

Gutachten zu den

Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V

Untersuchung nach § 10 RSAV in Verbindung mit
§ 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V

erstellt durch den
Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung
des Risikostrukturausgleichs
beim Bundesamt für Soziale Sicherung

Bonn, den 25. Februar 2025



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Prof. Dr. Saskia Drösler
Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Prof. Dr. Stephanie Läer
Prof. Dr. Robert Nuscheler
Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Prof. Dr. Volker Ulrich
Prof. Dr. Amelie Wuppermann

(Hochschule Niederrhein, Krefeld)
(Universität Bielefeld)
(Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)
(Universität Augsburg)
(Technische Universität München)
(Universität Bayreuth)
(Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

- Zitierhinweis** Drösler et al. (2025): Gutachten zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V, Bonn.
- Bildnachweis** Die Georeferenzierungen für die kartografischen Darstellungen in diesem Gutachten stammen vom Geodatenzentrum des Bundesamtes für Kartographie und Geodäsie (© GeoBasis-DE/BKG 2023)
- Kontakt** Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38
D-53113 Bonn
E-Mail: referat316[at]bas.bund.de
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de>

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Vorwort	8
Zusammenfassung	9
1 Untersuchungsauftrag und Aufbau des Gutachtens	11
2 Krankengeldanspruch	13
2.1 Rechtlicher Anspruch auf Krankengeld	13
2.2 Krankengeldanspruch und Krankengeldbezug im Kontext des RSA	15
3 Forschungsstand	16
4 Datenaufbereitung	19
4.1 RSA-Daten	19
4.2 Krankengeldsatzarten (SA 303 und SA 304)	21
4.2.1 Satzart 303 – zeitraumbezogene beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten	22
4.2.2 Satzart 304 – fallbezogene Leistungsausgaben (und Bezugszeiträume) für Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten	25
4.2.3 Analysedatensatz	27
4.3 Deskriptive Statistiken	28
5 Bewertungskriterien	34
5.1 Statistische Bewertungskriterien	34
5.1.1 Vorbemerkungen	34
5.1.2 Kennzahlen auf Individualebene	35
5.1.3 Kennzahlen auf Krankenkassenebene	38
5.1.4 Kennzahlen auf regionaler Ebene	40
5.1.5 Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen	41
5.1.6 Sonstige Kennzahlen	45
5.2 Weitere Bewertungskriterien	46
6 Beschreibung und Umsetzung verschiedener Krankengeldverfahren	47
6.1 Zuweisungsverfahren für das Krankengeld im RSA	47
6.1.1 Entwicklung des Verfahrens	47
6.1.2 Beschreibung des aktuellen Verfahrens (Status quo)	48
6.2 Erstgutachten	49
6.2.1 Beschreibung des im Erstgutachten empfohlenen Modells	49
6.2.2 Umsetzung im vorliegenden Gutachten	49
6.3 Folgegutachten	50
6.3.1 Beschreibung des im Folgegutachten empfohlenen Modells	50
6.3.2 Umsetzung im vorliegenden Gutachten	50
7 Empirische Ergebnisse der Modelle	52
7.1 Kennzahlen auf Individualebene	53
7.2 Kennzahlen auf Krankenkassenebene	53
7.3 Kennzahlen auf regionaler Ebene	57
7.4 Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen	59
8 Weitere Erkenntnisse und Schlussfolgerungen	62
8.1 Limitationen	62
8.2 Diskussion und Empfehlung	64
8.3 Vereinfachungsvorschlag	67

Literaturverzeichnis	68
Anhang	71
A.1 Alters- und Geschlechtsgruppen für Krankengeld	71
A.2 Deckungsquoten je Krankenkassenart im Status quo	74
A.3 Kennzahlen auf Individualebene des Erst- und des Folgegutachtens mit und ohne Restriktionen	74
A.4 Koeffizientenschätzer des Modells des Erstgutachtens (Krankengeldbezugstage)	75
A.5 Koeffizientenschätzer des Modells des Folgegutachtens (Leistungsausgaben für Krankengeld)	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsausgaben ohne Krankengeld der Versicherten mit bzw. ohne KG-Anspruch nach Alter und Geschlecht	30
Abbildung 2: KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr nach Alter und Geschlecht	31
Abbildung 3: Boxplots der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen	55
Abbildung 4: Boxplots der Deckungsbeiträge auf Ebene der Krankenkassen	56
Abbildung 5: Deckungsquoten je Kreis für die Modelle des Status quo, des Erstgutachtens und des Folgegutachtens	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die verwendeten RSA-Daten	20
Tabelle 2: Versicherte und deren Leistungsausgaben in den aufbereiteten Stammdaten	21
Tabelle 3: Übersicht über die zusätzlichen Krankengeldsatzarten	22
Tabelle 4: SA 303 – Anzahl der Datensätze und Höhe der gemeldeten bpE je Beitragsberechnungsgrundlage	24
Tabelle 5: Meldungen SA 304	27
Tabelle 6: Verteilung der gemeldeten KG-Bezugstage	27
Tabelle 7: KG-Anspruch und LAKG nach Alter	29
Tabelle 8: KG-Anspruch und KG-Bezug nach Geschlecht	29
Tabelle 9: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach bpE	31
Tabelle 10: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach Anzahl der KG-Bezugstage	32
Tabelle 11: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach siedlungsstrukturellem Kreistyp	32
Tabelle 12: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach HMG-Anzahl	33
Tabelle 13: Gesetzliche Grundlagen für das Krankengeld im RSA	47
Tabelle 14: Übersicht über die Modelle	52
Tabelle 15: Kennzahlen auf Individualebene	53
Tabelle 16: Kennzahlen auf Krankenkassenebene	53
Tabelle 17: Verteilung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen	54
Tabelle 18: Verteilung der Deckungsbeiträge auf Ebene der Krankenkassen	55
Tabelle 19: Deckungsquoten und -beiträge auf Ebene der Krankenkassenarten	56
Tabelle 20: Kennzahlen auf regionaler Ebene	57
Tabelle 21: Deckungsquoten nach siedlungsstrukturellem Kreistyp	57
Tabelle 22: Deckungsquoten nach Altersgruppen	59
Tabelle 23: Deckungsquoten nach Anzahl der KG-Bezugstage	60
Tabelle 24: Deckungsquoten nach HMG-Anzahl	61
Tabelle 25: Deckungsquoten für verstorbene und nicht verstorbene Versicherte	61
Tabelle 26: Abgrenzung der KAGGs	71
Tabelle 27: Abgrenzung der KG-AGGs	73
Tabelle 28: Vergleich der krankenkassenartenbezogenen Deckungsquoten des Status quo-Verfahrens mit dem Jahresausgleichsbescheid 2022	74
Tabelle 29: Kennzahlen auf Individualebene des Modells des Erstgutachtens mit und ohne Restriktionen	74
Tabelle 30: Kennzahlen auf Individualebene des Modells des Folgegutachtens mit und ohne Restriktionen	74
Tabelle 31: Koeffizientenschätzer des Erstgutachtens (Krankengeldbezugstage)	75
Tabelle 32: Koeffizientenschätzer des Folgegutachtens (Leistungsausgaben für Krankengeld)	87

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ALG	Arbeitslosengeld
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BBerG	Beitragsberechnungsgrundlage
BJ	Berichtsjahr
bpE	beitragspflichtige Einnahmen
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVG	Bundesversorgungsgesetz
CPM	Cumming's Prediction Measure
DB	Deckungsbeitrag
DEÜV	Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
DQ	Deckungsquote
DÜBAK	Datenübermittlung BA / Kommunen
EM	Erstmeldung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HLB	Hauptleistungsbereich
HMG	hierarchisierte Morbiditätsgruppe
KAGG	Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen in der Abgrenzung des Status quo Verfahrens
KEMG	Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen in der Abgrenzung des GKV-FQWG
KG	Krankengeld
KG-AGG	Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen in der Abgrenzung des Evaluationsberichts zum JA 2009
KG-EMG	Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen in der Abgrenzung des Evaluationsberichts zum JA 2009
KJ1	KJ 1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse der GKV)
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
LAKG	Leistungsausgaben für Krankengeld / Krankengeldausgaben
LAoKG	Leistungsausgaben ohne Krankengeld
(w)MAPD	(weighted) Mean Absolute Percentage Deviation
(w)MAPE	(weighted) Mean Absolute Prediction Error
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SA	Satzart
SGB	Sozialgesetzbuch
RF	Risikofaktor
VarK	Variationskoeffizient
VG	Versichertengruppe
VJ	Versichertenjahr(e)
VTKG	Versichertentage mit Krankengeldanspruch
Wissenschaftlicher Beirat	Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
WLS	weighted least squares

Vorwort

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung in § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V aufgetragen, regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs zu überprüfen. Mit Blick auf die Krankengeldzuweisungen legt § 10 RSAV fest, dass der Wissenschaftliche Beirat Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 RSAV untersucht. Hierbei handelt es sich um die nach Alter und Geschlecht differenzierten Risikogruppen, denen bei der Durchführung des RSA alle Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V zugeordnet werden. Dabei sind insbesondere Modelle zu überprüfen, bei denen die Zuweisungen ermittelt werden auf der Grundlage von

1. standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen sowie
2. standardisierten Krankengeldleistungsausgaben.

Wie bei vorhergehenden Begutachtungen verfolgt der Wissenschaftliche Beirat auch in diesem Evaluationsbericht eine datengestützte Herangehensweise. Dadurch lassen sich die Auswirkungen der Weiterentwicklung des RSA-Verfahrens anhand zahlreicher vergleichender Analysen prägnant herausarbeiten.

Die empirisch geleitete Aufbereitung der Daten wurde maßgeblich in der Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats umgesetzt. Ohne den unermüdlichen Einsatz der Mitarbeitenden im Referat 316 des Bundesamts für Soziale Sicherung wäre das Gutachten in dieser Detaillierung nicht zu Stande gekommen. Der Wissenschaftliche Beirat dankt für den herausragenden Arbeitseinsatz, die besondere Sorgfalt und die hohe Motivation bei der Erstellung des vorliegenden Evaluationsberichts.

Gemäß den Gepflogenheiten zur guten wissenschaftlichen Praxis haben alle Beirätinnen und Beiräte eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten in der Geschäftsstelle hinterlegt.

Zusammenfassung

1. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung erhielt der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs den Auftrag, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 RSAV (Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V) zu untersuchen. Der Untersuchungsauftrag wurde dahingehend konkretisiert, dass das aktuelle Zuweisungsverfahren (Status quo) einem Modell mit Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen sowie einem Modell mit Standardisierung der Leistungsausgaben für das Krankengeld gegenüberzustellen ist. Bei diesen beiden Modellen handelt es sich um die jeweiligen Empfehlungen aus zwei im Auftrag des Bundesamts für Soziale Sicherung vergebenen Gutachten (Erstgutachten und Folgegutachten) zur Anpassung der Zuweisungen für das Krankengeld.
2. Die für das vorliegende Gutachten verwendete Datengrundlage entstammt den Datenmeldungen des Meldejahres 2023. Die Auswertungen und Modellrechnungen erfolgen zeitgleich, d. h. es werden sowohl Leistungsausgaben als auch Morbiditätsinformationen ausschließlich aus der Erstmeldung des Berichtsjahres 2022 genutzt. Die Daten umfassen die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs standardmäßig gemeldeten Satzarten 100, 400, 500, 600, 701 und 703. Zusätzlich wurden die neuen Krankengeldsatzarten 303 und 304 (§ 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 1 RSAV) für die Auswertungen verwendet. Die Datenmeldung umfasst die Daten von 36.767.189 Versicherten mit Krankengeldanspruch, deren Leistungsausgaben für das Krankengeld insgesamt 16,7 Mrd. € im Jahr 2022 betragen.
3. Die vorliegende Untersuchung unterliegt einigen Limitationen. Hinsichtlich der Datenmeldung ist zwischen formalen Meldefehlern und inhaltlichen Meldefehlern zu unterscheiden. Beispielsweise konnte ein formaler Meldefehler in der Satzart 303 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bereinigt werden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat keine Möglichkeit inhaltliche Meldefehler aufzudecken. Bei der Verarbeitung wurden unplausible Datensätze nicht gelöscht, sondern bereinigt.
4. Im Status quo Verfahren erhalten die Krankenkassen Krankengeldzuweisungen für jede versicherte Person, für die mindestens ein Tag mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V in der Satzart 100 gemeldet wurde, unabhängig davon, ob sie tatsächlich Krankengeld bezogen hat oder nicht. Zur Standardisierung der Krankengeldausgaben wird jede dieser Personen auf Grundlage ihres in der Erstmeldung der Satzart 100 des Ausgleichsjahres gemeldeten Alters und Geschlechts einer von 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen zugeordnet. Diese Risikogruppen weisen altersbezogene Abstände von jeweils einem Jahr auf. Für die Standardisierung der Leistungsausgaben für das Krankengeld wird eine Durchschnittsberechnung durchgeführt. Hierzu werden zunächst die Krankengeldausgaben aus dem Hauptleistungsbereich 6a in den einzelnen Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen aufsummiert und durch die Summe der Versichertentage der jeweiligen Gruppe dividiert.
5. Bei der Umsetzung des Modells des Erstgutachtens werden in einem ersten Schritt die Krankengeldbezugstage über Alters- und Geschlechtsgruppen sowie die (zeitgleich angesetzten) Hierarchisierten Morbiditätsgruppen des Klassifikationsmodells 2024 in einer gewichteten Regression standardisiert. Anschließend werden in einem zweiten Schritt die geschätzten Krankengeldbezugstage mit den

vorab aus den Informationen der Satzart 303 berechneten versichertenindividuellen Krankengeldzahlbeträgen multipliziert, woraus sich die individuellen Zuweisungen für die Versicherten für das Krankengeld ergeben.

6. Bei der Umsetzung des Modells des Folgegutachtens werden die Leistungsausgaben für Krankengeld direkt in einer gewichteten Regression über die Risikomerkmale Alter, Geschlecht und zeitgleichen Hierarchisierten Morbiditätsgruppen des Klassifikationsmodells 2024 standardisiert.
7. Sowohl auf Individualebene (d. h. bezogen auf die Gütemaße R^2 , CPM, MAPE) als auch auf Ebene der Krankenkassen ($wMAPE_{KK}$, $wMAPD_{KK}$) erzielt das Status quo-Verfahren die mit Abstand besten Ergebnisse. Auf der Individualebene folgt das Modell des Erstgutachtens auf dem zweiten Platz vor dem Modell des Folgegutachtens. Auf Ebene der Krankenkassen ist die Rangfolge des Erst- und des Folgegutachtens umgekehrt. Auch auf Ebene der Regionen erzielt das Status quo-Verfahren die besten Ergebnisse. Werden die Deckungsquoten einzelner Versichertengruppen betrachtet, so zeigt sich, dass das Status quo-Modell für die meisten Versichertengruppen die besten Ergebnisse erreicht. Lediglich hinsichtlich der auf Basis von hierarchisierten Morbiditätsgruppen abgegrenzten Versichertengruppen und bei der Aufteilung der Versicherten in Überlebende und Verstorbene erreichen die Modelle der beiden Gutachten bessere Ergebnisse.
8. Das Modell des Erstgutachtens ergibt nur hinsichtlich der Kennzahlen auf versichertenindividueller Ebene etwas bessere Ergebnisse als das Modell des Folgegutachtens. Hinsichtlich aller anderen Kennzahlen wird es vom Modell des Folgegutachtens weitestgehend dominiert. Dabei ist das Modell des Erstgutachtens deutlich aufwändiger zu berechnen. Das zweistufige Verfahren, bei dem zuerst die Krankengeldbezugstage geschätzt werden, um dann mit versichertenindividuell berechneten Krankengeldzahlbeträgen multipliziert zu werden, erfordert zusätzlich zu einer Regression zunächst die Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzart 303 sowie der fallbezogenen Leistungsausgaben für Krankengeld in der Satzart 304, die beide weder für das Modell des Status quo noch für das Modell des Folgegutachtens notwendig sind. Die Aufbereitung dieser Daten ist methodisch anspruchsvoll, sehr zeitintensiv und inhaltlich mit größeren Unsicherheiten behaftet.
9. Das Status quo-Modell führt zu den besten Ergebnissen aller drei Modelle auf versichertenindividueller Ebene und liegt mit einem R^2 von 75,42 % (CPM: 51,19 %; MAPE: 414,98 €) weit vor den Ergebnissen des Modells des Folgegutachtens mit einem R^2 in Höhe von 11,95 % (CPM: 14,67 %; MAPE: 725,47 €). Auch hinsichtlich der Deckungsquoten der Krankenkassen und der regionalen Kennzahlen erreicht das Status quo-Verfahren bessere Werte als das Modell des Folgegutachtens. Zwar ergeben sich durch das direkt morbiditätsbezogene Modell des Folgegutachtens erwartbar bessere Deckungsquoten bei einer Einteilung der Versicherten nach Morbidität bzw. Mortalität. Davon abgesehen erreicht das Modell des Folgegutachtens allerdings für fast alle anderen Gruppen schlechtere Ergebnisse als das Status quo-Modell. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die untersuchten Standardisierungsansätze nicht zu den erhofften Ergebnissen führen.
10. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt unter Abwägung des Durchführungsaufwandes der drei Modelle und der jeweils erreichten Zielgenauigkeit die Beibehaltung des Status quo-Verfahrens.
11. Für die Durchführung des Status quo-Verfahrens sind weder die Satzart 303 noch die Satzart 304 notwendig. Deshalb empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat die Übermittlung dieser Satzarten auszusetzen.

1 Untersuchungsauftrag und Aufbau des Gutachtens

Mit einer Änderung des § 10 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) erhielt der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (Wissenschaftlicher Beirat) den Auftrag, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 RSAV zu untersuchen. Die Rechtsgrundlage der Untersuchung ist § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V. Hierbei handelt es sich um die nach Alter und Geschlecht differenzierten Risikogruppen, denen bei der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) alle Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld (KG) nach § 44 SGB V zugeordnet werden.

Eine Konkretisierung des Untersuchungsauftrages für den Wissenschaftlichen Beirat erfolgt in der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für das GVWG (vgl. *BT-Drs. 19/26822*, S. 126). Hierin wird dargelegt, dass der Wissenschaftliche Beirat insbesondere Modelle überprüfen soll, „[...] bei denen die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V einerseits auf der Grundlage von standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen und andererseits auf der Grundlage standardisierter Leistungsausgaben für das Krankengeld ermittelt werden. Im Rahmen der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind insbesondere Morbiditätskriterien und im Rahmen der Standardisierung der Krankengeldleistungsausgaben insbesondere Morbiditätskriterien und beitragspflichtige Einnahmen einzubeziehen“ (*BT-Drs. 19/26822*, S. 126). Außerdem soll der Wissenschaftliche Beirat in seine Untersuchung auch das aktuelle Verfahren für das Krankengeld nach § 44 SGB V mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich mit einbeziehen (vgl. *BT-Drs. 19/26822*, S. 126).

Hintergrund für die Überprüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat ist, dass sich die Empfehlungen der beiden vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in Auftrag gegebenen Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld aus Mai 2016 (vgl. Wasem et al. 2016, Erstgutachten Krankengeld, im Folgenden Erstgutachten genannt) und Dezember 2019 (vgl. Schiffhorst et al. 2019, Folgegutachten Krankengeld, im Folgenden Folgegutachten genannt) für das Krankengeld nach § 44 SGB V voneinander unterscheiden. Damit gelang es bisher nicht, die angestrebte Weiterentwicklung des seit 2014 bestehenden Hybrid-Modells vorzunehmen. Das Erstgutachten empfiehlt, die Krankengeldbezugsdauer über die Morbidität der Versicherten zu erklären und anschließend mit einem versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrag zu gewichten, der auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) der Versicherten ermittelt wird. Diese Differenzierung von Krankengeldbezugsdauer und Krankengeldzahlbetrag wird im Folgegutachten hingegen nicht empfohlen. Stattdessen sollen die Krankengeldausgaben ausschließlich über die Morbidität der Versicherten erklärt werden. Gleichzeitig blieben im Folgegutachten „[...] Fragen zu den aus Wettbewerbsgründen besonders relevanten Kennzahlen auf Ebene der Krankenkassen [...] offen“ (*BT-Drs. 19/26822*, S. 105).

Das vorliegende Gutachten ist in acht Abschnitte aufgeteilt. Anschließend an den Untersuchungsauftrag werden die grundlegenden Begrifflichkeiten zum Krankengeld und die rechtlichen Grundlagen hierzu im SGB V in Abschnitt 2 erläutert. Abschnitt 3 stellt den aktuellen Forschungsstand zum Thema Krankengeld im Risikostrukturausgleich dar. Die in diesem Gutachten genutzte Datengrundlage und deren Aufbereitung werden in Abschnitt 4 beschrieben. Abschnitt 5 stellt die verwendeten Bewertungskriterien dar. In Abschnitt 6 werden zunächst die Modelle des Status quo, des Erstgutachtens und des Folgegutachtens dargelegt und anschließend die Umsetzung im vorliegenden Gutachten beschrieben. Abschnitt 7 zeigt die empirischen Ergebnisse der drei Modelle. Hieraus abgeleitet erfolgt in Abschnitt 8 die Diskussion der

empirischen Ergebnisse und der vorliegenden (Daten-)Limitationen und das Gutachten schließt mit einer Empfehlung für ein Modell sowie für eine Verfahrensvereinfachung.

2 Krankengeldanspruch

Im Rahmen dieser Untersuchung werden die Begriffe Krankengeldanspruch und Krankengeldbezug verwendet. Abschnitt 2.1 beschreibt vor diesem Hintergrund die rechtlichen Grundlagen des SGB V. Im Abschnitt 2.2 folgt eine genauere Einordnung der Begrifflichkeiten in den Kontext des RSA und dieser Untersuchung.

2.1 Rechtlicher Anspruch auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld setzt ein Versicherungsverhältnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) voraus, das mit einer Berechtigung zum Bezug von Krankengeld verbunden ist. In Betracht kommt jede Versicherung kraft Gesetzes, sei es als Pflichtmitgliedschaft oder als freiwillige Mitgliedschaft. Ausgenommen von dem Anspruch auf Krankengeld sind u. a. die Versicherten, deren Versicherung nicht auf einer Erwerbstätigkeit beruht, die also im Falle der Arbeitsunfähigkeit (AU) keinen Einkommensverlust haben, sodass die mit dem Krankengeld bezweckte Entgeltersatzfunktion nicht greift. Ebenso ausgenommen sind die Personengruppen, die typischerweise bei Eintritt einer Arbeitsverhinderung nicht sofort auf die Gewährung von Sozialleistungen angewiesen sind, sondern aus eigenen Mitteln den Wegfall des Arbeitseinkommens für einen bestimmten Zeitraum überbrücken können.

Weiterhin muss einer der folgenden Tatbestände vorliegen, um den Krankengeldanspruch nach SGB V auszulösen:

- Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie durch eine Erkrankung arbeitsunfähig sind oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden (§ 44 Absatz 1 SGB V).
- Personen, die Organe, Gewebe oder Blut spenden, haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie auf Grund des Spendens arbeitsunfähig sind. Der Anspruch ist unabhängig vom Krankenversicherungsstatus der spendenden Person und besteht gegenüber der Krankenversicherung des Empfängers der Spende (§ 44a Satz 1 SGB V).
- Seit dem 01.11.2022 haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Begleitung eines Versicherten bei einer stationären Krankenhausbehandlung mitaufgenommen werden, sie ein naher Angehöriger oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld sind, gegenüber dem begleiteten Versicherten keine Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt nach Teil 2 des SGB IX, § 38a SGB VIII oder § 27d Bundesversorgungsgesetz (BVG)¹ erhalten und für sie ein Verdienstausfall entsteht (§ 44b Absatz 1 SGB V).
- Versicherte mit Kindern können Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes beziehen, wenn das versicherte Kind erkrankt, jünger als 12 Jahre ist und nach ärztlichem Zeugnis der Beaufsichtigung, Betreuung oder der Pflege bedarf, die keine weitere im Haushalt lebende und nicht berufstätige Person übernehmen kann. Dies gilt auch bei Mitaufnahme als Begleitperson bei stationären Behandlungen. Im Falle einer Behinderung des versicherten Kindes greift die Altersregelung nicht (§ 45 Absatz 1 Satz 1 und 1a SGB V). Gleichzeitig muss das Kind gesetzlich krankenversichert sein und das Elternteil über ein Versicherungsverhältnis mit Krankengeldanspruch verfügen.

