen vermeiden bzw. stationäre Behandlungskapazitäten ersetzen können (Lambert et al. 2014; Steinhart et al. 2014). Dies ist auch deshalb naheliegend, da sich psychische Erkrankungen als Kontinuum darstellen, in der Praxis aber zwischen einer mehrwöchigen Wartezeit mit dann vereinzelt Kontakten und der (notfallmäßigen) stationären Aufnahme oft keine Zwischenangebote zu finden sind – die aber für viele Patienten möglicherweise genau bedarfsgerecht wären. Zugleich könnten solche flexiblen ambulanten Angebote mittelfristig sogar Behandlungsressourcen und finanzielle Mittel einsparen, da eine zwischenzeitlich drohende Verschlechterung und Chronifizierung in einem frühen Stadium abgewendet werden könnte. Hinsichtlich der Entwicklung der Krankengeldausgaben könnte dies ein (mit)entscheidendes Instrument sein, sowohl die Fallzahlen als auch die Falldauern zu verringern, ohne die Versorgung der Patienten zu verschlechtern. Die Tatsache, dass seit einigen Jahren die stationären Behandlungskapazitäten in der psychiatrischen Versorgung wieder zunehmen, nachdem seit den 1970er Jahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen war (Steinhart et al. 2014), spricht ebenfalls dafür, krankenhausersetzende Angebote intensiver zu nutzen

¹³⁶ Hinsichtlich der Evaluation wird kritisch diskutiert, dass zahlreichen Projekten keine hochwertigen Studiendesigns zugrunde liegen (Nolting/Hackmann 2012). Zu einzelnen Modellprojekten mit unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen existieren hingegen bereits Evaluationen und Veröffentlichungen. Ein Beispiel ist das „Hamburger Modell“ für an Psychose Erkrankte, das auf einem Vertrag nach § 140 SGB V aufbaut (Lambert et al. 2014). Eine Analyse eines der § 64b-Projekte, das bereits vor der Einführung des § 64b bestand und auf einem regionalen Psychiatriebudget basiert, deutet auf leichte Vorteile hinsichtlich der Versorgungseffektivität, jedoch nicht auf eine Reduktion der Gesamtkosten psychiatrischer Versorgung hin (König et al. 2010). Dies kann jedoch nicht stellvertretend für die Gesamtheit der Modellvorhaben gesehen werden. Es ist eine bundesweite, kassenartenübergreifend durchgeführte Evaluation aller § 64b-Projekte nach einer einheitlichen Methodik vorgesehen. Diese wird im Rahmen einer elfjährigen Studie bis 2015 von den Universitäten Dresden, Magdeburg und Leipzig vorgenommen. Erste Zwischenberichte sollen Ende 2016 vorliegen (Universität Magdeburg 2015).

und zu prüfen. Entsprechende Angebote lassen sich zudem prinzipiell mit den in jüngerer Zeit zunehmend etablierten Angeboten der psychiatrischen Zuhausebehandlung (*Home Treatment*) kombinieren.

Ambulante koordinierende Unterstützung/Case Manager

Für die bestmögliche Versorgung und die Vermeidung von Chronifizierung psychischer Erkrankung ist die adäquate und frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfsangeboten essenziell. Ebenso ist bei einer sektorenübergreifenden Inanspruchnahme oder Organisation der Versorgung – beispielsweise im Rahmen von Modellvorhaben – zentral, dass die Patienten die für sie geeigneten Angebote auffinden und wahrnehmen können. Aktuell besteht eine Lücke bei der Begleitung derjenigen psychisch Erkrankten, die dies aufgrund krankheitsbedingter Antriebslosigkeit oder angesichts des komplexen Systems schwer zu durchschauender Strukturen nicht in Eigeninitiative bewerkstelligen können.

Ein wichtiger Übergang ist derjenige von einer stationären Behandlung in ein ambulantes Setting, bei dem eine Rehospitalisierung nach Möglichkeit vermieden werden sollte, jedoch nicht selten trotzdem eintritt (Frick et al. 2014). Viele stationäre Einrichtungen bemühen sich um ein Entlassungsmanagement, was jedoch nicht bei allen Patienten gelingt oder bei zusätzlich auftretenden Veränderungen wie einem Behandler- oder Wohnortwechsel hinfällig sein kann. Für bestimmte Patienten – und in manchen Regionen ausgeprägter als in anderen – erfüllen ambulante Betreuer diese Funktion, beispielsweise im Rahmen eines betreuten Wohnens („BeWo“) oder vergleichbarer Strukturen. Für viele Patienten existiert eine solche Unterstützung jedoch nicht. Auch weitere bereits existierende Strukturen wie die Sozialpsychiatrischen Dienste können die Koordination im Regelfall aus Ressourcengründen nicht übernehmen. Es gibt gute Gründe, die Etablierung zusätzlicher Case-Management-Optionen im ambulanten Umfeld zu erproben und zu evaluieren, um die intersektorale Behandlung zu optimieren und dadurch die Reibungsverluste zu verringern.

Eine sogenannte kollaborative Versorgung (*collaborative care*) umfasst Initiativen in der Primärversorgung, bei denen verschiedene Professionen – in der Regel Hausärzte, Case Manager und kooperierende Fachärzte – strukturiert zusammenarbeiten. Es gibt eine gute Evidenz dafür, dass dieser Ansatz effektiv zu einer Symptom- und Lebensqualitätsverbesserung bei den betroffenen Patienten führen kann (Archer et al. 2012). Ein für das deutsche Gesundheitswesen adaptierter kollaborativer Versorgungsansatz mit Einbindung von Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfern als Case Managern wurde erfolgreich entwickelt und getestet (Gensichen et al. 2009). Hier gibt es aber noch weiteren Forschungsbedarf, beispielsweise zu den langfristigen Implementierungsmöglichkeiten, was auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Einsatzes von Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAHs) und Entlastungsassistenten in der Facharztpraxis (EFAs), wie aktuell in Baden-Württemberg praktiziert, von Interesse ist.

E-Health-Ansätze in der psychischen Versorgung

Seit einigen Jahren wird auch in Deutschland zunehmend beforscht, welches Nutzenpotenzial sogenannte E-Health-Interventionen in der Versorgung psychisch kranker Menschen haben. Es handelt sich dabei um Anwendungen, die digitale Medien wie das Internet zur Kommunikation mit dem Patienten bzw. in der Therapeut-Patienten-Beziehung nutzen (Bauer/Moessner 2012). Anwendungsbeispiele können Informationsportale sein, die durch ihre Niedrigschwelligkeit sonst

schwer erreichbare Patienten mit einer depressiven Symptomatik oder anderen psychischen Störungen in einem frühen Stadium erreichen und zunächst über Chat- oder Telefonangebote und im Anschluss ggf. über die Vermittlung von persönlichen therapeutischen Gesprächen eine Behandlung bahnen können (Dirmaier et al. 2015). Andere Modelle bieten beispielsweise eine poststationäre Nachbetreuung im Einzelkontakt oder in Gruppen an und zielen dabei auf eine Verringerung von vermeidbaren Wiederaufnahmen. Es gibt Hinweise auf den Nutzen solcher E-Health-Angebote (Dirmaier et al. 2015; Hilty et al. 2013), sie sind in der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland allerdings aktuell bei Weitem nicht so etabliert wie für bestimmte Anwendungen in den USA oder einigen anderen Ländern (Aboujaoude et al. 2015; Deen et al. 2012). Auch die Wirksamkeit der Durchführung einer gesamten Therapie über das Internet (sogenannte Internettherapie) wird untersucht (Kersting et al. 2013). Bisher wird bei Patienten jedoch überwiegend eine Präferenz für persönliche Behandlungskontakte beobachtet (Eichenberg et al. 2013). Insgesamt bedarf es einer kritischen Prüfung dieser Anwendungen, um einerseits das mögliche Potenzial zu erschließen, andererseits aber nur solche Maßnahmen zu etablieren, die einen tatsächlichen Nutzen für die Patienten haben und keine schlechtere Versorgung gegenüber alternativ denkbaren Therapieformen, wie einer ausschließlich persönlichen Psychotherapie, bedeuten.

10.1.5 Zusammenfassung

In der Gesamtschau besitzen psychische Erkrankungen eine ausgesprochen hohe Relevanz für Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld und Frühberentungen. Die unipolare Depression (nach ICD-10 vor allem F32) ist dabei angesichts ihres jeweiligen Anteils von besonderer Bedeutung, weshalb sie in diesem Kapitel exemplarisch betrachtet wurde.

In der Versorgung von Menschen mit Depressionen besteht in zahlreichen Zusammenhängen Optimierungspotenzial, durch das der Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung verbessert, Krankheitsverläufe verkürzt und Chronifizierungen reduziert werden könnten. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass vor allem schwer erkrankte, wenig mitwirkungsfähige Patienten derzeit im ambulanten Bereich unzureichend versorgt werden.

Eine zentrale Herausforderung in der psychotherapeutischen Versorgung ist die Verkürzung oft langer Wartezeiten. Unter anderem im Hinblick hierauf sollte aus Sicht des Rats die Bedarfsplanung kritisch geprüft und populationsorientiert weiterentwickelt werden, sodass sie dem realen Bedarf möglichst nahekommt. Ein zweites wichtiges Problemfeld ist die unzureichende Koordinierung der Angebote insbesondere an den Sektorengrenzen und für Patienten mit wenig eigenen Ressourcen. Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation können unter anderem in einem Ausbau gestufter Versorgungsmodelle und flexibler ambulanter Versorgungsangebote insbesondere im Krisenfall, in ambulantem Case-Management und in der Etablierung früher Erstkontakte – etwa im Rahmen einer regelhaft und flächendeckend angebotenen Akutsprechstunde – bestehen. Die Evaluation bereits laufender Modellvorhaben kann zu verbesserten Erkenntnissen über den Nutzen bestimmter Behandlungskonzepte führen. Insgesamt handelt es sich um komplexe Herausforderungen, die einer weitergehenden Betrachtung bedürfen, als es im Rahmen dieses Gutachtens möglich ist.

Bei den Analysen der dokumentierten ICD-Diagnosen über die Routinedaten wird deutlich, dass die Datenvalidität deutliche Schwächen aufweist und die Daten zum Krankengeld im deutschen Gesundheitssystem generell sehr heterogen vorliegen. Hier ist zukünftig eine präzisere Kodierung

aufseiten der Leistungserbringer und eine einheitlichere Aufbereitung der ICD-Krankengelddaten aufseiten der Krankenkassen zu empfehlen, um die Aussagekraft statistischer Auswertungen zu steigern. Insgesamt wird ein Ausbau der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsforschung empfohlen, in der besonders Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit neuer Versorgungskonzepte sowie ggf. ihrer langfristigen Implementierung gefördert werden.

10.2 Rückenschmerzen

Etwa drei Viertel der deutschen Bevölkerung sind einmal in ihrem Leben von Rückenschmerzen betroffen, ein Drittel leidet innerhalb eines Dreimonatszeitraums unter täglichen Rückenschmerzen (RKI 2012). Die Prävalenz von akuten Kreuzschmerzen (definiert als Schmerzen unterhalb des Rippenbogens im unteren Wirbelsäulenbereich) wurde im Gesundheitssurvey 2003 mit 30 bis 40 % ermittelt (RKI 2006; RKI 2012). Im Rahmen einer späteren Untersuchung wurde eine Punktprävalenz von 37 % gefunden, eine Jahresprävalenz von 76 % sowie eine Lebenszeitprävalenz von 85 % (Schmidt et al. 2007). Akute Rückenschmerzen verschwinden bei etwa 60 bis 90 % der Betroffenen innerhalb weniger Wochen, allerdings haben ca. 70 % der Betroffenen entweder anhaltende oder wiederauftretende Schmerzen (RKI 2012; Cassidy et al. 2005; Pengel et al. 2003). Bei deutlich weniger als der Hälfte der Betroffenen finden sich jedoch spezifische Ursachen für Rückenschmerzen, z. B. Veränderungen an der Wirbelsäule oder den Bandscheiben. Im Jahr 2003 wurden bei einem telefonischen Gesundheitssurvey von etwa 22 % der Frauen und 15 % der Männer in Deutschland chronische Rückenschmerzen angegeben, die Prävalenz chronischer Rückenleiden steigt mit dem Alter kontinuierlich an (RKI 2006). Chronische Rückenschmerzen liegen auf Rang drei der Ursachen für eine vorzeitige Berentung (Schmidt/Kohlmann 2005). Nach einer Dauer von etwa zwölf Wochen mit unspezifischen Rückenschmerzen sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren, rapide (BÄK/KBV/AWMF 2010).

Für die Behandlung der Erkrankungen des Rückens und der Wirbelsäule wurden laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2008 ca. 9,04 Milliarden Euro ausgegeben, dies entspricht ca. 4 % der direkten Kosten aller Krankheiten (Statistisches Bundesamt 2010). Die geschätzten indirekten Kosten beliefen sich auf ca. zehn Milliarden Euro für Produktionsausfälle und ca. 17,3 Milliarden Euro durch den Verlust an Arbeitsproduktivität (BAUA 2013). Als weitere Folgen stehen die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nach den psychischen Störungen an zweiter Stelle der Ursachen von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Im Jahr 2014 betraf diese Ursache knapp 22 000 Neuzugänge (DRV 2015).

Wie bereits in Kapitel 7 dargestellt, nehmen Erkrankungen des Bewegungsapparats eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Langzeitarbeitsunfähigkeiten ein. Das BVA-Morbiditätsprofil der krankengeldbeziehenden Mitglieder zeigt für das Jahr 2014, dass bei einer Ordnung der Diagnosen nach Jahresprävalenz sechs M-Diagnosen unter den Top 20 rangieren, wobei „Rückenschmerzen“ (ICD-10-Dreisteller: M54) und „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) mit 49,1 % bzw. 20,9 % die relevantesten Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens darstellen. Rückenschmerzen nehmen darüber hinaus den ersten Rang bei den krankengeldbeziehenden

Mitgliedern ein. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung liegen Rückenschmerzen bei Frauen auf dem zweiten Rang und bei Männern auf dem ersten Rang.¹³⁷

Die ergänzende Analyse der Barmer GEK-Daten zeigt ebenfalls für das Jahr 2014, dass die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10-Dreisteller: M00–M99) mit 29 % den höchsten Anteil an den Krankengeldfallzahlen ausmachen.¹³⁸ Die Gegenüberstellung der Jahre 2012 bis 2014 macht zudem ersichtlich, dass die M-Diagnosen im Vergleich zu den anderen fünf Diagnosegruppen den stärksten Zuwachs mit insgesamt 890 000 Krankengeldtagen verzeichneten. Dies entspricht knapp der Hälfte des gesamten Zuwachses aller untersuchten ICD-Kapitel.

Aufgrund der hohen Relevanz wird im Folgenden der Fokus auf chronische Rückenschmerzen (vgl. Exkursbox „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“) gelegt.

10.2.1 Risikofaktoren für die Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens

Der „Gesundheitsreport 2014 – Risiko Rücken“¹³⁹ der Techniker Krankenkasse (TK) sowie die AOK-Fehlzeiten-Reporte liefern Anhaltspunkte zu den Auswirkungen von beruflichen, sozialen und verhaltensabhängigen Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit, aufgrund von M-Diagnosen langfristig arbeitsunfähig zu sein, und damit einhergehend auf die Wahrscheinlichkeit, Krankengeld zu beziehen.¹⁴⁰ In der Versichertenpopulation der TK rangieren Erkrankungen des Rückens auf Platz zwei der Ursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit, etwa 0,6 % der Erwerbspersonen sind davon betroffen.¹⁴¹ Die indikationsspezifische Unterteilung offenbart, dass der Anteil der Bandscheibenschäden (ICD-10-Dreisteller: M50–M51) bei ca. 32 % liegt und unspezifische Rückenschmerzen (M54) ca. 45 % ausmachen. Sofern jedoch ausschließlich die Gruppe der von Rückenschmerzen Betroffenen betrachtet wird, dauern die Arbeitsunfähigkeiten bei 51,4 % der Betroffenen bis zu sieben Tage und bei nur knapp 19,5 % der Betroffenen dauern Arbeitsunfähigkeiten über 42 Tage an. Auf diese kleine Population sind jedoch 57,6 % aller rückenschmerzbedingten Arbeitsunfähigkeitstage zurückzuführen. Alters- und geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Langzeitarbeitsunfähigkeit zeigen bei männlichen Erwerbspersonen leicht höhere Anteile in den Altersklassen bis 45 Jahre und in den Altersklassen ab 55 Jahren, die Unterschiede sind jedoch marginal (TK 2014). Bei der Prävalenz¹⁴² von Rückenschmerzen zeigt sich gemäß der telefonischen Gesundheitssurveys aus den Jahren 2003 und 2009 ein abweichendes Bild, mit einem altersbedingten annähernd linearen Anstieg

¹³⁷ Bezieht sich auf die Auswertung von Einzeldiagnosen hinsichtlich ihres Anteils an allen Krankengeldfällen, sofern die Einzeldiagnosen von allen acht Krankenkassen unter den Top-30-Diagnosen genannt wurden.

¹³⁸ Bezieht sich auf die dem Krankengeldfall zugeordnete Hauptdiagnose.

¹³⁹ Der Gesundheitsreport basiert auf routinemäßig erfassten Daten von 4,1 Millionen Mitgliedern der TK, die zum Zeitpunkt der Erhebung sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder arbeitslos gemeldet waren. Für das Jahr 2013 entspricht dies einem Anteil von 13,7 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (TK 2014).

¹⁴⁰ Da die Population der TK-Mitglieder in einem vergleichsweise geringeren Ausmaß von Rückenleiden betroffen ist als der Bundesdurchschnitt, lassen sich die weiter unten dargestellten Befunde nur bedingt auf die gesamte Versichertenstruktur der Bundesrepublik Deutschland übertragen. Insgesamt kann von einer deutlichen Unterschätzung der Ergebnisse ausgegangen werden (TK 2014).

¹⁴¹ Bezieht sich auf Arbeitsunfähigkeitstage und den relativen Anteil der Tage bei der Diagnose Rückenschmerzen, ICD-10-Dreisteller: M40–M54 (TK 2014).

¹⁴² Bezieht sich auf Rückenschmerzen, die mindestens drei Monate andauerten und zu täglichen oder nahezu täglichen Schmerzen führten.

der Häufigkeit von chronischen Rückenschmerzen sowie einer höheren Prävalenz bei Frauen (RKI 2012).

Insbesondere Versicherte mit körperlich belastenden beruflichen Tätigkeiten sind im Vergleich zu Personen mit geringer körperlicher Belastung deutlich häufiger von langfristiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenbeschwerden (ICD-10: M40–M54) betroffen. Der Anteil an Langzeitarbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen des Rückens liegt bei den Erwerbspersonen, die bei der TK versichert sind, durchschnittlich bei 0,46 %. Im Vergleich dazu sind beispielsweise die Berufsgruppen „Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten“ und „Reinigungsberufe“ mehr als doppelt so häufig von Langzeitarbeitsunfähigkeit betroffen. Zu den Berufsgruppen, die nur halb so häufig aufgrund von Rückenbeschwerden langfristig arbeitsunfähig sind, zählen u. a. „Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe“ (0,29 %) sowie „Lehrende und ausbildende Berufe“ (TK 2014). Dies bestätigen auch die Analysen der AOK-Fehlzeiten-Reporte von 2007 bis 2015 (Abbildung 52). So haben im Jahr 2014 muskuloskelettale Erkrankungen sowohl im Baugewerbe als auch im verarbeitenden Gewerbe jeweils 27 % bzw. 25 % aller Langzeitarbeitsunfähigkeiten verursacht und liegen damit deutlich über dem Branchendurchschnitt (AOK-Bundesverband 2015). Der prozentual niedrigste Anteil bezieht sich mit 16 % auf den Banken- und Versicherungssektor. Diese Differenz der Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle zwischen den Berufsgruppen scheint nach den Daten der AOK-Fehlzeiten-Reporte seit 2006 stabil zu sein bzw. sogar geringfügig größer zu werden (Abbildung 52).

Versicherte mit einem Vollzeitarbeitsvertrag oder mit Zeitverträgen sowie Personen ohne Arbeitnehmerüberlassung weisen einen geringen Anteil an Arbeitsunfähigkeiten¹⁴³ aufgrund von Erkrankungen des Rückens auf. Regionale alters- und geschlechtsstandardisierte Analysen zur Langzeitarbeitsunfähigkeit aufgrund von M40-M54-Dreistellern zeigen ein deutliches Süd-Ost-Gefälle, wobei die südlichen Bundesländer (Baden-Württemberg, Sachsen und Bayern) den bundesweiten Durchschnitt um mindestens 20 % unterschreiten und die nordöstlich gelegenen Bundesländer (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg) den Durchschnitt um mindestens 15 % überschreiten (TK 2014). Ein eindeutiger Zusammenhang mit dem Bildungsgrad und dem Sozialstatus gilt als nachgewiesen: Das Risiko für Kreuzschmerzen sinkt mit zunehmendem Bildungsgrad sowie mit zunehmendem Sozialstatus (RKI 2012).