¹ Zum 01.01.2024 ist das BVG in das SGB XIV überführt worden.

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich ausschließlich auf die erstgenannten Krankengeldzahlungen nach § 44 Absatz 1 SGB V. Die Krankengeldzahlungen nach den anderen Tatbeständen sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Die Grundlage zur Berechnung des Krankengeldes für Versicherte ist das krankenversicherungspflichtige Regelentgelt, welches vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde. Beim Regelentgelt handelt es sich um das regelmäßig erzielte Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, soweit es der Beitragsbemessung unterliegt. Der Krankengeldzahlungsbetrag beträgt 70 % des Regelentgelts, jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoentgeltes. Das Regelentgelt wird dabei lediglich bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (§ 47 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 223 Absatz 3 SGB V).² Personen, die Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) (ALG) beziehen, erhalten Krankengeld in Höhe der Bezüge des Arbeitslosengeldes (§ 47b Absatz 1 SGB V). Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige erhalten Krankengeld, sofern sie eine entsprechende Wahlerklärung gegenüber ihrer Krankenkasse abgegeben haben, in Höhe des zur Berechnung der Beiträge zugrunde gelegten Einkommens.

Der Beginn des Anspruchs auf Krankengeld richtet sich nach der Rechtsvorschrift, auf deren Grundlage Krankengeld bezogen wird. Versicherte im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses haben Anspruch auf Krankengeld bei stationärer Behandlung ab dem ersten Tag der Behandlung, im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung an. Die gleiche Regelung wird bei Leistungsbeziehern nach dem SGB III angewandt.

Abweichend zu den oben genannten Regelungen besteht der Anspruch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherten und bei Selbstständigkeit mit entsprechendem Wahltarif von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.

Zwischen dem Anspruch auf Krankengeld und der Zahlung von Krankengeld gilt es zu unterscheiden. Ein Anspruch auf Krankengeld impliziert nicht automatisch auch die Auszahlung der Geldleistung. § 49 Absatz 1 SGB V regelt den Tatbestand des Ruhens. Der Anspruch ruht z. B. solange, wie Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten (§ 49 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in Verbindung mit § 3 Absatz 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz) d. h. im Regelfall in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung. Gleiches gilt auch solange Versicherte Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit beziehen oder Elternzeit in Anspruch nehmen.

Grundsätzlich erhalten Versicherte Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren (die sogenannte Blockfrist), gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an (§ 48 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. Bei Teilmonaten wird Krankengeld für die tatsächlichen Tage ausgezahlt (§ 47 Absatz 1 Satz 6 SGB V).

² Die maßgeblichen Rechengrößen der Sozialversicherung werden jährlich gemäß der Einkommensentwicklung angepasst und in der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung festgelegt. Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2022 wurde am 06.12.2021 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (BGBl., Teil I, Nummer 81, 06.12.2021), das tägliche Höchst-Krankengeld belief sich im Jahr 2022 auf 112,88 €.

2.2 Krankengeldanspruch und Krankengeldbezug im Kontext des RSA

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 RSAV wird die Meldung von versichertenbezogenen Krankengeldanspruchstagen an das BAS geregelt. Dem BAS wird „die Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gemeldet (§ 7 Absatz 1 Nummer 10 RSAV). Als Versicherte mit Krankengeldanspruch werden im RSA Kontext alle Versicherten verstanden, deren Versicherungsverhältnis einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen umfasst, unabhängig davon, ob die auslösenden Tatbestände eingetreten sind.

Davon abgegrenzt werden die Versicherten mit tatsächlichem Krankengeldbezug. Als Versicherte mit tatsächlichem Krankengeldbezug werden im RSA Kontext alle Versicherten verstanden, die tatsächlich Krankengeld bezogen haben, d. h. es ist Krankengeld von der Krankenkasse an den Versicherten ausgezahlt worden.

Die vorliegende Untersuchung verwendet die Begriffe im Sinne des RSA und bezieht sich ausschließlich auf Krankengeld nach § 44 Absatz 1 SGB V.

3 Forschungsstand

Der Wissenschaftliche Beirat hat in dem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostruktur-ausgleich vom 22.06.2011 u. a. das damals praktizierte Verfahren (Krankengeld nach dem GKV-Wettbe-werbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), vgl. Tabelle 13) zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf dessen Zielgenauigkeit untersucht und bewertet (vgl. Drösler et al. 2011). Diesem Evaluati-onsbericht vorausgegangen waren bereits andere wissenschaftliche Arbeiten, die den Zuweisungsme-chanismus für Krankengeld empirisch überprüft hatten (vgl. Jacobs et al. 2001; Reschke 1993; Reschke et al. 2004; Wasem 1993). Im ersten Evaluationsbericht selbst wurde festgestellt, dass die Zielgenauig-keit der Zuweisungen in diesem Leistungsbereich hinter der Zielgenauigkeit in anderen Leistungsberei-chen zurückblieb. Hierzu wurde ausgeführt, dass das Ausgabenrisiko einer Krankenkasse für Krankengeld sich im Wesentlichen in zwei Komponenten zerlegen lasse: die Dauer (Mengenkomponente) und die Höhe (Preiskomponente) der Krankengeldzahlungen an die jeweiligen Versicherten. In einem Zuwei-sungsverfahren, welches als Bestimmungsfaktoren ausschließlich Geschlecht und Alter der Versicherten berücksichtige, würden Dauer und Höhe der Krankengeldzahlungen nicht hinreichend differenziert ab-gebildet.

Während die Krankengeldbezugszeiträume über ein Fallmanagement für die Krankenkassen in einem gewissen Rahmen steuerbar seien, entzöge sich die Preiskomponente (die sich aus den bpE der Versi-cherten ergibt) der Einflussnahme der Krankenkassen. Im Evaluationsbericht wurden daher verschie-dene Reformoptionen zur besseren Berücksichtigung der Dauer und Höhe der Krankengeldzahlungen empirisch geprüft und die Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen auf Indi-vidual- und Krankenkassenebene bewertet.

Die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats umfassten unter anderem Modelle mit einer Morbiditäts-komponente durch die Aufnahme von – im Sinne des vor dem Ausgleichsjahr 2021 definierten Versi-chertenklassifikationsmodells – 80 Krankheiten, Morbiditätsgruppen und Diagnosegruppen. Darüber hinaus wurde für jede Krankenkasse (durch eine Division der gesamten Krankengeldausgaben durch die Summe der Bezugszeiten der Versicherten) ein krankenkassenindividueller Zahlbetrag als sog. Grund-lohnkomponente ermittelt, um in den Modellrechnungen näherungsweise auch eine Preiskomponente abbilden zu können. Im Rahmen der durchgeführten Modellrechnungen zeigte sich, dass die Zielgenau-igkeit der Zuweisungen für Krankengeld auf Individualebene, aber nicht auf Krankenkassenebene, durch die Berücksichtigung einer Morbiditätskomponente erhöht werden konnte. Im Ergebnis schätzte der Wissenschaftliche Beirat die neu entwickelten Modelle im Vergleich zum Status quo aber nicht als über-legen ein und empfahl – genau wie zuvor schon Jacobs et al. (2001, S. 174) und Reschke et al. (2004, S. 15, S. 246) – keine Änderung des Krankengeldzuweisungsverfahrens. Gleichwohl formulierte der Wis-senschaftliche Beirat weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich der Untersuchung der Aufnahme von bis-lang nicht erhobenen Einflussgrößen (z. B. die Tätigkeit des Mitglieds, die Branche, den Beschäftigungs-grad, die Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und die Höhe der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen) bzw. der Suche nach weiteren Größen, die zur Erklärung der Dauer und Höhe der versichertenindividuellen Krankengeldzahlungen beitragen könnten (vgl. Drösler et al. 2011).

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Kranken-versicherung (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber mit § 269 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 41 Absatz 1 Satz 3 RSAV i. d. F. v. 01.08.2014 eine Sonderregelung eingeführt, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen bei den Krankengeldausgaben insbesondere auch auf Ebene der Krankenkassen zu erhöhen. Nach dieser Regelung werden die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch zu einer Hälfte über alters-

und geschlechtsdifferenzierte Risikogruppen standardisiert und zur anderen Hälfte als Istkosten-Ausgleich ermittelt (Krankengeld nach GKV-FQWG, vgl. Tabelle 13). Mit dem GKV-FQWG wurde dem BAS außerdem die Aufgabe übertragen, ein Gutachten in Auftrag zu geben, auf dessen Grundlage Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld entwickelt werden sollten (§ 269 Absatz 3 SGB V i. d. F. v. 01.08.2014). Der Komplexität der Thematik sollte durch einen mehrstufigen Forschungs- und Analyseprozess Rechnung getragen werden (vgl. *BR-Drs.* 151/14, S. 64; *BT-Drs.* 18/1307, S. 58). Im Erstgutachten sollte zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mithilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um diese Zielsetzung zu erreichen (§ 33 Absatz 3 RSAV i. d. F. v. 01.08.2014).

Die Gutachter stellten hierzu in ihrer am 31.05.2016 vorgelegten Expertise (vgl. Wasem et al. 2016) fest, dass – wie auch schon im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 gezeigt – Modelle, die zum Status quo lediglich isoliert eine Preiskomponente, d. h. die Höhe des Krankengeldzahlbetrages ergänzen, zu keiner Verbesserung der Zielgenauigkeit auf individueller Ebene führen und daher weiterhin nicht empfohlen werden können. Das Erstgutachten bestätigte viele Ergebnisse des Sondergutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege aus dem Jahr 2015 und sah die versichertenindividuelle Ebene als zentrale Zielebene an (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015). Demgegenüber könne durch die Berücksichtigung von Morbiditätsinformationen (zur Schätzung der Mengenkomponekte) und insbesondere durch die Kombination von Preis- und Morbiditätsinformationen eine deutliche Verbesserung der individuellen Zuweisungsgenauigkeit erzielt werden. Empfohlen wurde ein Modell, welches die Krankengeldbezugsdauer über die Morbidität der Versicherten standardisiert und die standardisierten Krankengeldbezugszeiten anschließend mit einem versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrag gewichtet, der auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ermittelt wird. Zur Darstellung der Morbidität der Versicherten wurden zeitgleich zugeordnete hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs) des Klassifikationsmodells 2013 (d. h. des noch auf 80 Krankheiten begrenzten Klassifikationsmodells) verwendet. Zwar erreichte dieses Modell der Erstgutachter auch auf Ebene der Krankenkassen deutlich bessere Ergebnisse im Vergleich zum Status quo (ohne Sonderregelung), allerdings blieb auch bei diesem Modell die Spannweite der Deckungsquoten für das Krankengeld zwischen den Krankenkassen hoch. Außerdem war einschränkend festzuhalten, dass die Gutachter nicht auf Daten einer Vollerhebung aller Krankenkassen arbeiten, sondern nur die Daten von 18 Krankenkassen nutzen konnten, die insgesamt knapp 65 % der GKV-Versicherten abdeckten.

Es wurde daher angeregt, im Rahmen des Folgegutachtens, (vgl. Schiffhorst et al. 2019) zu prüfen, inwiefern das Branchenkenzeichen, der Tätigkeitsschlüssel, die Dauer der Entgeltfortzahlung und die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankengeldanspruchsberechtigten als zusätzliche Variablen erhoben werden könnten und ob diese Merkmale zur Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Krankengeldausgaben herangezogen werden sollten. Bei künftigen Analysen sei zudem eine Trennung von regulärem Krankengeld nach § 44 SGB V und dem Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V vorzunehmen.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelverordnungsgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für das bereits erwähnte Folgegutachten geschaffen. Dieses hatte insbesondere das Ziel, die im Erstgutachten entwickelten Modelle empirisch zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln (§ 269 Absatz 3a

SGB V i. d. F. v. 11.04.2017). Darüber hinaus wurde mit dem Gesetz die Bereitstellung der für eine Abbildung zusätzlicher Bestimmungsfaktoren erforderlichen Daten geregelt (§ 269 Absatz 3b SGB V i. d. F. v. 11.04.2017).

Die Autoren des Folgegutachtens kamen nach Überprüfung der Modelle des Erstgutachtens zu dem Ergebnis, dass die separate Modellierung von Mengen- und Preiskomponente auf den Daten der Vollerhebung im Rahmen des Folgegutachtens zu unterlegenen Gütemaßen und Kennzahlen führt. Im Vergleich hierzu zeige ein Modell, welches die Krankengeldausgaben direkt standardisiert, bessere Ergebnisse. Die Folgegutachter empfahlen daher, das reguläre Krankengeld nach § 44 SGB V direkt über Alters- und Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und zeitgleich zugeordnete HMGs (basierend auf einem Klassifikationsmodell mit Krankheitsauswahl, d. h. 80 Krankheiten) zu standardisieren. Das bedeutet aber auch, dass in der Empfehlung des Folgegutachtens keine Preiskomponente berücksichtigt wird und die Mengenkomponekte durch eine reine Morbiditätskomponente abgebildet wird. Weiteren Bestimmungsfaktoren (z. B. bpE, Tätigkeitsschlüssel, Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen) wurde im Folgegutachten Erklärungskraft zugesprochen. Aufgrund von statistischen und methodischen Einschränkungen wurde eine Hinzunahme der Variablen allerdings nicht empfohlen. Hinsichtlich der Krankenkassenkennzahlen kommen die Folgegutachter zu dem Ergebnis, dass (hohe) Spannweiten der Deckungsquoten und Gütemaße auf Krankenkassenebene im Bereich Krankengeld akzeptiert werden müssten. Als Grund wird die ungleiche Verteilung der Versicherten mit Krankengeldbezug auf die Krankenkassen benannt.

Das Erstgutachten und das Folgegutachten kamen somit hinsichtlich des empfohlenen Modells zu unterschiedlichen Ergebnissen. Gleichzeitig blieben im Folgegutachten Fragen zu den Krankenkassenkennzahlen offen. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat beauftragt im Rahmen seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V auch die Zuweisungen für Krankengeld zu untersuchen. So werde sichergestellt, dass eine möglichst breite Expertise in Bezug auf die Klassifikation von Versicherten einbezogen wird (vgl. *BT-Drs. 19/26822*, S. 105).

4 Datenaufbereitung

In diesem Abschnitt werden die Daten erläutert, die für das vorliegende Gutachten verwendet wurden. Hierbei handelt es sich um Daten der Datenmeldungen des Meldejahres 2023. Die Auswertungen und Modellrechnungen erfolgen – im Gegensatz zum regulären, prospektiven RSA-Verfahren – zeitgleich, d. h. es werden sowohl Leistungsausgaben als auch Morbiditätsinformationen ausschließlich aus der Erstmeldung (EM) des Berichtsjahres 2022 (BJ 2022) genutzt. Die RSA-Daten umfassen die Satzarten (SA) 100, 400, 500, 600, 701 und 703 (vgl. Abschnitt 4.1). Hinzu kommen für die Evaluation die neuen Krankengeldsatzarten 303 und 304 (vgl. Abschnitt 4.2).

4.1 RSA-Daten

Die Aufbereitung der Satzarten 100, 400, 500, 600, 701 und 703 erfolgt analog zur Aufbereitung dieser Daten für die reguläre Weiterentwicklung. Detaillierte Beschreibungen zu den verwendeten Daten und ihrer Aufbereitung finden sich in

- der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV, vgl. GKV-Spitzenverband 2022),
- dem Datenbereinigungskonzept des BAS (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023a) ,
- dem Evaluationsbericht zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten JA 2021 (vgl. Drösler et al. im Druck, Kapitel 3) und
- den Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV (insbesondere für das AJ 2025, da hierfür dieselbe Datengrundlage wie für die Krankengeldauswertungen verwendet wurde (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024a)).

In Tabelle 1 werden die verwendeten Satzarten näher beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht über die verwendeten RSA-Daten

Satzart	BJ	Inhalt	Rechts- grundlage	Bezug	Verwendung für Modelle*	Datensätze
100	2022	Versichertenstamm- daten	§ 7 Absatz 1 Satz 1 Num- mer 1 bis 3, Nummer 8 bis 11, sowie § 15 Absatz 5 RSAV	Versicherter	alle	77.754.394
400	2022	Daten der Arzneimit- telversorgung	§ 7 Absatz 1 Satz 1 Num- mer 4 RSAV	Versicherter	Erst- und Fol- gegutachten	770.344.352
500	2022	Diagnosen der Kran- kenhausversorgung	§ 7 Absatz 1 Satz 1 Num- mer 5 RSAV	Versicherter	Erst- und Fol- gegutachten	149.889.282
600	2022	Diagnosen der am- bulanten ärztlichen Versorgung	§ 7 Absatz 1 Satz 1 Num- mer 6 RSAV	Versicherter	Erst- und Fol- gegutachten	2.688.907.560
703	2022	Personenbezogene berücksichtigungsfä- hige Leistungsausga- ben	§ 7 Absatz 1 Satz 1 Num- mer 7 und Satz 3 RSAV	Versicherter	alle	77.754.394
701	2022	Summe der berück- sichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ 1	§ 266 Absatz 6 Satz 3 SGB V	Krankenkasse	alle	95

Quelle: Auswertung BAS; *Die gemeldeten Satzarten werden z. T. nur für einzelne Modelle der nachfolgenden Untersuchungen verwendet, diese werden hier zur Information zugeordnet. Eine ausführliche Beschreibung der Modelle findet sich in Abschnitt 6.

Grundlage der nachfolgenden Auswertungen sind die aus der Kombination der Satzarten 100, 701 und 703 generierten versichertenindividuell aggregierten Stammdaten. Die Aufbereitung dieser Stammdaten folgt im Wesentlichen dem Verfahren bei der regelmäßigen Weiterentwicklung des RSA sowie der Datenaufbereitung für die in der Vergangenheit vom Wissenschaftlichen Beirat verfassten Gutachten. Den einzigen Unterschied stellt die ausschließlich zeitgleiche Aufbereitung der Datensätze für die Bestimmung der Risikomerkmale und der Leistungsausgaben dar: Alle für die Schätzung der Krankengeldausgaben des BJ 2022 verwendeten Variablen (Alter, Geschlecht, Morbidität) werden ausschließlich aus den Daten der Erstmeldung des BJ 2022 bestimmt.

In den so aufbereiteten Stammdaten werden insgesamt zehn Versicherte mehr berücksichtigt als bei den Auswertungen für die Festlegung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2025. Die betreffenden Versicherten wurden bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wegen unklarer Geschlechtszuordnungen im BJ 2021 zusätzlich ausgeschlossen. Da hier nur eine zeitgleiche Betrachtung vorgenommen wird, besteht für diese Versicherten keine unklare Geschlechtszuordnung mehr.

Für die Berechnung der Krankengeldmodelle werden die Stammdaten auf diejenigen Versicherten beschränkt, für die in der SA 100 des BJ 2022 mindestens ein Tag mit Krankengeldanspruch gemeldet worden ist.

Tabelle 2 stellt die Anzahl der Versicherten in den generierten Stammdatendateien sowie deren Leistungsausgaben dar. Die in der Tabelle angegebenen Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) und Leistungsausgaben für Krankengeld (LAKG, Hauptleistungsbereich (HLB) 6a) weisen jeweils die Nettoausgaben für die Versicherten aus. Zur Ermittlung der Nettoausgaben werden – dem regulären RSA-

Verfahren entsprechend – die in der SA 703 gemeldeten (Brutto-)Leistungsausgaben über aus der SA 701 ermittelte Erstattungs-, Rabatt- und Rückzahlungsbeträge gemindert.

Tabelle 2: Versicherte und deren Leistungsausgaben in den aufbereiteten Stammdaten

Daten	Verwendung	Versicherte	LAoKG (HLB 1-5 & 7 netto)	LAKG (HLB6a netto)
Stammdaten RSA	Datenplausibilisierung, versichertenbezogene Aggregation	76.789.673	242.112.841.210 €	16.743.554.359 €
Stammdaten Krankengeld	Beschränkung auf Versicherte mit mindestens einem Krankengeldanspruchstag im BJ 2022	36.767.189	72.930.433.605 €	16.715.997.845 €

Quelle: Auswertung BAS; Die Summe der Leistungsausgaben für Krankengeld in der Datei Stammdaten RSA fällt geringfügig höher aus als die Summe der Leistungsausgaben für Krankengeld in der Datei Stammdaten Krankengeld, weil in den gemeldeten Daten insgesamt 8.772 Versicherte mit Krankengeldausgaben aber ohne Krankengeldanspruchszeiten enthalten sind.

4.2 Krankengeldsatzarten (SA 303 und SA 304)

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde in § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V i. V. m. § 7 Absatz 1 RSAV die Rechtsgrundlage für die Erhebung und Meldung der Daten für die Überprüfung der Krankengeldmodelle geschaffen. Die Krankenkassen übermitteln entsprechend der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V des GKV-SV ab dem Berichtsjahr 2022 (seit der Meldung im August 2023) fortlaufend für jeden Versicherten mit Krankengeldanspruch:

- die bpE aus nichtselbstständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
- die bpE aus selbstständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese erzielt wurden,
- die bpE aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III sowie die jeweiligen Bezugstage und
- die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.

Gemäß § 269 Absatz 8 SGB V bestimmt der GKV-SV im Einvernehmen mit dem BAS das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung.

Die Daten nach § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V wurden erstmalig im Berichtsjahr 2022 für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V (das hier vorliegende Krankengeldgutachten) erhoben. Die gemeldeten Daten bilden die Berechnungsgrundlage für die vorliegende Evaluation. Ihre Meldung wurde im Gesetz als dauerhafte Datenlieferung angelegt.

In ihrer Struktur sind die neuen Datenmeldungen an die Datenmeldungen zum Folgegutachten angelehnt, wurden dabei jedoch um für die vorliegenden Untersuchungen nicht benötigte Bestandteile bereinigt. Die Datenmeldungen gliedern sich in zwei Satzarten auf:

- die Meldung der zeitraumbezogenen bpE je Versicherten (SA 303) und
- die Meldung der fallbezogenen Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V (SA 304).

Tabelle 3 fasst die Krankengeldmeldungen zusammen.

Tabelle 3: Übersicht über die zusätzlichen Krankengeldsatzarten

Satzart	BJ	Inhalt	Rechts- grundlage	Bezug	Verwendung für Modelle*	Datensätze
303	2022	Zeitraumbezogene beitragspflichtige Einnahmen	§ 269 Absatz 5 SGB V	Versicherter	Erstgutachten	51.013.099
304	2022	Fallbezogene Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V	§ 269 Absatz 5 SGB V	Versicherter	Erstgutachten	3.025.789

Quelle: Auswertung BAS; *Die gemeldeten Satzarten werden z. T. nur für einzelne Modelle der nachfolgenden Untersuchungen verwendet, diese werden hier zur Information zugeordnet. Eine ausführliche Beschreibung der Modelle findet sich dann nachfolgend in Abschnitt 6.

Inhalte und Umfang der beiden Satzarten sowie die zur Verwendung in den Auswertungen dieses Gutachtens durchgeführten Plausibilisierungs- und Bereinigungsverfahren der darin enthaltenen Informationen werden nachfolgend dargestellt.

4.2.1 Satzart 303 – zeitraumbezogene beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten

In der SA 303 werden die zeitraumbezogenen bpE je Versicherten – differenziert nach den jeweiligen Beitragsberechnungsgrundlagen (BBerG) – für das Berichtsjahr 2022 gemeldet. Die in der SA 303 gemeldeten Daten beziehen sich auf die Versicherten, die in der SA 100 mindestens einen Tag mit Krankengeldanspruch aufweisen und für die die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen vorliegt. Für Versicherte mit Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III wird auch dann ein Datensatz gemeldet, wenn die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nicht bekannt ist.

Die genaue Ausgestaltung der jeweiligen Meldung ist abhängig von der jeweiligen Beitragsberechnungsgrundlage:

- BBerG 1 – bpE aus nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß § 28 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 SGB IV
Es werden die bpE aus den DEÜV³-Meldungen mit den relevanten Gründen⁴ gemeldet. Die Beträge beziehen sich jeweils auf den im Datensatz gemeldeten Zeitraum.
- BBerG 2 – bpE aus selbstständiger Tätigkeit (ohne Künstler und Publizisten nach dem Gesetz über die Sozialversicherung der selbstständigen Künstler und Publizisten (KSVG)).
Es werden die krankengeldrelevanten Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit (Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV) gemeldet. Weitere Einkünfte, die nicht zur Berechnung des Krankengelds herangezogen werden, werden in der Meldung nicht berücksichtigt. Es werden (selbst wenn der angegebene Zeitraum einen vollen Kalendermonat unter- oder überschreitet) monatliche Beträge gemeldet, die auf den jeweils gemeldeten Zeitraum umgerechnet werden müssen.
- BBerG 3 – bpE für Künstler und Publizisten nach KSVG gemäß § 95c Absatz 2 Nummer 2 SGB IV
Es werden die Beträge aus dem Meldeverfahren der Künstlersozialkasse mit dem Abgabegrund 01 gemeldet. Die Beträge beziehen sich auf den jeweils im Datensatz gemeldeten Zeitraum.

³ Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV): Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung.

⁴ Gründe 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 70, 71 und 72 gemäß Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 SGB V (vgl. GKV-Spitzenverband 2022).

- BBerG 4 – bpE aus dem Bezug von ALG nach dem SGB III
Es werden die bpE aus den DÜBAK⁵-Meldungen mit den Beendigungsgründen 12, 19, 26 und 81 gemeldet. Es handelt sich dabei um kalendertägliche Beträge, die auf den jeweils gemeldeten Zeitraum umgerechnet werden müssen.
- BBerG 5 – fehlende bpE beim Bezug von ALG nach dem SGB III
Für die DÜBAK-Beendigungsgründe ungleich 12, 19, 26 oder 81 liegen den Krankenkassen keine Informationen zu den bpE vor. Sofern es sich um offene Mitgliedzeiten mit Bezug von ALG mit den DÜBAK-Anmeldegründen 10, 11 oder 13 handelt, werden die Zeiträume mit einem Betrag von 0 € bpE in der BBerG 5 gemeldet.

Liegt der jeweilige Zeitraumbeginn beziehungsweise das jeweilige Zeitraumende außerhalb der Berichtsperiode, so ist als Beginn-Datum der 01.01.2022 oder als End-Datum der 31.12.2022 anzugeben.

Grundsätzlich sollte für jeden Versicherten, der in der SA 100 mindestens einen Tag KG-Anspruch aufweist, mindestens ein Datensatz in der SA 303 gemeldet werden. Für Versicherte aus den BBerGs 1-3, für die keine Informationen zur Höhe der bpE vorliegen, wird kein Datensatz in der SA 303 gemeldet (vgl. Abschnitt 4.2.1.2). Die entsprechenden Personen werden durch die Verknüpfung mit der SA 100 ermittelt: Versicherte, die mindestens einen Tag Krankengeldanspruch in der SA 100 und keinen korrespondierenden Datensatz in der SA 303 aufweisen, werden hierzu im weiteren Verfahren der zusätzlichen BBerG 6 mit einem Betrag von (zunächst) 0 € bpE zugeordnet.

4.2.1.1 Umkodierung von Dummy-Meldungen zur Höhe der bpE

Im Vorfeld der Datenaufbereitung wurde das BAS durch die Bestimmungsrunde beim GKV-SV darüber informiert, dass einzelne Krankenkassen (wie auch schon in der Sonderdatenmeldung des Berichtsjahres 2016 für das Folgegutachten zum Krankengeld und entgegen der Vorgaben der Bestimmung des GKV-SV) in der BBerG 2 für einzelne Versicherte anstatt der bpE lediglich Dummy-Werte gemeldet hätten. So wurde für Fälle mit einer Beitragseinstufung in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze ohne Nachweis der Dummy-Wert „00000000999999“, entsprechend einer monatlichen bpE-Meldung in Höhe von 9.999,99 €, sowie für Fälle mit einer manuellen Schätzung der Einkünfte in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Dummy-Wert „00000000888888“, entsprechend einer monatlichen bpE-Meldung in Höhe von 8.888,88 € gemeldet.

Insgesamt wurden von neun Krankenkassen 20.184 Dummy-Meldungen abgegeben, von denen 93 auf den Dummy-Wert „00000000888888“ entfielen. Dies entspricht nur ca. 0,04 % der gesamten Meldungen in der SA 303, aber immerhin ca. 3,04 % der Meldungen in der BBerG 2.

Da die Krankenkassen in beiden Fallkonstellationen über die Dummy-Meldungen eine bpE-Meldung in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze kodieren, wurde für die nachfolgenden Untersuchungen entschieden, die entsprechenden Datensätze nicht auszuschließen, sondern in diesen Fällen eine bpE-Meldung in Höhe der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenversicherung (4.837,50 € im Jahr 2022) anzusetzen.

⁵ Gemeinsames Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK).

4.2.1.2 Datenaufbereitung SA 303

In der SA 303 des BJ 2022 wurden 51.013.099 Datensätze gemeldet, davon entfallen 46.004.052 auf die BBerG 1 – bpE aus nichtselbstständiger Tätigkeit (90,18 % der Meldungen, vgl. Tabelle 4). 663.131 Meldungen entfallen auf die BBerG 2 – bpE aus selbstständiger Tätigkeit (1,30 %), 1.301.302 (2,50 %) auf die BBerG 3 – bpE für Künstler und Publizisten. Auf die BBerGs 4 und 5 (Meldungen bei Bezug von ALG) entfallen insgesamt 3.044.614 Meldungen. Davon erfolgen lediglich 196.857 (0,39 %) Meldungen in der BBerG 4 – bpE aus dem Bezug von ALG, während die verbleibenden 2.847.757 (5,58 %) Meldungen ohne Angabe von bpE in der BBerG 5 – fehlende bpE beim Bezug von ALG erfolgen.

Tabelle 4: SA 303 – Anzahl der Datensätze und Höhe der gemeldeten bpE je Beitragsberechnungsgrundlage

BBerG	N	bpE			
		Durchschnitt	Minimum	Maximum	Bezug
1	46.004.052	26.676 €	0 €	104.400 €	Meldezeitraum
2	663.131	3.152 €	0 €	999.999 €	Monat
3	1.301.302	2.220 €	0 €	263.818 €	Meldezeitraum
4	196.857	64 €	0 €	4.850 €	Tag
5	2.847.757	0 €	0 €	0 €	-

Quelle: Auswertung BAS

Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass die BBerGs 1-4 jeweils Meldungen mit bpE in Höhe von 0 € enthalten. In der BBerG 1 entspricht dies mit 577.915 Datensätzen 1,26 % der Gesamtmeldungen in dieser BBerG, in der BBerG 2 mit 15.606 Datensätzen sogar 2,35 % der Meldungen. Lediglich die BBerG 3 weist mit nur vier Fällen ohne bpE-Angabe nahezu vollständig positive bpE Angaben in den gemeldeten Daten aus. In der BBerG 4 weisen demgegenüber 17.503 Datensätze – und damit 8,89 % der Meldungen – bpE in Höhe von 0 € aus.

Für die einzelnen Versicherten können in der SA 303 mehrere Datensätze für das Berichtsjahr 2022 vorliegen. Die gemeldeten Datensätze werden daher im Rahmen der Datenaufbereitung versichertenindividuell aggregiert. Dabei werden auch Überschneidungen sowie Unterbrechungen in den gemeldeten Zeiträumen bereinigt, sodass die tatsächlichen bpE-Tage je Versicherten im gesamten Berichtsjahr ermittelt werden können. Es ergeben sich nach Aggregation der Datensätze insgesamt 36.128.625 Versicherte, für die mindestens eine bpE-Meldung in der Satzart vorliegt.

Die gemeldeten bpE werden in diesem Prozess zunächst getrennt nach BBerG aufbereitet und aggregiert. Im Falle der BBerGs 2 und 4 müssen dabei die monats- bzw. tagesbezogenen Meldungen auf den jeweils gemeldeten Zeitraum umgerechnet werden. Zusätzlich werden die Meldungen in diesen beiden BBerGs auf die Einhaltung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV geprüft und bei Überschreitung der jeweiligen Grenzwerte (Monatsmeldung: 4.837,50 €, Tagesmeldung: 161,25 €) auf diese gekürzt.

Zum Abschluss der versichertenindividuellen Aggregation werden die über alle BBerGs berechneten bpE der Versicherten aufaddiert und auf die Einhaltung der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze (58.050 €) in der GKV geprüft. Wird die Beitragsbemessungsgrenze der GKV überschritten, so erfolgt eine Kürzung der verwendeten bpE auf diese. Insgesamt musste bei 5.384.427 Versicherten (14,90 %) eine Kürzung der bpE auf die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der GKV vorgenommen werden.

Die aggregierten Daten werden anschließend an die für das Berichtsjahr 2022 aus den Satzarten 100 und 703 erstellten Versichertenstammdaten angespielt. Versicherte mit mindestens einem Tag Krankengeldanspruch im Berichtsjahr, für die kein Datensatz in der SA 303 vorliegt (641.293 Versicherte), werden der zusätzlichen BBerG 6 – fehlende bpE bei Krankengeldanspruch aus den BBerGs 1-3 – zugeordnet.

Da für die BBerGs 5 und 6 keine bpE vorliegen, wurde entschieden, in den weiteren Auswertungen für die Versicherten der BBerG 5 – ALG Bezug bpE nicht bekannt die aus der BBerG 4 – ALG Bezug mit Meldung von bpE – resultierenden durchschnittlichen bpE je Tag (60,56 €) und für die BBerG 6 die aus der BBerGs 1-3 resultierenden durchschnittlichen bpE je Tag (100,58 €) als hypothetische bpE anzusetzen. Als bpE-Zeitraum werden für die Versicherten der BBerG 6 die Versichertentage mit Krankengeldanspruch (VTKG) verwendet.

Die Meldung der bpE in der SA 303 bildet die Grundlage für die Schätzung der versichertenindividuellen kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge für Versicherte. Dies gilt zumindest für Versicherte, die im BJ 2022 keinen tatsächlichen Krankengeldbezug aufweisen. Für Versicherte, die im BJ 2022 tatsächlich Krankengeld bezogen haben, sind die in der SA 303 gemeldeten bpE jedoch nicht geeignet, da für diese Versicherten aufgrund ihres Krankengeldbezuges im BJ niedrigere bpE anfallen und dadurch ein nur unvollständiges Einkommensbild vorliegt. Daher müssen für die Schätzung der Zahlbeträge bei Krankengeldempfängern die tatsächlichen Krankengeldbeträge der nachfolgend beschriebenen SA 304 verwendet werden. Zudem wird die SA 304 auch für die Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten aller Versicherter genutzt (vgl. Abschnitt 6.2).

4.2.2 Satzart 304 – fallbezogene Leistungsausgaben (und Bezugszeiträume) für Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten

In der SA 304 werden versichertenbezogen die Krankengeldausgaben und die Krankengeldbezugstage gemeldet, die Zahlungszeitpunkten im Berichtsjahr 2022 zuzuordnen sind. Zusätzlich wird der Beginn und im vollständigen Krankengeldbezugsfall (KG-Bezugsfall) das Ende des Krankengeldbezugs gemeldet.

4.2.2.1 Abbildung des vollständigen KG-Bezugsfalles als Grundlage für die Standardisierung der Krankengeldbezugstage

Als eigenständiger KG-Bezugsfall gilt jeder Zeitraum ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, für den mindestens eine Krankengeldzahlung im Berichtsjahr geleistet wurde. Die Dauer eines KG-Bezugsfalles kann sich über mehrere (Berichts-)Jahre erstrecken. Die gemeldeten Beginn- und Enddaten des KG-Bezugsfalles werden dabei unabhängig von den im Berichtsjahr liegenden Zahlungszeitpunkten gemeldet und bezeichnen den tatsächlichen ersten und letzten Tag eines KG-Bezugs bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, auch wenn diese Daten nicht im Berichtsjahr selbst liegen. Der über die Datenfelder „Beginn“ bzw. „Ende des Krankengeldbezugs im AU-Fall“ definierte Zeitraum bildet somit (für bis zur Datenmeldung abgeschlossene KG-Bezugsfälle) den vollständigen KG-Bezugsfall des Versicherten, unabhängig vom gemeldeten Berichtsjahr ab. Als Voraussetzung für die Meldung des Falles muss lediglich mindestens ein Tag des KG-Bezugsfalles im betrachteten Berichtsjahr liegen.

Aus der Meldung der Felder „Beginn“ bzw. „Ende des Krankengeldbezugs im AU-Fall“ lassen sich die Kalendertage mit tatsächlichem Krankengeldbezug im Berichtsjahr 2022 ermitteln. Diese dienen nachfolgend als Grundlage für die **Standardisierung der Krankengeldbezugstage**. Hierbei werden nach der Berechnungssystematik im Krankengeld für vollständige Kalendermonate jeweils dreißig Krankengeldbezugstage berücksichtigt, unvollständige Kalendermonate werden mit den tatsächlichen Krankengeldbezugstagen berücksichtigt. Insgesamt können so maximal 360 Bezugstage im Jahr erreicht werden.

4.2.2.2 Krankengeldzahlbeträge im Berichtsjahr

Für die Berechnung versichertenbezogener, kalendertäglicher Krankengeldzahlbeträge werden die in der SA 304 gemeldeten Datenfelder „Krankengeldausgaben“ und „Krankengeldbezugstage“ verwendet.

Die Meldung der „Krankengeldausgaben“ enthält ausschließlich die Krankengeldzahlungen (einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge aus Krankengeld) des gemeldeten KG-Bezugsfalls, deren Zahlungszeitpunkt im Berichtsjahr 2022 liegt. Es werden in der Meldung nur Leistungsausgaben berücksichtigt, die aus einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V resultieren. Grund für die gesonderte Meldung in der SA 304 ist, dass die Leistungsausgaben für Krankengeld, die in der SA 703 gemeldet werden, entsprechend den Buchungsvorschriften der endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1) ohne zeitliche Rechnungsabgrenzung gebucht werden. Somit können in den gebuchten Beträgen der SA 703 auch Beträge für andere zeitliche Perioden als dem Berichtsjahr enthalten sein.

Die im Datenfeld „Krankengeldbezugstage“ gemeldeten Tage entsprechen den tatsächlichen Krankengeldbezugstagen, die sich auf die gemeldeten Krankengeldausgaben beziehen. Hierbei werden Mehrfachmeldungen von Tagen, z. B. bei Nach- und Rückzahlungen noch im gleichen Berichtsjahr durch die meldenden Krankenkassen verrechnet. Unterbrechungszeiträume innerhalb des KG-Bezugsfalls (z. B. durch Reha-Maßnahmen) werden herausgerechnet.

Die für die Berechnungen verwendeten **kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge** werden für die Versicherten mit **tatsächlichem Krankengeldbezug**, d. h. für Versicherte mit Einträgen in der SA 304, wie folgt berechnet: Zunächst werden die in der SA 304 gemeldeten Krankengeldausgaben versichertenindividuell aggregiert. Anschließend werden auch die gemeldeten Krankengeldbezugstage je Versicherten aggregiert. Abschließend werden für jeden Versicherten die aggregierten Krankengeldausgaben durch die entsprechenden Krankengeldbezugstage dividiert.

Für Versicherte **ohne Meldung eines KG-Bezuges** in der SA 304 wird hingegen eine Schätzung hypothetischer kalendertäglicher Krankengeldzahlbeträge auf Basis der in der SA303 gemeldeten bpE vorgenommen.

4.2.2.3 Datenaufbereitung SA 304

Die SA 304 beinhaltet 3.025.789 Datensätze. Im ersten Bearbeitungsschritt werden – analog zum Vorgehen bei der Aufbereitung der SA 703 (vgl. Abschnitt 4.1) – die in der SA gemeldeten Brutto-Krankengeldausgaben in Netto-Krankengeldausgaben umgerechnet. Die Datensätze werden dann versichertenindividuell aggregiert. Dabei werden Überschneidungen sowie Unterbrechungen in den gemeldeten Zeiträumen bereinigt, sodass die gesamten KG-Bezugszeiten der einzelnen Versicherten über alle KG-Bezugsfälle ermittelt werden können. Zusätzlich wird die kalendarisch in das Berichtsjahr entfallende KG-Bezugszeit des Versicherten ermittelt (vgl. Abschnitt 4.2.2.1). Die gemeldeten Krankengeldbezugstage sowie die Krankengeldausgaben werden über alle Meldungen des Versicherten aufaddiert. Die täglichen Krankengeldzahlbeträge werden durch die Division der summierten Netto-Krankengeldausgaben durch die summierten Krankengeldbezugstage ermittelt (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). Ergeben sich hierbei Pro-Tag-Zahlbeträge, die über dem für das BJ 2022 gültigen maximal zulässigen Krankengeldzahlbetrag liegen (112,88 €), so erfolgt eine Kürzung des angesetzten Zahlbetrags auf diesen Betrag.

Nach der Aggregation der Datensätze resultieren 2.727.488 Versicherte mit Krankengeldzahlungen im BJ 2022. Von diesen Versicherten weisen 91,06 % (2.483.648 Versicherte) lediglich eine Datenmeldung

auf, 99,69 % der Versicherten weisen maximal drei Datenmeldungen im Berichtsjahr auf. Die verbleibenden 0,31 % der Versicherten haben im Berichtsjahr zwischen vier und maximal 113 Meldungen in der SA 304 (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Meldungen SA 304

Meldungen	Häufigkeit	Prozent	Kumuliert	
			absolut	Prozent
1	2.483.648	91,06%	2.483.648	91,06%
2	209.337	7,68%	2.692.985	98,73%
3	26.016	0,95%	2.719.001	99,69%
4 u. m.	8.487	0,31%	2.727.488	100,00%

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 6 zeigt die Verteilung der gemeldeten und versichertenindividuell aggregierten Krankengeldbezugstage auf.

Tabelle 6: Verteilung der gemeldeten KG-Bezugstage

	Tage							Verwendung
	Min.	1. Quartil	Median	Durchschnitt	3. Quartil	Max.	Summe	
Vollständige Krankengeldbezugsfälle mit mind. einer Krankengeldleistung im Berichtsjahr 2022	0	14	70	149	242	3.948	405.143.552	Information / nachrichtlich
Krankengeldbezugstage mit Zahlungszeitpunkten im Berichtsjahr 2022	1	17	57	97	147	1.123	264.306.688	Berechnung kalendertäglicher Zahlbeträge
Kalendertage mit Krankengeldbezug im Krankengeldbezugsfall im Berichtsjahr 2022	0	14	55	95	146	360	258.867.200	Standardisierung der Krankengeldbezugstage

Quelle: Auswertung BAS

4.2.3 Analysedatensatz

Für die Modellrechnungen der nachfolgenden Analysen werden die versichertenindividuell aggregierten Daten der Satzarten 303 und 304 an die (aus den SA 100 und 703 erstellten) Versichertenstammdaten für das BJ 2022 (76.789.673 Versicherte, vgl. Abschnitt 4.1) angespielt. Für die Modellrechnungen zum Krankengeld wird die resultierende Datei auf die Versicherten mit mindestens einem Tag Krankengeldanspruch im Berichtsjahr gefiltert. Daraus resultiert ein Datensatz mit insgesamt 36.767.189 krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten. Von diesen haben 36.125.896 Versicherte auch mindestens eine Meldung in der SA 303 (Versicherte mit Krankengeldanspruchstagen aber ohne Meldung in der SA 303 werden wie vorangehend beschrieben der BBERG 6 zugeordnet). 2.711.058 Versicherte weisen mindestens eine Meldung in der SA 304 auf. Darunter befinden sich 18.593 Versicherte, die zwar keine Leistungsausgaben im HLB 6a der SA 703 aufweisen, für die aber Krankengeldausgaben in der SA 304 gemeldet wurden. Umgekehrt lassen sich 11.164 Versicherte identifizieren, für die Krankengeldausgaben in der SA 304 gemeldet wurden, denen aber keine Leistungsausgaben im HLB 6a in der SA 703 gegenüberstehen.

Grundlage für die Schätzung der **Krankengeldzuweisungen** in allen nachfolgenden Modellrechnungen bilden die **Pro-Tag-Nettowerte der in der SA 703 im HLB 6a gemeldeten Leistungsausgaben**.

Grundlage für die Nachbildung des Modells des Erstgutachtens (vgl. Abschnitt 6.2) bilden:

- Für die Schätzung **der Krankengeldbezugstage** im Berichtsjahr **die Kalendertage mit Krankengeldbezug im Krankengeldbezugsfall im Berichtsjahr**.
- Für die Bestimmung der **versichertenindividuellen täglichen Krankengeldzahlbeträge**:
 - Für Versicherte mit tatsächlichen Krankengeldzahlungen im Berichtsjahr die aus der Meldung der SA 304 ermittelten **kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge**.
 - Für Versicherte ohne Krankengeldzahlung im Berichtsjahr, die aus der Meldung der SA 303 ermittelten **bpE je Tag multipliziert mit dem Faktor 0,7**.⁶

4.3 Deskriptive Statistiken

Von den 76,79 Mio. GKV-Versicherten haben 36,77 Mio. Versicherte mindestens einen Tag Krankengeldanspruch (KG-Anspruch) im Jahr 2022 gehabt. Diese Versicherten weisen 33.810.993 Versichertenjahre mit KG-Anspruch (KG-Anspruchsjahre) auf. Das mittlere Alter aller GKV-Versicherten liegt bei 43,9 Jahren. Das mittlere Alter der Versicherten mit KG-Anspruch liegt bei 42,1 Jahren. Tabelle 7 zeigt die KG-Anspruchsjahre, den Anteil der KG-Anspruchsjahre an den GKV-Versichertenjahren (VJ), die Leistungsausgaben für Krankengeld je KG-Anspruchsjahr und die Krankengeldbezugstage (KG-Bezugstage) je KG-Anspruchsjahr im Jahr 2022 nach Altersgruppen. Erwartungsgemäß zeigen die Altersgruppen außerhalb des regelhaften Alters bei Erwerbstätigkeit geringe Anteile mit KG-Anspruchsjahren. In der Gruppe der 30 bis 34-Jährigen ist der Anteil der Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch an den gesamten Versichertenjahren in der GKV am höchsten (81,69 %). Die Leistungsausgaben für das Krankengeld je KG-Anspruchsjahr steigen kontinuierlich bis zur Regelaltersgrenze an. In der Gruppe der Versicherten 66 Jahre und älter sinken die Leistungsausgaben für Krankengeld je Anspruchsjahr ab. Versicherte, die über die Regelaltersgrenze hinaus arbeiten, werden i. d. R. gesünder sein. Sie haben je KG-Anspruchsjahr auch weniger KG-Bezugstage und weniger KG-Leistungsausgaben je KG-Anspruchsjahr. Für alle anderen Altersgruppen steigen die KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr mit dem Alter.

⁶ Vgl. Abschnitt 2.1: Der KG-Zahlbetrag beträgt 70 % des Regelentgelts bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Allerdings darf er nicht mehr als 90 % des Nettoarbeitsentgeltes betragen. Hierzu ist eine Vergleichsrechnung notwendig, die in diesem Gutachten nicht vorgenommen werden konnte. Es wird pauschal der Faktor 0,7 angesetzt, wie auch im Erst- und Folgegutachten.