Darüber hinaus haben Personen mit Kreuzschmerzen häufiger weitere Erkrankungen als alters- und geschlechtsgleiche Personen ohne Kreuzschmerzen. Hierzu zählen vor allem Komorbiditäten des Herz-Kreislauf-Systems, degenerative und entzündliche Gelenkerkrankungen, Adipositas und psychische Störungen (BÄK/KBV/AWMF 2010; RKI 2012).

¹⁴³ Dies bezieht sich auf die allgemeine Arbeitsunfähigkeit, Ergebnisse zur Langzeitarbeitsunfähigkeit wurden nicht explizit ausgewiesen.

Des Weiteren können bestimmte Merkmale des individuellen Lebensstils zu Beschwerden des Bewegungsapparats beziehungsweise zu einer Chronifizierung derselben führen, wobei die dahinterliegenden Mechanismen unklar sind. Jedoch nehmen die somatischen und psychosozialen Risikofaktoren wie beispielsweise Übergewicht, Nikotin-, Alkohol- und Drogenabusus, passiver Lebensstil, Vermeidungsverhalten, geringe Arbeitszufriedenheit, gering empfundene subjektive Kontrolle über den Arbeitsablauf, hohes Arbeitstempo, Depressivität und Distress eine zentrale Rolle ein (z. B. Werber/Schiltenswolf 2014; Zimmermann-Stenzel et al. 2008; BÄK/KBV/AWMF 2010; Nicholas et al. 2011; AOK-Bundesverband 2007). Der Zusammenhang von Übergewicht bis hin zur krankhaften Adipositas und Rückenschmerzen wurde u. a. in einer Metaanalyse, die insgesamt 33 Querschnitts- und Kohortenstudien umfasst, untersucht (Shiri et al. 2010). Übergewichtige Personen zeigen in dieser Übersichtsarbeit eine erhöhte Prävalenz für Rückenschmerzen sowie eine erhöhte Nachfrage nach ärztlicher Behandlung im Vergleich zu normalgewichtigen Personen. Die Prävalenz für chronische Rückenschmerzen steigt mit zunehmendem Grad des Übergewichts. Bei Frauen ist der positive Zusammenhang zwischen höherem Körpergewicht und chronischen Rückenschmerzen stärker ausgeprägt als bei Männern. Ein ähnlicher Zusammenhang wurde ebenfalls in einer Metaanalyse von 26 Querschnitts-, Fallkontroll- und Kohortenstudien zwischen Adipositas und lumbalen radikulären Schmerzen (Nervenwurzelschmerzen, Ischias) und auch Bandscheibenoperationen aufgezeigt (Shiri et al. 2014).

In einer noch laufenden Kohortenstudie unter finnischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergaben sich Hinweise, dass mangelnde körperliche Bewegung möglicherweise ein stärkerer Risikofaktor ist als das Gewicht. Allerdings kann ein Übermaß an sportlicher Betätigung bei Menschen mit erhöhtem Körpergewicht eher schädliche Auswirkungen auf den Rücken haben (Shiri et al. 2013). Angesichts der zahlreichen Hinweise für eine Assoziation zwischen den Risikofaktoren Adipositas und mangelnde körperliche Bewegung bereits im Jugendalter und der Entwicklung von Rückenschmerzen sollten gesundheitsfördernde Verhaltensmaßnahmen – als Ergänzung zum mehr auf Leistung ausgerichteten Schulsport – entwickelt und angemessen evaluiert werden (Manchikanti/Hirsch 2015). Es gibt zahlreiche, auch in randomisierten, kontrollierten Studien untersuchte Interventionsprogramme, die Schulkinder zu körperlicher Bewegung anregen sollen, wobei der Effekt auf den Gesundheitszustand und die Anregung zu weiterer körperlicher Aktivität eher gering bis mäßig ausgeprägt ist (Dobbins et al. 2009). Komplexe Interventionen zur Gewichtsreduktion speziell für adipöse Kinder sind teilweise im Hinblick auf schulische Leistungen wirksam, insbesondere wenn sie für alle Schüler angeboten werden (Martin et al. 2014).

Im Erwerbsleben können neben dem bedeutenden Risikofaktor Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz auch andere, arbeitsbezogene Faktoren (z. B. das Tragen und Heben von schweren Lasten, Vibration), die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die eigene Erwerbsbiografie und -prognose sowie mögliche Vorteile der verschiedenen Entgeltersatzleistungen zu einer weiteren Chronifizierung beitragen.

Sowohl für die Entstehung als auch für den Verlauf von Rückenbeschwerden ist eine eindeutige Analyse der einzelnen ausschlaggebenden Faktoren in der Regel schwierig, da einerseits Chronifizierungsmechanismen unklar sind, bei den vorhandenen Risikofaktoren keine Grenzwerte existieren und andererseits von einem mehrdimensionalen Entstehungs- und Chronifizierungsprozess ausgegangen werden muss (AOK-Bundesverband 2007; Kempf et al. 2014). Zur Vermeidung der Chronifizierung ist es dennoch entscheidend, unterschiedliche Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzusteuern. Von allen denkbaren und überprüften Faktoren, die zur Chronifizierung von Rückenschmerzen beitragen können, liegen für Stress am Arbeitsplatz und Depressionen die

meisten und sichersten Belege vor (BÄK/KBV/AWMF 2010; Linton 2000; Pincus et al. 2002). In der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL KS) wird empfohlen, möglichst früh mit einem Screening nach psychosozialen Risikofaktoren für Chronifizierung und ggf. mit prophylaktischen Maßnahmen zu beginnen. Konkret wird empfohlen, nach vierwöchiger Therapie unspezifischer Rückenschmerzen und Hinweisen auf beispielsweise depressive Verstimmung und Arbeitsplatzprobleme psychosoziale Aspekte zu untersuchen. Die Studienlage zum optimalen Beginn und zu geeigneten Assessmentinstrumenten ist jedoch unzureichend (Grotle et al. 2006; Jellema et al. 2007; BÄK/KBV/AWMF 2010; Savigny et al. 2009). Es mangelt an hochwertigen Studien (BÄK/KBV/AWMF 2010; Savigny et al. 2009), insbesondere für die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens. Ein sehr wesentlicher Faktor ist jedoch stets der Arbeitsplatz, daher wird in der NVL KS die frühzeitige Einschaltung von Betriebsärzten dringend empfohlen. In Frankreich gibt es eine spezielle Versorgungsleitlinie für Rückenschmerzen, die auf berufliche Belastung zurückzuführen sind (Petit et al. 2015).

Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz¹⁴⁴

Im Jahr 2010 wurde die NVL KS¹⁴⁵ herausgegeben, die auf die Definition, Prävention, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von akuten sowie chronischen Rückenschmerzen eingeht. Alle Handlungsempfehlungen dieser Leitlinie stützen sich dabei auf Kernaussagen deutscher und internationaler Leitlinienherausgeber, um die optimale Versorgung von Patienten mit nichtspezifischen Kreuzschmerzen adäquat zu gewährleisten. Zudem beinhaltet die NVL Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Koordination zwischen den beteiligten Versorgungsbereichen.

Nach der NVL KS wird zwischen unspezifischen und spezifischen Kreuzschmerzen unterschieden. Spezifisch bedeutet in diesem Fall, dass es eine primär organische Ursache (z. B. Osteoporose, Fraktur, erheblicher Bandscheibenvorfall) gibt. Bei den sogenannten unspezifischen Kreuzschmerzen findet sich kein eindeutiges schmerzverursachendes Korrelat. Hier stößt die Medizin auch an die Grenzen der Diagnostik, derzeit ist es noch nicht möglich, beispielsweise muskuläre Veränderungen, die auch eine Rolle spielen, mit bildgebenden Verfahren darzustellen.

Im Weiteren wird zwischen akuten (weniger als sechs Wochen), subakuten (mehr als sechs Wochen) und chronischen Kreuzschmerzen (mehr als zwölf Wochen) unterschieden.

10.2.2 Therapieformen und Versorgungsstrukturen zur Vermeidung von chronischen Rückenschmerzen

Wirksame Therapieformen umfassen die Beibehaltung von körperlicher Aktivität und die kognitive Verhaltenstherapie, auf deren positiven Therapieeffekt hingewiesen wird (BÄK/KBV/AWMF 2010; Hoffman et al. 2007; Savigny et al. 2009). Je nach Art (chronisch oder akut) des

¹⁴⁴ Eine Besonderheit dieser Leitlinie ist die Betonung präventiver, biopsychosozialer Ansätze und Hinweise auf Versorgungsstrukturen, die zur Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentung beitragen sollen.

¹⁴⁵ Die Ausführungen beziehen sich auf die aktuellsten Änderungen der Versorgungsleitlinie, Version 4, August 2013.

Rückenschmerzen lässt sich die Angemessenheit möglicher Therapien unterscheiden, wobei weitere Therapieformen (Tabelle 20), deren Wirksamkeit in der Literatur als nicht nachweisbar eingestuft werden oder die die Passivität des Patienten fördern (z. B. Bettruhe), generell nicht angewendet werden sollen. Neben der frühzeitigen Identifizierung von Patienten mit hohem Risiko für Chronifizierung werden konkrete Abläufe von der primärärztlichen Versorgung bis hin zur Inanspruchnahme von multimodal arbeitenden und interdisziplinär zusammengesetzten Schmerzteams beschrieben. Von der Überversorgung mit apparativer Diagnostik, aber auch von apparativen Therapieangeboten wird abgeraten, da letztere vielfach die passive Haltung und Chronifizierung begünstigen (BÄK/KBV/AWMF 2010; Savigny et al. 2009). Dennoch wird beispielsweise die statische Magnetfeldtherapie als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten, obwohl laut NVL KS von der Anwendung abgeraten wird.

Auch wenn es aufgrund der vorhandenen Studienlage schwierig ist, bestimmte Formen der Bewegung als besonders geeignet zur Prävention von Rückenschmerzen zu bezeichnen, haben sich diejenigen Formen der Rückenschule, denen ein biopsychosoziales Modell zugrunde liegt und deren Anbieter in der Konföderation der deutschen Rückenschulen zusammengeschlossen sind (z. B. die neue Rückenschule¹⁴⁶), als zumindest zeitweise oder partiell wirksam erwiesen (BÄK/KBV/AWMF 2010; Borys et al. 2013; Tutzschke et al. 2014; Kempf et al. 2014). Insbesondere im berufsbezogenen Setting scheint dieser Ansatz erfolgreich zu sein (BÄK/KBV/AWMF 2010). Dies wiederum unterstreicht die Bedeutung der Kooperation zwischen Krankenkassen und BGF (s. u.). Auch gilt als belegt, dass die Beibehaltung der körperlichen Aktivität und zusätzliche körperliche Bewegung präventiv zur Verhinderung zukünftiger Schmerzepisoden und Arbeitsunfähigkeit wirksam ist (Linton/van Tulder 2001).

Nach dem DKV-Report 2015 „Wie gesund lebt Deutschland“ (Froböse/Wallmann-Sperlich 2015) erreicht nur etwa jeder zweite Deutsche das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Bewegungsziel von mindestens 150 Minuten moderater bis anstrengender Bewegung pro Woche.¹⁴⁷ Obgleich die Wirksamkeit von Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität mit dem Ziel, die Morbidität zu reduzieren, nicht sicher belegt ist, unterstützen nahezu alle Krankenkassen die Nutzung der zahlreich vorhandenen Kursangebote von Fitnessstudios und der zuvor beschriebenen Rückenschulen.

Diese Angebote stellen neben den präventiven Effekten auf den Gesundheitszustand auch ein Wettbewerbsmerkmal unter den Krankenkassen dar, um insbesondere die Attraktivität für gesundheitsbewusste Versicherte zu erhöhen.

¹⁴⁶ Bei der neuen Rückenschule handelt es sich um ein umfassendes Konzept, dessen Ziel es ist, die Rückengesundheit der Kursteilnehmer mit einem multimodalen, bewegungsorientierten und mehrstufigen Programm zu fördern und einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen. Sie basiert auf einer salutogenetischen und biopsychosozialen Betrachtungsweise und zielt auf den Aufbau von Schutzfaktoren und auf die Verminderung von Risikofaktoren ab (Kempf et al. 2014).

¹⁴⁷ Gemäß der aktuellen Empfehlung der WHO sollten Erwachsene wöchentlich mindestens 150 Minuten Bewegung von moderater bis starker Intensität ausüben (WHO 2010). Beispiele hierfür sind strammes Gehen, Laufen, Fahrradfahren, Heben schwererer Lasten, Schwimmen und wettkampfmäßig betriebener Sport. Viele Haushaltstätigkeiten erfüllen diese Kriterien jedoch nicht (Ainsworth et al. 2000).

Therapieform	Akute Rückenschmerzen	Chronische Rückenschmerzen
Bewegung	soll beibehalten/angewendet werden	soll beibehalten/angewendet werden
Kognitive Verhaltenstherapie	soll nicht angewendet werden	kann eingeschränkt angewendet werden
Akupunktur	soll nicht angewendet werden	kann eingeschränkt angewendet werden
Bewegungstherapie	soll nicht verordnet werden	kontrollierte Bewegungstherapie soll angewendet werden
Entspannungsverfahren	Progressive Muskelrelaxation (PMR) kann angewendet werden	PMR soll angewendet werden
Ergotherapie	soll nicht angewendet werden	kontrollierte Bewegungstherapie soll angewendet werden
Manipulation, Mobilisation	kann angewendet werden	kann angewendet werden
Massage	soll nicht angewendet werden	kann angewendet werden
Rückenschule	kann angewendet werden	soll angewendet werden
Wärmetherapie	kann angewendet werden	soll nicht angewendet werden
Bettruhe	soll nicht angewendet werden	
Elektrotherapie (Interferenztherapie, PENS, TENS) PENS = perkutane elektrische Nervenstimulation; TENS = transkutane elektrische Nervenstimulation		
Kurzwellendiathermie		
Lasertherapie		
Magnetfeldtherapie		
Orthesen		
Kältetherapie		
Traktion mit Gerät		
Ultraschall (therapeutisch)		

Tabelle 20: Nichtmedikamentöse Therapieempfehlung bei akuten und chronischen Rückenschmerzen nach der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz

Quelle: eigene Darstellung, Quelle: BÄK/KBV/AWMF 2010

10.2.3 Übersicht über einzelne Präventionsangebote ausgewählter Krankenkassen

Um einen exemplarischen Überblick über das vorhandene Präventionsangebot von Krankenkassen zu bekommen, wurden die Homepages der TK, Barmer GEK, AOK Baden-Württemberg, Deutsche BKK, der Knappschaft-Bahn-See (KBS) und der IKK classic herangezogen und anhand der Suchwörter „Rücken“, „Rückenschmerzen“, „Rückenschule“, „rehabilitative Rückenschule“ und „chronische Rückenschmerzen“ im Hinblick auf das Präventionsangebot durchsucht (s. Tabelle A-5 im Anhang).¹⁴⁸ Als Ergebnis zeigt sich ein umfangreiches Informationsangebot aller Krankenkassen, wie Rückenbeschwerden im Alltag und Berufsleben vermieden oder eingeschränkt werden können. Jede dieser Kassen bietet außerdem ein umfangreiches Angebot an unterschiedlichen Gesundheitskursen und Rückenschulen an. Es zeigt sich ergänzend eine übergreifende Kooperation der Krankenkassen, um ein vielschichtiges Spektrum der Gesundheitskurse/Rückenschulen zu gewährleisten. Für einzelne Maßnahmen wie beispielsweise die Onlinerückenschule und die rehabilitative Rückenschule für Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen gibt es teilweise kassenspezifische Angebote. Das breite Repertoire an Maßnahmen wird entweder durch die jeweilige Kasse selbst angeboten oder die Inanspruchnahme bei anderen Anbietern wird finanziell unterstützt, obgleich nicht für alle Maßnahmen Evidenz für deren Wirksamkeit vorliegt (BÄK/KBV/AWMF 2010; Kempf et al. 2014; Petit et al. 2015; Eccleston et al. 2014).

Die angebotenen Gesundheitskurse/Rückenschulen werden von den jeweiligen Krankenkassen einerseits bezuschusst und andererseits in der Regel in den kasseneigenen Bonusprogrammen anerkannt, jedoch erfolgt keine 100%ige Kostenerstattung durch die Versicherung. Dies könnte dazu führen, dass Versicherte mit einer geringen Zahlungsbereitschaft oder Versicherte mit geringen Einkommen von der Nutzung des Präventionsangebots ausgeschlossen werden. Des Weiteren werden auch bestimmte Berufsgruppen (z. B. Berufe mit schwerer körperlicher Arbeit, Erwerbstätige mit wechselnden Arbeitsschichten) möglicherweise von der Nutzung ausgeschlossen, da sie entweder schwerer zu motivieren sind, nach der Arbeit körperliches Training zu absolvieren, oder nicht regelmäßig am Gesundheitskurs teilnehmen können. Auch eine mangelhafte Gesundheitskompetenz (im Sinne der Health Literacy) wird gerade für Menschen mit niedrigem Bildungsgrad ein Hindernis darstellen, von solchen im Internet angebotenen Schulungsprogrammen zu profitieren (Sondergutachten 2012).

10.2.4 Analysen des Krankenstands für Arbeitgeber

Gerade bei unspezifischen Rückenschmerzen besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Arbeitsplatzsituation und einer Chronifizierung (s. o.). Nach einem Cochrane Review gibt es jedoch nur wenig belastbare Belege für die Wirksamkeit von Rückenschulen im betrieblichen Umfeld im Hinblick auf Schmerzen und Arbeitsunfähigkeit (Heymans et al. 2004). Diese Aspekte verdeutlichen die Sinnhaftigkeit einer Kooperation zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern. In der Ausübung ihrer Aufgaben gemäß §20a SGB V stellen die Krankenkassen den Arbeitgebern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen detaillierte Analysen zu Diagnosen und den betroffenen Berufsgruppen bereit, sobald eine Mindestanzahl (meist 50 oder 100) an Beschäftigten bei der

¹⁴⁸ Präventionsangebote zum Thema Ernährung/Übergewicht, die ebenfalls einen positiven Effekt auf die Reduktion von Rückenschmerzen haben könnten, wurden in der Analyse der Homepages nicht berücksichtigt.

jeweiligen Krankenkasse versichert ist. Ebenso können Vergleiche innerhalb desselben Wirtschaftszweigs dargestellt werden.¹⁴⁹

Dies ermöglicht eine branchen- bzw. berufsspezifische Analyse und liefert wertvolle Daten sowohl für den Arbeitgeber als auch für die jeweilige Krankenkasse. Für die Krankenkassen stellt dies auch die Möglichkeit dar, die gerade bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen erforderliche Brücke zwischen „Freizeit“-Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung zu schlagen und konkrete Präventionsmaßnahmen anzuregen. Da jedoch die Mehrzahl der Beschäftigten bei klein- und mittelständischen Betrieben angestellt ist, sind hier besondere Formen der Zusammenarbeit erforderlich (s. Kapitel 9). Die von den Kassen zur Verfügung gestellten Daten und Analysen zu fehlzeitenbedingenden Diagnosen sind darüber hinaus heterogen strukturiert und stellen für mittelständische Betriebe mit auf mehrere Kassen verteilten Mitarbeitern eine Herausforderung bei der Ableitung von Schlüssen und Maßnahmen dar.

10.2.5 Zusammenfassung

Rückenschmerzen sind ein häufig auftretendes gesundheitliches Problem, bei etwa 10 % der Betroffenen tritt eine Chronifizierung ein. Rückenschmerzen stellen eine der zwei häufigsten Ursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung dar, sodass auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive wirksame Präventionsansätze erforderlich sind. Patienten mit hohem Chronifizierungsrisiko gilt es frühzeitig zu erkennen, angemessen zu diagnostizieren und zu behandeln. Der Nutzen einer frühzeitigen Erkennung von Risikofaktoren für eine Chronifizierung mittels geeigneter Screeninginstrumente muss jedoch erst in qualitativ hochwertigen Studien überprüft werden.

Auch die Evaluation spezieller Therapieprogramme zur Reduktion von Risikofaktoren für die Entstehung von Rückenschmerzen (z. B. Übergewicht, Bewegungsmangel) sollte vertieft werden. Hierbei gilt es, ein besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen (z. B. Beschäftigte mit schwerer körperlicher Arbeit, im Schichtdienst Tätige) zu legen. Gerade für chronische Rückenschmerzen ist der Zusammenhang zwischen den Bedingungen am Arbeitsplatz und dem Erkrankungsrisiko belegt, sodass hier eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem BGM sinnvoll ist.