Tabelle 7: KG-Anspruch und LAKG nach Alter

Altersgruppen	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre an GKV-Versichertenjahren	LAKG je KG-Anspruchsjahr	KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr
0 bis 17 Jahre	125.371	1,03%	23 €	1,11
18 bis 24 Jahre	2.828.270	52,25%	113 €	2,69
25 bis 29 Jahre	3.303.874	73,76%	192 €	3,28
30 bis 34 Jahre	4.144.807	81,69%	232 €	3,66
35 bis 39 Jahre	4.062.018	81,22%	288 €	4,49
40 bis 44 Jahre	3.864.964	80,33%	364 €	5,65
45 bis 49 Jahre	3.446.050	79,53%	464 €	7,16
50 bis 54 Jahre	4.089.620	78,43%	616 €	9,38
55 bis 59 Jahre	4.505.207	74,62%	832 €	12,46
60 bis 65 Jahre	3.364.538	53,30%	1.271 €	19,15
66+ Jahre	76.274	0,50%	998 €	14,31
gesamt	33.810.993	45,60%	494 €	7,65

Quelle: Auswertung BAS

51,86 % der Gesamtversichertenzeiten in der GKV entfallen auf Frauen und 48,14 % der Gesamtversichertenzeiten in der GKV entfallen auf Männer. Es gibt 1.265 Versicherte, die als Geschlechtsmerkmal fehlende Angabe oder divers aufweisen. Diese werden – analog zur Behandlung im Krankengeldverfahren – für die weiteren Auswertungen den weiblichen Versicherten zugeordnet. Werden die Versichertenjahre mit KG-Anspruch der Männer und Frauen betrachtet, dann zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis. Frauen weisen einen Anteil von 47,46 % und Männer einen Anteil von 52,54 % an den Krankengeldanspruchsjahren auf.

Die Anteile an den KG-Bezugsjahren⁷ zeigen, dass Frauen (trotz niedrigerer Anspruchszeiten) eine höhere Inanspruchnahme von Krankengeld haben als Männer (Frauen 51,07 %, Männer 48,93 %, vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: KG-Anspruch und KG-Bezug nach Geschlecht

Geschlecht	GKV-Versichertenjahre	Anteil GKV-Versichertenjahre	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	KG-Bezugsjahre	Anteil KG-Bezugsjahre
weiblich	38.455.418	51,86%	16.045.512	47,46%	366.746	51,07%
männlich	35.698.176	48,14%	17.764.952	52,54%	351.408	48,93%
fehlende Angabe	150	0,00%	53	0,00%	3	0,00%
divers	1.115	0,00%	477	0,00%	19	0,00%

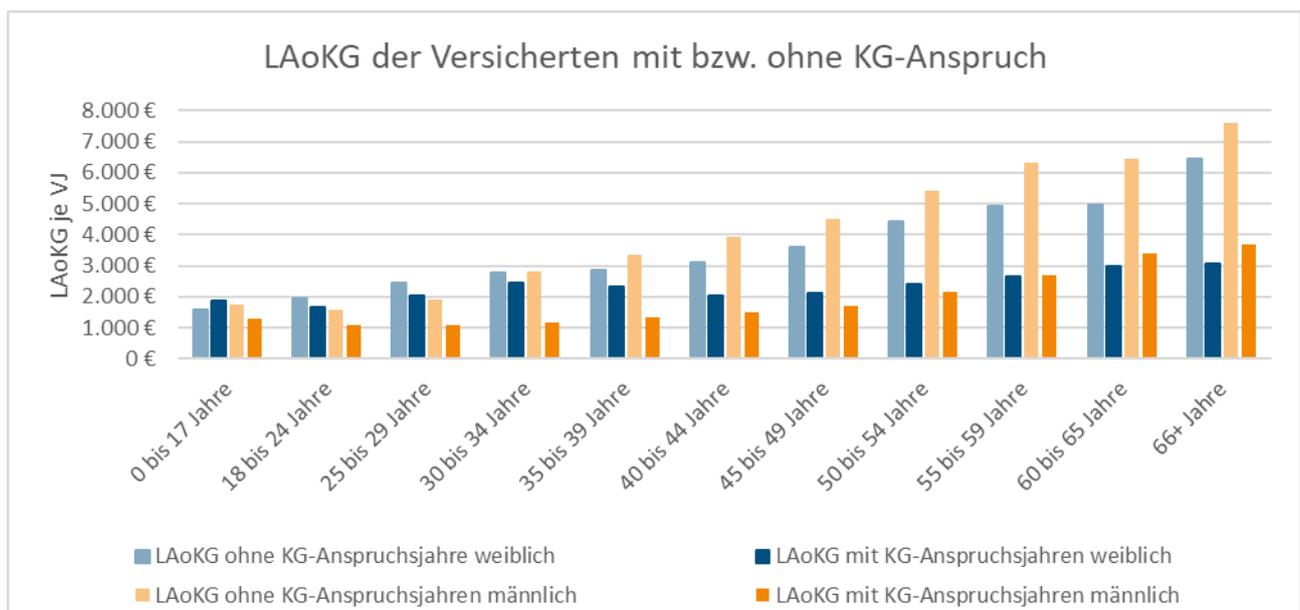
Quelle: Auswertung BAS

Im Jahr 2022 sind 958.483 Versicherte in der GKV verstorben. Auf diese Gruppe entfallen 0,66 % der Versichertenjahre in der GKV. Erwartungsgemäß liegen diese Zahlen in der Gruppe der Versicherten mit KG-Anspruch deutlich niedriger, da diese Versicherten jünger und tendenziell gesünder sind als der GKV-Durchschnitt. In der Gruppe der Versicherten mit Krankengeldanspruch sind 52.220 Versicherte im Jahr 2022 verstorben. Auf diese Gruppe entfallen 0,07 % der Versichertenjahre mit KG-Anspruch.

⁷ Die KG-Bezugsjahre berechnen sich als Summe der KG-Bezugstage dividiert durch 360.

Abbildung 1 zeigt die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) der Versicherten mit bzw. ohne KG-Anspruch nach Geschlecht und Alter. Werden die Versichertengruppen mit bzw. ohne KG-Anspruch verglichen, dann zeigt sich, dass die Versicherten mit KG-Anspruch in fast allen Altersgruppen niedrigere Leistungsinanspruchnahme und insofern niedrigere LAoKG haben. Lediglich die Leistungsausgaben in der Altersgruppe 0 bis 17 Jahre der Frauen liegen leicht über denen der Vergleichsgruppe ohne KG-Anspruch. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gruppe der 0 bis 17-Jährigen mit KG-Anspruch sehr gering besetzt ist. In den höheren Altersgruppen zeigt sich ein immer deutlicher werdender Abstand zwischen den LAoKG der Versicherten mit und ohne KG-Anspruch.

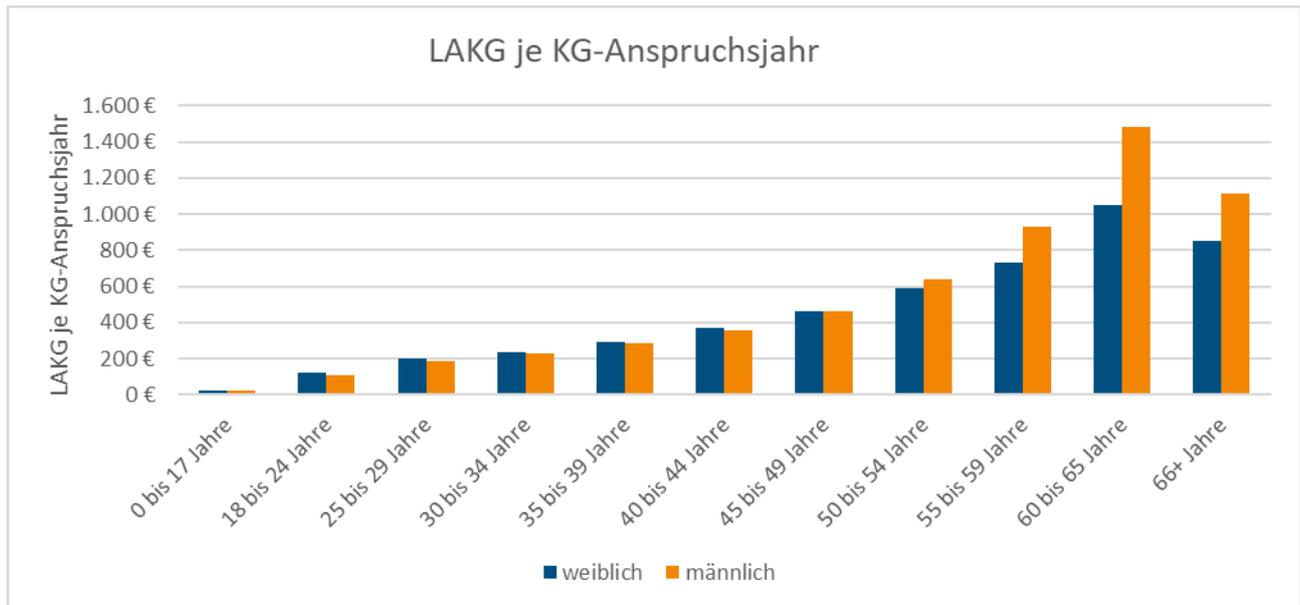
Abbildung 1: Leistungsausgaben ohne Krankengeld der Versicherten mit bzw. ohne KG-Anspruch nach Alter und Geschlecht



Quelle: Auswertung BAS

Die Krankengeldausgaben je KG-Anspruchsjahr zeigen einen kontinuierlichen Anstieg bis zur Regelaltersgrenze. Begründet ist dies einerseits durch eine steigende Morbidität im Alter. Andererseits steigt auch das bpE (und damit der kalendertägliche Zahlbetrag) mit dem Alter i. d. R. an. Frauen haben bis zur Altersgruppe 45 bis 49 Jahre leicht höhere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr als Männer, ab der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre haben die Männer höhere KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr nach Alter und Geschlecht



Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 9 differenziert die KG-Anspruchsjahre, LAKG und KG-Bezugstage der Versicherten mit KG-Anspruch nach deren bpE-Klassen. Bei der Interpretation dieser Werte ist allerdings zu beachten, dass für viele Versicherte, die sich im Krankengeldbezug befinden, im vorliegenden Datensatz keine oder unvollständige bpE gemeldet wurden (gerade aufgrund des Krankengeldbezuges). Daraus ergibt sich, dass viele Versicherte mit Krankengeldbezug in niedrigere bpE-Klassen eingeordnet werden, als dies ohne Krankengeldbezug der Fall wäre. Insbesondere die Klasse mit bpE < 1.000 € weist (vermutlich aus diesem Grund) sehr hohe KG-Ausgaben je KG-Anspruchsjahr und sehr hohe KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr auf. In den höheren bpE-Klassen nehmen die KG-Bezugstage und auch die Leistungsausgaben für das Krankengeld je Anspruchsjahr auch aus diesem Grund kontinuierlich ab. Da die gemeldeten bpE nicht den tatsächlichen bpE der Versicherten (vor KG-Bezug) entsprechen, wird nachfolgend auf eine weitere Untersuchung der bpE verzichtet.

Tabelle 9: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach bpE

bpE-Klassen	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	LAKG (2022)	LAKG je KG-Anspruchsjahr	KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr
bpE < 1.000 €	157.166	0,46%	1.074,3 Mio. €	6.836 €	117,20
1.000 € <= bpE < 5.000 €	767.011	2,27%	1.745,8 Mio. €	2.276 €	43,73
5.000 € <= bpE < 15.000 €	3.766.859	11,14%	4.236,6 Mio. €	1.125 €	20,09
15.000 € <= bpE < 30.000 €	9.058.490	26,79%	4.507,8 Mio. €	498 €	7,39
30.000 € <= bpE < 45.000 €	9.836.636	29,09%	4.041,9 Mio. €	411 €	5,52
45.000 € <= bpE < 58.050 €	4.766.983	14,10%	720,3 Mio. €	151 €	1,38
bpE = 58.050 €	5.457.848	16,14%	389,2 Mio. €	71 €	0,56

Quelle: Auswertung BAS

Werden die Krankengeldanspruchsjahre entsprechend der Anzahl der Krankengeldbezugstage aufgeteilt (vgl. Tabelle 10), so ist zunächst am auffälligsten, dass auf 92,80 % der Krankengeldanspruchsjahre keine Krankengeldbezugstage entfallen. Lediglich für die restlichen 7,20 % der Krankengeldanspruchsjahre sind Krankengeldbezugszeiten dokumentiert. Die in der Tabelle gewählten Einteilungen nach den Krankengeldbezugstagen sind nicht äquidistant. Für 1,15 % der Krankengeldanspruchsjahre sind einer bis

zehn Tage Krankengeldbezug gemeldet. Auf diese Spanne von zehn Bezugstagen entfallen Leistungsausgaben für Krankengeld in Höhe von 181,5 Mio. € und damit 467 € LAKG je Krankengeldanspruchsjahr. Die Gruppe darüber mit elf bis 30 Krankengeldbezugstagen (also eine Spanne von 20 Krankengeldbezugstagen) entfallen 644,1 Mio. € und damit 1.522 € Leistungsausgaben für Krankengeld je Krankengeldanspruchsjahr. In die oberste Gruppe mit mehr als 240 Krankengeldbezugstagen fallen 0,97 % der Krankengeldanspruchsjahre. Durch diesen deutlich längeren Bezug sind dementsprechend auch die Leistungsausgaben für Krankengeld mit 19.757 € je Krankengeldanspruchsjahr deutlich höher.

Tabelle 10: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach Anzahl der KG-Bezugstage

Anzahl KG-Bezugstage	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	LAKG (2022)	LAKG je KG-Anspruchsjahr	KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr
keine KG-Bezugstage	31.374.996	92,80%	124,9 Mio. €*	4 €*	0,00
1 bis 10 Tage	388.976	1,15%	181,5 Mio. €	467 €	5,75
11 bis 30 Tage	423.247	1,25%	644,1 Mio. €	1.522 €	21,19
31 bis 60 Tage	384.962	1,14%	1.224,1 Mio. €	3.180 €	47,33
61 bis 120 Tage	459.083	1,36%	2.795,2 Mio. €	6.089 €	92,85
121 bis 240 Tage	451.137	1,33%	5.254,1 Mio. €	11.646 €	182,62
mehr als 240 Tage	328.592	0,97%	6.492,0 Mio. €	19.757 €	316,83

Quelle: Auswertung BAS; *Aufgrund von Abweichungen zwischen der SA 304 und den Satzarten 100 und 703 werden für einige wenige Versicherte Leistungsausgaben gemeldet obwohl keine Bezugstage gemeldet wurden und umgekehrt.

Die Versicherten mit KG-Anspruch können anhand ihres Wohnortes Kreisen zugeordnet werden. Diese Kreise werden anhand ihres siedlungsstrukturellen Typs in vier unterschiedliche Gruppen eingeteilt: von der kreisfreien Großstadt bis zum dünn besiedelten ländlichen Kreis. Diese Einteilung basiert auf einer Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2022). Für die Versicherten mit Krankengeldanspruch zeigt sich, dass Versicherte, die in Städten (kreisfreie Großstadt und städtischer Kreis) leben, niedrigere Krankengeldausgaben und KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr haben als Personen, die in ländlichen Regionen gemeldet sind (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach siedlungsstrukturellem Kreistyp

Kreistyp des Wohnortes	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	LAKG (2022)	LAKG je KG-Anspruchsjahr	KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr
Ausland/unbekannt	322.365	0,95%	173,3 Mio. €	538 €	9,09
Kreisfreie Großstadt	9.590.624	28,37%	4.207,8 Mio. €	439 €	6,65
Städtischer Kreis	13.105.041	38,76%	6.550,4 Mio. €	500 €	7,54
Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	5.651.381	16,71%	2.920,6 Mio. €	517 €	8,20
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	5.141.582	15,21%	2.863,9 Mio. €	557 €	9,06

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 12 zeigt die Versicherten mit KG-Anspruch nach Anzahl der ihnen auf Basis ihrer dokumentierten Morbidität im Jahr 2022 im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024 zugeordneten HMGs. Es zeigt sich, dass mit steigender HMG-Anzahl auch die KG-Bezugstage und die Leistungsausgaben für das Krankengeld je Anspruchsjahr kontinuierlich steigen.

Tabelle 12: KG-Anspruch, LAKG und KG-Bezug nach HMG-Anzahl

Anzahl der HMGs (vor Ausschluss und Restriktionen)	KG-Anspruchsjahre (2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	LAKG (2022)	LAKG je KG-Anspruchsjahr	KG-Bezugstage je KG-Anspruchsjahr
keine HMGs	9.002.810	26,63%	290,7 Mio. €	32 €	0,49
1 - 3 HMGs	15.013.853	44,41%	4.801,4 Mio. €	320 €	4,89
4 - 6 HMGs	6.844.785	20,24%	6.010,7 Mio. €	878 €	13,62
7 - 9 HMGs	2.233.828	6,61%	3.644,7 Mio. €	1.632 €	25,43
10 - 12 HMGs	575.801	1,70%	1.443,9 Mio. €	2.508 €	39,22
13 - 15 HMGs	117.347	0,35%	410,1 Mio. €	3.495 €	54,53
16 oder mehr HMGs	22.570	0,07%	114,5 Mio. €	5.072 €	78,59

Quelle: Auswertung BAS

5 Bewertungskriterien

In der vorliegenden Evaluation werden weitestgehend die im Rahmen des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie der aktuellen Gutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, zum HMG-Ausschluss und zur Wirkung von Leistungsausgaben der Vorjahre etablierten Kennzahlen auf Individual-, Krankenkassen- und regionaler Ebene und auf Ebene von Versichertengruppen zur Bewertung der untersuchten Modelle verwendet (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024b; Drösler et al. 2017; Drösler et al. 2024a, 2024b). Die verwendeten Kennzahlen werden in Abschnitt 5.1 definiert und diskutiert. Abschnitt 5.2 skizziert weitere Bewertungskriterien.

5.1 Statistische Bewertungskriterien

5.1.1 Vorbemerkungen

5.1.1.1 Leistungsausgaben und Zuweisungen für das Krankengeld

Zur Kennzahlenbildung werden in der Regel für jede versicherte Person die tatsächlich beobachteten Leistungsausgaben für Krankengeld ($LAKG_i$) den geschätzten Leistungsausgaben für Krankengeld (\widehat{LAKG}_i), die zugleich den Zuweisungen entsprechen, gegenübergestellt. Die geschätzten Leistungsausgaben für Krankengeld resultieren aus dem jeweils untersuchten Modell.

Die Zuweisungen für Krankengeld für die einzelnen Versicherten ergeben sich durch das verwendete Modell und (für das Modell 1) eine über die Krankengeldanspruchstage gewichtete Berechnung der mittleren Ausgaben je Risikogruppe zuzüglich eines Istkosten-Ausgleichs bzw. (für die Modelle des Erst- und Folgegutachtens) eine gewichtete Kleinste-Quadrate-Regression (Weighted Least Squares [WLS]-Regression). In Summe über alle Versicherten entsprechen die geschätzten Gesamtleistungsausgaben für das Krankengeld den tatsächlichen Gesamtleistungsausgaben für das Krankengeld (Summentreue).

Die geschätzten Leistungsausgaben für Krankengeld (\widehat{LAKG}_i) werden zur Berechnung der Gütemaße auf der Individualebene den von den Krankenkassen gemeldeten, versichertenindividuellen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für Krankengeld ($LAKG_i$), gegenübergestellt.

Im Modell mit hälftigem Istkosten-Ausgleich (vgl. Abschnitt 6.1.2) ergibt sich für die prognostizierte Gesamtzuzuweisung des Versicherten i :

$$G\widehat{LAKG}_i = 0,5 * \widehat{LAKG}_i + Ist_i, \quad (1)$$

mit:

$G\widehat{LAKG}_i$	prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld für Individuum i ,
\widehat{LAKG}_i	durch das WLS-Regressionsmodell geschätzte Leistungsausgaben für Krankengeld für Individuum i ,
Ist_i	Ausgleichsbetrag für Individuum i aus dem Istkosten-Ausgleich ($LAKG_i * 0,5$).

Die Istkosten-Ausgleichsbeträge werden bei der Berechnung aller in den kommenden Abschnitten erläuterten Kennzahlen in dem Modell mit Istkosten-Ausgleich gemeinsam mit den Zuweisungen für die

Leistungsausgaben für Krankengeld (aus der Regressionsrechnung) berücksichtigt. Für die Modelle ohne Istkosten-Ausgleich entsprechen die \widehat{LAKG}_i den \widehat{GLAKG}_i .

5.1.1.2 Kennzahlen im Kontext des Istkosten-Ausgleichs

Die zur Bestimmung der Prädiktionsgüte des verwendeten Klassifikationsmodells und Regressionsverfahrens genutzten Kennzahlen sind nach Einbezug des Istkosten-Ausgleichs keine rein auf die Regressionsgüte bezogenen Kennzahlen mehr. Somit ist bspw. R^2 nicht mehr das reine Bestimmtheitsmaß der Regression, sondern ein sog. Pseudo- R^2 , welches in der Literatur auch als „Payment System Fit“ bezeichnet wird (vgl. Geruso & McGuire 2016). Auf eine gesonderte Kennzeichnung als „Pseudo- R^2 “ wird im weiteren Verlauf der Evaluation verzichtet.

5.1.2 Kennzahlen auf Individualebene

5.1.2.1 R^2 (Bestimmtheitsmaß)

Das gebräuchlichste Gütemaß zur Bewertung der Genauigkeit eines Modells ist das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 . Es wird hier definiert als:

$$R^2 = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (GLAKG_i - \widehat{GLAKG}_i)^2}{\sum_{i=1}^N (GLAKG_i - \overline{GLAKG})^2} \quad (2)$$

mit:

$i = 1, \dots, N$	Index i für die Versicherten 1 bis N ,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld für Individuum i ,
\overline{GLAKG}	durchschnittliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld über alle Versicherten.

Das R^2 gibt an, wie hoch der Anteil der Varianz der Leistungsausgaben für Krankengeld ist, der durch das verwendete Modell erklärt wird. Der Wertebereich des R^2 liegt in der Regel zwischen 0 % (das Modell liefert überhaupt keinen Erklärungsbeitrag zur Varianz) und 100 % (das Modell erklärt die Varianz vollständig). Je höher das Bestimmtheitsmaß ist, desto höher ist die Anpassungsgüte bzw. die Erklärungs- oder Prognosekraft des Modells. Eine vollständige Erklärung der Ausgabenvarianz ist praktisch unmöglich.

In methodischer Hinsicht ist das R^2 mit zwei Problemen behaftet: Zum einen erhöht jede zusätzliche im Modell verwendete Variable das R^2 und zwar unabhängig davon, ob sie tatsächlich einen echten Beitrag zur Erklärung der Zielvariablen leistet (Problem des Overfittings, der Überanpassung). Zum anderen reagiert das Bestimmtheitsmaß besonders sensibel auf statistische Ausreißer. Der Einfluss zusätzlicher Variablen kann durch eine auf Erwartungstreue korrigierte Adjustierung der R^2 -Formel beschränkt werden. Das sogenannte adjustierte R^2 (adj. R^2) berechnet sich wie folgt:

$$adj. R^2 = R^2 - (1 - R^2) \frac{P}{N - P - 1} \quad (3)$$

mit:

P	Anzahl der erklärenden Parameter,
N	Anzahl der Versicherten.

Bei der Berechnung des adjustierten R^2 wird der Strafterm $(1-R^2)\frac{P}{N-P-1}$ abgezogen. So wird das Anwachsen des Bestimmtheitsmaßes mit der Zahl der erklärenden Variablen (P) abgemildert.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der Strafterm neben der Zahl der erklärenden Variablen auch die Anzahl der im Modell betrachteten Versicherten (N) berücksichtigt. Bei dieser Untersuchung werden die Berechnungen mit rund 37 Mio. Versicherten vorgenommen, während die Zahl der verwendeten Variablen im Modell zwischen 182 und 382 liegt. Auch wenn P im Vergleich der untersuchten Modelle schwankt, so wird der resultierende Strafterm im Wesentlichen durch die Anzahl der Versicherten determiniert und ist im Regelfall für alle betrachteten Variablenzahlen vernachlässigbar klein. Daher entspricht im Rahmen der Betrachtungsgenauigkeit das adjustierte R^2 i. d. R. dem nicht-adjustierten R^2 . Auf die Darstellung des adjustierten R^2 wird daher im Folgenden verzichtet.

Problematischer, wie oben erwähnt, ist im vorliegenden Kontext die hohe Sensitivität des R^2 -Wertes bezogen auf statistische Ausreißer. Durch das im Rahmen der Berechnung erfolgte Quadrieren der Über- oder Unterdeckung der Versicherten werden große versichertenindividuelle Fehldeckungen stärker gewichtet als geringe Fehldeckungen. Im Extremfall kann dies dazu führen, dass ein Modell, das für eine kleine Gruppe von Ausreißern eine hohe Zielgenauigkeit, aber für alle anderen Versicherten eine geringe Zielgenauigkeit aufweist, einen höheren R^2 -Wert aufweist als ein Modell, das bezogen auf die überwiegende Zahl der Beobachtungen eine bessere Prognose liefert, aber die wenigen Ausreißer schlechter abbildet (vgl. Schäfer 2011, S.7 ff.).

5.1.2.2 MAPE (Mean Absolute Prediction Error)

Als Alternative zum stark ausreißersensitiven R^2 hat sich im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Deutschland seit dem Gutachten von Schäfer (vgl. Schäfer 2011) in der Bewertung zusätzlich etabliert, die Abweichungen von geschätzten und tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld nicht zu quadrieren, sondern den Absolutwert dieser Abweichung als Prognosefehler zu verwenden. Das entsprechende Gütemaß wird auch als mittlerer absoluter Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error, MAPE) bezeichnet und lässt sich anhand der folgenden Formel berechnen:

$$MAPE = \frac{\sum_{i=1}^N |GLAKG_i - \widehat{GLAKG}_i|}{N} \quad (4)$$

mit:

$i = 1, \dots, N$	Index i für die Versicherten mit Krankengeldanspruch 1 bis N ,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld für Individuum i .

Je niedriger das MAPE, desto höher ist die Anpassungsgüte bzw. die Erklärungskraft im Modell. Als absolute Größe, ausgedrückt in Euro, hängt das MAPE allerdings stark von den Eigenschaften der verwendeten Datengrundlage ab und kann über unterschiedliche Datengrundlagen nicht verglichen werden. Es eignet sich daher nicht für Gruppenvergleiche oder Zeitreihenbetrachtungen (vgl. Schäfer 2011).

Allerdings bietet das MAPE den Vorteil, dass es bei einem Modell, welches für eine kleine Gruppe von Ausreißern eine hohe Zielgenauigkeit auf Kosten einer geringeren Zielgenauigkeit für alle anderen erreicht, nur dann eine Verbesserung ausweist, wenn die absolute Summe der Verbesserungen die absolute Summe der Verschlechterungen überwiegt. In diesem Fall weisen sowohl R^2 als auch MAPE eine Verbesserung der Modellgüte aus.

Allerdings kann sich das MAPE, anders als das R^2 , auch dann verbessern, wenn einzelne Kostenausreißer in einem Modell schlechter getroffen werden. Dies ist der Fall, wenn die absolute Summe der Verbesserung für eine Mehrheit der Betroffenen die absolute Verschlechterung für die Kostenausreißer übertrifft. In einem solchen Fall entwickeln sich R^2 und MAPE unterschiedlich: eine Kennzahl (MAPE) weist eine Verbesserung und die andere (R^2) eine Verschlechterung aus.

5.1.2.3 CPM (Cumming's Prediction Measure)

Das Cumming's Prediction Measure (CPM) vermeidet ebenfalls die Anfälligkeit des R^2 für Ausreißer und verwendet ebenso wie das MAPE anstatt der quadrierten Abweichungen die absoluten Abweichungen der geschätzten von den tatsächlichen Ausgabenwerten. Der Zähler der Formel zur Berechnung des CPM ist identisch mit dem Zähler des MAPE. Der Nenner standardisiert das MAPE auf das Niveau der Leistungsausgaben für Krankengeld, indem es die Abweichungen der einzelnen tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld der Individuen i vom Mittelwert der Leistungsausgaben für Krankengeld aufsummiert. Damit ist diese Kennzahl über unterschiedliche Datengrundlagen hinweg vergleichbar. Die Berechnungsformel für das CPM lautet wie folgt:

$$CPM = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N |GLAKG_i - \widehat{GLAKG}_i|}{\sum_{i=1}^N |GLAKG_i - \overline{GLAKG}|} \quad (5)$$

mit:

$i = 1, \dots, N$	Index i für die Versicherten mit Krankengeldanspruch 1 bis N ,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld für Individuum i ,
\overline{GLAKG}	durchschnittliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld über alle Versicherten mit Krankengeldanspruch.

Das CPM nimmt in der Regel einen Wert zwischen 0 % und 100 % an und kann mit Einschränkungen ebenfalls als Prozentsatz der erklärten Varianz interpretiert werden. Auch hier gilt analog zum R^2 : Je höher das CPM ist, desto höher ist die Anpassungsgüte bzw. die Erklärungskraft im Regressionsmodell.

Extreme Beobachtungen fallen durch die Verwendung von absoluten Abweichungen weniger stark ins Gewicht als beim R^2 . Zudem wird das CPM, im Gegensatz zum R^2 , bei Hinzunahme eines zusätzlichen

Prädiktors nicht automatisch größer, sodass eine dem adjustierten R^2 vergleichbare Korrektur nicht nur unnötig, sondern falsch wäre (vgl. Schäfer 2011, S.7 ff.).

Eine gegensätzliche Entwicklung von CPM und R^2 (das CPM weist eine Verbesserung der Zielgenauigkeit und das R^2 eine Verschlechterung aus sowie vice versa) ist genauso zu beurteilen wie eine gegensätzliche Entwicklung von MAPE und R^2 .

5.1.3 Kennzahlen auf Krankenkassenebene

Auf Ebene der Krankenkassen und der Regionen werden das wMAPE (weighted Mean Absolute Prediction Error) und das wMAPD (weighted Mean Absolute Percentage Deviation) verwendet. Sie sind im Zusammenhang mit der Beurteilung der Zuweisungsverfahren für das Krankengeld wie folgt definiert.

5.1.3.1 wMAPE_{kk} (weighted Mean Absolute Prediction Error)

Zur Beurteilung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Krankengeld auf Krankenkassenebene wird der über alle Krankenkassen gemittelte gewichtete absolute Prognosefehler je Versichertenjahr bestimmt. Dieser wird folgendermaßen berechnet (vgl. Wasem et al. 2016, S. 98):

$$wMAPE_{kk} = \frac{\sum_{kk=1}^{KK} |GLAKG_{kk} - \widehat{GLAKG}_{kk}|}{\frac{\sum_{kk=1}^{KK} VTKG_{kk}}{365}} \quad (6)$$

mit:

$kk = 1, \dots, KK$	Index kk der Krankenkassen der GKV von 1 bis KK ,
$GLAKG_{kk}$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld der Krankenkasse kk ,
\widehat{GLAKG}_{kk}	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld der Krankenkasse kk ,
$VTKG_{kk}$	Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch aller Versicherten der Krankenkasse kk .

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und Zuweisungen für Krankengeld der Krankenkassen fließen somit gewichtet, in Abhängigkeit von der Anzahl der Versichertenzeiten mit Krankengeldanspruch, in die Berechnung ein.

5.1.3.2 wMAPD_{kk} (weighted Mean Absolute Percentage Deviation)

Das MAPE hat den Nachteil, wie im Abschnitt 5.1.2.2 erläutert, dass ein Vergleich dieser Kennzahlen über unterschiedliche Datensätze unzulässig ist. Um Zeitreihenvergleiche auch über krankenkassenbasierte und weitere Kennzahlen zu ermöglichen, wird die sog. weighted Mean Absolute Percentage Deviation (wMAPD – gewichtete absolute Prozentabweichung) verwendet (abgeleitet von Jadon et al. 2024, S. 120). Das wMAPD ist wie folgt definiert:

$$wMAPD_{kk} = \frac{\sum_{kk=1}^{KK} w_{kk} \frac{|GLAKG_{kk} - \widehat{GLAKG}_{kk}|}{|GLAKG_{kk}|}}{\sum_{kk=1}^{KK} w_{kk}} \quad (7)$$

mit:

$kk = 1, \dots, KK$	Index kk der Krankenkassen der GKV von 1 bis KK ,
$GLAKG_{kk}$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld aller Versicherten der Krankenkasse kk ,
\widehat{GLAKG}_{kk}	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld aller Versicherten der Krankenkasse kk ,
w_{kk}	Gewicht der Krankenkasse kk .

Als Gewichte der jeweiligen Krankenkasse für das $wMAPD_{kk}$ werden die Leistungsausgaben für Krankengeld der jeweiligen Krankenkasse verwendet:

$$w_{kk} = |GLAKG_{kk}| \quad (8)$$

Damit vereinfacht sich die Formel für das $wMAPD_{kk}$ wie folgt:

$$wMAPD_{kk} = \frac{\sum_{kk=1}^{KK} |GLAKG_{kk}| \frac{|GLAKG_{kk} - \widehat{GLAKG}_{kk}|}{|GLAKG_{kk}|}}{\sum_{kk=1}^{KK} |GLAKG_{kk}|} \quad (9)$$

$$= \frac{\sum_{kk=1}^{KK} |GLAKG_{kk} - \widehat{GLAKG}_{kk}|}{\sum_{kk=1}^{KK} |GLAKG_{kk}|}$$

Das $wMAPD_{kk}$ stellt die gewichtete relative Abweichung der geschätzten Leistungsausgaben zu den tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen dar.

5.1.3.3 Risikofaktor einer Krankenkasse für das Krankengeld

Die durchschnittliche Morbidität einer Krankenkasse kann anhand des Risikofaktors ermittelt werden. Der Risikofaktor (RF) für Krankengeld gibt an, inwiefern die über ein Klassifikationsmodell ermittelten standardisierten Krankengeldausgaben einer Krankenkasse vom GKV-Durchschnitt abweichen und lässt sich wie folgt berechnen (vgl. Drösler et al. 2011, S. 41):

$$RF_{kk} = \frac{\sum_{i=1}^{KK} \widehat{GLAKG}_i}{N_{kk}} \frac{N_{GKV}}{\sum_{j=1}^{GKV} \widehat{GLAKG}_j} \quad (10)$$

mit:

$i = 1, \dots, N_{kk}$ Index i der Versicherten 1 bis N_{kk} in der Krankenkasse kk ,

$j = 1, \dots, N_{GKV}$ Index j der Versicherten 1 bis N_{GKV} in der GKV insgesamt,

\widehat{GLAKG}_i durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben aller Versicherten i in der Krankenkasse kk .

Bei einem Risikofaktor in Höhe von 1,0 entsprechen die standardisierten Krankengeldausgaben einer Krankenkasse dem Mittelwert der GKV. Ein Risikofaktor größer als 1,0 zeigt, dass in der Krankenkasse ein überdurchschnittlich hohes krankengeldspezifisches Ausgabenrisiko vorliegt, da höhere standardisierte Leistungsausgaben zugewiesen werden, als im GKV-Mittel zu erwarten wären. Bei einem Risikofaktor kleiner als 1,0 liegt eine vergleichsweise günstige krankengeldspezifische Risikostruktur vor.

5.1.4 Kennzahlen auf regionaler Ebene

Für die Einschätzung und Bewertung der regionalen Verteilungswirkungen des RSA sind weitere Kennzahlen notwendig, die im Folgenden vorgestellt werden. Auch die regionalen Kennzahlen werden vergleichbar zu den Krankenkassenkennzahlen weiterentwickelt.

Zur Beurteilung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf regionaler Ebene werden die folgenden Kennzahlen ausgewiesen: Zum einen wird der über die betrachtete regionale Ebene r der Landkreise und kreisfreien Städte (im Folgenden als „Kreis“ bezeichnet) versichertentaggewichtete durchschnittliche absolute Prognosefehler $wMAPE_{Kreis}$ ermittelt. Zum anderen wird ebenso wie auf der Ebene der Krankenkassen für die Vergleiche auf regionaler Ebene die zeitreihentaugliche Kennzahl $wMAPD_{Kreis}$ eingeführt.

5.1.4.1 Regionales gewichtetes MAPE

Der mit den Versichertenzeiten mit Krankengeldanspruch gewichtete durchschnittliche absolute Prognosefehler auf Kreisebene berücksichtigt die Fehlbeträge der in den einzelnen Kreisen wohnhaften Versicherten in Abhängigkeit der regionalen Verteilung der Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch:

$$wMAPE_{Kreis} = \frac{\sum_{r=1}^R |GLAKG_r - \widehat{GLAKG}_r|}{\frac{\sum_{r=1}^R VTKG_r}{365}} \quad (11)$$

jeweils mit:

$r = 1, \dots, R$ Index r der Kreise von 1 bis R ,

$GLAKG_r$ Summe der tatsächlichen Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld der Versicherten wohnhaft im Kreis r ,

\widehat{GLAKG}_r Summe der durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierten Leistungsausgaben für Krankengeld für die Versicherten wohnhaft im Kreis R ,

$VTKG_r$ Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Versicherten wohnhaft im Kreis r .

Die Kennzahl berücksichtigt über die Gewichtung mit den Versichertenzeiten mit Krankengeldanspruch auch die Verteilung der Versicherten mit Krankengeldanspruch auf die jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte. Hiermit erhalten die absoluten Vorhersageabweichungen der bevölkerungsreichen Kreise (mit einer hohen Zahl von Versichertenjahren mit Krankengeldanspruch) deutlich mehr Einfluss auf die resultierende Kennzahl als die der Kreise, in denen weniger GKV-Versicherte mit Krankengeldanspruch wohnen.

5.1.4.2 Regionales gewichtetes MAPD

Ebenso wie auf der Ebene der Krankenkassen wird für die Vergleiche auf regionaler Ebene die zeitreihentaugliche Kennzahl $wMAPD_{Kreis}$ eingeführt. Diese ist wie folgt definiert:

$$wMAPD_{Kreis} = \frac{\sum_{r=1}^R |GLAKG_r - \widehat{GLAKG}_r|}{\sum_{r=1}^R |GLAKG_r|} \quad (12)$$

jeweils mit:

$r = 1, \dots, R$ Index r der Kreise 1 bis R ,

$GLAKG_r$ Summe der tatsächlichen Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld der Versicherten wohnhaft in Kreis r ,

\widehat{GLAKG}_r Summe der durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierten Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld für die Versicherten wohnhaft in Kreis r .

Das $wMAPD_{Kreis}$ stellt die gewichtete relative Abweichung der geschätzten Leistungsausgaben für Krankengeld zu den tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld auf Kreisebene dar. Für die Gewichtung der relativen Abweichungen werden die tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld innerhalb einer jeweiligen Region verwendet (vgl. Abschnitt 5.1.3.2).

5.1.5 Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen

5.1.5.1 Deckungsbeiträge

In der internationalen Literatur hat sich bezüglich der Evaluation von Risikoselektionsanreizen in RSA-Systemen die Betrachtung von Über- und Unterdeckungen einzelner Versichertengruppen etabliert (vgl. van Veen et al. 2015, S. 227 ff.). Im Vordergrund steht dabei die Annahme, dass sich eine systematische Risikoselektionsstrategie einer Krankenkasse nicht auf einzelne, zufällig ausgewählte Versicherte richten wird. Stattdessen werden sich Selektionsstrategien vielmehr auf bestimmte Versichertengruppen richten. Diese werden danach ausgewählt, dass sich relevante zukünftige finanzielle Vor- oder Nachteile für die betroffene Versichertengruppe prognostizieren lassen (vgl. Reschke et al. 2004, S. 120). Um das bestehende Ausgleichssystem einerseits und alternative Ausgleichsvarianten andererseits hinsichtlich potenzieller Selektionsanreize untersuchen zu können, ist die Analyse dieser Anreize auf aus dem RSA resultierende Über- und Unterdeckungen der Leistungsausgaben für unterschiedliche Versichertengruppen zielführend.

Zur Beurteilung möglicher Selektionsanreize werden zunächst anhand der vorliegenden versichertenindividuell gemeldeten Merkmale relevante Versichertengruppen (VG) abgegrenzt.

Ausgangspunkt für die Bildung der Deckungsbeiträge auf Ebene der Versichertengruppen sind die Deckungsbeiträge der einzelnen Individuen, welche – je nach Vorzeichen – die Über- oder Unterdeckung einer versicherten Person beziffern. Der Deckungsbeitrag (DB) des Individuums i ist dabei wie folgt definiert:

$$DB_i = \widehat{GLAKG}_i - GLAKG_i, \quad (13)$$

mit:

$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i .

Der Deckungsbeitrag der betrachteten Versichertengruppe ergibt sich aus der Differenz der geschätzten Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld der Versicherten in der betrachteten Versichertengruppe VG abzüglich ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld geteilt durch deren Versichertenzeiten mit Krankengeldanspruch. Der mittlere Deckungsbeitrag einer Versichertengruppe entspricht folglich den in Eurobeträgen ausgedrückten durchschnittlichen Über- bzw. Unterdeckungen je Versichertenjahr:

$$DB_{VG}^{VJ} = \frac{\sum_{i=1}^{N_{VG}} \widehat{GLAKG}_i - \sum_{i=1}^{N_{VG}} GLAKG_i}{VJKG_{VG}}, \quad (14)$$

mit:

VG	Untersuchte Versichertengruppe VG ,
$i = 1, \dots, N_{VG}$	Index i für Versicherte mit Krankengeldanspruch von 1 bis N_{VG} in der Versichertengruppe VG ,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i innerhalb der Gruppe VG ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i innerhalb der Gruppe VG ,
$VJKG_{VG}$	Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch der Versicherten in Gruppe VG , mit $KGVJ_{VG} = \sum_{i=1}^{N_{VG}} \frac{KGV_{Ti}}{365}$, wobei VT_i die Versichertentage mit Krankengeldanspruch des Individuums i innerhalb der Gruppe VG sind.

Neben dem Deckungsbeitrag gibt es weitere Kennzahlen zur Messung der Ausgabendeckung einzelner Versichertengruppen. Dazu gehören die Deckungsquote und die Deckungssumme. Die Deckungsquote

stellt den Grad der Ausgabendeckung als relativen Wert dar und misst den Prozentsatz der Ausgaben- deckung (vgl. Abschnitt 5.1.5.2). Die Deckungssumme beziffert die Gesamtüber- bzw. Gesamtunterde- ckung der betrachteten Gruppe (vgl. Abschnitt 5.1.5.3).

5.1.5.2 Deckungsquoten

Die Deckungsquote (DQ) einer Versichertengruppe entspricht der international gängigen Kennzahl des Predictive Ratio, auch bekannt als Vorhersageverhältnis oder Kostenrelation (vgl. van Veen et al. 2015, S. 229). Die Deckungsquote einer Versichertengruppe drückt das Verhältnis der durch das Modell prog- nostizierten Leistungsausgaben für Krankengeld zu den tatsächlichen Leistungsausgaben für Kranken- geld innerhalb dieser Gruppe aus:

$$DQ_{VG} = \frac{\sum_{i=1}^{N_{VG}} \widehat{GLAKG}_i}{\sum_{i=1}^{N_{VG}} GLAKG_i}, \quad (15)$$

mit:

VG	untersuchte Versichertengruppe VG,
$i = 1, \dots, N_{VG}$	Index i der Versicherten mit Krankengeldanspruch von 1 bis N_{VG} in der Versi- chertengruppe VG,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i inner- halb der Gruppe VG,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Gesamt- leistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i innerhalb der Gruppe VG.

Insbesondere bei Versichertengruppen mit besonders hohen oder besonders niedrigen Leistungsausga- ben ist die Betrachtung der Deckungsquote nicht immer zielführend. Bei Versichertengruppen mit sehr niedrigen durchschnittlichen Ausgaben können schon geringfügige absolute Über- und Unterdeckungen zu einem starken Ausschlag dieses relativen Maßes führen. Versichertengruppen, die ein besonders ho- hes Ausgabenniveau aufweisen, können dagegen trotz mittlerer Über- oder Unterdeckungen im Bereich von mehreren hundert Euro je Versicherten noch Deckungsquoten von annähernd 100 % aufweisen.

5.1.5.3 Deckungssummen

Das GKV-weite Ausmaß der Über- bzw. Unterdeckungen für Krankengeld einer Versichertengruppe lässt sich als Deckungssumme für Krankengeld je Versichertengruppe quantifizieren:

$$\text{Deckungssumme}_{VG} = \sum_{i=1}^{N_{VG}} \widehat{GLAKG}_i - \sum_{i=1}^{N_{VG}} GLAKG_i, \quad (16)$$

mit:

VG	Versichertengruppe VG,
------	------------------------

$i = 1, \dots, N_{VG}$	Index i für Versicherte mit Krankengeldanspruch von 1 bis N_{VG} in der Versichertengruppe VG ,
$GLAKG_i$	tatsächliche Gesamtleistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i innerhalb der Gruppe VG ,
\widehat{GLAKG}_i	durch das Modell (ggf. inklusive Istkosten-Ausgleich) prognostizierte Leistungsausgaben für Krankengeld von Individuum i innerhalb der Gruppe VG .

Die Deckungssumme je Versichertengruppe gibt Auskunft über die Höhe der Fehldeckungen für eine bestimmte Gruppe. Diese gibt einen Hinweis darauf, wie (un)attraktiv die Gruppe als Ganzes zu werten ist. Denn hohe Über- oder Unterdeckungen im Einzelfall, die sich ggf. noch schlecht antizipieren lassen und nur wenige Versicherte betreffen, dürften weniger risikoselektionsrelevant sein als eine Versichertengruppe, deren Versicherte sich durch niedrige Über- oder Unterdeckungen pro Kopf auszeichnen, die aber über die hohe Zahl der Betroffenen zu einem hohen Gesamtbetrag der Gruppe führen. Ist die Deckungssumme sehr hoch (oder niedrig) kann dies in Summe letztendlich starke Risikoselektionsanreize bewirken.

5.1.5.4 Spanne der versichertengruppenbasierten Deckungsbeiträge und Deckungsquoten

Um die Reduzierung des maximalen und minimalen Deckungsbeitrages durch ein Modell bewerten zu können, wird in ausgewählten Fällen (z. B. bei Analysen zur Regionalkomponente) die Spanne der Deckungsbeiträge der betrachteten Versichertengruppen (z. B. den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten) herangezogen. Diese ist definiert als die Differenz zwischen Minimum und Maximum der Deckungsbeiträge aller Versichertengruppen einer bestimmten Kategorie:

$$\text{Spanne}_{VG} = \max(DB_{VG}) - \min(DB_{VG}). \quad (17)$$

Für die Deckungsquoten wird die Spannweite analog berechnet.

5.1.6 Sonstige Kennzahlen

5.1.6.1 Variationskoeffizient

Der Variationskoeffizient ist eine weitere Kenngröße, über die das Ausmaß bestimmter (z. B. regionaler) Unterschiede einer Variablen x gemessen werden kann. Es handelt sich hierbei um die auf den Mittelwert \bar{x} einer Verteilung normierte Standardabweichung s_x . Der Variationskoeffizient ist somit eine maßstabunabhängige Größe, über die sich Verteilungen mit unterschiedlich hohen Mittelwerten hinsichtlich ihrer Streuung direkt miteinander vergleichen lassen. Der Variationskoeffizient wird wie folgt berechnet:

$$\text{VarK} = \frac{s_x}{\bar{x}} \quad \bar{x} \neq 0 \quad (18)$$

Der Variationskoeffizient ist dimensionslos. Aufgrund der Normierung auf den Mittelwert lässt sich der Variationskoeffizient nur sinnvoll für Größen ermitteln, deren Werte in der Verteilung durchgängig positiv oder durchgängig negativ sind (vgl. Hartung 2012). Daher erfolgt die Berechnung des Variationskoeffizienten in dieser Evaluation auf Grundlage der Deckungsquoten (deren Mittelwert per Definition positiv ist) und nicht über die Deckungsbeiträge. In der Regel handelt es sich um die Standardabweichung $s_{DQ_{Kreis}}$ und den Mittelwert der regionalen Deckungsquoten ($\overline{DQ_{Kreis}}$) oder aber der entsprechenden krankenkassenbezogenen Werte ($s_{DQ_{KK}}$ und $\overline{DQ_{KK}}$).