Bei der Sichtung der Homepages ausgewählter Krankenkassen wird deutlich, dass diese über ein umfangreiches Angebot an Gesundheitskursen und Rückenschulen mit dem Ziel der Prävention von Rückenschmerzen verfügen. Belege über die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen sowie die Nutzung derselben sind dagegen rar und sollten zukünftig erbracht werden. Vor allem sollte der Personenkreis identifiziert werden, der besonders von der Teilnahme an Gesundheitskursen und Rückenschulen profitiert.

¹⁴⁹ Für weitere Details kann beispielsweise der aktuellste HELIOS-Gesundheitsbericht im Internet abgerufen werden (HELIOS 2015).

10.3 Literatur

Literatur zu Kapitel 10.1 „Psychische Gesundheit – Versorgung von Menschen mit Depression“

- Aboujaoude, E., Salame, W. und Naim, L. (2015): Telemental health: a status update. *World Psychiatry* 14: 223–30.
- Abholz, H.H. und Schmacke, N. (2014): Patienten mit Traurigkeit und Depression – Prävalenz, Therapie und Versorgung in der Hausarztpraxis, in: Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P., Schmacke, N. (2014): *Versorgungsreport 2013/2014*. Schattauer, Berlin.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L. u. a. (2012): Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006525.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. und Schomerus, G. (2014): Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry* 29(6): 390–395.
- Awa, W.L., Plauman, M. und Walter, U. (2010): Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 78: 184–190.
- Bauer, S. und Moessner, M. (2012): Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and e-mental health. *Journal of Mental Health* 21(4): 355–63.
- Berger, M. und van Calker, D. (2004): Affektive Störungen, in: Berger, M. (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen*. Klinik und Therapie, Urban und Fischer, München.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK, Berlin, 2011, www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (Stand: 3. September 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2012): Kostenerstattung – Ein BPtK-Ratgeber für psychisch kranke Menschen, www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/bptk_ratgeber_kostenerstattung.pdf (Stand: 10. September 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2013a): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung, Berlin, www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPtK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf (Stand: 16. November 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2013b): Ausgaben für Kostenerstattung mehr als verfünffacht, www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/ausgaben-fue.html (Stand: 10. September 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2013c): Psychische Krankheiten sind alltäglich, www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychische-k.html (Stand: 10. September 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2014): Mängel in der KBV-Wartezeitenumfrage, in: BPtK-Newsletter Ausgabe 3/2014, Berlin, www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Newsletter/2014/201403/20141000_bptk_newsletter-03-2014.pdf (Stand: 1. November 2015).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2015a): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement, Berlin.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2015b): Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen gefährdet, www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-86.html (Stand: 10. September 2015).
- Bühning, P. (2012): Baden-Württemberg: Selektivvertrag Psychotherapie startet. *Deutsch Ärzteblatt* 6: 246, www.aerzteblatt.de/archiv/126695/Baden-Wuerttemberg-Selektivvertrag-Psychotherapie-startet (Stand: 03. September 2015).

- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M. und Dewa, C.S. (2009): A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work* 33(1): 81–116.
- Deen, T.L., Godleski, L. und Fortney, J.C. (2012): A description of telemental health services provided by the Veterans Health Administration in 2006–2010. *Psychiatr Services* 63(11): 1131–3.
- Dietrich, S., Deckert, S., Ceynowa, M., Hegerl, U. und Stengler, K. (2012): Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85: 1–11.
- Dirmaier, J., Liebherz, S., Sängler, S., Härter, M. und Tlach, L. (2015): Psychenet.de: development and process evaluation of an e-mental health portal. *Informatics for Health and Social Care*. 21: 1–19.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2014a): Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2014. DRV-Schriften Band 22, www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=15 (Stand: 1. Oktober 2015).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2014b): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Stand: 1. Oktober 2015).
- Eichenberg, C., Wolters, C. und Brähler, E. (2013): The internet as a mental health advisor in Germany – results of a national survey. *PLoS One*. 21;8(11): e79206.
- Eisermann, J. und de Costanzo, E. (2011): Die Erfassung von Mobbing – Eine Konstruktvalidierung aktueller Datenerhebungsverfahren. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Eurofound (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen) (2012): Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010, Luxemburg, www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2011/82/en/1/EF1182EN.pdf (Stand: 12. November 2015).
- Erhart, M. und von Stillfried, D. (2012): Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Teil 1: Prävalenz. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.
- Frick, U., Frick, H., Langguth, B., Landgrebe, M., Hübner-Liebermann, B. und Hajak, G. (2014): The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PLoS ONE* 8(10): e75612.
- Fritzsche, K., Sandholzer, H., Werner, J., Brucks, U., Cierpka, M., Deter, H.C. u. a. (2000): Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 50: 240–246.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2011): Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung/Priorisierung des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses. Modellprojekt: Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Abschlussbericht, Berlin.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015): Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zukünftig kombinierbar. Pressemitteilung vom 16. Juli 2015, www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/583/ (Stand: 16. Oktober 2015).
- Gaebel, W., Ahrens, W. und Schlamann, P. (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Düsseldorf.

- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, C. u. a. (2009): Case management for depression by health care assistants in small primary care practices – a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 151: 369–378.
- Gerste, B. und Roick, C. (2014): Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland, in: Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. und Schmacke, N. (2014): Versorgungsreport 2013/2014, Schattauer, Berlin.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Lelgemann, M., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G., Kopp, I. und Berger, M. (2008): Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 51: 1–7.
- Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B., Johnston, B., Callahan, E.J. und Yellowlees, P.M. (2013): The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine and e-Health* 19(6): 444–454.
- iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2015): Pieper, C. und Schröer, S.: Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Prävention von psychischen Erkrankungen, in: iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention: 35–46, www.iga-info.de (Stand: 3. September 2015).
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. und Wittchen, H.U. (2002): Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* 73: 651–658.
- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie* 34: 16–28.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85(1): 77–87.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K. und Wagner, B. (2013): Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82(6): 372–381.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. und Wang, P.S. (2003): The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289(23): 3095–3105.
- König, H.H., Heinrich, S., Heider, D., Deister, A., Zeichner, D., Birker, T., Hierholzer, C., Angermeyer, M.C. und Roick, C. (2010): Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? *Psychiatrische Praxis* 37: 34–42.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D. und Heilmaier, C. (2014): Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. *German Medical Science* 27; 12: Doc10.
- Lambert, M., Bock, T., Daubmann, A. u. a. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(05): 257–265.
- Lambert, M., Härter, M., Arnold, D., Dirmaier, J., Tlach, L., Liebherz, S., Sängler, S., Karow, A., Brandes, A., Sielaff, G. und Bock, T. (2015): Verbesserung von Aufklärung, Wissen und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Hamburger Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 42: 9–13.
- Larisch, A., Heuft, G., Engbrink, S., Brähler, E., Herzog, W. und Kruse, J. (2013): Treatment of mental and psychosomatic complaints – how the general population in Germany gets treatment, and what it expects and knows about treatment alternatives. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 59(2): 153–169.

- Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015): DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 1. Auflage. Version 5. November 2009, zuletzt verändert: Juni 2015, www.depression.Versorgungsleitlinien.de (Stand: 3. September 2015).
- Martin, A., Sanderson, K. und Cocker, F. (2009): Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 35(1): 7–18.
- Niedhammer, I., David, S. und Degioanni, S. (2006): Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *Journal of Psychosomatic Research* 61(2): 251–259.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2009): Depression in adults: The treatment and management of depression in adults, www.nice.org.uk/guidance/CG90 (Stand: 4. September 2015).
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. und Frings-Dresen, M. (2010): Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine* 60: 277–286.
- Nolting, H.-D. und Hackmann, T. (2012): Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Abschlussbericht. IGES Institut GmbH, Berlin, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf (Stand: 16. Oktober 2015).
- Pietsch, B., Härter, M., Nolting, A., Nocon, M., Kulig, M., Gruber, S. u. a. (2014): Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in: Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. und Schmacke, N. (2014): *Versorgungsreport 2013/2014*, Schattauer, Berlin.
- Posternak, M.A., Solomon, D.A., Leon, A.C., Mueller, T.I., Shea, M.T., Endicott, J. et al. (2006): The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194: 324–329.
- Richter, D. und Berger, K. (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis* 40(04): 176–182.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2010): *Depressive Erkrankungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012): *Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“*, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Depression.pdf;jsessionid=31E61C790C23405B653EE0260F3F0190.2_cid381?__blob=publicationFile (Stand: 3. September 2015).
- Schneider, F., Kratz, S., Bermejo, I., Menke, R., Mulert, C., Hegerl, U., Berger, M., Gaebel, W. und Härter, M. (2004): Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Medical Science* 2: Doc01.
- Schramm, S. (2014): Die Seele muss warten, *DIE ZEIT* 28, www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit (Stand: 29. Oktober 2015).
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., Pilar de Pilars, M. und Abholz, H.H. (2009): Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatrische Praxis* 36(4): 169–174.
- Steinhart, I., Wienberg, G. und Koch, C. (2014): *Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxismodelle, Standards und Finanzierung*. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 4: 15–26.
- Stergiopoulos, E., Cimo, A., Cheng, C., Bonato, S. und Dewa, C.S. (2011): Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC Public Health* 11(838): 1–10.

- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2015): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. *European Journal of Health Economics* 30 (Epub ahead of print).
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Bendz, L.T., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I. und Hall, C. (2015): A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 15: 738.
- Universität Magdeburg (2015): Bessere Versorgung von psychisch Kranken in Deutschland. Pressemitteilung vom 30. Juli 2015, www.med.uni-magdeburg.de/Presse/Pressemitteilungen/Bessere+Versorgung+von+psychisch+Kranken+in+Deutschland.html (Stand: 26. Oktober 2015).
- UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland e. V.) (2014): Monitor Patientenberatung, www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf (Stand: 4. September 2015).
- UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland e.V.) (2015): Monitor Patientenberatung, www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/Monitor_Patientenberatung_2015bf.pdf (Stand: 10. September 2015).
- Verkuil, B., Atasayi, S. und Molendijk, M.L. (2015): Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data, *PLoS One* 10(8): e0135225.
- Walter, U., Krugmann, C.S. und Plaumann, M. (2012): Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55: 172–182.
- Weber, A., Hörmann, G. und Köllner, V. (2007): Mobbing – a work related risk factor of service-based society? *Gesundheitswesen* 69(5): 267–276.
- Wittchen, H.-U., Mühlig, S. und Beesdo, K. (2003): Mental disorders in primary care. *Dialogues in Clinical NeuroSciences* 5(2): 115–128.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21(9): 655–679.
- Wittchen, H.-U. und Jacobi, F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf;jsessionid=31E61C790C23405B653EE0260F3F0190.2_cid381?__blob=publicationFile (Stand: 3. September 2015).
- WHO (World Health Organization) (2008): The global burden of disease. 2004 update, Genf, www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Stand: 3. September 2015).
- Zok, K. (2014): Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WIdO monitor* 1/2014, www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1_2014_0514.pdf (Stand: 1. Oktober 2015).

Literatur zu Kapitel 10.2 „Rückenschmerzen“

- AOK-Bundesverband (2007): Fehlzeiten-Report 2006 – Chronische Krankheiten. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- AOK-Bundesverband (2015): Fehlzeiten-Report 2015 – Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Whitt, M.C., Irwin, M.L., Swartz, A.M., Strath, S.J., O'Brien, W.L., Bassett, D.R. Jr., Schmitz, K.H., Emplaincourt, P.O., Jacobs, D.R. Jr. und Leon, A.S. (2000): Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 32(9): 498–504.
- BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2013): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. 1. Auflage, Dortmund.
- Borys, C., Nodop, S., Tutzschke, R., Anders, C., Scholle, H. C. und Strauß, B. (2013): Evaluation der Neuen Rückenschule. *Der Schmerz* 27(6): 588–596.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010): Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung. Version 4. zuletzt verändert: August 2013, www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.
- Cassidy, J.D., Cote, P., Carroll, L.J. und Kristman, V. (2005): Incidence and Course of Low Back Pain Episodes in the General Population. *Spine* 30(24): 2817–2823.
- Dobbins, M., DeCorby, K., Robeson, P., Husson, H. und Tirlis, D. (2009): School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. *The Cochrane Library* 21(1): 1–108.
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G.B., Rosser, B.A. und Keogh, E. (2014): Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 26(2): 1–61.
- Grotle, M., Vollestad, N.K. und Brox, J.I. (2006): Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain* 22(5): 458–467.
- HELIOS (2015): Helios Gesundheitsbericht, www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Kliniken.de/Ueber_HELIOS/Publikationen/EinBlicke_2015/150326_EinBlicke_Mitarbeiter_Gesundheitsbericht.pdf. (Stand: 2. Oktober 2015)
- Heymans, M.W., van Tulder, M.W., Esmail, R., Bombardier, C. und Koes, B.W. (2004): Back schools for non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1; 30(19): 2153–2163.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K. und Kerns, R.D. (2007): Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology* 26(1): 1–9.
- Jellema, P., van der Windt, D.A., van der Horst, H.E., Stalman, W.A. und Bouter, L.M. (2007): Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *British Journal of General Practice* 57(534): 15–22.
- Kempf, H.-D., Schmitt, E. und Geue, B. (2014): Die Neue Rückenschule: Das Praxisbuch, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg.
- Linton, S.J. (2000): A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 25(9): 1148–1156.
- Linton, S.J. und van Tulder, M.W. (2001): Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems. What is the Evidence? *Spine* 26(7): 778–787.

- Manchikanti, L. und Hirsch, J.A. (2015): What can be done about the increasing prevalence of low back pain and associated comorbid factors? *Pain Management* 5: 149–152.
- Martin, A., Saunders, D.H., Shenkin, S.D. und Sproule, J. (2014): Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *The Cochrane Library* 14(3): 1–95.
- Nicholas, M.K., Linton, S.J., Watson, P.J. und Main, C.J. (2011): Early Identification and Management of Psychological Risk Factors („Yellow Flags“) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical Therapy* 91(5): 737–753.
- Pengel, L.H.M., Herbert, R.D., Maher, C.G. und Refshauge, K.M. (2003): Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *British Medical Journal* 327(7410): 323–327.
- Petit, A., Fassier, J.B., Rousseau, S., Mairiaux, P. und Roquelaure, Y. (2015): French good practice guidelines for medical and occupational surveillance of the low back pain risk among workers exposed to manual handling of loads. *Annals of Occupational and Environmental Medicine* 27(18): 1–6.
- Pincus, T., Burton, A.K., Vogel, S. und Field, A.P. (2002): A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 27(5): 109–120.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheit in Deutschland*, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Rückenschmerzen*, Heft 53, Berlin.
- Savigny, P., Kuntze, S., Watson, P., Underwood, M., Ritchie, G., Cotterell, M., Hill, D., Browne, N., Buchanan, E., Coffey, P., Dixon, P., Drummond, C., Flanagan, M., Greenough, C., Griffiths, M., Halliday-Bell, J., Hettinga, D., Vogel, S. und Walsh, D. (2009): *Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
- Schmidt C.O. und Kohlmann T. (2005): Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zur Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 143(3): 292–298.
- Schmidt, C.O., Raspe, H., Pflingsten, M., Hasenbring, M., Basler, H.D., Eich, W. und Kohlmann, T. (2007): Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 32(18): 2005–2011.
- Shiri, R., Lallukka, T., Karppinen, J. und Viikari-Juntura, E. (2014): Obesity as a risk factor for sciatica: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 179(8): 929–937.
- Shiri, R., Solovieva, S., Husgafvel-Pursiainen, K., Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Raitakari, O.T. und Viikari-Juntura, E. (2013): The role of obesity and physical activity in non-specific and radiating low back pain: the Young Finns study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 42(6): 640–650.
- Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S. und Viikari-Juntura, E. (2010): The Association between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology* 171: 135–154.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2015): *Rentenversicherung in Zahlen 2015*. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2010): *Gesundheit – Krankheitskosten*, Fachserie 12 Reihe 7.2, Wiesbaden.
- TK (Techniker Krankenkasse) (2014): *Gesundheitsreport 2014 – Risiko Rücken – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK*, Band 29.
- Tutzschke, R., Anders, C., Borys, C., Nodop, S., Rößler, O., Strauß, B. und Scholle, H.C. (2014): Evaluation der Neuen Rückenschule - Muskulär-physiologische Merkmale. *Der Schmerz* 28(2), 166–174.

- Werber, A. und Schiltewolf, M. (2014): Kampf dem chronischen Rückenschmerz, CME 11(2).
- Zimmermann-Stenzel, M., Mannuß, J., Schneider, S. und Schiltewolf, M. (2008): Tabakkonsum und chronische Rückenschmerzen: Analysen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, Deutsches Ärzteblatt 105(24): 441–418.
- Froböse, I. und Wallmann-Sperlich, B. (2015): Der DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“.
- WHO (World Health Organisation) (2010): Information sheet: Global Recommendations on Physical Activity for Health: 1–58.

11 Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen

Das System der sozialen Sicherung ist in Deutschland in verschiedene Versicherungszweige nach finalen und kausalen Gesichtspunkten untergliedert.¹⁵⁰ Diese Gliederung kann insofern ein Vorteil sein, als über das Zusammenwirken der verschiedenen Sozialversicherungszweige bei Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit – sei es im Alter oder durch einen Unfall – sowie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit einer gewissen Flexibilität auf die teilweise komplexe Lebenssituation des Einzelnen reagiert werden kann. Zudem weisen die einzelnen Sozialversicherungszweige unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und damit auch unterschiedliche Verteilungswirkungen auf. Die Aufteilung in verschiedene Versicherungszweige sowie die Ausrichtung der Leistungen nach Finalität und Kausalität und nicht nach Risiken hat allerdings auch zur Folge, dass es in der Sozialversicherung zu Mehrfachabsicherungen ein und desselben Risikos kommen kann.

Grundsätzlich sind Mehrfachabsicherungen dann unproblematisch, wenn Regelungen über vorrangige, nachrangige und vorläufige Leistungspflichten sicherstellen, dass ähnliche bzw. zweckidentische Leistungen sich sinnvoll ergänzen bzw. nahtlos ineinandergreifen, und wenn Ausschluss-, Anrechnungs- und Erstattungsregelungen einen doppelten oder mehrfachen Leistungsbezug ausschließen. Trotz einer Vielzahl solcher Regelungen entstehen an den „Schnittstellen“ der Sozialversicherungszweige, also an den Übergangsstellen, an denen organisatorische Zuständigkeiten, Fachkompetenzen und erbrachte Leistungen enden (Winge et al. 2002), Komplikationen, weil die kooperative Ergänzung und Weiterführung von Leistungen und Zuständigkeiten nicht immer und für jeden Fall klar geregelt sind.

Das kann negative finanzielle Auswirkungen für die Leistungserbringer, für die Versicherten-gemeinschaft und damit für das gesamte Sozialversicherungssystem haben. So können Unklarheiten bei den Zuständigkeiten Konflikte zwischen einzelnen Leistungsträgern herbeiführen: Ein Leistungsträger kann jeweils auf den anderen verweisen und argumentieren, dass die eigene Leistung nicht mehr erforderlich sei, da der andere sie bereits erbringt (Löcher 2005). Zwar bestehen gesetzliche Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander (§§ 102 ff. SGB X), die verhindern, dass der Leistungsberechtigte unter Kompetenzkonflikten zwischen Trägern leidet¹⁵¹, aber trotzdem müssen

¹⁵⁰ Als finale Leistungen gelten Leistungen, die allein auf die Bedarfssituation des Versicherten ausgerichtet sind, z. B. Leistungen der Krankenkassen für die Behandlung von Krankheiten. Auch Leistungen zur Rehabilitation sind dem zuzuordnen. Dagegen werden kausale Leistungen nur in Fällen gewährt, die auf eine bestimmte Ursache zurückgehen, wie etwa in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) der Arbeitsunfall. Vgl. Maydell et al. 2012.

¹⁵¹ Besteht ein grundsätzlicher Leistungsanspruch und ist nur strittig, welcher Träger diesen zu leisten hat, muss auf Antrag des Berechtigten der zuerst angegangene Träger leisten (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I).

Entscheidungen über Leistungsgewährungen oft im Spannungsfeld zwischen dem sozialen Auftrag und den berechtigten wirtschaftlichen Interessen des Sozialversicherungsträgers gegenüber der Versichertengemeinschaft getroffen werden (Pfosser 2012). Nicht zuletzt können diese Schnittstellen auch Nachteile für den Leistungsbezieher haben, wenn eine unklare Koordination und Kommunikation eine schnelle, kontinuierliche und angemessene Versorgung des Leistungsbeziehers erschwert.

Eine Mehrfachabsicherung ein und desselben Risikos besteht beim Entgeltersatz im Krankheitsfall: Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Übergangsgeld und Rente wegen Erwerbsminderung (sogenannte „Zeitrente“) verfolgen alle im Grundsatz das gleiche Ziel, nämlich das Risiko des Entgeltausfalls aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zu kompensieren (s. Tabelle 21). Die rechtliche Zuordnung eines Falls zu einem Sozialversicherungszweig ist in der Praxis nicht immer einfach. Das führt dazu, dass das Krankengeld entgegen seiner Funktion als kurzfristige Entgeltersatzleistung im Krankheitsfall fallweise andere Leistungen wie etwa Arbeitslosengeld oder Erwerbsminderungsrenten substituiert. Diese Sachverhalte sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

11.1 Schnittstellen zwischen Krankengeld sowie Erwerbsminderungs- und Altersrenten

Die Schnittstelle der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber mit dem anschließenden Krankengeldbezug soll hier nicht weiter vertieft werden, da sie relativ unproblematisch ist.¹⁵² Bei der Frage, bis wann Krankengeld und ab wann Erwerbsminderungsrenten bzw. Regelaltersrenten gezahlt werden, kommt es dagegen zuweilen zu Unklarheiten. Zwar liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungsrente darin, dass das Krankengeld das ausgefallene Arbeitsentgelt vorübergehend ersetzen soll, während eine Rente wegen voller Erwerbsminderung und eine Altersrente den Lebensunterhalt sicherstellen, wenn die Erwerbsfähigkeit dauerhaft (gemäß § 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI zumindest zunächst für die Dauer von drei Jahren) nicht mehr gegeben ist. Allerdings kann auch das Krankengeld eine durchaus längerfristige Sozialleistung sein, die immerhin für einen Zeitraum von bis zu 78 Wochen bezogen werden kann.

¹⁵² Zu dieser Thematik sowie zur Diskussion des Nebeneinanders von arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Normen hinsichtlich der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall vgl. Koppenfels 2002.

	Krankengeld	Übergangsgeld	Arbeitslosengeld I	Rente wegen voller Erwerbsminderung
Träger	Krankenkassen	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⁾	- 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) 5)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Je nach Renteneintritt erworbenen Anwartschaften in der Rentenversicherung - 24,50 (West)⁸⁾ - 24,73 (Ost)⁸⁾

Tabelle 21: Übersicht über die Berechnungsgrundlage und maximale Höhe der einzelnen Entgeltersatzleistungen

- 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.
- 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 (DRV 2015a).
- 8) Wie 7), dem Durchschnittswert wird zudem eine 30-Tage-Regelung zu Grunde gelegt.

Quelle: eigene Darstellung

Hinzu kommt, dass sowohl bei der vollen Erwerbsminderungsrente wie auch beim Krankengeld jeweils davon ausgegangen wird, dass der Versicherte kein bzw. kein nennenswertes Einkommen mehr erzielen kann: Das Krankengeld wird gewährt, wenn eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit vorliegt. Die volle Erwerbsminderungsrente wird gewährt, wenn der Versicherte seine bisherige berufliche Tätigkeit aufgrund von Krankheit (oder Behinderung) unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht mindestens drei Stunden täglich ausüben kann¹⁵³ und die Erwerbsminderung seit mehr als sechs Monaten vorliegt. Somit haben Krankengeld und volle Erwerbsminderungsrente eine Entgeltersatzfunktion. Dagegen wird bei der geminderten Erwerbsminderungsrente davon ausgegangen, dass der Versicherte noch drei bis sechs Stunden täglich erwerbsfähig ist und sein teilweises Arbeitsentgelt mit der geminderten Erwerbsminderungsrente ergänzt. Eine Rente wegen geminderter Erwerbsunfähigkeit ist somit klar vom Krankengeld abgrenzbar. Im Folgenden soll deshalb nur die Schnittstelle zwischen Krankengeld und Rente wegen voller Erwerbsminderung, Rehabilitationsmaßnahmen und Altersrente betrachtet werden.

11.1.1 Kollisionsnormen zur Abgrenzung von Krankengeld und Erwerbsminderungsrente

Um die Übergänge vom Krankengeldbezug zum Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung möglichst klar zu regeln, hat der Gesetzgeber sogenannte Kollisionsnormen (§§ 102 ff. SGB X sowie §§ 50 und 51 SGB V) erlassen, die das Verhältnis der beiden Leistungen untereinander regeln.

§ 50 SGB V: Vorrang der Rentengewährung vor der Zahlung von Krankengeld

Mit § 50 SGB V erfolgt eine Abgrenzung von Krankengeld und Rente insofern, als klargestellt wird, dass mit dem Beginn einer Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente der Anspruch auf Krankengeld endet. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld entsteht erst dann wieder, wenn die Rentenleistung nicht mehr gezahlt wird, die ursprüngliche Arbeitsunfähigkeit beendet ist und beim Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit eine Versicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld besteht. Auf diese Weise werden ungerechtfertigte Doppelleistungen verhindert, die durch ein Nebeneinander von Krankengeld und Rente entstehen könnten.

Diese Regelung ist insofern von Bedeutung, als zu Beginn eines Krankheitsfalls mit Arbeitsunfähigkeit häufig nicht feststeht, ob die Unterbrechung im Erwerbsleben nur vorübergehend oder dauerhaft ist. Um einen nahtlosen Bezug im Anschluss an die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sicherzustellen, leistet in jedem Fall zunächst der Krankenversicherungsträger Krankengeld. Wenn absehbar ist, dass die Unterbrechung nicht vorübergehend ist, wird der Rentenversicherungsträger leistungspflichtig. Wird eine Rente rückwirkend gewährt, so hat die Krankenkasse gegenüber der Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch für eventuell geleistetes Krankengeld vom Zeitpunkt der Rentengewährung bis zum Ende der Auszahlung des Krankengelds.

Prinzipiell könnte überprüft werden, ob es sachgerecht ist, dass die Krankenkasse innerhalb der Blockfrist von drei Jahren in einigen Fällen länger als 78 Wochen Krankengeld zahlt. Diese Situation

¹⁵³ Auch häufige Arbeitsunfähigkeit kann zur Erwerbsminderung führen, wenn die während eines Arbeitsjahres erbrachte Arbeitsleistung nicht mehr den Mindestanforderungen entspricht, die ein „vernünftig und billig“ denkender Arbeitgeber zu stellen berechtigt ist. Dies ist der Fall, wenn für einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen im Jahr die Arbeitsleistung auf weniger als die Hälfte der Arbeitstage eingeschränkt ist. Vgl. das Urteil des BSG vom 31. Oktober 2012 (B 13 R 107/12 B). Diese Fälle werden im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

tritt ein, wenn nach Ablauf der Höchstanspruchsdauer eine weitere Arbeitsunfähigkeit wegen einer anderen Erkrankung und damit ein neuer, maximal 78-wöchiger Krankengeldanspruch entsteht. Dagegen endet für Mitglieder, die nach den 78 Wochen Krankengeldbezug weiterhin wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig sind, der Krankengeldbezug und sie beziehen anschließend ggf. Arbeitslosengeld bei verminderter Leistungsfähigkeit (§ 145 SGB III) oder eine Rente wegen verminderter Berufs-/Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 240 SGB VI).

Es wäre auch zu überprüfen, ob das Wiederaufleben des Krankengeldanspruchs bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach zeitweisem Bezug einer Erwerbsminderungsrente künftig ausgeschlossen sein sollte: Läuft die Erwerbsminderungsrente aus und besteht kein anderweitiger Rentenanspruch, so fallen die Versicherten wieder in den Krankengeldbezug, wenn sie vor dem Rentenbezug die maximale Bezugsdauer von 78 Wochen Dauer für das Krankengeld noch nicht ausgeschöpft hatten. Eine erneute Zahlung von Krankengeld erscheint erst dann wieder sachgerecht, wenn die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederhergestellt ist und zumindest zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat.

§ 51 SGB V: Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ergänzend zu der Abgrenzung der Leistungen durch § 50 SGB V hat der Gesetzgeber mit § 51 SGB V eine Verfahrensregelung geschaffen, über die die Krankenkasse die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers herbeiführen kann: Ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann von seiner Kasse dazu aufgefordert werden, innerhalb von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

Eine solche Aufforderung seitens der Krankenkasse löst Mitwirkungspflichten beim Versicherten aus. Kommt der Antragsteller der Aufforderung der Krankenkasse, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf einer Zehnwochenfrist. Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente, kann ihnen die Krankenkasse ebenfalls eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf diese Leistung zu stellen haben (§ 51 Abs. 2 SGB V). Diese Befugnis, dem Krankengeldbezieher eine Frist zur Antragstellung zu setzen, hat das Ziel, zu verhindern, dass es in der Hand des Krankengeldbeziehers liegt, den Zeitpunkt des Übergangs in die Rente selbst zu bestimmen und so möglicherweise den Bezug des in der Regel vergleichsweise höheren Krankengelds zu verlängern.¹⁵⁴

Nicht ganz unproblematisch an dieser Regelung ist, dass der Versicherte dieser Zielsetzung insofern ausweichen kann, als die Rentenversicherung keinen Rentenbescheid erlassen kann, solange der Versicherte keinen Antrag auf Rente gestellt hat. In diesem Fall fehlen dem Versicherungsträger Angaben des Versicherten, die für eine Rentenbewilligung nötig wären. Nach Wahrnehmung der vom Rat befragten Krankenkassen stellt eine nicht unwesentliche Anzahl von Versicherten den formellen Rentenanspruch im Rahmen einer Umdeutung nicht. Konkrete Angaben zur tatsächlichen Häufigkeit dieser Situation sowie zur Zuverlässigkeit der Kassenangaben liegen jedoch nicht vor. Wenn kein formeller Rentenanspruch gestellt wird, hat das zur Folge, dass die Krankenkassen weiterhin Krankengeld zahlen müssen, auch wenn die Voraussetzungen für die Rente vorliegen. Die Kassen sind hier

¹⁵⁴ Siehe dazu auch die vergleichende Tabelle 21, anhand derer die unterschiedlichen Leistungshöhen von Krankengeld, Übergangsgeld und Arbeitslosengeld deutlich werden.

ohne Möglichkeit der Einflussnahme. Weil sich die Mitwirkungspflichten des Versicherten lediglich auf das Stellen eines Rehabilitationsantrags beziehen, ist die Krankenkasse auch nicht berechtigt, die Krankengeldzahlung deshalb zu verweigern, weil der Versicherte keinen Antrag auf Rente stellt.

In solchen Fällen, in denen offenbar die Voraussetzungen für die Rente vorliegen, wäre es möglich, die betreffenden Fälle mittels eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und der Krankenversicherung oder zumindest mit regelmäßigen Absprachen an einem runden Tisch zu bearbeiten und Entscheidungen zu treffen. Dadurch könnte eine frühzeitige Klärung der Zuständigkeiten erfolgen. Grundsätzlich wäre auch eine Neuregelung zu erweiterten Mitwirkungspflichten der Versicherten denkbar. Die Krankenkassen könnten in Fällen des § 51 SGB V das Recht erhalten, bei Vorliegen von Erwerbsminderung zum Rentenanspruch bei geminderter Erwerbsfähigkeit aufzufordern. Mit einer solchen Klarstellung hätte eine Nichtbeachtung der Aufforderung die Folge, dass der Krankengeldanspruch entfällt, wie das auch der Fall ist, wenn ein Versicherter der Aufforderung der Kasse, einen Reha-Antrag zu stellen, nicht nachkommt. Entsprechende Regelungen könnten auch für die Fälle geschaffen werden, in denen Versicherte der Aufforderung, einen Antrag auf Altersrente zu stellen, nicht nachkommen. Auch hier könnte mit einer Klarstellung bewirkt werden, dass ein Nichtmitwirken dazu führt, dass der Krankengeldanspruch ausgesetzt wird.

Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob die Frist, innerhalb derer die Krankenkasse einen Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern kann, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen, gekürzt werden sollte. Durch die bisherige Zehnwochenfrist kann ein schnellstmöglicher Beginn der Rehabilitationsmaßnahme verzögert werden. Das wiederum kann bewirken, dass die Gesundung und der Heilungsprozess sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschwert werden. Sofern die Voraussetzungen für eine Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch ein aussagekräftiges Gutachten und nach Anhörung der oder des Betroffenen vorliegen, besteht grundsätzlich kein Grund, die Reha-Antragstellung hinauszuzögern. Würde die Frist von zehn Wochen auf einen Monat verkürzt, würde zudem eine Angleichung an die Vorschriften des SGB III (Arbeitslosenversicherung) erfolgen. Gemäß § 145 Abs. 2 Satz 1 SGB III hat die Agentur für Arbeit leistungsgeminderte Personen aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen.

§ 116 Abs. 2 SGB VI: Umdeutung des Antrags auf Rehabilitation in einen Rentenanspruch

Eng verbunden mit der Möglichkeit der Krankenkasse, den Versicherten zu einem Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben aufzufordern, hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Antrag auf Maßnahmen der Rehabilitation in einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit umgedeutet werden kann (§ 116 Abs. 2 SGB VI). Diese Umdeutung erfolgt dann, wenn der Versicherte zu einer Antragstellung durch die Krankenkasse aufgefordert wurde, den Antrag gestellt hat, die Reha-Leistung aus Sicht des Rentenversicherungsträgers aber nicht erfolversprechend erscheint oder die Erwerbsfähigkeit durch die Maßnahme nicht wiederhergestellt werden konnte. Bei einer Umdeutung eines Reha-Antrags in einen Erwerbsminderungsrentenantrag endet – wie bereits ausgeführt – bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung der Anspruch auf das regelmäßig höhere Krankengeld von Beginn der Rentenleistung (§ 50 SGB V) an. Wird eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gezahlt, wird zusätzlich dazu Krankengeld bis zur Höchstdauer von 78 Wochen weiter gezahlt, aber um den Betrag der teilweisen Erwerbsminderungsrente gekürzt.

Von besonderem Interesse in diesem Zusammenhang ist, dass die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch auf die gezahlte Leistung bis zur Höhe der Rentenleistung hat. Dieser Erstattungsanspruch beginnt vom Tag des Rentenbeginns an und gilt auch rückwirkend, also auch, wenn der Rentenbeginn vor der Einstellung der Krankengeldzahlung liegt (§ 103 SGB X). Soweit das gezahlte Krankengeld den Betrag der Rente übersteigt, kann die Krankenkasse den übersteigenden Betrag nicht vom Versicherten zurückfordern.¹⁵⁵ Die Krankenkasse hat somit ein wirtschaftliches Interesse daran, dass der Versicherte möglichst zu einem frühen Zeitpunkt einen Rehabilitations- bzw. Rentenantrag stellt. Der Versicherte und in der Regel auch der Rentenversicherungsträger sind dagegen zumeist an einem Rentenbeginn nach Auslaufen des in der Regel höheren Krankengelds interessiert (Spiolek 2009).

Hier wäre also – wie schon zuvor bei der Diskussion von § 51 SGB V ausgeführt – eine präzisere Ausformulierung der Mitwirkungspflichten des Versicherten beim Stellen eines Rentenantrags zu befürworten. In diesem Zusammenhang könnte für die Kassen auch die Möglichkeit geschaffen werden, die Mitglieder, die die Bedingungen zum Bezug einer Regelaltersrente erfüllen, aufzufordern, eine Regelaltersrente nicht erst mit Vollendung des 65. Lebensjahres zu beantragen, sondern aufgrund der Dauer des Rentenverfahrens zwei bis drei Monate vorher. Dadurch würde sichergestellt, dass die Rentenbewilligung bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorliegt.

11.1.2 Erhöhung des Renteneintrittsalters und Einführung von Rentenabschlägen

In den vergangenen Jahren hat es im Hinblick auf den demografischen Wandel eine Vielzahl von Änderungen im Rentenrecht gegeben. Angesichts der Tatsache, dass schon im Jahr 2025 etwa jeder vierte Erwerbstätige in Deutschland älter als 55 Jahre sein wird (Siebert et al. 2013), wurde unter anderem das Renteneintrittsalter an die steigende Lebenserwartung angepasst und der Bezug einer Regelaltersrente vor dem Renteneintrittsalter mit Abschlägen versehen. Wie bei den Regelaltersrenten, so wurden im Jahr 2001 auch bei den Renten wegen Erwerbsminderung Abschläge bei Inanspruchnahme vor Vollendung des 63. Lebensjahres eingeführt. 2012 erfolgte in Anlehnung an die Erhöhung des Renteneintrittsalters für die Regelaltersrente auch bei Erwerbsminderungsrenten die Erhöhung des abschlagsfreien Rentenbeginns auf das vollendete 65. Lebensjahr.¹⁵⁶ Bezieht ein Versicherter vor Vollendung des 65. Lebensjahres eine Rente wegen Erwerbsminderung, so ergibt sich für jeden Monat ein Abschlag in Höhe von 0,3 %. Um sicherzustellen, dass der Abschlag nicht mehr als 10,8 % beträgt, ist für die Berechnung des Abschlags als untere Altersgrenze das 60. Lebensjahr bestimmt worden.

Die beschriebenen Änderungen im Rentenrecht haben Auswirkungen auf die Antragstellung durch Krankengeldbeziehende, die die Bedingungen einer Erwerbsminderungsrente bzw. einer Regel-

¹⁵⁵ Mit diesem Betrag bleibt die Krankenkasse belastet. Die Rechtsprechung hat zudem entschieden, dass dieser Zeitraum nicht auf die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldbezugs angerechnet werden kann, wenn das Mitglied nach Ende des Rentenbezugs in der laufenden Blockfrist erneut Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit hat. BSG, Urteil vom 8. Dezember 1992, USK 92153.

¹⁵⁶ Im Rahmen des Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) wurde u. a. geregelt, dass ab Juli 2014 bei mindestens 45 Beitragsjahren eine abschlagsfreie Rente bereits mit 63 Jahren möglich sein soll. Das abschlagsfreie Renteneintrittsalter soll in Stufen auf 65 Jahre angehoben werden. Zudem soll bei Neufällen die Zurechnungszeit bei einer Erwerbsminderungsrente zum Juli 2014 um zwei Jahre auf dann 62 Jahre angehoben werden.

altersrente erfüllen. Für den Rentenzugang 2014 waren laut der Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) „Rentenversicherung in Zahlen 2015“ immerhin rund 24 % der Versichertenrenten von Abschlägen betroffen (DRV 2015a). Somit bestehen für eine nicht unerhebliche Anzahl von Versicherten Anreize, den Bezug des in der Regel höheren Krankengelds als Überbrückung bis zum Renteneintrittsalter weitgehend zu nutzen.

11.1.3 Bewilligungsquoten und Wartezeiten auf Leistungen zur Rehabilitation

Auch die niedrige Bewilligungsquote der DRV, die bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2014 bei etwa 50 % lag (DRV 2015b), spielt für die Krankengeldausgaben eine Rolle.

Zudem hat sich in den letzten Jahren nach Wahrnehmung einiger der vom Rat befragten Krankenkassen der Zeitraum vom Stellen eines Antrags auf Leistungen zur Rehabilitation bis zum Beginn der Leistung verlängert. Das gilt sowohl für die Laufzeiten von der Antragstellung bis zur Bewilligung als auch für den Zeitraum von der Bewilligung bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung. Antragsbearbeitung und verzögerte -bewilligung der DRV führen laut einigen Kassen zu unverhältnismäßig längeren Krankengeldzahlungen. Nach Aussage dieser Krankenkassen sind die überdurchschnittlich längeren Laufzeiten bei Anträgen aufgrund psychischer Erkrankungen auffällig. So betragen die Wartezeiten zwischen Reha-Bewilligung und Reha-Beginn – speziell bei psychosomatischen und psychischen, aber auch bei neurologischen Erkrankungen – bei einer der befragten Krankenkassen durchschnittlich mehr als 40 Tage. Für diesen Zeitraum ist Krankengeld zu zahlen, wobei die Wartezeit nicht durch die Krankenkasse beeinflusst werden kann. Zusammen mit einer maximalen Ausschöpfung der Zehnwochenfrist bei Antragstellung (70 Tage) muss die Krankenkasse für ein Fünftel des Höchstanspruchszeitraums von 546 Tagen wegen langer gesetzlicher Fristen und Wartezeiten Krankengeld zahlen.

Regelmäßige Fallkonferenzen der Krankenkassen und Rentenversicherung könnten helfen, entsprechende Friktionen abzubauen. Zudem könnte erwogen werden, der Krankenkasse nicht nur dem Versicherten gegenüber das Recht einzuräumen, eine Frist zur Antragstellung zu setzen (§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V), sondern für den Fall der Bewilligung durch die Rentenversicherung auch einen Anspruch der Krankenkasse gegen den Rentenversicherungsträger auf Erstattung des ab dem Bewilligungszeitpunkt ausgezahlten Krankengelds einzuräumen.