Der Variationskoeffizient ist im Vergleich zu anderen Variationskoeffizienten zu interpretieren, nicht als absoluter Wert für sich.

5.1.6.2 Korrelationskoeffizient

Der Pearsonsche Korrelationskoeffizient (Korrelationskoeffizient) r_{xy} ist ein Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei quantitativen Merkmalen. Er wird berechnet als:

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^I (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^I (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^I (y_i - \bar{y})^2}}, \quad (19)$$

mit:

$i = 1, \dots, I$ Index i für die Beobachtungen von 1 bis I , wobei I die Anzahl der Beobachtungen ist,

x_i Ausprägung des Merkmals x bei der i -ten Beobachtung,

\bar{x}	Arithmetisches Mittel des Merkmals x ,
y_i	Ausprägung des Merkmals y bei der i -ten Beobachtung,
\bar{y}	Arithmetisches Mittel des Merkmals y .

Der Korrelationskoeffizient gibt somit an, wie groß und in welche Richtung der Zusammenhang zwischen zwei betrachteten Merkmalen über alle vorliegenden Merkmalswertepaare ist. Er ist auf den Wertebereich zwischen -1 (vollständiger negativer linearer Zusammenhang) und $+1$ (vollständiger positiver linearer Zusammenhang) beschränkt (vgl. Stock & Watson 2007, S. 35). Nimmt er den Wert 0 an, so besteht kein Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen.

5.2 Weitere Bewertungskriterien

Neben den bisher dargestellten statistischen Bewertungskriterien sind für die Beurteilung einzelner Modellvarianten bzw. Verfahrensbausteine weitere Aspekte zu berücksichtigen. So sollen durch die Ausgestaltung des Modells keine unerwünschten Anreizeffekte entstehen. Zudem sollen weder die verwendeten Daten noch die Art ihrer Verwendung im Verfahren anfällig für Manipulation sein. Vor dem Hintergrund der Umsetzung möglicher Modellanpassungen im tatsächlichen Ausgleichsverfahren ist zudem zu beachten, dass der administrative Aufwand der Prüfung der Datenbasis nicht unverhältnismäßig stark ansteigt und dass der zusätzliche administrative Aufwand sowohl bei der Datenerhebung und -übermittlung als auch bei der Durchführung des Verfahrens möglichst geringgehalten wird.

6 Beschreibung und Umsetzung verschiedener Krankengeldverfahren

In diesem Kapitel wird erläutert, wie sich die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld im RSA entwickelt hat, wie das aktuelle Krankengeldverfahren ausgestaltet ist und es werden die empfohlenen Modelle des Erst- und Folgegutachtens erläutert.

6.1 Zuweisungsverfahren für das Krankengeld im RSA

6.1.1 Entwicklung des Verfahrens

In den vergangenen Jahren hat es mehrfach Änderungen am Zuweisungsverfahren für das Krankengeld gegeben. Zunächst wurde mit Einführung des Morbi-RSA mit dem GKV-WSG ab dem Jahresausgleich 2009 eine Zuweisung über 182 Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen (KAGGs) (vgl. Tabelle 26 im Anhang) sowie 62 nach Alter und Geschlecht differenzierte Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (KEMGs) vorgenommen. Das GKV-FQWG hat diese Art der Zuweisung zwar beibehalten, allerdings wurde ab dem Jahresausgleich 2013 nur noch die Hälfte der tatsächlichen Leistungsausgaben für Krankengeld hierüber zugewiesen. Die andere Hälfte wurde in einem Istkosten-Ausgleich an die Krankenkassen ausgeschüttet. Zum Jahresausgleich 2021 wurden mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) die KEMGs ersatzlos gestrichen. Die vorerst letzte Änderung gab es zum Jahresausgleich 2023 mit dem GVWG. Das Krankengeld nach § 45 SGB V wurde aus dem Zuweisungsverfahren herausgelöst und wird seitdem in einem Istkosten-Ausgleich zugewiesen. Für das Krankengeld nach § 44 SGB V besteht weiterhin die Regelung, dass 50 % über die 182 KAGGs und die anderen 50 % in einem Istkosten-Ausgleich zugewiesen werden.

Tabelle 13 zeigt die bisherigen gesetzlichen Anpassungen zum Krankengeld im RSA. Um die verschiedenen Ausgestaltungen im Text zuordnen zu können, werden die Bezeichnungen in der letzten Spalte entsprechend der gesetzlichen Grundlage verwendet.

Tabelle 13: Gesetzliche Grundlagen für das Krankengeld im RSA

Gültig ab	Gesetzliche Grundlage	Inhalt	Bezeichnung
JA 2009	GKV-WSG	182 KAGGs 62 KEMGs	Krankengeld nach GKV-WSG
JA 2013	GKV-FQWG	182 KAGGs 62 KEMGs 50 Prozent Istkosten-Ausgleich	Krankengeld nach GKV-FQWG
JA 2021	GKV-FKG	182 KAGGs 50 Prozent Istkosten-Ausgleich	Krankengeld nach GKV-FKG
JA 2023	GVWG	182 KAGGs 50 Prozent Istkosten-Ausgleich des Krankengelds nach § 44 SGB V Istkosten-Ausgleich des Krankengelds nach § 45 SGB V	Krankengeld nach GVWG

Quelle: Auswertung BAS

6.1.2 Beschreibung des aktuellen Verfahrens (Status quo)

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds u. a. Zuweisungen für die Leistungen für Krankengeld nach § 44 SGB V. Diese werden aktuell anhand der Merkmale Alter und Geschlecht in einem zeitgleichen Modell standardisiert. Das Standardisierungsverfahren für das Krankengeld wird nach § 269 Absatz 1 SGB V (Sonderregelung für das Krankengeld) i. V. m. § 18 Absatz 1 Satz 2 RSAV um ein Verfahren ergänzt, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld nach § 44 SGB V zur Hälfte berücksichtigt. Auf dieser Grundlage werden die Zuweisungen für alle Versicherten mit Krankengeldanspruch seit dem Ausgleichsjahr 2013 bei der Durchführung des Jahresausgleichs zu einer Hälfte über alters- und geschlechtsdifferenzierte Risikogruppen standardisiert und zur anderen Hälfte in Form eines Istkosten-Ausgleichs zugewiesen.⁸ Als tatsächliche Leistungsausgaben für das Krankengeld werden die Leistungsausgaben gemäß der endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1) der Krankenkassen im Bereich Krankengeld berücksichtigt (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023d).

Die Krankenkassen erhalten Krankengeldzuweisungen für jede versicherte Person, für die mindestens ein Tag mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V in der SA 100 gemeldet wurde, unabhängig davon, ob sie tatsächlich Krankengeld bezogen hat oder nicht. Zur Standardisierung der Krankengeldausgaben wird jede dieser Personen nach Geschlecht und Alter auf Basis der SA 100 EM des Ausgleichsjahres einer der 182 KAGGs zugeordnet. Die KAGGs weisen bei der Zuweisung zu den Altersgruppen Abstände von einem Jahr auf.

Für die Standardisierung der Leistungsausgaben für das Krankengeld wird eine Durchschnittsberechnung durchgeführt. Hierzu werden zunächst die Krankengeldausgaben aus dem HLB 6a in den einzelnen KAGGs aufsummiert und durch die Summe der Versichertentage der jeweiligen Gruppe dividiert. Nachfolgend wird je Krankenkasse die Summe der Versichertentage in den einzelnen Gruppen berechnet und mit den standardisierten Krankengeldausgaben pro Tag multipliziert, woraus sich die Zuweisung an die Krankenkasse ergibt. Im Anschluss werden Erstattungen berücksichtigt, die die Krankenkassen für Krankengeldzahlungen von anderer Seite (z. B. von der gesetzlichen Unfallversicherung) erhalten haben.

Die Zuweisungshöhe wird anhand der Krankengeldausgaben im Ausgleichsjahr, also zeitgleich, ermittelt. D. h. die Risikomerkmale, die zur Standardisierung des Krankengeldes herangezogen werden, stammen aus demselben Jahr wie die Leistungsausgaben für das Krankengeld.

Die Leistungsausgaben für das Krankengeld nach § 44 SGB V werden für den Risikopool nach § 268 SGB V nicht berücksichtigt.

Im Status quo-Verfahren kann es zu KAGG-Abschlägen kommen. Diese werden im regulären RSA-Verfahren nicht auf Null gesetzt und deshalb auch im vorliegenden Gutachten beibehalten.

⁸ Die hälftige Berücksichtigung der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkassen war bis zum 31.03.2020 in § 41 Absatz 1 Satz 3 RSAV geregelt.

6.2 Erstgutachten

Im Erstgutachten wurden mehrere unterschiedliche Modelle analysiert. Als schlussendlich am erfolgversprechendsten wurde das Modell C3 empfohlen, das im Folgenden kurz beschrieben wird (vgl. Wasem et al. 2016, S. 89ff., S. 104 f.).

6.2.1 Beschreibung des im Erstgutachten empfohlenen Modells

Modell C3 basiert darauf, die Mengen- und die Preiskomponente der Krankengeldzahlungen getrennt voneinander zu berücksichtigen. Die Krankengeldbezugstage werden in einem ersten Schritt für jeden Versicherten standardisiert. Erst im Anschluss daran werden in einem zweiten Schritt die eigentlichen Krankengeldzuweisungen durch eine Multiplikation der standardisierten Bezugstage mit einem versichertenindividuellen Zahlbetrag berechnet.

Die Standardisierung der Bezugszeiten im ersten Schritt erfolgt über Krankengeld Alters- und Geschlechtsgruppen (KG-AGGs) und Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (KG-EMGs). Die Abgrenzung dieser Gruppen weicht hinsichtlich der gewählten Altersgrenzen von der Abgrenzung im Status quo-Verfahren ab und geht auf den Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 zurück (vgl. Drösler et al. 2011, Kapitel 11, sowie Tabelle 27 im Anhang). Weiterhin werden HMGs für die Standardisierung verwendet, die zeitgleich bezogen auf das Jahr der Krankengeldzahlung bestimmt werden. Sie beruhen auf dem Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2013. Dieses Modell war noch auf 80 Krankheiten beschränkt. Zur Berechnung der standardisierten Bezugstage wird eine gewichtete Regression durchgeführt, in der die Anzahl der tatsächlichen Krankengeldbezugstage einer versicherten Person die zu erklärende Variable ist. Zur Bestimmung der Regressionsgewichte werden die Tage herangezogen, an denen die versicherte Person Krankengeld hätte beziehen können, also Anspruch auf Krankengeld hatte. Die KG-AGGs, KG-EMGs und zeitgleichen HMGs fließen als erklärende Variablen in das Regressionsmodell ein. Hierdurch ergibt sich eine Schätzung der auf Basis von Alter, Geschlecht und Morbidität zu erwartenden Krankengeldbezugstage für jede versicherte Person.

Im zweiten Schritt werden diese geschätzten Bezugstage mit einem versichertenindividuell ermittelten Krankengeldzahlbetrag multipliziert, um die geschätzten Krankengeldausgaben je versicherter Person zu erhalten, die dann als Zuweisungen für Krankengeld an die Krankenkassen ausgezahlt werden.

Auf den Daten, die für das Erstgutachten zur Verfügung standen, ergab sich ein R^2 von 14,87 % und das CPM betrug 15,48 %. Das gewichtete relative MAPE auf Krankenkassenebene (MAPD) betrug 13,31 %. Das Minimum der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen betrug bei diesem Modell 71,54 % und das Maximum 123,98 % mit einem gewichteten Mittelwert von 102,45 % (vgl. Wasem et al. 2016, S. 104 f.). Das Erstgutachten wurde nicht auf einer Vollerhebung, sondern auf Daten mehrerer Krankenkassen gerechnet. Alle berechneten Ergebnisse unterliegen diesem Vorbehalt.

6.2.2 Umsetzung im vorliegenden Gutachten

Für dieses Gutachten wird das Modell C3 des Erstgutachtens nachgebildet. Dabei werden einige Aktualisierungen vorgenommen. So wird wegen der zwischenzeitlichen Streichung der Erwerbsminderungsgruppen im Ausgleichsverfahren auch hier auf die KG-EMGs als erklärende Variablen verzichtet. Die KG-AGGs werden in der Abgrenzung des Erstgutachtens verwendet. Zudem basiert die Zuordnung der Versicherten zu den HMGs auf dem Klassifikationsmodell 2024, das das gesamte Morbiditätsspektrum der Versicherten berücksichtigt und nicht – wie im Erstgutachten – einer Begrenzung auf 80 Krankheiten unterliegt (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023b). Die Zuordnung zu den Risikogruppen erfolgt im

Verhältnis zu den Krankengeldausgaben zeitgleich über die versichertenbezogenen Informationen zu Alter, Geschlecht und Morbidität des Jahres 2022. Bei der Regression ergeben sich für einige der verwendeten Risikogruppen negative geschätzte Bezugstage. Diese werden in der Umsetzung des Modells des Erstgutachtens auf Null gesetzt, damit es nicht zu negativen Zuweisungen für Krankenkassen kommt. Zusätzlich werden nach diesen Nullsetzungen verbleibende Hierarchieverletzungen zwischen HMGs mit positiven Schätzern durch Gleichsetzung dieser HMGs behoben. Die Berechnung des versichertenindividuellen Krankengeldzahlbetrages wird in Abschnitt 4.2.2.2 beschrieben.

Die individuellen Krankengeldbezugstage werden über eine WLS-Regression mit den erklärenden Variablen KG-AGGs und HMGs geschätzt. Multipliziert mit den individuell berechneten Krankengeldzahlbeträgen ergeben sich die individuellen Zuweisungen der Versicherten für das Krankengeld.

6.3 Folgegutachten

Auch im Folgegutachten wurden mehrere unterschiedliche Krankengeldmodelle analysiert. Als schlussendlich am erfolgversprechendsten wurde von den Gutachtern das Modell B1.HMG.con empfohlen, das im Folgenden beschrieben wird (vgl. Schiffhorst et al. 2019).

6.3.1 Beschreibung des im Folgegutachten empfohlenen Modells

Das von den Autoren des Folgegutachtens favorisierte Modell basiert auf einer gewichteten linearen Regression zur Standardisierung der Leistungsausgaben für Krankengeld. Als erklärende Variablen werden auch hier die Alters- und Geschlechtsgruppen und der Erwerbsminderungsstatus entsprechend der Abgrenzung der KG-AGGs und KG-EMGs aus dem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 (vgl. Drösler et al. 2011, Kapitel 11) sowie HMGs verwendet. Die HMGs werden zeitgleich gebildet und beruhen auf dem Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2017. Auch dieses Klassifikationsmodell unterliegt einer Begrenzung des berücksichtigten Morbiditätsspektrums auf 80 Krankheiten. Das Regressionsgewicht der Regression zur Berechnung der geschätzten Krankengeldausgaben wird ermittelt als Anteil des Jahres, für den die versicherte Person einen Anspruch auf Krankengeld hatte.

Im Folgegutachten ergab sich für das beschriebene Modell **ohne Elimination negativer Regressionskoeffizienten** ein R^2 von 13,81 % und ein CPM von 16,15 %. Das gewichtete relative MAPE auf Krankenkassenebene (MAPD) betrug 8,4 %. Das Minimum der Deckungsquoten für das Krankengeld betrug bei diesem Modell auf Ebene der Krankenkassen 71,0 % und das Maximum 163,1 % mit einem gewichteten Mittelwert von 101,3 % (vgl. Schiffhorst et al. 2019, S. 146). Für das Modell B1.HMG.con ergab sich **nach Elimination negativer Regressionskoeffizienten** ein R^2 von 13,81 % und ein CPM von 16,20 %. Das gewichtete relative MAPE auf Krankenkassenebene (MAPD) betrug 8,4 %. Das Minimum der Deckungsquoten betrug bei diesem Modell 71,1 % und das Maximum 163,0 % mit einem gewichteten Mittelwert von 101,3 % (vgl. Schiffhorst et al. 2019, S. 146).

6.3.2 Umsetzung im vorliegenden Gutachten

Für das vorliegende Gutachten wird das Modell B1.HMG.con des Folgegutachtens nachgebildet. Dabei wird wie bei der Umsetzung des empfohlenen Modells des Erstgutachtens wegen der zwischenzeitlichen Streichung der EMGs im Ausgleichsverfahren auch hier auf die KG-EMGs als erklärende Variablen verzichtet. Die KG-AGGs werden entsprechend der Abgrenzung im Folgegutachten verwendet. Für die Morbiditätskomponente wird das krankheitsvollständige Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024

herangezogen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023b). Die Zuordnung zu den Risikogruppen erfolgt zeitgleich über die versichertenbezogenen Informationen zu Alter, Geschlecht und Morbidität des Jahres 2022, für das auch die Krankengeldausgaben geschätzt werden.

Bei der Regression ergeben sich für einige der verwendeten Risikogruppen negative Kostenschätzer. Diese werden im Verfahren auf den Wert Null gesetzt, damit es nicht zu negativen Zuweisungen für Krankenkassen kommt. Zusätzlich werden nach diesen Nullsetzungen verbleibende Hierarchieverletzungen zwischen HMGs mit positiven Schätzern durch Gleichsetzung dieser HMGs behoben. Die individuellen Zuweisungen der Versicherten für das Krankengeld ergeben sich aus den über eine WLS-Regression mit den erklärenden Variablen KG-AGGs und HMGs geschätzten individuellen Krankengeldleistungsausgaben.

7 Empirische Ergebnisse der Modelle

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse der Modelle dargestellt und erläutert. Tabelle 14 fasst die Ausgestaltung der Modelle zur Übersicht zusammen (die Koeffizientenschätzer der Modelle des Erst- und des Folgegutachtens sind Tabelle 31 bzw. Tabelle 32 im Anhang zu entnehmen).

Tabelle 14: Übersicht über die Modelle

Modell	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
Standardisierung	KG-Leistungsausgaben	KG-Bezugstage	KG-Leistungsausgaben
Erklärende Variablen	Alter / Geschlecht	Alter / Geschlecht HMGs des AJ 2024	Alter / Geschlecht HMGs des AJ 2024
Zeitbezug der erklärenden Variablen zu den Leistungsausgaben	zeitgleich	zeitgleich	zeitgleich
Partieller Istkosten-Ausgleich	50%	nein	nein
Ausgestaltung der Krankengeld-Alters- und Geschlechtsgruppen (AGs)	KAGGs	KG-AGGs	KG-AGGs
Anzahl AGs	182	22	22
AGs mit negativem Kostenschätzer	1	0	0
AGs mit Kostenschätzer „0“*	0	9	12
Anzahl HMGs	0	385	385
Unbesetzte HMGs	0	25	25
HMGs mit Kostenschätzer „0“*	0	117	118
Bereinigte Hierarchieverletzungen	0	176	181

Quelle: Auswertung BAS; *nach Restriktionen.

Alle Modelle werden zeitgleich berechnet, d. h. die zur Schätzung der Krankengeldausgaben des Jahres 2022 herangezogenen Risikomerkmale werden ebenfalls auf Grundlage von Daten des Berichtsjahres 2022 gebildet. Im Status quo-Modell und im Modell des Folgegutachtens werden die Leistungsausgaben für das Krankengeld direkt standardisiert. Im Modell des Erstgutachtens werden dagegen zunächst die Krankengeldbezugstage standardisiert und die prognostizierten Leistungsausgaben anschließend durch die Multiplikation der standardisierten KG-Bezugstage mit den berechneten kalender-täglichen KG-Zahlbeträgen ermittelt.

Das Status quo-Modell beruht auf 182 KAGGs und beinhaltet den 50 %-igen Istkosten-Ausgleich. Für eine KAGG ergibt sich hierbei ein negativer Kostenschätzer (-1,68 € je Anspruchsjahr für eine Versicherten-gruppe mit insgesamt 7,5 Anspruchsjahren, vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023c). Entsprechend dem Vorgehen im Krankengeld-Verfahren wird diese KAGG nicht auf den Wert Null restringiert.

Die Modelle des Erst- bzw. des Folgegutachtens verwenden jeweils 22 KG-AGGs in Kombination mit den 385 HMGs des im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2024 festgelegten Klassifikationsmodells. Im Modell des Erstgutachtens ergeben sich neun KG-AGGs mit negativen Kostenschätzern, die auf den Wert Null restringiert werden. Im Modell des Folgegutachtens gilt dies für zwölf KG-AGGs. In beiden Modellen ergeben sich jeweils 25 unbesetzte HMGs. Bei diesen unbesetzten HMGs handelt es sich ausnahmslos um solche, die abgrenzungsbedingt nur Kinder erhalten können. Hierunter fallen bspw. die HMG0018 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (< 12 Jahre)“ oder die HMG0812 „Sonstige Krankheiten des Ösophagus, angeborene Bronchomalazie, sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea

(< 6 Jahre)“. Da nur sehr wenige Kinder überhaupt Anspruch auf Krankengeld haben, sind diese HMGs in den Modellen nicht besetzt.

Von den verbleibenden HMGs weisen 117 (Erstgutachten) bzw. 118 (Folgegutachten) negative Schätzer auf und werden ebenfalls auf den Wert Null beschränkt, zusätzlich werden 176 (Erstgutachten) bzw. 181 (Folgegutachten) Hierarchieverletzungen bereinigt.

7.1 Kennzahlen auf Individualebene

Die Kennzahlen der drei Modelle auf Individualebene sind Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Kennzahlen auf Individualebene

Modell	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
R ²	75,42%	12,77%	11,95%
CPM	51,19%	15,12%	14,67%
MAPE	414,98 €	721,62 €	725,47 €

Quelle: Auswertung BAS; Kennzahlen ohne die Berücksichtigung der Restriktionen befinden sich in Tabelle 29 bzw. Tabelle 30 im Anhang.

Das Modell des Erstgutachtens erreicht mit 12,77 % R² und 15,12 % CPM leicht bessere Werte als das Modell des Folgegutachtens mit 11,95 % R² und 14,67 % CPM.⁹ Somit ist auch das MAPE des Erstgutachtens mit 721,62 € etwas niedriger als das des Folgegutachtens mit 725,47 €. Die Werte des Status quo sind um ein Vielfaches besser. Der Status quo erreicht 75,42 % beim R² und 51,19 % beim CPM. Das MAPE liegt weit unter dem der anderen beiden Modelle mit 414,98 €. Dies liegt am 50 %-igen Istkosten-Ausgleich im aktuellen Ausgleichsverfahren.¹⁰

7.2 Kennzahlen auf Krankenkassenebene

Tabelle 16 zeigt das wMAPE und das wMAPD auf Ebene der Krankenkassen.

Tabelle 16: Kennzahlen auf Krankenkassenebene

Modell	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
wMAPE _{KK}	23,12 €	53,76 €	35,00 €
wMAPD _{KK}	4,67%	10,87%	7,08%

Quelle: Auswertung BAS

Der im Erstgutachten empfohlene Standardisierungsansatz schneidet auf Krankenkassenebene anders als auf Individualebene schlechter ab als das Modell des Folgegutachtens. Das wMAPE_{KK} des Modells des Erstgutachtens liegt bei 53,76 € während für das Modell des Folgegutachtens ein Wert von 35,00 € ermittelt wird. Das wMAPD_{KK} liegt für das Modell des Erstgutachtens bei 10,87 %. Im Modell des Folgegutachtens werden die Leistungsausgaben für das Krankengeld auf Ebene der Krankenkassen (bezogen auf deren Leistungsausgaben) um ca. drei Prozentpunkte besser geschätzt, wodurch das Modell ein wMAPD_{KK} von 7,08 % erreicht. Das Status quo-Modell liegt mit 23,12 € für das wMAPE_{KK} und 4,67 % für

⁹ Hinsichtlich der Gütemaße R² und CPM fällt auf, dass diese in der vorliegenden Untersuchung trotz Berücksichtigung der vollständigen und ausdifferenzierten Morbiditätsinformationen im Klassifikationsmodell (Vollmodell) schlechter ausfallen als in den beiden Gutachten. Dies dürfte vorwiegend an der Streichung der KG-EMGs liegen.

¹⁰ Würde das aktuelle Verfahren ohne Istkosten-Ausgleich berechnet, so käme das Modell auf 1,68 % R² und 2,38 % CPM. Das MAPE und alle weiteren Werte auf Krankenkassen- und Regionalebene, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden, werden durch den 50 %-igen Istkosten-Ausgleich halbiert. Das MAPE läge somit ohne den Istkosten-Ausgleich bei 829,97 €.

das $wMAPD_{KK}$ auch in dieser krankenkassenbezogenen Betrachtung deutlich unter den Werten der beiden anderen Modelle.¹¹

Die Werte der Verteilung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen sind in Tabelle 17 abgebildet.

Tabelle 17: Verteilung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen

DQ	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
Minimum	89,56%	77,35%	82,54%
1. Quartil	96,20%	94,29%	93,55%
Median	98,87%	103,38%	97,26%
3. Quartil	103,23%	118,07%	107,29%
Maximum	136,03%	173,81%	138,54%
Spanne	46,46 PP	96,45 PP	56,00 PP
Interquartilsabstand	7,04 PP	23,78 PP	13,74 PP
Standardabweichung	8,03%	19,50%	11,58%
Variationskoeffizient	7,94%	18,12%	11,46%

Quelle: Auswertung BAS

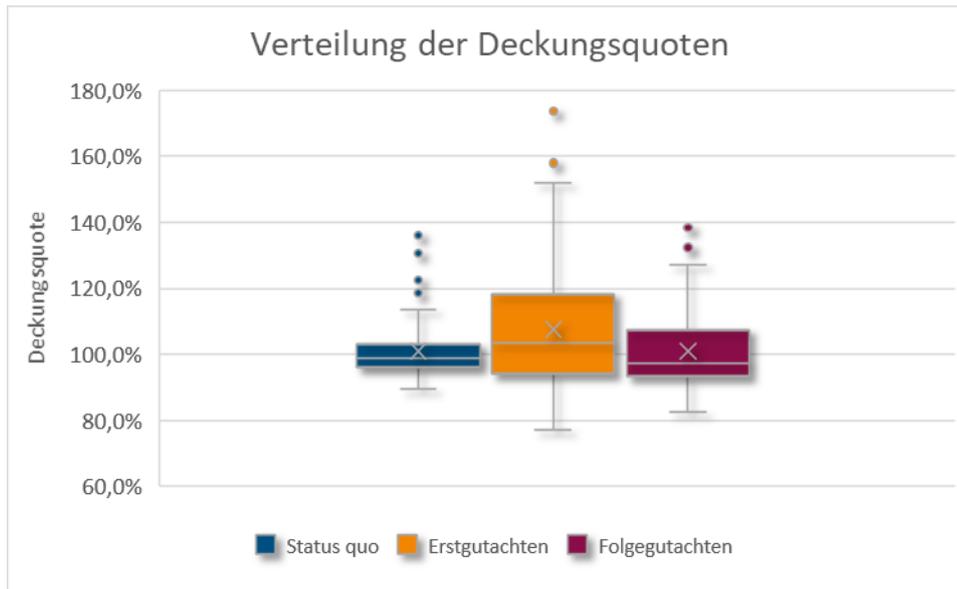
Die Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen liegen im Status quo-Modell dichter beieinander als bei den Modellen des Erst- und des Folgegutachtens. Mit einem minimalen Wert von 89,56 % und einem maximalen Wert von 136,03 % sind die Werte besser als für das Modell des Folgegutachtens mit Berücksichtigung der Morbidität. Das Modell des Folgegutachtens erreicht Werte zwischen 82,54 % und 138,54 %. Das Modell des Erstgutachtens hat deutlich schlechtere Werte mit einem Minimum von 77,35 % und einem Maximum von 173,81 %.¹²

Die deutlich geringere Streuung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen im Status quo gegenüber den beiden anderen Modellen zeigt sich einerseits beim Vergleich der Standardabweichung und des Variationskoeffizienten der Deckungsquoten der Modelle und andererseits bei Betrachtung von Abbildung 3, in der die Verteilung der krankenkassenbezogenen Deckungsquoten graphisch dargestellt wird.

¹¹ Selbst ohne den Istkosten-Ausgleich, durch den die Werte für MAPE und MAPD halbiert werden, wären beide Kennzahlen des Status quo-Modells besser als die Ergebnisse des Modells des Erstgutachtens und nur wenig schlechter als die Werte des Folgegutachtens.

¹² Auch diese Werte sind schlechter als die Werte eines Status quo-Modells ohne Istkosten-Ausgleich. Hier läge die minimale Deckungsquote bei 79,41 % und die maximale bei 171,83 %.

Abbildung 3: Boxplots der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen



Quelle: Auswertung BAS

Analog zur Verteilung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen ergibt sich dasselbe Bild für die Verteilung der Deckungsbeiträge in Tabelle 18.

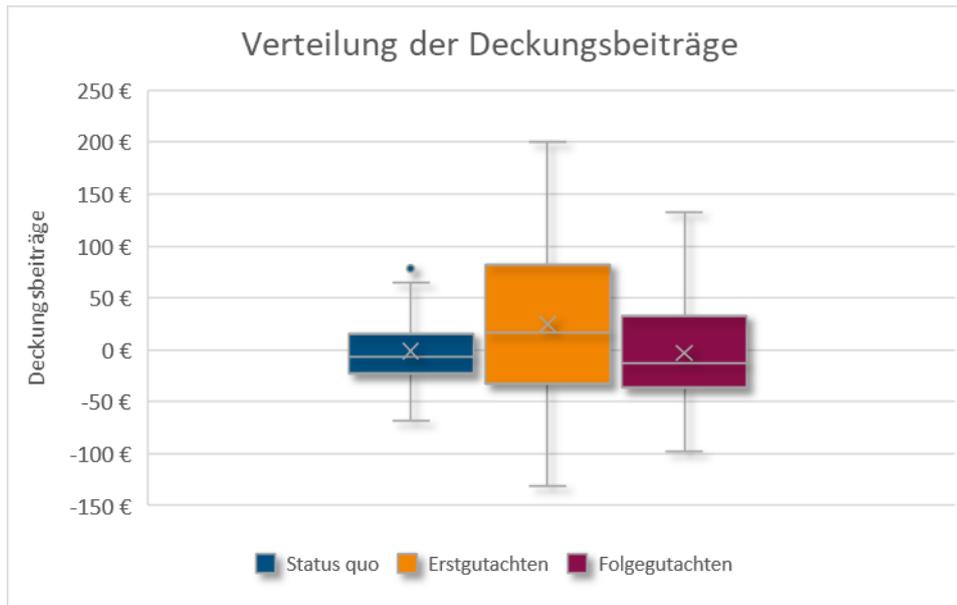
Tabelle 18: Verteilung der Deckungsbeiträge auf Ebene der Krankenkassen

DB je Anspruchsjahr	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
Minimum	-68,52 €	-131,01 €	-97,77 €
1. Quartil	-21,88 €	-31,69 €	-34,04 €
Median	-6,15 €	16,46 €	-12,89 €
3. Quartil	15,29 €	80,71 €	32,91 €
Maximum	80,10 €	200,10 €	133,00 €
Spanne	148,61 €	331,11 €	230,77 €
Interquartilsabstand	37,16 €	112,40 €	66,95 €
Standardabweichung	31,52 €	77,66 €	49,57 €

Quelle: Auswertung BAS

Während im Status quo der niedrigste Deckungsbeitrag je Versichertenjahr bei -68,52 € liegt, beträgt er im Modell des Folgegutachtens -97,77 € und im Modell des Erstgutachtens sogar -131,01 €. Und auch die höchste Überdeckung ist im Modell des Status quo mit 80,10 € deutlich niedriger als im Modell des Folgegutachtens bzw. des Erstgutachtens mit 133,00 € bzw. 200,10 €. Die Deckungsbeiträge der Krankenkassen liegen im Status quo-Modell deutlich näher an 0 € als bei beiden anderen Modellen, wie einerseits die Standardabweichung der Deckungsbeiträge und andererseits Abbildung 4 zeigen.

Abbildung 4: Boxplots der Deckungsbeiträge auf Ebene der Krankenkassen



Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 19 gibt die Deckungsquoten und -beiträge auf Ebene der Krankenkassenarten wieder.

Tabelle 19: Deckungsquoten und -beiträge auf Ebene der Krankenkassenarten

Krankenkassenart	Status quo		Erstgutachten		Folgegutachten	
	DQ	DB je Anspruchsjahr	DQ	DB je Anspruchsjahr	DQ	DB je Anspruchsjahr
AOK	98,67%	-6,45 €	91,95%	-39,16 €	100,54%	2,61 €
BKK	99,32%	-3,45 €	105,37%	27,30 €	98,07%	-9,83 €
IKK	95,43%	-25,75 €	87,10%	-72,67 €	92,87%	-40,16 €
KBS	89,56%	-68,52 €	89,81%	-66,89 €	90,11%	-64,91 €
VdEK	103,06%	14,61 €	108,34%	39,78 €	102,49%	11,87 €

Quelle: Auswertung BAS; die Ergebnisse der Modellrechnung des Status quo weichen auf Ebene der Krankenkassenarten aufgrund einer geringfügig abweichenden Plausibilisierung der Versichertenzeiten mit KG-Anspruch leicht von den Ergebnissen des Jahresausgleichsbescheids 2022 ab (vgl. Tabelle 28 im Anhang).

Die Krankengeldausgaben der AOKs sind im Status quo-Modell zu 98,67 % gedeckt, was einem Deckungsbeitrag je Anspruchsjahr in Höhe von -6,45 € entspricht. Das Modell des Erstgutachtens erreicht lediglich eine Deckung von 91,95 % (-39,16 € DB je Anspruchsjahr) für diese Krankenkassen. Das Modell des Folgegutachtens hingegen überschätzt die Leistungsausgaben für Krankengeld für die AOKs sehr leicht und kommt zu einer Deckungsquote von 100,54 %, was einer Überdeckung in Höhe von 2,61 € je Anspruchsjahr entspricht.

Während das Status quo-Modell die Leistungsausgaben für Krankengeld für die AOKs, die BKKs, die IKKs und die KBS unterschätzt, überschätzt es die Leistungsausgaben für Krankengeld der Krankenkassen des VdEK. Die Deckungsquote beträgt hier 103,06 % und der Deckungsbeitrag 14,61 € je Anspruchsjahr. Das Modell des Erstgutachtens vergrößert diese Überdeckung auf 108,34 % bzw. 39,78 €. Das Modell des Folgegutachtens hingegen senkt die Überdeckung leicht auf 102,49 % entsprechend 11,87 € ab.

7.3 Kennzahlen auf regionaler Ebene

Wie die Zahlen in Tabelle 20 zeigen, verändert sich auch auf regionaler Ebene die Reihenfolge hinsichtlich der Güte der Modelle nicht.

Tabelle 20: Kennzahlen auf regionaler Ebene

Modell	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
wMAPE _{Kreis}	29,27 €	62,10 €	52,20 €
wMAPD _{Kreis}	5,92%	12,56%	10,56%

Quelle: Auswertung BAS

Für das Status quo-Modell ergeben sich die besten Kennzahlen mit wMAPE_{Kreis} in Höhe von 29,27 € und wMAPD_{Kreis} in Höhe von 5,92%. Die Ergebnisse des Modells des Erstgutachtens sind am schlechtesten mit 62,10 € beim wMAPE_{Kreis} und 12,56 % beim wMAPD_{Kreis}.

Tabelle 21 weist die Deckungsquoten nach siedlungsstrukturellem Kreistyp des Wohnortes aus.

Tabelle 21: Deckungsquoten nach siedlungsstrukturellem Kreistyp

Ausprägung	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
Ausland/unbekannt	0,95%	94,18%	23,73%	31,16%
Kreisfreie Großstadt	28,37%	102,96%	107,53%	105,79%
Städtischer Kreis	38,76%	100,17%	102,63%	100,49%
Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	16,71%	99,25%	97,20%	99,55%
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	15,21%	96,38%	90,39%	94,98%

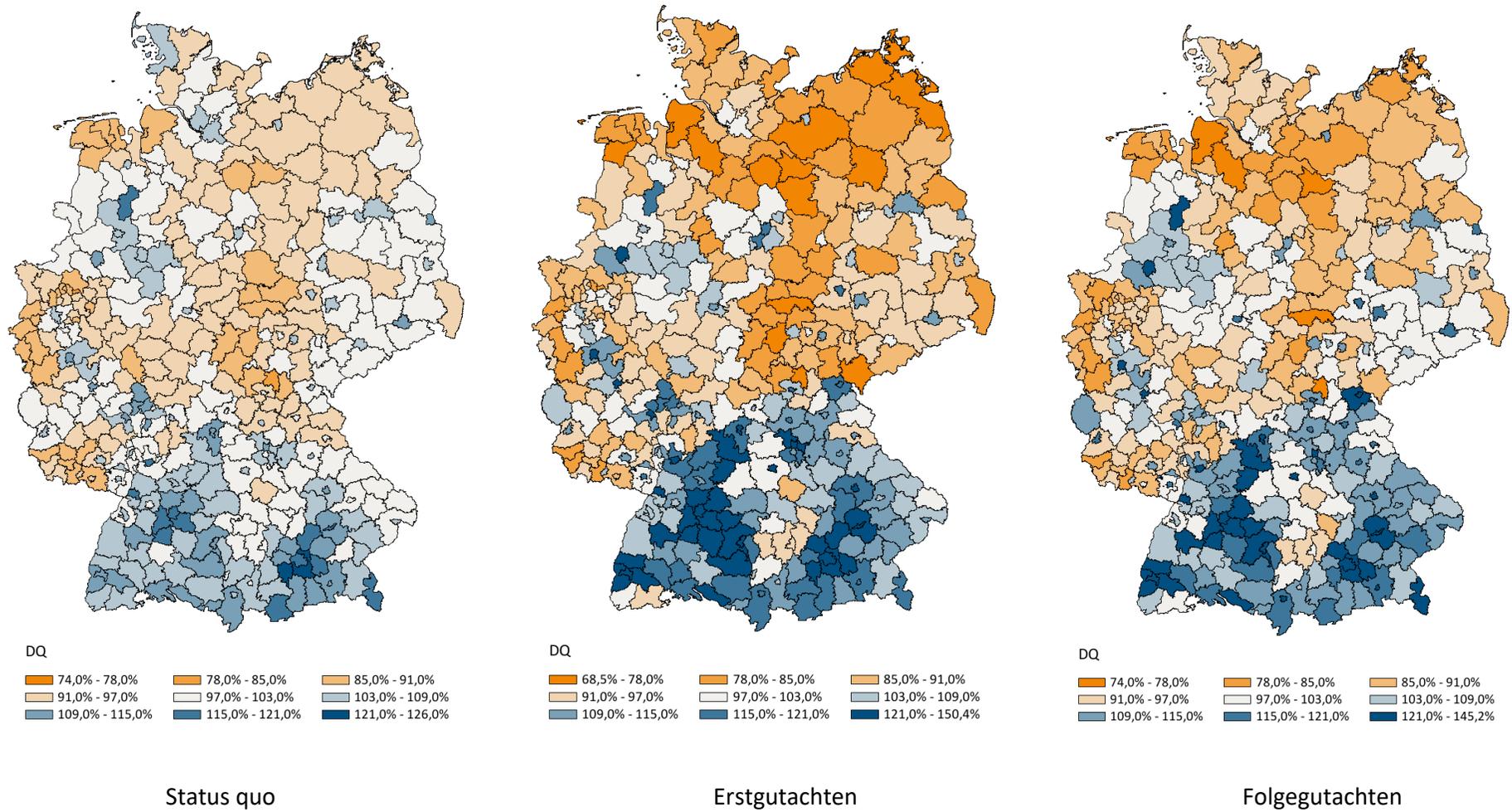
Quelle: Auswertung BAS

Für Versicherte mit Wohnort in einer kreisfreien Großstadt resultieren im Status quo-Modell beim Krankengeld mittlere Deckungsquoten in Höhe von 102,96 % (Deckungsbeitrag 13 €). Für das Modell des Folgegutachtens ergibt sich für dieselbe Personengruppe eine Deckungsquote von 105,79 % (Deckungsbeitrag 25 €). Das Modell des Erstgutachtens bringt diesbezüglich die höchste Überdeckung mit sich mit einer Deckungsquote in Höhe von 107,53 % (Deckungsbeitrag 33 €). Dieser Wert liegt oberhalb des Wertes im Status quo-Modell ohne Istkosten-Ausgleich.

Auch für Personen mit Wohnort in städtischen Kreisen und dünn besiedelten ländlichen Kreisen schätzt das Status quo-Modell die Krankengeldausgaben besser als das Modell des Folgegutachtens, das wiederum zu besseren Ergebnissen als das Modell des Erstgutachtens kommt. Für Versicherte aus ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen ergibt das Modell des Folgegutachtens mit 99,55 % Deckungsquote das beste Ergebnis.

Abbildung 5 zeigt die Deckungsquoten der Kreise für die drei Modelle in kartographischer Darstellung. Hier zeigt sich die Rangfolge der Modelle auch optisch: Bei Schätzung der Krankengeldausgaben über das Status quo-Modell ergeben sich auf regionaler Ebene Deckungsquoten, die im Vergleich zu den beiden anderen Modellen nahezu ausnahmslos näher an 100 % liegen.

Abbildung 5: Deckungsquoten je Kreis für die Modelle des Status quo, des Erstgutachtens und des Folgegutachtens



Quelle: Auswertung BAS

© GeoBasis-DE/BKG 2023

7.4 Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen

In diesem Abschnitt werden Kennzahlen auf der Ebene bestimmter Versichertengruppen vorgestellt.

Tabelle 22 gibt für die drei Modelle die Deckungsquoten der Versicherten nach Altersgruppen an. Dabei sind die Altersgrenzen gewählt worden, die auch zur Abgrenzung der Risikomerkmale der KG-AGGs für die Berechnungen des Erst- und Folgegutachtens verwendet wurden.

Tabelle 22: Deckungsquoten nach Altersgruppen

Altersgruppen	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Folgegutachten
bis 17 Jahre	0,37%	100,00%	213,77%	661,95%
18 bis 24 Jahre	8,36%	100,00%	115,39%	177,15%
25 bis 29 Jahre	9,77%	100,00%	111,68%	114,01%
30 bis 34 Jahre	12,26%	100,00%	109,96%	107,42%
35 bis 39 Jahre	12,01%	100,00%	104,11%	103,78%
40 bis 44 Jahre	11,43%	100,00%	101,77%	101,77%
45 bis 49 Jahre	10,19%	100,00%	99,83%	99,44%
50 bis 54 Jahre	12,10%	100,00%	98,87%	97,37%
55 bis 59 Jahre	13,32%	100,00%	98,22%	95,21%
60 bis 65 Jahre	9,95%	100,00%	95,66%	94,53%
66 Jahre und älter	0,23%	100,00%	84,38%	94,53%

Quelle: Auswertung BAS

Da der Ausgleich im Status quo-Modell alleine auf Basis von Alters- und Geschlechtsgruppen erfolgt, betragen die Deckungsquoten nach Alter hier immer genau 100 %. Für die Modelle des Erst- und Folgegutachtens werden negative Koeffizientenschätzer, die auch für Alters- und Geschlechtsgruppen auftreten, gleich Null gesetzt, damit Krankenkassen keine negativen Zuweisungen für Versicherte erhalten (vgl. Abschnitte 6.2.2 und 6.3.2). Dies führt allerdings auch dazu, dass die Deckungsquoten nach Alter- und Geschlecht nicht mehr genau 100 % sind.

Das Modell des Folgegutachtens führt in der Altersgruppe der bis 17-Jährigen zur höchsten Überdeckung mit 661,95 %. Dies entspricht einer absoluten Überdeckung von 130 €. Das Modell des Erstgutachtens liegt mit 213,77 % deutlich unter diesem Wert (Deckungsbeitrag: 26 €). Dafür ergibt sich im Modell des Erstgutachtens für die Versicherten, die 66 Jahre alt und älter sind, mit 84,38 % (Deckungsbeitrag: -156 €) eine größere Unterdeckung als im Modell des Folgegutachtens, in dem für diese Gruppe eine Deckungsquote von 94,53 % (Deckungsbeitrag: -55 €) berechnet wird. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Gruppe der bis 17-Jährigen lediglich 0,37 % der Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch ausmacht und die Gruppe ab 66 Jahren und aufwärts mit etwa 0,23 % der Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch ebenfalls klein ausfällt. Für die Versicherten in den Altersgruppen bis 30 Jahre und zwischen 45 und 65 Jahren liegt das Modell des Erstgutachtens näher an einer Deckung von 100 % als das Modell des Folgegutachtens. Die Werte bewegen sich für das Erstgutachtenmodell zwischen 95,66 % (Deckungsbeitrag: -55 €) für die 60 bis 65-Jährigen und 115,39 % (Deckungsbeitrag: 17 €) für die 18 bis 24-Jährigen. Der Standardisierungsansatz des Folgegutachtens führt für die Versicherten in den Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren zu Deckungsquoten von 94,53 % (60 bis 65 Jahre) und 177,15 % (18 bis 24 Jahre). Das entspricht Deckungsbeiträgen von -70 € respektive 87 €.

Die Deckungsquoten nach Anzahl der tatsächlichen Krankengeldbezugstage gibt Tabelle 23 wieder.

Tabelle 23: Deckungsquoten nach Anzahl der KG-Bezugstage

KG-Bezugstage (BJ 2022)	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
keine KG-Bezugstage	92,80%	-	-	-
1 bis 10 Tage	1,15%	106,08%	187,95%	187,65%
11 bis 30 Tage	1,25%	69,71%	76,08%	75,64%
31 bis 60 Tage	1,14%	60,09%	44,94%	44,14%
61 bis 120 Tage	1,36%	55,48%	28,46%	28,04%
121 bis 240 Tage	1,33%	53,05%	18,73%	18,80%
mehr als 240 Tage	0,97%	51,93%	12,67%	12,94%

Quelle: Auswertung BAS; Da für Versicherte ohne Krankengeldbezugstage in aller Regel auch keine Leistungsausgaben für Krankengeld vorliegen, können keine Deckungsquoten berechnet werden. In der vorliegenden Datenmeldung sind vereinzelt auch für diese Versicherten Leistungsausgaben gemeldet (Erstattungen sowie Abweichungen zwischen der SA 304 und den Satzarten 100 und 703). Die sich ergebenden Deckungsquoten sind allerdings nicht sinnvoll zu interpretieren und werden daher nicht ausgewiesen. Stattdessen werden die Deckungsbeiträge betrachtet.

Die Deckungsquoten nach der Anzahl der Krankengeldbezugstage, die sich aus den Modellen des Erst- und Follegutachtens ergeben, liegen sehr dicht beieinander. Auch für die meisten dieser Versicherten-Gruppen sind die Schätzungen des Status quo-Modells deutlich besser. An den Werten in Tabelle 23 wird ein Grundproblem der Datenbasis deutlich: auf 92,80 % der Versichertenjahre mit Krankengeldanspruch entfallen keine Krankengeldbezugstage. Für diese Versicherten wird dennoch ein Zuweisungsbetrag für Krankengeld geschätzt, weshalb alle Modelle in dieser Gruppe zu einer sehr hohen Überschätzung der Leistungsausgaben für Krankengeld führen. Die Überschätzung der Krankengeldausgaben der Versicherten ohne Bezugstage liegt in den Modellen des Erst- und Follegutachtens bei 402 €. Im Status quo-Modell ergibt sich ein Deckungsbeitrag von 240 €.

Auch die Leistungsausgaben der Versicherten mit einer Krankengeldbezugsdauer zwischen einem und zehn Tagen werden durch alle drei Modelle deutlich überschätzt, wobei auch hier das Status quo-Modell mit einer Deckungsquote von 106,08 % (Deckungsbeitrag: 28 €) deutlich bessere Ergebnisse erzielt als Erst- und Follegutachten (Deckungsquoten 187,95 % bzw. 187,65 %, Deckungsbeiträge 410 € bzw. 409 €).