11.2 Schnittstelle zwischen Krankengeld und Arbeitslosengeld

Die Kernfunktion der Arbeitslosenversicherung ist es, bei Verlust des Arbeitsplatzes über die Agentur für Arbeit Leistungen zu gewähren, die den wirtschaftlichen Auswirkungen des Arbeitsplatzverlusts entgegenwirken.¹⁵⁷ Ebenso wie das Krankengeld sollen auch das Arbeitslosengeld I (ALG I) und das Arbeitslosengeld II (ALG II) einen vorübergehenden Zustand des Entgeltausfalls

¹⁵⁷ Neben ihrer Kernfunktion, arbeitslosen Menschen während ihrer Arbeitslosigkeit ein Einkommen zu sichern, werden mit der Arbeitslosenversicherung auch Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung betrieben. Zu den wichtigen Leistungen der Arbeitsversicherung gehören daher neben den versicherungsmäßigen Entgeltersatzleistungen auch Leistungen zur Verhinderung und Beseitigung des eingetretenen oder drohenden Risikos der Arbeitslosigkeit.

überbrücken. Sie werden nur zeitlich befristet gewährt (§ 147 SGB III). Eine klare Unterscheidung der beiden Leistungen zeigt sich bei den Ursachen, die jeweils den Anspruch auslösen: Das auslösende Moment für das Bezahlen von Arbeitslosengeld ist der Verlust des Arbeitsplatzes, insbesondere durch Auswirkungen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (Maydell et al. 2012). Das auslösende Moment für den Bezug von Krankengeld ist dagegen ein Krankheitsfall mit einhergehender Arbeitsunfähigkeit.

Häufig tritt aber Arbeitsunfähigkeit in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Ende eines Beschäftigungsverhältnisses ein. Je nach Versicherungsfall gibt es verschiedene Sozialleistungen, die den Ausfall des Erwerbseinkommens und die damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen beim Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit auffangen: Krankengeld, ALG I (und nach dessen Auslaufen ggf. ALG II) sowie Übergangsgeld.¹⁵⁸ Unter diesen Leistungsarten gibt es oftmals erhebliche Abstimmungsschwierigkeiten und teilweise auch rechtspolitisch fragwürdige Wertungswidersprüche.

11.2.1 Weiterzahlung durch die Agentur für Arbeit bei Arbeitsunfähigkeit

Auslöser für viele Schwierigkeiten an der Schnittstelle Krankengeld und ALG I ist die Tatsache, dass das Krankengeld in der Regel wesentlich höher ist als das ALG I. In verschiedenen Fallkonstellationen führt das zu Ungleichbehandlungen:

Dies ist z. B. bei befristeten Arbeitsverhältnissen zu erwägen: Während ein nach Auslaufen eines befristeten Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig erkranktes Mitglied seinen Lebensunterhalt mit dem dann zur Verfügung stehenden Arbeitslosengeld sicherstellen muss, erhält ein vor Auslaufen des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähiges Mitglied Krankengeld aus dem Entgelt seiner bisherigen Beschäftigung. Hier wäre es denkbar, bei arbeitsunfähigen Versicherten mit befristetem Arbeitsverhältnis das Krankengeld nach Auslaufen der Befristung auf die Höhe des sonst zur Verfügung stehenden Arbeitslosengeldes zu begrenzen, damit die Ungleichbehandlung zwischen diesen beiden Personengruppen beseitigt würde und der Anreiz eines möglichst langen Krankengeldbezugs reduziert wird.

Eine weitere Ungleichbehandlung besteht hinsichtlich der Anrechnung von Urlaubsabgeltungen, die oft noch bei gekündigten Arbeitnehmern bestehen. Gemäß § 157 Abs. 2 SGB III ruht der Anspruch auf ALG I für die Zeit des abgeholten Urlaubs. Damit sollen Doppelleistungen vermieden werden. Beim Krankengeld ist die Rechtslage hingegen anders: Eine Urlaubsabgeltung ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30. Mai 2006, B 1 KR 26/05R) kein Arbeitsentgelt im Sinne von § 49 Abs. 1 Satz 1 SGB V und führt daher nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs. Dabei gilt die für das Arbeitslosengeld angeführte Begründung, dass Doppelleistungen vermieden werden sollen, für den Anspruch auf Krankengeld gleichermaßen.

11.2.2 Verweis von Krankengeldbeziehern in zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts

Von weiterem Interesse bei der Auflösung von Schnittstellenproblemen beim Krankengeld ist die Tatsache, dass es an der Schnittstelle zur Arbeitslosenversicherung zu Ungleichbehandlungen kommt,

¹⁵⁸ Zur Diskussion verschiedener Fallkonstellationen vgl. Geiger 2008.

die dadurch entstehen können, dass es für die Leistungsabgrenzung Krankengeld oder ALG I entscheidend ist, zu welchem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Während ein Versicherter, dem vor dem Krankengeldbezug gekündigt wurde, der Arbeitsagentur zur Verfügung steht, ist dies bei Versicherten, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wurde, nicht der Fall. Daraus ergibt sich, dass für Versicherte, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wird, für die Vermittlung in Arbeit die bisherige Tätigkeit maßgeblich ist. Diese Versicherten können also nur auf ihren früheren Beruf oder gleichartige Tätigkeiten verwiesen werden (§ 1 Abs. 4 Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V). Ein Bezieher von Krankengeld, der vor dessen Bezug schon arbeitslos gemeldet war, darf hingegen von der Agentur für Arbeit in zumutbare Tätigkeiten verwiesen werden.

Um hier für eine stärkere Gleichbehandlung zu sorgen, sollte geprüft werden, ob bei Zusammenreffen von beendetem Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich die Beurteilung des Leistungsvermögens nach den Maßstäben des allgemeinen Arbeitsmarkts und nicht wie bisher nach der zuletzt ausgeübten Beschäftigung erfolgen sollte. Möglich wäre, den Krankenkassen das Recht einzuräumen, Krankengeldbezieher, denen während des Krankengeldbezugs gekündigt wurde, an das Arbeitsamt und auf sämtliche zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts zu verweisen, analog zu arbeitslosen Versicherten, die vor dem Krankengeldbezug bereits ALG I bezogen.

11.3 Schnittstelle zwischen Krankengeld und stufenweiser Wiedereingliederung durch den Arbeitgeber

11.3.1 Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung, auch „Hamburger Modell“ genannt, dient einer schrittweisen Heranführung der arbeitsunfähigen Beschäftigten an sowie ihrer Reintegration in ihre bisherige Tätigkeit. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür finden sich in § 74 SGB V sowie in § 28 SGB IX. Das Ziel der Wiedereingliederung besteht dabei u. a. in einer schrittweisen Heranführung an die volle Arbeitsbelastung durch eine auf die Person individuell abgestimmte Steigerung der Arbeitszeit, wobei der ärztlich überwachte Wiedereingliederungsplan die Rehabilitation günstig beeinflussen soll. Des Weiteren wird durch den Stufenplan einer möglichen Überforderung des Arbeitnehmers vorgebeugt, und die berufliche Belastbarkeit kann durch die Person neu kennengelernt werden. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird davon ausgegangen, dass so ein dauerhafter Einsatz am Arbeitsplatz besser gelingt sowie Kündigungen, vorzeitige Berentungen, Einkommenseinbußen und die daraus resultierenden sozialen und gesundheitlichen Folgen abgewendet bzw. vermindert werden können.

Der Arbeitnehmer gilt dann als arbeitsunfähig mit Anspruch auf Krankengeld, wenn er seine arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht mehr in vollem Umfang erfüllen kann, wobei eine Einschränkung in Teilbereichen als genügend betrachtet wird. Diese rechtliche Konstruktion (sogenanntes Alles-oder-nichts-Prinzip) führt dazu, dass ggf. trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein Leistungsvermögen verbleibt, das im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung genutzt werden könnte. Es ist demnach rechtlich zulässig, dieses sogenannte Restleistungsvermögen zu

Erwerbszwecken zu nutzen, wobei die Nutzung nicht dem Anspruch auf Krankengeld entgegensteht (Gagel 2011).¹⁵⁹

Grundsätzlich kann die stufenweise Wiedereingliederung von einer Vielzahl von Akteuren angeregt werden. Dazu zählen der arbeitsunfähige Beschäftigte, der Arbeitgeber, behandelnde Ärzte, Krankenkassen, Betriebsärzte, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und weitere Sozialversicherungsträger. Für die folgende Erstellung eines Wiedereingliederungsplans wird vorausgesetzt, dass es zu einer ärztlichen Feststellung über die teilweise Wiederaufnahmefähigkeit der Arbeitstätigkeit sowie eine gute Aussicht auf Wiedereingliederung kommt, der arbeitsunfähige Beschäftigte am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt werden kann und der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und die Krankenkasse vor Beginn der Wiedereingliederung der betreffenden Maßnahme zustimmen. Die Dauer der Wiedereingliederung kann individuell an den jeweiligen Gesundheitszustand angepasst werden¹⁶⁰ und dauert in der Regel zwischen sechs Wochen und sechs Monaten¹⁶¹, wobei der Arbeitnehmer in dieser Zeit als arbeitsunfähig gilt und es weiterhin zu einem Krankengeldbezug oder zum Bezug von Übergangsgeld¹⁶² durch die Rentenversicherung kommt. In Ausnahmefällen kann es auch zum Bezug von Verletztengeld durch die Unfallversicherung bzw. von ALG I durch die Arbeitslosenversicherung kommen. Personen, die von der Möglichkeit der Wiedereingliederung Gebrauch machen, und andere, die nicht an Wiedereingliederungsmaßnahmen teilnehmen, sind insofern rechtlich gleichgestellt, als die stufenweise Wiedereingliederung auf die Krankengeldhöchstbezugsdauer von 78 Wochen angerechnet wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

Seitens des Arbeitnehmers besteht während der Zeit der Wiedereingliederungsmaßnahme kein Anspruch auf Vergütung und Erholungsurlaub (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004). Gleichmaßen hat der Arbeitgeber während des gesamten Zeitraums keinen Anspruch auf Arbeitsleistung. Sofern es doch zu einem Bezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt kommt, so wird dieses gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf die Entgeltersatzleistung angerechnet.¹⁶³

Die Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung kann von allen Beteiligten – Arbeitnehmer, Arbeitgeber, betreuender Arzt und Krankenkasse – jederzeit beendet werden. Eine Unterbrechung der stufenweisen Wiedereingliederung, die länger als sieben Tage andauert, gilt ab dem ersten Tag der Unterbrechung als abgebrochen. In Einzelfällen kann jedoch die Maßnahme auch wieder fortgesetzt werden. Im Falle eines Abbruchs der schrittweisen Eingliederung bleibt die Arbeitsunfähigkeit bestehen. Daran anschließend müssen weitergehende Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen oder eine Berentung in Erwägung gezogen werden.

¹⁵⁹ Dies bedeutet, dass der Arbeitnehmer u. a. für die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit mit dem Arbeitgeber einen zweiten Arbeitsvertrag über Teile seiner bisherigen Tätigkeit oder andere Aufgaben oder mit anderen Arbeitgebern Arbeitsverträge schließen kann, ohne den Krankengeldanspruch zu verlieren (Gagel 2011).

¹⁶⁰ Sie wird auch stets durch ärztliche Untersuchungen begleitet und je nach Verlauf des Gesundheitszustands verkürzt, verlängert oder beendet (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶¹ In Ausnahmefällen kann die Dauer auf zwölf Monate verlängert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶² Sofern sich innerhalb von vier Wochen eine stufenweise Wiedereingliederung an die Teilnahme an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation, die vom Träger der Rentenversicherung erbracht wurde, anschließt oder die Wiedereingliederung während einer ambulanten Leistung zur Rehabilitation bereits begonnen wurde, ist die Rentenversicherung für die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zuständig (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004; DRV 2014).

¹⁶³ Für weitere Details siehe § 74 Rn. 26, Sichert, M. in: Becker/Kingreen 2014.

11.3.2 Anreizwirkungen bei der Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung

Die Notwendigkeit des Zusammenwirkens aller vier Akteure¹⁶⁴ erschwert unter Umständen eine rasche Reintegration von arbeitsunfähigen Beschäftigten in das Erwerbsleben. Die Arbeitgeber sind aber seit dem 1. Mai 2004 zur Durchführung eines Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements verpflichtet (vgl. § 84 Abs. 2 SGB IX) mit dem Ziel, die Arbeitsunfähigkeit eines längerfristig erkrankten Arbeitnehmers zu überwinden, weitere Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und den Erhalt des Arbeitsplatzes zu sichern. Demzufolge steht es dem Arbeitgeber aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht gänzlich frei, sich einer ärztlich empfohlenen stufenweisen Wiedereingliederung zu verwehren. Die frühere Auffassung, der Arbeitgeber könne über seine Zustimmung frei entscheiden, ist nach Einführung des § 84 SGB IX somit überholt. Bei einer Verweigerung der Durchführung der Wiedereingliederung könnte der Arbeitnehmer Schadensersatzansprüche geltend machen (vgl. LAG Hamm vom 4. Juli 2011 – 8 Sa 726/11).¹⁶⁵ Sofern die stufenweise Wiedereingliederung für den Arbeitgeber nicht zumutbar ist, darf sie aber in Ausnahmefällen abgelehnt werden.

Im Gegensatz dazu besteht keine Zustimmungspflicht des arbeitsunfähigen Beschäftigten zur Teilnahme an der stufenweisen Wiedereingliederung, wobei dies im Kontrast zu den Mitwirkungspflichten gegenüber dem Leistungsträger und dem Bezug von Sozialleistungen (§§ 60 ff. SGB I) steht. Eine Verletzung der Mitwirkungspflichten kann demzufolge eine teilweise oder gänzliche Versagung der Sozialleistungen nach sich ziehen (§ 66 SGB I). Gemäß § 51 Abs. 3 SGB V entfällt der Anspruch auf Krankengeld, sofern innerhalb der Frist nicht ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt wird. Ob diese Vorschrift jedoch auch dann gilt, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht angetreten wird und der Antrag beim zur Durchführung bereiten Arbeitgeber nicht zurückgenommen wurde, ist strittig. Es wird teilweise die Auffassung vertreten, dass in diesem Fall die Mitwirkungspflicht verletzt wird und daher nach § 66 SGB I die Leistungen entzogen werden können (Geiger 2012). Da es sich aber andererseits bei der stufenweisen Wiedereingliederung um eine Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber mit unterstützender Tätigkeit der Krankenkasse handelt, ist eine Versagung der Sozialleistungen wegen mangelnder Mitwirkung durch den erkrankten Arbeitnehmer nach § 63 SGB I nicht möglich (Gagel 2011). Zudem wird betont, dass die stufenweise Wiedereingliederung ein Konzept sei, das nur dann einen positiven therapeutischen Effekt verspreche, sofern sich der Versicherte freiwillig dazu entscheide (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004).

¹⁶⁴ Die Zustimmungspflicht der Krankenkassen nimmt in der Betrachtung zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung eine eher untergeordnete Rolle ein. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung handelt es sich um eine vertragliche Einigung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wobei der Krankenversicherungsträger berät, unterstützt und für den Erhalt des Lebensunterhalts Sorge trägt. Die stufenweise Wiedereingliederung ist gemäß § 28 SGB IX eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die ohne die Kostenträger (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung) durchgeführt wird (Eierdanz 2012; Gagel 2011). Da die stufenweise Wiedereingliederung zu einer schnelleren Teilnahme am Arbeitsleben führen kann (z. B. Kausto et al. 2008; Hogelund et al. 2010), haben Krankenkassen generell einen finanziellen Anreiz zur Zustimmung. Der weitere Text konzentriert sich demzufolge auf die beiden Hauptakteure (Arbeitgeber und -nehmer), die maßgeblich den Erfolg einer stufenweisen Wiedereingliederung beeinflussen können.

¹⁶⁵ Gemäß der neueren Rechtsprechung spielt es keine Rolle mehr, ob der Arbeitnehmer schwerbehindert ist oder nicht. Vgl. dazu Anspruch auf Beschäftigung und Anspruch auf eine stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers (§ 81 Abs. 4 Satz 1 SGB IX, BAG vom 13. Juni 2006 – 9 AZR 229/05).

Eine Untersuchung zur stufenweisen Wiedereingliederung, die unmittelbar an eine medizinische Rehabilitation anschließt, zeigt, dass knapp 50 % der berufstätigen, arbeitsunfähigen, aber als hinreichend belastbar aus der Rehabilitation entlassenen Versicherten einer Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung nachkommen (Bürger et al. 2011a). Allerdings sinkt nach anderen Studien die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen stufenweisen Wiedereingliederung mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit: So liegt die Erfolgswahrscheinlichkeit bei 50 %, sobald die Arbeitsunfähigkeitsdauer sechs Monate überschreitet, und sinkt auf 10 %, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als zwölf Monate andauert (Eierdanz 2012). Die Empfehlungsquote zur stufenweisen Wiedereingliederung ist dabei stark indikationsabhängig und liegt insbesondere bei den psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich hoch. So weisen 43,5 % der psychosomatischen Fachkliniken eine mindestens 50%ige Empfehlungsquote zur stufenweisen Wiedereingliederung auf (Bürger et al. 2011a).

Eine frühzeitige stufenweise Wiedereingliederung erscheint demzufolge sinnvoll, wobei es aber wenig erfolgversprechend erscheint, seitens der Krankenkassen die Betroffenen mit Fristsetzung zur Teilnahme an solchen Maßnahmen zu verpflichten (wie beispielsweise bei der Aufforderung zum Reha-Antrag, vgl. Kapitel 2), wenn es an der grundsätzlichen freiwilligen Bereitschaft der Krankengeldbezieher dazu fehlt.

11.3.3 Vergütung

Wie oben beschrieben ist der Arbeitgeber während der stufenweisen Wiedereingliederung nicht verpflichtet, den Arbeitnehmer zu vergüten, jedoch können freiwillige Zuschüsse zum Krankengeld gewährt werden. Diese gelten gemäß § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV nicht als beitragspflichtiges Entgelt, sofern die Einnahmen zusammen mit dem Krankengeld das letzte Nettoarbeitsentgelt um nicht mehr als 50 Euro pro Monat übersteigen. Diese Begrenzung der Zuschusshöhe ist im Sinne einer Motivationsprämie der arbeitsunfähigen Beschäftigten als problematisch einzustufen: Der zulässige Zuschuss betrug z. B. für das Jahr 2014 ca. 2,9 % der durchschnittlichen monatlichen Krankengeldzahlbeträge¹⁶⁶, somit einen eher zu vernachlässigenden Betrag, der keinen wesentlichen finanziellen Anreiz zur Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung darstellt.

Während der gesamten Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung wird eine Entgeltersatzleistung in Form von Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld gezahlt, wodurch aufseiten des Arbeitgebers ein finanzieller Anreiz zur Ausdehnung der stufenweisen Wiedereingliederung bestehen könnte. Eine mögliche Folge davon könnten zu lange Phasen des Wiedereingliederungsmanagements sein, die zu erhöhten Kosten bei den Sozialversicherungsträgern führen könnten. Allerdings fehlen bislang empirische Belege, dass es zu einer solchen unerwünschten Ausdehnung der Maßnahmen kommt, zumal in der Regel auch die betroffenen Patienten Interesse daran haben dürften, die Maßnahmen zu beenden, wenn eine Vollzeitarbeit gesundheitlich wieder möglich ist.

¹⁶⁶ Vgl. Kapitel 5.2.5: Im Jahr 2014 belaufen sich die durchschnittlichen monatlichen Zahlbeträge auf ca. 1 744 Euro, wobei von einer 30-Tage-Regelung ausgegangen wird.

11.3.4 Schnittstelle zum Arbeitgeber

Langfristig erkrankte Arbeitnehmer haben nur dann Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zu 100 % arbeitsunfähig sind. Eine flexiblere Regulierung des Alles-oder-nichts-Prinzips hin zu einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit und demzufolge einem teilweisen Krankengeldanspruch könnte weitreichende Entlastungen nach sich ziehen. Neben den potenziell positiven Effekten auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Langzeiterkrankten ermöglicht die stufenweise Wiedereingliederung eine schnellere Rückkehr sowie höhere Rückkehrquoten (Kausto et al. 2008; Schneider et al. 2015; Hogelund et al. 2010; Andrén/Andrén 2009). Beispielhaft dafür stehen die nordischen Länder Schweden, Norwegen, Dänemark und Finnland, die als Folge steigender Krankheitsabwesenheitsraten und Krankengeldzahlungen Ende der 1990er Jahre eine flexiblere Kombination von krankengeldbezuschussten Arbeitsmodellen eingeführt haben. Dazu zählt beispielsweise die Möglichkeit, Arbeitszeit und -anforderungen zu reduzieren oder zu modifizieren und diese mit einer reduzierten Entgeltzahlung sowie einem Teilkrankengeld zu kombinieren. In Schweden wurde beispielsweise eine stufenweise Berechnung eingeführt. Dort kann eine Einstufung der Arbeitsunfähigkeit auf 100 %, 75 %, 50 % oder 25 % erfolgen, die Höhe des Krankengelds berechnet sich analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds könnte auch in Deutschland interessant sein. Nach schwedischem Vorbild wäre es denkbar, ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit eine stufenweise¹⁶⁷ Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen, die unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Arbeitnehmers im Konsens mit dem Betroffenen ärztlich festgestellt wird und auch bei einer Veränderung des Gesundheitszustands flexibel angepasst werden kann. Eine flexiblere Gestaltung ermöglicht die Nutzung des verbleibenden „Restleistungsvermögens“ und vermeidet zudem die sozialen und finanziellen Folgen einer zeitlich verzögerten oder „zu späten“ Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bzw. schwächt sie ab. Die Einführung eines beispielsweise indikationsabhängigen Schwellenwerts könnte als Kriterium dienen, Arbeitnehmer zu identifizieren, die insbesondere von der Teilnahme an einer Wiedereingliederung profitieren könnten. Eine individuelle und risikoadjustierte Wiedereingliederung insbesondere jener Arbeitnehmer, die nach statistischen Erfahrungswerten besonders gefährdet sind, den Kontakt zu ihrem Arbeitsumfeld zu verlieren, könnte dabei helfen, die Reintegrationsquote weiter zu erhöhen.

Die genannten Änderungen würden bereits während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber greifen: Auch nach Einführung eines Teilkrankengelds würde die Entgeltfortzahlung während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit zu 100 % erfolgen. Jedoch bestünde die Möglichkeit, dass die Arbeitnehmer je nach Grad der Arbeitsfähigkeit ihr Restleistungsvermögen einbringen könnten. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist ergeben sich bis zur vollständigen Rückkehr ins Erwerbsleben, z. B. in die Rente wegen Erwerbsminderung, verschiedene Fallkonstruktionen: Beispielsweise würde der Arbeitnehmer bei einer 50%igen Teilarbeitsunfähigkeit eine Entgeltzahlung von 50 % sowie 50 % seines Krankengeldanspruchs erhalten. Bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit würde der Arbeitnehmer – wie auch nach der aktuellen Gesetzeslage – einen vollen Krankengeldanspruch erwerben und bei Bedarf eine stufenweise Wiedereingliederung anstreben.¹⁶⁸ Je nach

¹⁶⁷ Alternativ wäre auch eine prozentual variable Gestaltung der Arbeitsunfähigkeit denkbar.

¹⁶⁸ Eine Teilarbeitsunfähigkeit bzw. ein Teilkrankengeld sollte nicht als Widerspruch zur stufenweisen Wiedereingliederung betrachtet werden. Beide Konzepte verhalten sich komplementär und knüpfen an das Konzept einer schnellen Reintegration ins Erwerbsleben sowie an die guten Erfolgsprognosen einer stufenweisen Wiedereingliederung an (vgl. z. B. Bürger et al. 2011b).

Gestaltung des kombinierten Entgeltbezugs könnten darüber hinaus finanzielle Anreize für Arbeitnehmer geschaffen werden, sofern die Kombination der Entgeltleistungen betragsmäßig über den reinen Krankengeldbezug hinausgehen. Auch der Anreiz zur zeitnahen Rückkehr in das Erwerbsleben könnte so weiter gestärkt werden.

Grundvoraussetzungen für die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengelds sind eine sachgemäße Feststellung des Grads der Arbeitsunfähigkeit, die Einwilligung des Arbeitnehmers zu einer vorübergehend geminderten Arbeitsfähigkeit und der damit verbundenen Einbringung des Restleistungsvermögens sowie die Bereitschaft oder (je nach Ausgestaltung) auch Verpflichtung des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer einen Teilarbeitsplatz zur Verfügung zu stellen. Formal müssten dazu vom Gesetzgeber die arbeitsrechtlich definierten Begriffe Arbeitsunfähigkeit und Restleistungsvermögen, die bisher die Möglichkeit einer Teilarbeitsunfähigkeit ausgeschlossen haben, neu gefasst werden.

11.3.5 Schnittstelle zur Rentenversicherung

Sofern sich nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die durch den Rentenversicherungsträger erbracht wurde, die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar anschließt¹⁶⁹, wird Übergangsgeld durch den Rentenversicherungsträger gezahlt (vgl. § 51 Abs. 5 SGB IX). Der „unmittelbare Anschluss“ bezieht sich dabei auf eine starre Vierwochenregel (DRV 2014). Dies widerspricht jedoch der Rechtsprechung des BSG, wonach die Umstände des Einzelfalls (z. B. betriebliche Vorkehrungen, berufstypische Anforderungen, Zeit der Rekonvaleszenz) relevant sind. Demzufolge kann von einem unmittelbaren Anschluss auch noch bei einer Frist von neun Wochen ausgegangen werden, sofern die Leistungsvoraussetzungen des § 28 SGB IX am Ende der medizinischen Rehabilitation vorliegen und sich die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar an eine vorangegangene medizinische Rehabilitation als Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen Gesamtmaßnahme anschließt (BSG vom 5. Februar 2009 – B 13 R 27/08 R; BSG vom 20. Oktober 2009 – B 5 R 44/08 R).

Aus finanzieller Perspektive ist es für langzeiterkrankte Arbeitnehmer vorteilhafter, eine stufenweise Wiedereingliederung während des Bezugs von Krankengeld anzustreben anstatt die stufenweise Wiedereingliederung unter Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers durchzuführen (vgl. Tabelle 21). Eine Untersuchung zur stufenweisen Wiedereingliederung zeigt, dass 37,7 %¹⁷⁰ der Befragten, die an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilgenommen haben, diese mit Übergangsgeld der Rentenversicherung durchgeführt haben.¹⁷¹ Insbesondere bei Versicherten, die älter als 50 Jahre waren, sowie bei Versicherten mit einem Familiennettoerwerbseinkommen unter 1 000

¹⁶⁹ Weitere Voraussetzungen für die Zahlung von Übergangsgeld gemäß § 51 Abs. 5 SGB IX sind, dass das Mitglied nach wie vor arbeitsunfähig ist, die Wiedereingliederung von der Rehabilitationseinrichtung empfohlen sowie eingeleitet wurde, die jeweiligen Parteien zustimmen und das Mitglied für mindestens zwei Stunden täglich belastbar ist (DRV 2014).

¹⁷⁰ 31,2 % haben trotz Empfehlung an keiner stufenweisen Wiedereingliederung teilgenommen und 31,1 % haben zu Lasten der Krankenversicherung teilgenommen.

¹⁷¹ Die Untersuchung bezieht sich auf eine schriftliche Befragung von 12 135 Versicherten (Rücklaufquote: 52,5 %) mindestens 15 Monate nach Abschluss der Rehabilitation. Dabei wurden nur Versicherte befragt, deren Rehabilitation bis Ende 2005 abgeschlossen wurde. Des Weiteren wurden nur Personen inkludiert, die nicht älter als 60 Jahre waren und vor der Rehabilitation einen nicht selbstständigen Beruf ausübten, anschließend arbeitsunfähig wurden und für mindestens sechs Stunden belastbar aus der Rehabilitation entlassen wurden. Die Dauer des „unmittelbaren Anschlusses“ beträgt bei dieser Studie einen Zeitraum von zwei Wochen nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation. Für weitere Details siehe Bürger et al. 2011a.

Euro und ohne Schul-/Berufsausbildung wird seltener eine Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung ausgesprochen. Positive Empfehlungen erhalten Arbeitnehmer, die u. a. ihre eigene Erwerbsprognose günstig beurteilen und deren Rückkehr an den Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber positiv bewertet wird (Bürger et al. 2011a). Indikationsbedingt zeigt sich, dass besonders Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen von der Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung profitieren, während die Effekte auf Arbeitnehmer mit kardiologischen oder onkologischen Erkrankungen statistisch nicht signifikant sind (Bürger et al. 2011b).¹⁷²

Bei einem Abbruch und später einer erneuten Wiederaufnahme der stufenweisen Wiedereingliederung kommt es zu einer Veränderung der Zuständigkeiten des Entgeltfortzahlungsanspruchs. Sofern die Wiederaufnahme die oben genannte Siebentagefrist nicht überschreitet, wird weiterhin Übergangsgeld gewährt, andernfalls ist für die erneute Wiedereingliederung der Krankenversicherungsträger zuständig, da es sich nicht mehr um den Bestandteil einer der vorangegangenen medizinischen Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers handelt. Darüber hinaus ist ebenfalls der Krankenversicherungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung zuständig, sofern nach Abschluss der stationären Rehabilitationsmaßnahme der Arbeitnehmer nicht mehr rehabilitationsbedürftig ist (SG Stuttgart vom 2. September 2010 – S 24 R 9049/08). Sobald der Anspruch auf das Übergangsgeld entfällt, lebt der Anspruch auf Krankengeld wieder auf.

11.4 Schnittstellen in der Begutachtungspraxis

Bei der Betrachtung der Schnittstellen im Sozialversicherungssystem im Hinblick auf das Krankengeld gilt es nicht nur, mögliche Unklarheiten in den Zuständigkeiten der einzelnen Zweige genauer zu betrachten, sondern auch, die Informationswege und Zeitabläufe zwischen den einzelnen Akteuren zu analysieren. Denn nur wenn diese Zusammenarbeit reibungslos abläuft, sind das Einleiten individuell notwendiger Leistungen und Hilfen in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung und ihre zügige Durchführung gewährleistet. Den medizinischen Diensten der Krankenkassen und der Rentenversicherung kommt bei der Kommunikation zwischen Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, behandelnden Ärzten sowie dem Versicherten eine zentrale Stellung zu. Dort werden grundsätzliche und weitreichende Entscheidungen getroffen und in Gutachten festgehalten. Die Resultate der Gutachten haben gegebenenfalls weitreichende Auswirkungen für den jeweiligen Versicherten – etwa einen Wechsel zu einem anderen Sozialversicherungsträger.

Allein aus der Tatsache, dass es zwei verschiedene gutachterliche Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen gibt, lässt sich ableiten, dass sich ihre Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit von Krankengeldbeziehern durchaus unterscheiden können. Der MDK prüft bei andauernder Arbeitsunfähigkeit, ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten gemindert oder erheblich gefährdet ist. Der sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung prüft vor dem Gewähren einer Rente, ob die vorhandene oder drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht zu beheben ist bzw. ihr nicht vorgebeugt werden kann. Ist die Erwerbsfähigkeit nur vorübergehend

¹⁷² Die Studie basiert auf der Befragung von 696 Patienten (Stichprobe der Versichertenbefragung, siehe Bürger et al. 2011b), von denen 50 % an einer stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rentenversicherung teilgenommen haben. Diese parallelisierte Stichprobe ist möglicherweise nur eingeschränkt repräsentativ, da sie u. a. über ein leicht verringertes durchschnittliches Alter, einen geringeren Anteil an Frauen und höhere Fehlzeiten im Jahr vor der Rehabilitation verfügt.

beeinträchtigt, sind entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen und unter Umständen die ergänzende Leistung Übergangsgeld zu gewähren. Des Weiteren ist festgesetzt, dass der Rentenversicherungsträger keine Leistungen in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit übernimmt (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI und § 15 Abs. 2 SGB VI).

Es sollte geprüft werden, ob ein gemeinsamer medizinischer Dienst diese Aufgaben besser erfüllen könnte. Das gilt insbesondere, weil es nach Wahrnehmung der befragten Kassen derzeit zu Doppelarbeiten der beiden Dienste kommt. In der Praxis beauftragt der Rentenversicherungsträger zusätzlich noch die eigenen medizinischen Gutachter zur Stellungnahme, obwohl in vielen Fällen bereits qualifizierte Gutachten des MDK vorliegen. Reha-Anträge werden dann in ihrer Bearbeitung verzögert, was zu Lasten der Krankenkasse geht. Über einen gemeinsamen Dienst oder zumindest gemeinsame und regelmäßige Fallkonferenzen der Kranken- und Rentenversicherung könnte ein verbindlicher Austausch von Gutachten erfolgen und eine frühzeitige Klärung hinsichtlich der Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger gewährleistet werden.

11.5 Literatur

- Andrén, D. und Andrén, T. (2009): How to evaluate the impact of part-time sick leave on the probability of recovering, Working Paper 13/2009, Swedish Business School, Örebro University.
- Becker, U. und Kingree, T. (Hrsg.) (2014): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 4. Aufl., München.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8, Würzburg.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C. und Stapel, M. (2011a): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen, in: Rehabilitation 50(2): 74–85.
- Bürger, W. und Streibelt, M. (2011b): Wer profitiert von der Stufenweisen Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Rehabilitation 50(3): 178–185.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2014): Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld (Stand: Dezember 2014).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2015a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenversicherung in Zahlen.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hrsg.) (2015b): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf.
- Eierdanz, A. (2012): Betriebliche Eingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten – Mit der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V und § 28 SGB IX, München.
- Gagel, A. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung – Einordnungsprobleme in der Gemengelage zweier Rechtsgebiete und dreier Rechtsverhältnisse, in: Behindertenrecht (2), 66–73.
- Geiger, U. (2012): Soziale Absicherung während der stufenweisen Wiedereingliederung (Hamburger Modell), in: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht (5), 195–200.
- Geiger, U. (2008): Soziale Absicherung bei Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit und Krankheit, in: info also – Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht (2): 58–63.
- Hogelund, J., Holm, A. und McInotsh, J. (2010): Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular work hours?, in: Journal of Health Economics 29 (1): 158–169.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P. und Viikari-Juntura, E. (2008): Partial sick leave – Review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 34(4), 239–249.
- Koppenfels, K. v. (2002): Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall an der Schnittstelle von Arbeits- und Sozialrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS): 241–248.
- Löcher, J. (2005): Die Mehrfachsicherung sozialer Risiken am Beispiel der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Ein Plädoyer für eine einheitliche Risikoabsicherung im System der sozialen Sicherung, in: Die Rentenversicherung 2005(4): 61–71.
- Marschner, A. (1996): Der Übergang von Krankengeld auf Rente, in: ZfSH/SGB (5): 233–237.
- Maydell, B. v., Ruland, F. und Becker, U. (2012): Sozialrechtshandbuch, 5. Aufl., München.
- Pfossier, W. (2012): Begutachtung an Schnittstellen – Rechtliche Einführung, in: MED SACH (108/3/2012): 89–92.
- Schneider, U., Lindner, R. und Verheyen, F. (2015): Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany, in: European Journal of Health Economics, 2014: 1–15.

- Siebert, S., Berger, U., Krohnert, S. und Klingholz, R. (2013): Produktiv im Alter. Was Politik und Unternehmen von anderen europäischen Ländern lernen können. Hrsg.: Bundesinstitut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin.
- Spiolek, U. (2009): Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen Rentenversicherungsträger wegen gezahlten Krankengeldes, in: Voelzke, T. und Schlegel, R. (Hrsg.): jurisPR-SozR 11, www.juris.de/jportal/portal/t/eck/page/bsiprod.psm1/screen/JWPDFScreen/filename/jpr-NLSR000005209.pdf (Stand: 21. Oktober 2015).
- Winge, S., Mohs, A., Müller, K., Nörenberg, L., Pannicke, L. und Robra, B.-P. (2002): Schnittstellen in der Rehabilitation – Drei Modelle, in: Rehabilitation 2002; 41(1): 40–47.

Teil IV: Fazit und Empfehlungen

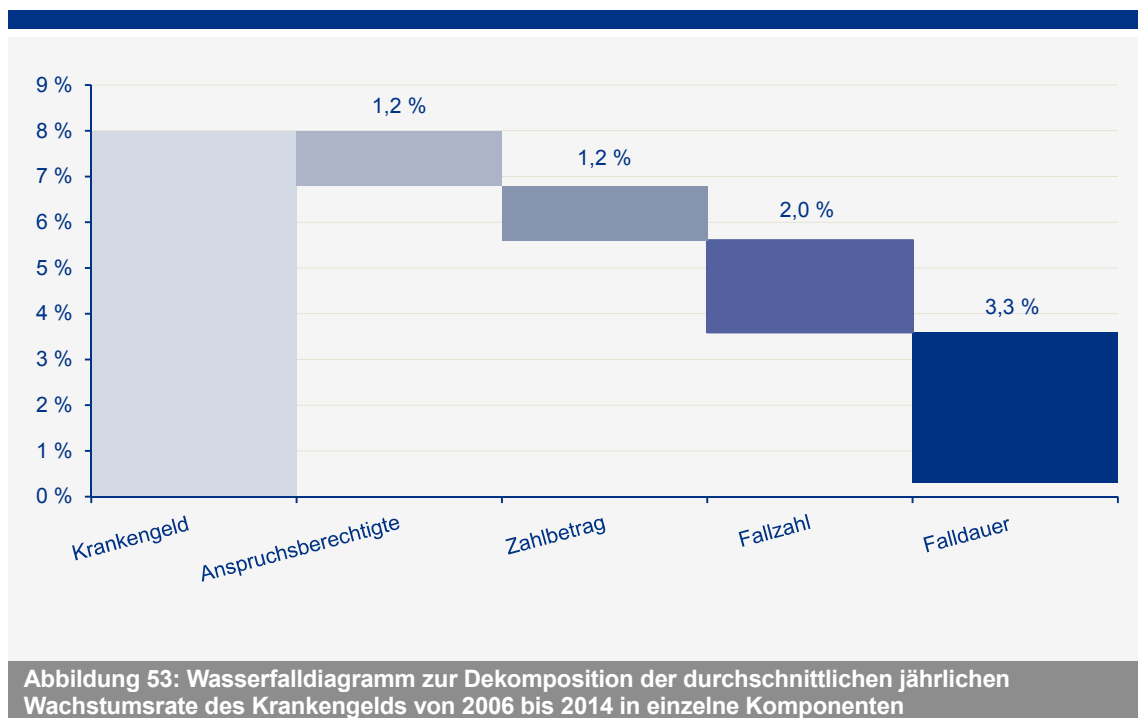
12 Zusammenfassung der Ursachenanalyse und Handlungsoptionen

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 Akutsprechstunde (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.

Anhang

Online-Verfügbarkeit des Sondergutachtens

Der gesamte Text des Sondergutachtens „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ ist online unter www.svr-gesundheit.de/index.php?id=565 verfügbar.

Online-Verfügbarkeit der Analyse von Individualdaten der Barmer GEK

Im vorliegenden Gutachten wird in mehreren Kapiteln auf eine Analyse von Individualdaten der krankengeldberechtigten Mitglieder der Barmer GEK zurückgegriffen, die im Auftrag des Rates erstellt wurde. Der Volltext dieser Analyse ist abrufbar unter www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/barmer-gek-datenanalyse.pdf.

Anhang zu Kapitel 5

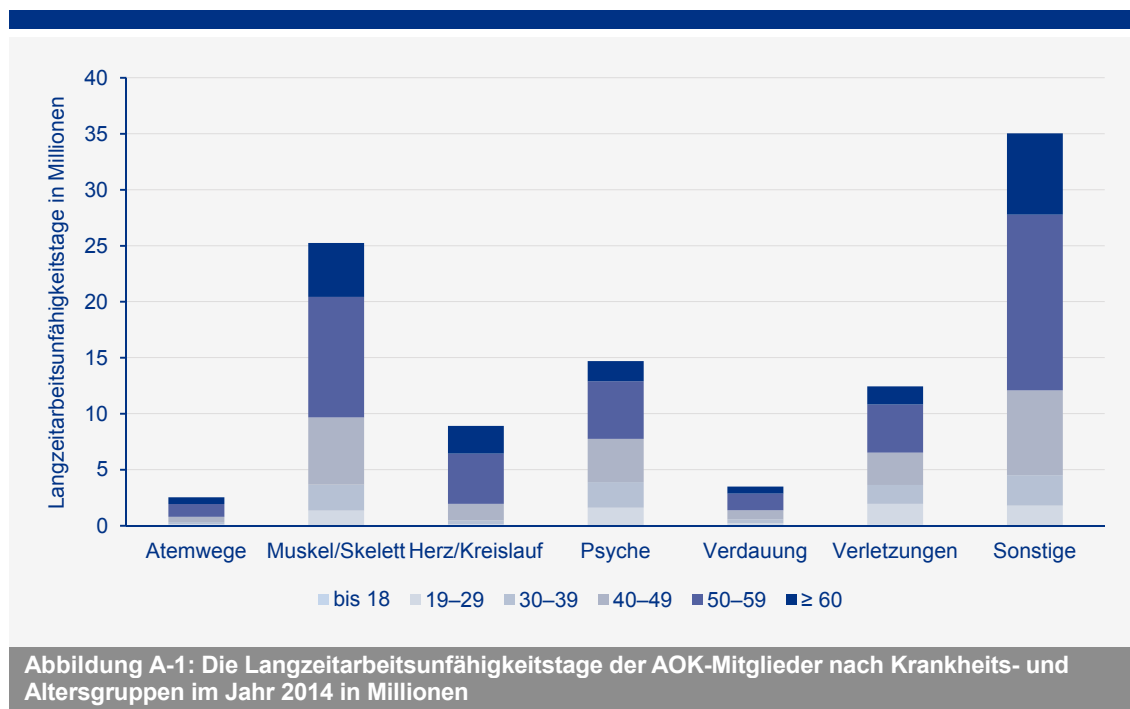
	2011	2012	2013	2014
Anzahl der Personen				
Frauen	25 550 321	25 643 766	25 698 728	25 814 663
Männer	25 774 918	25 918 507	26 031 767	26 210 275
Durchschnittsalter der Personen				
Frauen	42,4	42,6	42,7	42,8
Männer	42,1	42,3	42,4	42,4
Gesamtdurchschnitt	42,3	42,4	42,6	42,6
Änderung des Durchschnittsalters seit 2011				
Frauen		0,19	0,33	0,42
Männer		0,16	0,27	0,31
Gesamtdurchschnitt		0,17	0,30	0,36

Tabelle A-1: Zensus-Bevölkerungsfortschreibung 18- bis 65-Jährige

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der Zensus-Bevölkerungsfortschreibung¹⁷⁷

¹⁷⁷ 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).

Anhang zu Kapitel 7



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des WIdO

	bis 18	19-29	30-39	40-49	50-59	60 und älter	gesamt
Atemwege (J)	-27 %	6 %	-39 %	0 %	28 %	117 %	22 %
Muskel/Skelett (M)	-25 %	5 %	-44 %	-4 %	7 %	63 %	3 %
Herz/Kreislauf (I)	-13 %	17 %	-33 %	-7 %	20 %	95 %	23 %
Psyche (F)	66 %	139 %	43 %	92 %	131 %	380 %	114 %
Verdauung (K)	-47 %	-1 %	-43 %	-13 %	32 %	106 %	9 %
Verletzungen (S/T)	-44 %	-5 %	-47 %	-8 %	42 %	140 %	2 %
Sonstige	19 %	71 %	7 %	68 %	137 %	321 %	113 %

Tabelle A-2: Die Veränderung der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage der AOK-Mitglieder in verschiedenen Alters- und Krankheitsgruppen von 2000 bis 2014 in Prozent

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des WIdO

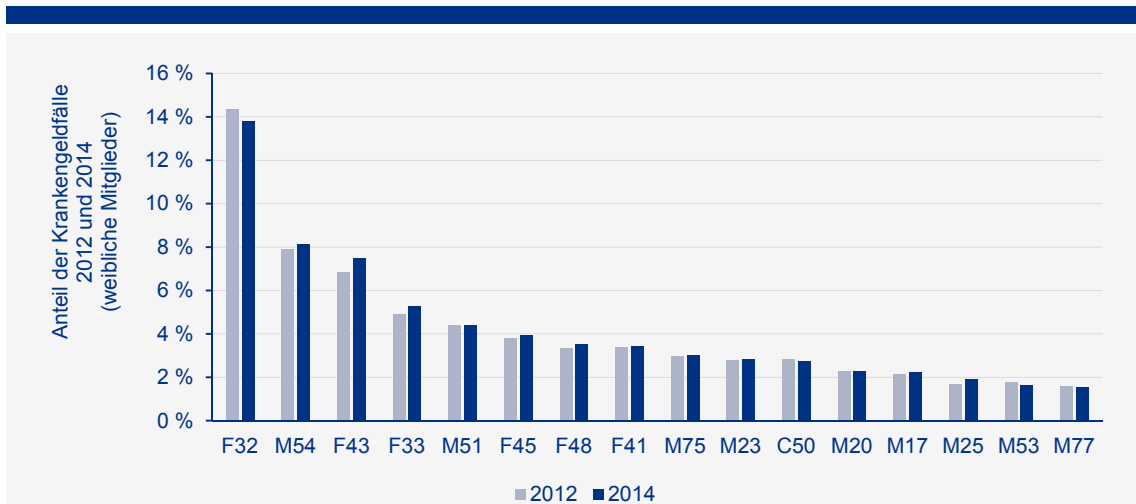


Abbildung A-2: Anteil der Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldfällen 2012 und 2014 in Prozent (nur weibliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte)

F32: „Depressive Episode“; M54: „Rückenschmerzen“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; F45: „Somatoforme Störungen“; F48: „Andere neurotische Störungen“; F41: „Andere Angststörungen“; M75: „Schulterläsionen“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; C50: „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“; M20: „Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen“; M17: „Gonarthrose“; M25: „Sonstige Gelenkkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; M53: „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert“; M77: „Sonstige Enthesopathien“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten

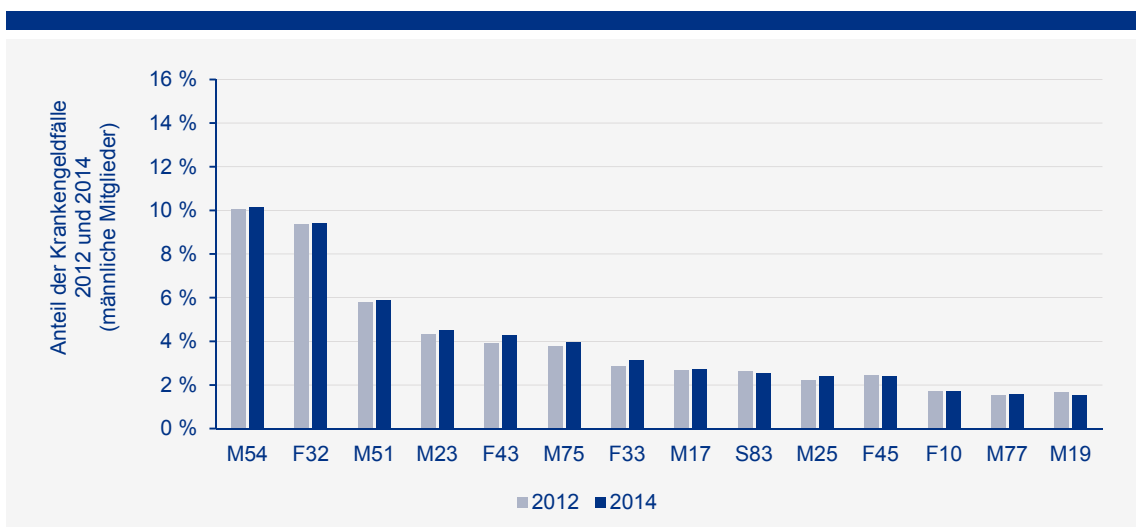
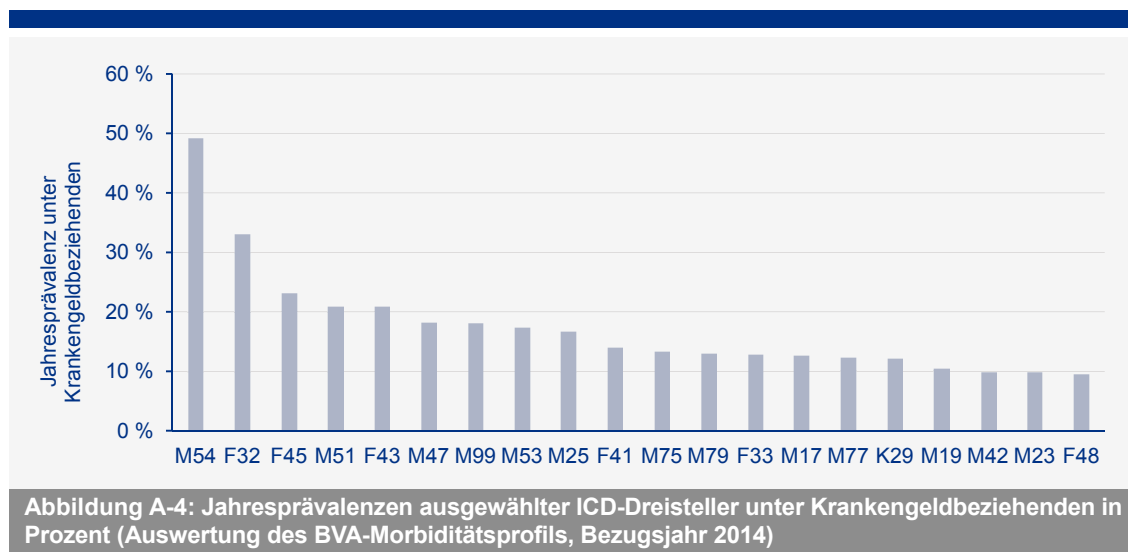


Abbildung A-3: Anteil der Krankengeldfälle mit häufigen ICD-Dreistellern an allen Krankengeldfällen 2012 und 2014 in Prozent (nur männliche Mitglieder, gewichtete Mittelwerte)

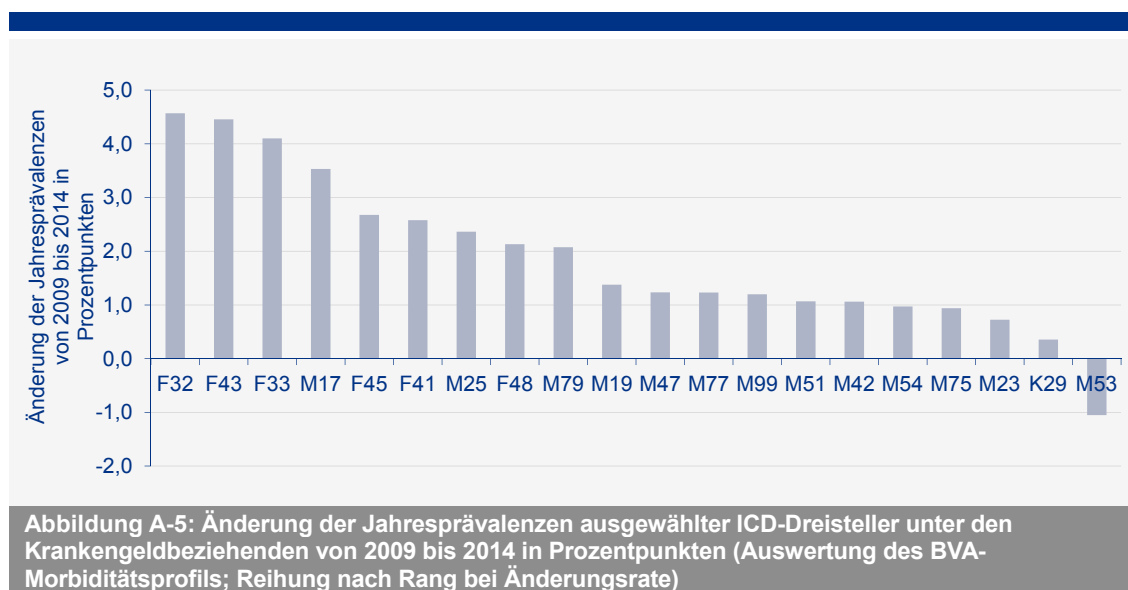
M54: „Rückenschmerzen“; F32: „Depressive Episode“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; M75: „Schulterläsionen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M17: „Gonarthrose“; S83: „Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“; M25: „Sonstige Gelenkkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; F45: „Somatoforme Störungen“; F10: „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; M19: „Sonstige Arthrose“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der von acht Krankenkassen erhobenen Daten



M54: „Rückenschmerzen“; F32: „Depressive Episode“; F45: „Somatoforme Störungen“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; M47: „Spondylose“; M99: „Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert“; M53: „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“; M25: „Sonstige Gelenkkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; F41: „Andere Angststörungen“; M75: „Schulterläsionen“; M79: „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M17: „Gonarthrose“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; K29: „Gastritis und Duodenitis“; M19: „Sonstige Arthrose“; M42: „Osteochondrose der Wirbelsäule“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; F48: „Andere neurotische Störungen“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des Bundesversicherungsamts (BVA)



F32: „Depressive Episode“; F43: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“; F33: „Rezidivierende depressive Störung“; M17: „Gonarthrose“; F45: „Somatoforme Störungen“; F41: „Andere Angststörungen“; M25: „Sonstige Gelenkkrankheiten, andernorts nicht klassifiziert“; F48: „Andere neurotische Störungen“; M79: „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert“; M19: „Sonstige Arthrose“; M47: „Spondylose“; M77: „Sonstige Enthesopathien“; M99: „Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert“; M51: „Sonstige Bandscheibenschäden“; M42: „Osteochondrose der Wirbelsäule“; M54: „Rückenschmerzen“; M75: „Schulterläsionen“; M23: „Binnenschädigung des Kniegelenks“; K29: „Gastritis und Duodenitis“; M53: „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“.

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten des Bundesversicherungsamts (BVA)

ICD-Dreisteller	Klassentitel
C50	Mamma-Karzinom
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (inkl. Alkohol)
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F41	Andere Angststörungen
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen (inkl. Neurasthenie)
K29	Gastritis und Duodenitis
M17	Kniearthrose
M19	Sonstige Arthrose
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M23	Binnenschädigung des Kniegelenks
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule
M47	Spondylose
M51	Sonstige Bandscheibenschäden
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M54	Rückenschmerzen
M75	Schulterläsionen
M77	Sonstige Enthesopathien
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, nicht andernorts klassifiziert
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks
S83	Luxation/Verstauchung/Zerrung des Kniegelenks

Tabelle A-3: ICD-10-Legende der ICD-Dreisteller aus dem Kapitel 7 (alphabetisch sortiert)

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Angaben des DIMDI (DIMDI 2015)

Kapitel	Codebereich	Titel
I	A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00–D48	Neubildungen
III	D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01–Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00–U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Tabelle A-4: Die ICD-Kapitel nach ICD-10

Quelle: geänderte Darstellung des DIMDI (DIMDI 2015)

Anhang zu Kapitel 8

<u>Personalien</u>	
Name, Vorname, Geburtsdatum:	
Vers.-Nr.:	
Sachbearbeiter:	Gesprächsdatum:
<p>1. Wann ist Arbeitsaufnahme/Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit geplant?</p> <p><input type="checkbox"/> Der/die Versicherte erklärt, er werde am _____ die Arbeit wieder aufnehmen bzw. sich bei der Agentur für Arbeit melden.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Stufenweise Wiedereingliederung ab _____ wird vom Versicherten befürwortet.</p> <p>2. Welche Probleme stehen der Arbeitsaufnahme/Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit entgegen?</p> <p>_____</p> <p>3. Genaue Beschaffenheit des Arbeitsplatzes/Angabe zum zeitlichen Vermittlungsumfang bei der Agentur für Arbeit:</p> <p>_____</p> <p>4. Besteht Kontakt zum Arbeitsplatz?</p> <p>_____</p> <p>5. Angaben zur Krankheit:</p> <p>a. Welche Erkrankung führt aktuell zur Arbeitsunfähigkeit:</p> <p>_____</p> <p>b. Hat sich die Behandlungsdiagnose während der Arbeitsunfähigkeit geändert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte erläutern)</p> <p>_____</p> <p>6. Angaben zur Behandlung:</p> <p>a. Die Behandlung erfolgt hauptsächlich durch:</p> <p>_____</p> <p>b. Mitbehandlung erfolgt durch: _____ seit: _____</p> <p>c. Bisherige Diagnostik/Behandlung (Stichworte, wichtig: Zeitpunkt der wesentlichen Maßnahmen, z.B. OP-Datum)</p> <p>_____</p> <p>d. Noch geplante Diagnostik/Behandlung (was, wann wo?)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Abbildung A-6: Musterformular zur Dokumentation des Versichertengesprächs durch die Krankenkasse

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit, 2011

Befragung der gesetzlichen Krankenkassen zum Krankengeld-Fallmanagement

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) wird gemäß einem Auftrag des Bundesgesundheitsministers in diesem Jahr ein Sondergutachten zur Analyse der Entwicklung der Ausgaben für Krankengeld veröffentlichen. In diesem Zusammenhang möchte der SVR auch die Rolle des von den Krankenkassen durchgeführten Krankengeld-Fallmanagements genauer betrachten.

Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir Informationen zu Struktur, Verfahren, Inhalten und Auswirkungen des Krankengeld-Fallmanagements erfassen. Der Rat wird die Ergebnisse dieser Befragung *ohne* Möglichkeit des Rückschlusses auf einzelne Krankenkassen im Rahmen des oben genannten Sondergutachtens darstellen. Zudem ist ausschließlich unter denselben Einschränkungen eine Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken geplant. Im Rahmen der Auswertung werden ausschließlich die Mitglieder des Sachverständigenrates sowie die von ihnen mit der Auswertung beauftragten und zur Vertraulichkeit verpflichteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Zugriff auf die Daten haben.

Es soll pro angeschriebener Krankenkasse *ein* möglichst vollständiges Exemplar des Fragebogens ausgewertet werden. Damit wir Ihre Angaben sorgfältig auswerten und in das Gutachten einfließen lassen können, bitten wir um Beantwortung bis spätestens zum 31.03.2015. Alternativ zum Druckexemplar können Sie auch eine Online-Version unter folgendem Link nutzen:

<http://fragebogen.svr-gesundheit.de/>

In dem Fall verwenden Sie bitte als Benutzernamen [...] und als Passwort [...].

Ihre Antworten per Post, Fax oder E-Mail senden Sie bitte an die Geschäftsstelle des Sachverständigenrates:

Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1, 53123 Bonn
svr@bmg.bund.de
Fax: 02 28/9 94 41 49 15

Als Ansprechpartner für inhaltliche und organisatorische Nachfragen stehen Ihnen die wissenschaftlichen Referenten der Geschäftsstelle Frau Dr. Lessing (Durchwahl: [...], E-Mail: [...]) und Herr Herr (Durchwahl: [...], E-Mail: [...]) gern zur Verfügung.

I. Allgemeine Daten

I.1 Name der Krankenkasse:

I.2 Anschrift :

I.3 Ansprechpartner/-in für Rückfragen (Name und Telefon / E-Mail-Adresse):

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte beantworten Sie zunächst einige Fragen zu Ihren Versicherten:

I.4 Anzahl der Versicherten (Mitglieder und Mitversicherte) zum Stichtag 31.12.2014:

_____ Versicherte

I.5 Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder zum Stichtag 31.12.2014:

_____ Mitglieder

I.6 Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder zum Stichtag 31.12.2014, die einen Entgeltfortzahlungsanspruch durch den Arbeitgeber von mehr als 6 Wochen hatten:

_____ Mitglieder

I.7 Durchschnittliche Anzahl an Krankengeld-Zahltagen je Krankengeldfall im Jahr 2014:

_____ Tage

I.8 Anzahl der krankengeldberechtigten Mitglieder mit mehr als 100 Krankengeld-Zahltagen im Jahr 2014: _____ Mitglieder

I.9 Betreiben Sie ein Krankengeld-Fallmanagement?

- noch nicht damit befasst
- wird diskutiert, aber bisher keine Umsetzungspläne
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- gelegentlich umgesetzt
- regelhaft umgesetzt

(Sofern Sie diese Frage mit "noch nicht damit befasst", "wird diskutiert, aber bisher keine Umsetzungspläne" oder "Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant" beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Frage IX.2 fort.)

II. Allgemeine Daten und Struktur des Krankengeld-Fallmanagements**II.1 In welchem Jahr haben Sie das Krankengeld-Fallmanagement eingeführt? _____**

- kann ich nicht beantworten

II.2 Wer führt das Krankengeld-Fallmanagement durch? (Mehrfachantworten möglich)

- Mitarbeiter/-innen der eigenen Krankenkasse
- externer Dienstleister

II.3 Wie viele Fallmanager/-innen (in Vollzeitäquivalenten) arbeiten aktuell im Bereich Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

Intern: _____ Fallmanager/-innen

Extern: _____ Fallmanager/-innen

II.4 Wie qualifizieren Sie Mitarbeiter/-innen für die Tätigkeit im Krankengeld-Fallmanagement? (Mehrfachantworten möglich)

- interne Schulung
- Sonstiges, und zwar _____

- keine krankengeldspezifische Qualifizierung

II.5 Wie viele krankengeldberechtigte Mitglieder kontaktierten Sie im Jahr 2014 im Rahmen Ihres Krankengeld-Fallmanagements (ohne initiative Kontaktaufnahmen durch Mitglieder)? _____ Mitglieder

II.6 Wie viel Prozent Ihrer krankengeldberechtigten Mitglieder mit einer Arbeitsunfähigkeit von 3 Wochen Dauer oder länger kontaktierten Sie im Jahr 2014 im Rahmen Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

Bitte schätzen Sie: _____ %

II.7 Wie viele krankengeldberechtigte Mitglieder kontaktierte ein/-e Fallmanager/-in (Vollzeitäquivalent) Ihres Krankengeld-Fallmanagements durchschnittlich im Jahr 2014? Bitte schätzen Sie: _____ Mitglieder

III. Verfahren des Krankengeld-Fallmanagements

III.1. Nutzen Sie zur Durchführung Ihres Krankengeld-Fallmanagements eine spezielle Software?

nein

ja, und zwar:

III.2 Ist das Durchführen von Krankengeld-Fallmanagement an bestimmte Fallmerkmale der krankengeldberechtigten Mitglieder gebunden?

nein

ja

Falls ja: *(Mehrfachantworten möglich)*

Alter

Berufliche Tätigkeit

aktuelle Diagnosen (ICD), und zwar:

Vorerkrankungen

AU-Dauer

differenziert nach Diagnosen (ICD)

nach festen Stichtagen

vorheriger Krankengeldbezug

Höhe des zu zahlenden Krankengeldbetrags

Sonstige, und

zwar: _____

III.3 Auf welchem Wege erfolgt die erste Kontaktaufnahme zum krankengeldberechtigten Mitglied im Rahmen Ihres Krankengeld-Fallmanagements überwiegend?

telefonisch

schriftlich

anders, und zwar

III.4 Informieren Sie die krankengeldberechtigten Mitglieder im Rahmen der Kontaktaufnahme über die Ziele und Inhalte Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

ja

nein

III.5 Holten Sie bisher vor Durchführung des Krankengeld-Fallmanagements eine (explizite) Einwilligung der/des Versicherten ein?

nein

ja

Falls ja: Wie viel Prozent der Kontaktierten lehnten im Jahr 2014 das Krankengeld-Fallmanagement ab? _____ % der kontaktierten Mitglieder

III.6 Wie werden Beratungsgespräche im Rahmen Ihres Krankengeld-Fallmanagements überwiegend durchgeführt?

telefonisch

persönlich

III.7 Wie viele Kontakte zum krankengeldberechtigten Mitglied umfasst ein durchschnittlicher Fall Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

_____ Kontakte

V. Kooperationspartner beim Krankengeld-Fallmanagement

V.1 Wie häufig haben Sie mit folgenden Einrichtungen und Partnern im Rahmen Ihres Krankengeld-Fallmanagements Kontakt?

<i>(bitte ankreuzen)</i>	sehr häufig	häufig	gelegentlich	selten
Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeut/-innen (Niedergelassene sowie in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen Tätige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtärztliche Therapeut/-innen (außer Psychotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Dienste der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratungsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsförderungswerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsagenturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Evaluation des Krankengeld-Fallmanagements

VI.1 Erheben und nutzen Sie Daten in systematischer Form zur Evaluation Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

- nein
 ja

Falls ja: *(Mehrfachantwort möglich)*

- Kennzahlen zur Ausgabenentwicklung
- Kennzahlen zur Fallzahlentwicklung
- Kennzahlen zur Dauer des Krankengeldbezuges
- Befragung von Versicherten
- Sonstige, und

zwar: _____

VI.2 Definieren Sie Zielvorgaben für Ihr Krankengeld-Fallmanagement?

- nein
- ja

Falls ja, welche

VII. Auswirkungen des Krankengeld-Fallmanagements

VII.1 Wie schätzen Sie die Auswirkungen Ihres Krankengeld-Fallmanagements auf die Anzahl der Krankengeldfälle unter Ihren Versicherten ein?

- Verringerung (und zwar schätzungsweise um _____ %)
- keine Verringerung
- Erhöhung (und zwar schätzungsweise um _____ %)
- kann ich nicht beurteilen

VII.2 Wie schätzen Sie die Auswirkungen Ihres Krankengeld-Fallmanagements auf die durchschnittliche Krankengeldbezugsdauer Ihrer Versicherten ein?

- Verkürzung (und zwar schätzungsweise um durchschnittlich _____ %)
- keine Verkürzung
- Verlängerung (und zwar schätzungsweise um durchschnittlich _____ %)
- kann ich nicht beurteilen

VII.3 Auf welche Komponente wirkt sich Ihr Krankengeld-Fallmanagements stärker aus?

Bitte schätzen Sie:

- auf die Anzahl der Krankengeldfälle
- auf die Dauer des Krankengeldbezugs
- auf beide in gleichem Maße
- kann ich nicht beurteilen

VII.4 Was schätzen Ihre Versicherten besonders an Ihrem Krankengeld-Fallmanagement:

VII.5 Gibt es Kritik Ihrer Versicherten an Ihrem Krankengeld-Fallmanagement und wenn ja, wozu:



VII.6 Wie beurteilen Sie insgesamt Wirksamkeit / Nutzen Ihres Krankengeld-Fallmanagements?

- sehr positiv
- überwiegend positiv
- unentschieden
- überwiegend negativ
- sehr negativ
- kann ich nicht beurteilen

VII.7 Können Sie die Wirksamkeit und den Nutzen Ihres Krankengeld-Fallmanagements nach Krankheitsarten differenzieren? Bitte erläutern Sie:

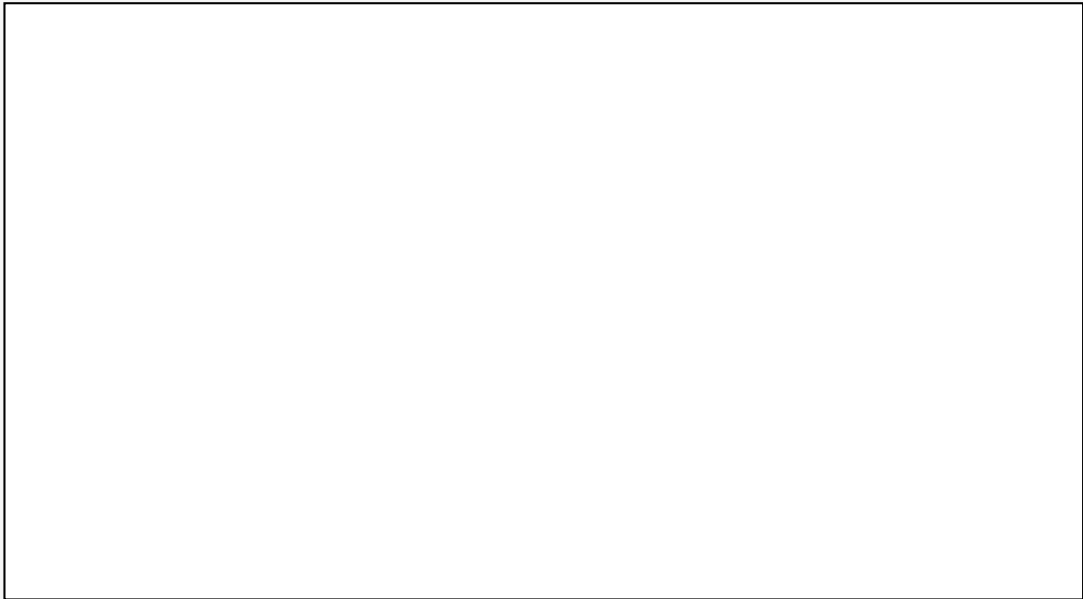
VIII. Einsparpotenzial des Krankengeldes

VIII.1 Wie hoch sind die Einsparungen Ihres derzeitigen Krankengeld-Fallmanagements (in Prozent der gesamten Ausgaben für Krankengeld)? Bitte schätzen Sie: _____ %

VIII.2 Wie hoch ist das Einsparpotenzial bei aus Ihrer Sicht optimalem Krankengeld-Fallmanagement (in Prozent der gesamten Ausgaben für Krankengeld)?
Bitte schätzen Sie: _____ %

IX. Verbesserungsbedarf, Anregungen

IX.1 Gibt es Maßnahmen, die Sie innerhalb der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in Ihrem Krankengeld-Fallmanagement zurzeit nicht durchführen und von denen Sie glauben, dass sie die Krankengeldausgaben weiter reduzieren könnten? Bitte erläutern Sie:



IX.2 Haben Sie Vorschläge hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld, durch die die Krankengeldausgaben reduziert werden könnten? Bitte erläutern Sie:



IX.3 Haben Sie über das Krankengeld hinausgehende Vorschläge, wie die Ausgaben für Krankengeld reduziert werden könnten (z.B. Versorgungssteuerung; verbesserte Kooperationen)? Bitte erläutern Sie:

X. Veröffentlichungen

X.1 Gibt es von Ihnen veröffentlichtes Material, das für das SVR-Sondergutachten zur Entwicklung der Krankengeldausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung von Interesse wäre:

nein

ja,

Quellenangabe(n) / Titel:

Exemplare / Kopien sind in der Anlage beigelegt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Vorschläge der Krankenkassen zur Reduktion der Krankengeldausgaben

Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit gegeben, im Rahmen mehrerer Freitextfelder Vorschläge für Maßnahmen zu äußern, durch die die Krankengeldausgaben reduziert werden könnten. Es wurde im Einzelnen gefragt nach

1. Maßnahmen des Krankengeldfallmanagements, die innerhalb der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen von der Krankenkasse zurzeit nicht durchgeführt werden
2. Vorschlägen hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld
3. über das Krankengeld hinausgehenden Vorschlägen – beispielsweise zur Versorgungssteuerung und zu verbesserten Kooperationen

A. Zurzeit nicht durchgeführte Maßnahmen des Krankengeldfallmanagements

Die meisten Krankenkassen geben an, sämtliche ihnen im Rahmen der aktuellen Rahmenbedingungen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten des Krankengeldfallmanagements auszuschöpfen. Unter den Maßnahmen, die nur eingeschränkt oder nicht durchgeführt werden, finden sich folgende Angaben:

- Intensivere Beratung mit frühzeitigerer Anbahnung optimaler Diagnostik und Therapie zur weiteren Verkürzung der Falldauern; insbesondere auch von Versicherten mit Einschränkungen in der Kommunikation aufgrund von Erkrankungen oder sprachlichen Problemen
- Weniger „zurückhaltende Anwendung“ der Einforderung der Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I. Derzeit eingeschränkt, da die Pflichten und Konsequenzen nicht ausreichend konkretisiert seien und somit ein hohes Konfliktrisiko mit dem Versicherten beinhaltet.
- „Vergabe bestimmter, derzeit aus Ressourcengründen nicht ausgeführter Aufgaben mit Bezug zu fest definierten Krankheitsbildern und Lebensumständen an externe Dienstleister“; Hinderungsgrund: Datenschutzbestimmungen
- Krankheitsbezogenes Coaching und Weiterbegleitung nach Ende der Arbeitsunfähigkeit zur Vermeidung von Wiedererkrankungen
- Frühere Aufnahme von Personen mit Karzinomerkrankungen in das Fallmanagement (derzeit erst nach Ablauf der Chemo- oder Bestrahlungstherapien)
- Weitere Verträge mit Ärzten oder anderen Leistungserbringern zur Verkürzung von Wartezeiten und Falldauern
- Onlinetherapien und webbasierte Mental-Health-Therapien
- Vollständige Umsetzung der Prüfung eines lückenlosen Nachweises der Arbeitsunfähigkeit (derzeit bewusst nicht vollständig durchgeführt)

B. Vorschläge hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld

Die Vorschläge hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen zum Krankengeld wurden nachträglich kategorisiert und ausgezählt. Hierbei erhielten folgende übergeordnete Themenbereiche die häufigsten Nennungen (Anzahl der Nennungen in Klammern):

Renten und Rehabilitation (64), darunter

- Verkürzung der Reha-Antragsfrist von zehn auf vier Wochen (analog zur Rechtsvorschrift der Agentur für Arbeit)
- mehr Aufforderungsrechte der Kassen, im Einzelnen für frühere Renten als die Regelaltersrente mit 65 Jahren (Rente mit 63 Jahren, Erwerbsminderungsrenten) und im Sinne der Umdeutung eines Reha- in einen Rentenanspruch
- schnellere Bearbeitung der Anträge durch die Deutsche Rentenversicherung
- größere Mitwirkungspflichten der Versicherten

Krankengeldleistungen (63), darunter

- Abschaffung der Blockfristen oder allgemeine Verkürzung der Bezugsdauer
- Anpassung des Krankengeldanspruchs an die Rahmenbedingungen in der Arbeitslosenversicherung, d. h. einfachere Verweisbarkeit auf andere Tätigkeiten als die zuletzt ausgeübte und niedrigere Zahlbeträge nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses
- allgemeine Verringerung der Krankengeldhöhe
- Einschränkung des Anspruchs, z. B. während der ersten vier Wochen der Beschäftigung, im Vorruhestand, während einer Sperrzeit der Agentur für Arbeit oder bei Abfindungszahlung
- einfachere Berechnung des Krankengelds

Datenschutzregelungen (17), zum Beispiel

- Einsicht in medizinische Unterlagen für Krankengeldfallmanager
- Wegfall der Datenfreigabeerklärung für den MDK
- Auskunftspflicht des Versicherten
- Datenerhebungsbefugnisse für Krankenkassen bei Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit

Krankengeldfallmanagement (11), konkret

- Widerspruch gegen die gesetzlich beabsichtigte Einführung einer obligatorischen schriftlichen Einwilligung der Versicherten (§ 44 SGB V)

Wiedereingliederung (10), darunter

- anteilige Entgeltzahlung durch Arbeitgeber, aber auch
- Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung; des Weiteren
- Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber dem Arbeitgeber bei nachweislich durch einen Arbeitsplatzkonflikt herbeigeführter Arbeitsunfähigkeit
- stärkeres Engagement der Arbeitgeber bei Betrieblichem Wiedereingliederungsmanagement

Ärztinnen und Ärzte (10), darunter

- schnellere Terminvergabe, vor allem bei Fachärzten
- schnellere Überweisung vom Hausarzt an den Facharzt (bzw. verpflichtender Facharztbesuch)
- Stärkung der Hausärzte, um „Ärzt hopping“ zu vermeiden
- korrekte Attestierung von Arbeitsunfähigkeit

Allgemeine Schnittstellenverbesserungen (9), etwa

- zwischen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung

Lohnfortzahlung (8), besonders

- über einen längeren Zeitraum als bisher (sieben oder acht Wochen) sowie
- auch in den ersten vier Wochen einer neuen Beschäftigung

mehrere Nennungen zum Beispiel von kürzeren Wartezeiten auf Psychotherapieplätze oder von gewünschten Veränderungen im Morbi-RSA

Die häufigsten Einzelempfehlungen unter den obigen sind eine Anpassung des Krankengeldanspruchs an die Arbeitslosenversicherung, d. h. einfachere Verweisbarkeit auf andere Tätigkeiten als die zuletzt ausgeübte und niedrigere Zahlungsbeträge nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses (zusammen 20 Nennungen), eine Verkürzung der Reha-Antragsfrist von zehn auf vier Wochen (18) und weniger restriktive Datenschutzregelungen (17).

C. Über das Krankengeld hinausgehende Vorschläge der Krankenkassen

Auch die Vorschläge der Krankenkassen, die über das Krankengeld hinausgehen, wurden nachträglich kategorisiert und ausgezählt. Hier erhielten folgende übergeordnete Themenbereiche die häufigsten Nennungen:

Ärztinnen und Ärzte (34), darunter insbesondere

- Termine/Wartezeiten von Fachärzten, des Weiteren
- die „Kooperationsbereitschaft“ der Ärztinnen und Ärzte (zum Beispiel bzgl. Krankenkassenanfragen, initiativer Kontaktaufnahme zu Krankenkassen, der Koordinierungsfunktion von Hausärzten)
- das Krankschreibungsverhalten

Gesamtbereich Psychotherapie/Psychiatrie (33), darunter

- vor allem kürzere Wartezeiten; als weitere Nennungen auch
- Ausbau der ambulanten Psychotherapiekapazitäten
- Zugang zu Tageskliniken
- ländliche Versorgung mit Psychotherapie
- frühzeitige Interventionen
- Kostenerstattung bzw. außer(kollektiv)vertragliche Therapieangebote

Integrierte Versorgung und Versorgungsformen (22), darunter

- bessere sektorenübergreifende Vernetzung
- Vermeidung von Doppelbehandlungen
- mehr Disease-Management-Programme

- Entlassungsmanagement im Krankenhaus und Case-Management-Strukturen in der Krankenkasse

Reha-Bereich (16), darunter

- insbesondere schnellere Antrags- und Widerspruchsbearbeitung und schnellere Antrittsmöglichkeit von bewilligten Reha-Maßnahmen, des Weiteren
- schnellere Umdeutung von Reha- in Rentenansprüche
- Unbürokratischere berufliche Umschulung
- häufigere eigenständige Umsetzung von Empfehlungen aus (Reha-)Entlassungsbriefen seitens der behandelnden Ärzte

Dabei führt sowohl beim ärztlichen als auch beim psychotherapeutischen Bereich deutlich der Wunsch nach kürzeren Wartezeiten mit zusammen ca. 40 Nennungen, wobei es sich häufig um ambulanten Behandlungsbedarf handelt. Unter den Vorschlägen für bessere Abläufe an den Schnittstellen, insbesondere bezüglich der Koordination zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenkassen, finden sich etwa die Empfehlung eines einheitlichen, unabhängigen sozialmedizinischen Dienstes für alle Sozialversicherungsträger und ein runder Tisch zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

Anhang zu Kapitel 10.2

Krankenkassen	Allgemeine Empfehlungen zur Prävention	Gesundheitskurse ¹	Rückenschule (RS) ¹	Weiteres
Techniker Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) - Rückentrainingsposter - 10-Minuten-Trainingsprogramm 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik - gerätegestütztes Rückentraining (Theorie und Praxis) - EMS-Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz-bezogene RS - neue RS (nach KddR) - orthopädische/präventive RS (nach ZVK) 	<p>Rehabilitative Rückenschule² Das Ziel besteht in der Erlernung eines rückengerechten Verhaltens, um einer Verschlimmerung der chronischen Erkrankung der Wirbelsäule vorzubeugen und Folgeerkrankungen zu vermeiden</p>
Barmer GEK	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) - Rückenforum 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik - gerätegestütztes Rückentraining (Theorie und Praxis) - EMS-Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz-bezogene RS - Online RS - neue RS (nach KddR) - orthopädische/präventive RS (nach ZVK) 	
AOK Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik³ - gerätegestütztes Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining³ - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> - RS - Online RS - orthopädische RS - orthopädische Hüft- und Knieschule 	<p>Rückenkonzept Innovatives und wissenschaftlich fundiertes gerätegestütztes Trainingsprogramm, richtet sich an Versicherte nach Beendigung der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen und Physiotherapie</p>
Deutsche BKK	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) - Rückenportal 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik - gerätegestütztes Rückentraining - EMS-Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson - rückschonendes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz-bezogene RS - RS - orthopädische/präventive RS (nach ZVK) - neue RS (nach KddR) 	

Knappschaft-Bahn-See	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik - gerätegestütztes Rückentraining - EMS-Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson - rückenschonendes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatzbezogene RS - RS - orthopädische/präventive RS (nach ZVK) - neue RS (nach KddR) 	
IKK classic	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Tipps um den Rücken gesund zu halten (z.B. richtiges Heben, Tragen, im Alltag, Arbeitsplatz und beim Schlafen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirbelsäulengymnastik - gerätegestütztes Rückentraining - EMS-Rückentraining - funktionelles Bewegungstraining - Rückenfitness im Wasser - progressive Muskelrelaxation nach Jacobson - rückenschonendes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatzbezogene RS - RS - präventive RS (nach ZVK) - neue RS (nach KddR) 	

Tabelle A-5: Auswertung des Präventionsangebots einzelner Krankenkassen

Anmerkungen: 1) Richtet sich an gesunde Personen die nur gelegentlich Rückenbeschwerden haben. 2) Richtet sich an Personen die chronische Rückenbeschwerden haben. 3) Bezieht sich auf Gesundheitssportangebote die bei ausgewählten Krankenkassenpartnern z.B. im Verein ausgeübt werden können. Insgesamt wurden weitere Sportarten wie beispielsweise Pilates und Yoga, die ebenfalls einen positiven Effekt auf die Rückenmuskulatur ausüben können, sowie Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche wie z.B. „Kinderrückenschule“ nicht in der Tabelle berücksichtigt.

Quelle: eigene Darstellung

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

**Mitglieder des Sachverständigenrats zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen****Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Abteilung Volkswirtschaftslehre
Emeritus Universität Mannheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Medizinische Klinik III (Nephrologie)
Klinikum Fulda gAG

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg

Fakultät für Betriebswirtschaft
Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg

Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann

Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
HELIOS Klinikum Wuppertal

Gutachten des Sachverständigenrats

Jahresgutachten 1987

Medizinische und ökonomische Orientierung
Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung
Baden-Baden 1988

Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung
Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung
Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland
Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation?
Abgedruckt im Jahresgutachten 1992
Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa
Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung,
Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen
Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung,
mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit
Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche
Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung
Baden-Baden 1996

Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche
Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung
Baden-Baden 1998

Gutachten 2000/2001

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung

Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität
der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
Baden-Baden 2002

Gutachten 2003

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen

Baden-Baden 2003

Gutachten 2005

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Band I: Kooperative Koordination und Wettbewerb,
Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention

Band II: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der
GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

Stuttgart 2006

Gutachten 2007

Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer
zielorientierten Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 2008

Sondergutachten 2009

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Baden-Baden 2010

Sondergutachten 2012

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung

Bern 2012

Gutachten 2014

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte
Leistungsbereiche

Bern 2014