Die Krankengeldausgaben aller Versichertengruppen mit mehr als zehn Tagen Krankengeldbezug werden hingegen von allen Modellen deutlich unterschätzt, wobei der Deckungsgrad mit steigender Bezugsdauer kontinuierlich abnimmt. Das Status quo-Modell erreicht durch den 50 %-igen Istkosten-Ausgleich auch hier für die meisten Gruppen deutlich bessere Ergebnisse als die beiden anderen Modelle. Die niedrigste Deckungsquote ergibt sich für die Versicherten mit mehr als 240 Tagen Krankengeldbezug und liegt im Status quo-Modell bei 51,93 % (Deckungsbeitrag -9.497 €), in den Modellen des Erst- bzw. Follegutachtens bei 12,67 % bzw. 12,94 % (Deckungsbeiträge -17.253 € bzw. -17.201 €).

Die Deckungsquoten nach der Anzahl der HMGs, die einem Versicherten zugeordnet werden, sind in Tabelle 24 dargestellt. Hierbei handelt es sich um die HMG-Zuordnungen, die für die Berechnungen der Modelle des Erst- und des Follegutachtens verwendet wurden. Es sind also die HMGs eines Krankheits-Vollmodells, die mit zeitgleicher Morbidität ermittelt wurden. Restriktionen, die sich aus der Durchführung der Regression ergeben, wurden hier nicht berücksichtigt. Wird der Kostenschätzer einer HMG im Verlauf der Berechnungen auf Null restringiert, weil er einen negativen Wert angenommen hat, so ist die HMG-Zuordnung für die einzelnen Versicherten dennoch mitgezählt. Die HMGs geben hier somit eine Gesamtmorbidität an und nicht die Morbidität, die in den beiden Modellen für die Schätzung der Leistungsausgaben für Krankengeld verwendet wurde.

Tabelle 24: Deckungsquoten nach HMG-Anzahl

Anzahl HMGs	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
keine HMGs vorhanden	26,63%	687,69%	92,58%	179,02%
1 - 3 HMGs vorhanden	44,41%	120,30%	93,64%	94,81%
4 - 6 HMGs vorhanden	20,24%	83,85%	102,12%	99,19%
7 - 9 HMGs vorhanden	6,61%	72,03%	102,99%	100,08%
10 - 12 HMGs vorhanden	1,70%	65,98%	103,65%	101,83%
13 - 15 HMGs vorhanden	0,35%	62,23%	106,15%	105,85%
16 oder mehr HMGs vorhanden	0,07%	58,79%	110,83%	112,59%

Quelle: Auswertung BAS

Für alle nach Morbidität abgegrenzten Versichertengruppen schneiden die Modelle des Erst- und des Follegutachtens besser ab als das Status quo-Modell. Das Status quo-Modell überschätzt die Krankengeldausgaben der Versicherten ohne HMGs bzw. mit einer bis drei HMGs sehr deutlich mit 687,69 % bzw. 120,30 % (Deckungsbeitrag 190 € bzw. 65 €). Das Modell des Erstgutachtens hingegen unterschätzt die Leistungsausgaben dieser Gruppen mit Deckungsquoten in Höhe von 92,58 % bzw. 93,64 % (Deckungsbeitrag -2 € bzw. -20 €). Das Follegutachtenmodell überschätzt die Versicherten ohne eine HMG mit 179,02 %, dafür ist die Unterdeckung für die Versicherten mit einer bis drei HMGs mit 94,81 % etwas geringer als im Modell des Erstgutachtens (Deckungsbeiträge 26 € bzw. -17 €). Diese beiden Gruppen haben ein sehr hohes Gewicht, weil sie 71 % aller Versicherten umfassen. Das Krankengeld der Versicherten mit vier bis sechs HMGs wird im Modell des Erstgutachtens mit 102,12 % Deckungsquote (19 € Deckungsbeitrag) leicht überschätzt, während das Modell des Follegutachtens diese Gruppe mit 99,19 % Deckungsquote sehr geringfügig unterschätzt (Deckungsbeitrag -7 €). Das Status quo-Modell erreicht hier trotz des Istkosten-Ausgleichs nur eine Deckungsquote von 83,85 %. Dass in den Modellen, in denen die HMGs als erklärende Variablen einfließen, die Deckungsquoten bei einer Abgrenzung der Versicherten nach genau diesen Gruppen nahe bei 100 % liegen, war erwartbar.

Tabelle 25 gibt die Deckungsquoten für verstorbene bzw. nicht verstorbene Versicherte wieder.

Tabelle 25: Deckungsquoten für verstorbene und nicht verstorbene Versicherte

Verstorben	Anteil KG-Anspruchsjahre	Status quo	Erstgutachten	Follegutachten
nein	99,93%	100,47%	100,26%	100,22%
ja	0,07%	56,15%	75,96%	79,35%

Quelle: Auswertung BAS

Auch für die verstorbenen Versicherten erreichen das Modell des Erstgutachtens und das Modell des Follegutachtens aufgrund der direkten Morbiditätsberücksichtigung bessere Ausgabenschätzungen als das Status quo-Modell, was im Umkehrschluss auch für die nicht verstorbenen Versicherten gilt. Im Status quo-Modell sind diese Versicherten nur zu 56,15 % (Deckungsbeitrag -3.138 €) gedeckt. Die Modelle des Erst- und des Follegutachtens erreichen für die Verstorbenen deutlich bessere Deckungsquoten mit 75,96 % (Deckungsbeitrag -1.720 €) bzw. 79,35 % (Deckungsbeitrag -1.478 €). Allerdings ist der Anteil der Versicherten, die Krankengeldanspruch haben und versterben, sehr gering.

8 Weitere Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

Mit einer Änderung des § 10 RSAV im Rahmen des GVWG erhielt der Wissenschaftliche Beirat den Auftrag, bei seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 RSAV (Krankengeldanspruch) zu prüfen. In der Konkretisierung des Untersuchungsauftrages in der Begründung zum GVWG wurde festgehalten, dass insbesondere Modelle zu überprüfen sind, die die Zuweisungen über eine Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzte Krankengeldzahlbeträge berechnen bzw. die direkt die Leistungsausgaben für Krankengeld standardisieren. Dabei sollen Morbiditätskriterien und beitragspflichtige Einnahmen in die Berechnungen einbezogen werden. Die beiden Modelle stammten als Vorschläge aus zwei Gutachten, die zuvor vom BAS in Auftrag gegeben worden waren. Mit betrachtet werden soll dabei auch das aktuelle Zuweisungsverfahren für Krankengeld nach § 44 SGB V.

Für die Erstellung des Gutachtens wurden auf der eigens von den Krankenkassen erhobenen Datenbasis sowohl das aktuelle Zuweisungsverfahren nachgebildet als auch die Modelle des Erst- und des Folgegutachtens umgesetzt und überprüft.

8.1 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung ist mehreren Limitationen unterworfen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Die zur Verfügung stehende Datenmeldung ist für diese Untersuchung bestimmt worden. Somit handelt es sich um die erstmalige Meldung dieser Satzarten an das BAS. Dabei fiel auf, dass einige Meldungen nicht den formalen Vorgaben der Datensatzbestimmung entsprachen. Bereits bei früheren erstmaligen Meldungen anderer Satzarten hat sich gezeigt, dass nicht alle Formate eingehalten wurden. Dies hat sich im Laufe der Zeit bei mehrfacher Meldung gebessert. Für diese erstmalige Meldung der Krankengeldsatzarten mussten allerdings einige Datenbereinigungen vorgenommen werden (insbesondere die Umkodierung der Meldungen mit „00000000999999“ bzw. „00000000888888“ in Datenfeld „Beitragsbemessungsgrundlage 2“ der SA 303, vgl. Abschnitt 4.2.1.1).

Schwieriger als die Identifikation formaler Meldefehler ist die Identifikation inhaltlicher Meldefehler. Dem BAS stehen praktisch keine Möglichkeiten zur Verfügung, um die Daten auf ihre inhaltliche Richtigkeit hin zu überprüfen. Auffällig ist (vgl. Tabelle 2), dass in der SA 703 für 8.772 Versicherte, die keinen einzigen Tag Krankengeldanspruch haben, Leistungsausgaben für Krankengeld gemeldet worden sind. Hierdurch ergibt sich, dass die Summe der Leistungsausgaben für Krankengeld über alle Versicherten um ca. 27 Mio. € höher ist als die Summe der Leistungsausgaben für Krankengeld über die Versicherten mit mindestens einem Krankengeldanspruchstag. Ob dies (korrekterweise) auf Nachzahlungen aus vorangegangenen Versicherungszeiträumen mit Krankengeldanspruch in Vorjahren zurückzuführen ist oder aber auf Meldefehler, kann das BAS nicht ermitteln.

In der SA 303 erscheinen einige Meldungen unplausibel (vgl. Tabelle 4). So sind bspw. für die Beitragsberechnungsgrundlage 2 im Datensatz auch nach Ausschluss der bekannten Dummy-Werte noch Meldungen mit einem bpE-Wert in Höhe von 999.999,00 € pro Monat enthalten. Dem BAS ist es auf Grundlage der Daten nicht möglich, diese Werte zu verifizieren. Sie wurden, wie alle anderen Werte auch, auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze bzw. in den weiteren Berechnungen auf die Höhe der kalendertäglichen maximalen Zahlbeträge gekürzt.

Solche inhaltlichen Auffälligkeiten kann das BAS nur an einigen wenigen Stellen identifizieren. Es besteht keine Möglichkeit zu überprüfen, ob die Werte inhaltlich korrekt sind oder nicht. Daher konnten für die vorliegenden Berechnungen nur Vorgehensweisen zum Umgang mit diesen Werten entwickelt werden. Daraus ergeben sich vermutlich Schätzungenauigkeiten für die Modelle bzw. die aus den Modellrechnungen abgeleiteten Gütemaße.

Aus der Definition der Modelle für das Erst- und das Folgegutachten ergeben sich weitere Limitationen, die auch in den beiden vorangehenden Gutachten bereits vorhanden waren.

Für die Klassifikation wird das Klassifikationsmodell verwendet, das für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld erstellt und weiterentwickelt wurde. Hierbei handelt es sich um ein prospektives Modell. In der vorliegenden Untersuchung wird nun dieses für die Prognose zukünftiger LAoKG optimierte Modell zeitgleich für die Schätzung der Leistungsausgaben für Krankengeld herangezogen. Obwohl zeitgleiche Prognosemodelle eine wesentlich bessere (individuelle) Prognosequalität als prospektive Schätzmodelle aufweisen (vgl. Reschke et al. 2004, S. 12 ff.), führt die Nutzung des RSA-Klassifikationsmodells bei der Standardisierung der Leistungsausgaben für Krankengeld zu signifikant schlechteren Ergebnissen als bei der Verwendung dieses Modells zur (prospektiven) Schätzung der regulären Leistungsausgaben. Das Klassifikationsmodell ist offensichtlich für den Einsatz zur Prognose von Krankengeldleistungsausgaben deutlich schlechter geeignet als für die Prognose der Leistungsausgaben für Sachleistungen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass das RSA-Klassifikationsmodell sowohl für einen anderen Prognosezweck, d. h. die prospektive Schätzung der Leistungsausgaben für Sachleistungen, als auch eine andere Versichertenpopulation optimiert wurde. Die im Krankengeldverfahren betrachtete Gruppe der Versicherten mit Krankengeldleistungsanspruch unterscheidet sich in Alters-, Morbiditäts- und Kostenstruktur deutlich von der Gesamtpopulation der GKV (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 1). Während die Versicherten mit Krankengeldanspruch ca. 48 % der Gesamtversicherten stellen, verursachen sie lediglich ca. 30 % der LAoKG, ihre Leistungsanspruchnahme ist also deutlich niedriger.

Zudem ist der Zusammenhang zwischen tatsächlicher Krankengeldanspruchnahme und dem Vorliegen bestimmter Diagnosen schwächer ausgeprägt als zwischen den Diagnosen und einem Sachleistungsbezug. Evident wird dies an der hohen Anzahl der Koeffizientenschätzer, die wegen Negativität auf Null gesetzt werden müssen. Die betroffenen HMGs verursachen selbst bei zeitgleicher Betrachtung keine signifikanten Krankengeld(mehr)ausgaben. Selbst Diagnosen, die zu krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit führen, führen nicht zwingend zu einer Krankengeldzahlung durch die Krankenkassen. Für die meisten Versicherten gilt, dass sie erst nach Ablauf der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, also erst bei längerer Erkrankungsdauer, in den Krankengeldbezug fallen, während Leistungsausgaben für medizinische Sachleistungen (also LAoKG) hingegen direkt mit Behandlungsbeginn entstehen und insbesondere bei chronischen Erkrankungen über einen langen Zeitraum persistieren. 92,80 % der krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten weisen im Betrachtungszeitraum zwar überhaupt keinen Krankengeldbezug auf, für sie werden im Modell jedoch dennoch zum Ausgleich ihres (für die Krankenkassen a priori bestehenden) Ausgabenrisikos Zuweisungen für Krankengeld generiert.¹³

¹³ Vgl. hierzu auch die Auswertungen zu den Versicherten ohne Erkrankungen bei der Analysen zu den Auswirkungen der Einführung eines Krankheitsvollmodells im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im Jahresausgleich 2021: Bei der Schätzung der LAoKG im regulären RSA-Verfahren weisen lediglich 27 % der Versicherten keinerlei Krankheitszuordnung auf („gesunde Versicherte“), selbst auf diese Versicherten entfallen jedoch immerhin noch ca. 8 % der gesamten LAoKG, sodass zumindest einem Teil der über die AGGs auf diese Versicherten verteilten Zuweisungen durchaus auch angefallene Kosten gegenüberstehen (vgl. Drösler et al. im Druck, Abschnitt 5.1).

Auch die Anzahl und Art der Hierarchieverletzungen, die bei den verbleibenden HMGs mit positiven Kostenschätzern bereinigt werden müssen, zeigt, dass die Höhe der Krankengeldausgaben sehr viel weniger von den unterliegenden Diagnosen abhängt als die Höhe der Leistungsausgaben für Sachleistungen.

8.2 Diskussion und Empfehlung

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse der morbiditätsbasierten Modelle zeigt, dass das Modell des Erstgutachtens auf Individualebene dem Modell des Folgegutachtens leicht überlegen ist. Das R^2 ist um 0,82 Prozentpunkte besser, das CPM um 0,45 Prozentpunkte und das MAPE ist 3,85 € niedriger (vgl. Tabelle 15). Für die Kennzahlen auf Krankenkassenebene zeigt sich allerdings, dass das Modell des Erstgutachtens hinsichtlich des $wMAPE_{KK}$ zu einem um 18,76 € schlechteren Wert führt als das Modell des Folgegutachtens. Das $wMAPD_{KK}$ liegt 3,79 Prozentpunkte über dem des Modells des Folgegutachtens. Diese Werte sind sogar schlechter als die Werte des Status quo-Modells ohne einen Istkosten-Ausgleich (vgl. Fußnote 10 in Abschnitt 7.1). Dies schlägt sich auch in der Verteilung der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen nieder: Das Modell des Erstgutachtens führt zu einer minimalen Deckungsquote einer Krankenkasse in Höhe von 77,35 %, die um 5,19 Prozentpunkte niedriger ist als die des Folgegutachtens. Die maximale Deckungsquote einer Krankenkasse liegt mit 173,81 % um 35,27 Prozentpunkte über der des Folgegutachtens und die Standardabweichung liegt um 7,92 Prozentpunkte höher (vgl. Tabelle 17). Dementsprechend liegen auch die Deckungsbeiträge des Modells des Erstgutachtens auf Ebene der Krankenkassen deutlich weiter von Null entfernt als die des Folgegutachtens (vgl. Tabelle 18).

Dieses Ergebnis setzt sich bei den Deckungsquoten und Deckungsbeiträgen auf der aggregierten Ebene der Krankenkassenarten fort. Die Werte des Modells des Erstgutachtens sind für alle Krankenkassenarten (teilweise deutlich) schlechter als die des Modells des Folgegutachtens (vgl. Tabelle 19).

Ebenso führt das Modell des Folgegutachtens auf regionaler Ebene (außer für die Versicherten mit Wohnort „Ausland / unbekannt“) zu besseren Ergebnissen (vgl. Tabelle 21).

Auf Ebene der Versichertengruppen zeigt sich, dass das Modell des Erstgutachtens zwar bei einigen wenigen Versichertengruppen zu besseren Deckungsquoten führt. Allerdings sind die meisten dieser Gruppen nur gering besetzt (bspw. die Gruppe der Versicherten bis 17 Jahre, für die das Modell des Erstgutachtens eine um 448,18 Prozentpunkte bessere Deckungsquote erreicht). Hinsichtlich der Deckungsquoten für die Versichertengruppen nach Anzahl der Krankengeldbezugstage und für verstorbene bzw. nicht verstorbene Versicherte liegen die Ergebnisse der beiden Modelle sehr nahe beieinander (vgl. Tabelle 22 bis Tabelle 25).

Somit lässt sich festhalten, dass das Modell des Erstgutachtens nur hinsichtlich der Kennzahlen auf versichertenindividueller Ebene über alle drei Kennzahlen hinweg etwas besser abschneidet als das Modell des Folgegutachtens. Hinsichtlich aller anderen Kennzahlen wird es vom Modell des Folgegutachtens weitestgehend dominiert. Dabei ist das Modell des Erstgutachtens deutlich aufwändiger zu berechnen. Das zweistufige Verfahren, bei dem zuerst die Krankengeldbezugstage geschätzt werden, um dann mit versichertenindividuell berechneten Krankengeldzahlbeträgen multipliziert zu werden, erfordert zusätzlich zu einer Regression zunächst die Meldung der bpE in der SA 303 sowie der fallbezogenen Leistungsausgaben für Krankengeld in der SA 304, die beide weder für das Modell des Status quo noch für das Modell des Folgegutachtens notwendig sind. Alleine die Aufbereitung dieser Daten benötigt viel Zeit. Der zeitliche Aufwand würde sich absehbar auch bei zukünftiger Verwendung dieser Daten kaum reduzieren lassen. Hinzu kommt, dass die Aufbereitung methodisch sehr anspruchsvoll und inhaltlich mit

großen Unsicherheiten behaftet ist. Vor Nutzung der Daten müssen mehrere Annahmen getroffen werden, die die Schätzergebnisse verschlechtern. Ein Erreichen der Datenqualität wie sie in den regulären RSA-Satzarten gegeben ist, ist nicht zu erwarten.

Aufgrund der resultierenden Modellgüte und des für die Umsetzung des Modells benötigten Aufwands kommt der Wissenschaftliche Beirat zu der Einschätzung, dass das Modell des Erstgutachtens dem Modell des Folgegutachtens unterlegen ist.

Das Status quo-Modell führt zu den besten Ergebnissen aller drei Modelle auf versichertenindividueller Ebene und liegt mit einem R^2 von 75,42 % (CPM: 51,19 %; MAPE: 414,98 €) weit vor den Ergebnissen des Modells des Folgegutachtens mit einem R^2 in Höhe von 11,95 % (CPM: 14,67 %; MAPE: 725,47 €). Dies ist allerdings aufgrund des hälftigen Istkosten-Ausgleichs im Status quo-Modell auch nicht überraschend.

Aus dem Modell des Folgegutachtens ergeben sich bei den Deckungsquoten der Krankenkassen die stärkste Unterdeckung mit 82,54 %, während das Status quo-Modell mit Istkosten-Ausgleich hier zu einer um 7,02 Prozentpunkte besseren Deckung führt. Der Median des Modells des Folgegutachtens liegt bei 97,26 %, der des Status quo-Modells ist mit 98,87 % um 1,61 Prozentpunkte besser. Auch die Spanne der Deckungsquoten des Status quo-Modells ist mit 46,46 Prozentpunkten geringer und somit besser als die des Modells des Folgegutachtens (56,00 Prozentpunkten) (vgl. Tabelle 17). Damit einhergehend liegen auch die Deckungsbeiträge im Modell des Folgegutachtens weiter von Null entfernt als im Status quo-Modell (vgl. Tabelle 18).

Bei den regionalen Kennzahlen führt das Modell des Folgegutachtens gegenüber dem Status quo-Modell über alle Kreise hinweg ($wMAPE_{Kreis}$ und $wMAPD_{Kreis}$) und auch bei Betrachtung der siedlungsstrukturellen Kreistypen (abgesehen von ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen) zu schlechteren Ergebnissen als das Status quo-Modell (vgl. Tabelle 20 und Tabelle 21).

Werden die Deckungsquoten der nach Anzahl der Krankengeldbezugstage abgegrenzten Versicherten-Gruppen betrachtet, so erreicht das Status quo-Modell für alle Gruppen deutlich bessere Ergebnisse als das Modell des Folgegutachtens (vgl. Tabelle 23). Lediglich hinsichtlich der nach Anzahl der HMGs und dem Sterbemerkmale unterteilten Versichertengruppen ergibt das Modell des Folgegutachtens für alle Gruppen bessere Ergebnisse (vgl. Tabelle 24 und Tabelle 25). Damit zeigt das Modell des Folgegutachtens zwar für einige wenige Gruppen bessere Schätzergebnisse als das Status quo-Modell. Der sehr deutlich höhere Entwicklungs-, Pflege- und Durchführungsaufwand, der mit dem Ansatz eines direkt morbiditätsorientierten Schätzmodells für das Krankengeld einherginge, lässt sich durch die überschaubaren Verbesserungen allerdings aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats nicht rechtfertigen.

Insgesamt lässt sich damit feststellen, dass die untersuchten Standardisierungsansätze nicht zu den erhofften Ergebnissen führen. Zwar ergeben sich durch das Modell des Folgegutachtens bessere Deckungsquoten bei einer Einteilung der Versicherten nach Anzahl der HMGs und nach dem Merkmal „verstorben ja / nein“. Davon abgesehen erreicht das Modell des Folgegutachtens allerdings für fast alle anderen Gruppen schlechtere Ergebnisse als das Status quo-Modell.

Die Verwendung eines Klassifikationsmodells, das auf Basis einer anderen Gesamtpopulation (alle Versicherten der GKV und nicht nur auf Basis der Versicherten mit Krankengeldanspruch), nicht mit Blick auf die Leistungsausgaben für Krankengeld, sondern für Leistungsausgaben für Sachleistungen für die Schätzung prospektiver und nicht zeitgleich anfallender Leistungsausgaben optimiert wurde, ist nicht zielführend. Gleichwohl erscheint es fraglich, ob ein eigens auf die Gegebenheiten des Krankengeldes angepasstes Klassifikationsmodell wesentlich bessere Ergebnisse liefern könnte. Die Hauptursache für

die – in jedem Standardisierungsansatz auftretenden – erheblichen Fehlschätzungen der Krankengeldausgaben auf Individualebene ist, dass auf 92,80 % der Versichertenzeiten mit Krankengeldanspruch keine Krankengeldbezugszeiten und damit (bis auf Ausnahmen) auch keine Krankengeldausgaben entfallen. Die Verteilung der Leistungsausgaben für Krankengeld ist extrem rechtsschief. Selbst das zweistufige Schätzverfahren, das im Modell des Erstgutachtens angewendet wurde, kann dies nicht auffangen. Das Verbesserungspotenzial aller Standardisierungsmodelle scheint bei der gegebenen Schiefe der Ausgabenverteilung von vorneherein begrenzt.

Der vergleichsweise deutlich schwächere statistische Zusammenhang zwischen der für die Zwecke des RSA zur Vorhersage von Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfassten Morbidität und anfallenden Krankengeldleistungsausgaben wäre wahrscheinlich auch nicht durch die Entwicklung und Pflege eines vollkommen eigenständigen Krankengeldklassifikationsmodells auf Basis dieser Daten aufzulösen.¹⁴ Hier könnten vermutlich zwar eine Vielzahl der (nicht mit dem Krankengeldbezug korrelierten) HMGs gestrichen und einige HMGs abweichend abgegrenzt werden; an dem grundsätzlich deutlich schwächeren Zusammenhang zwischen der gemessenen Morbidität und den resultierenden Krankengeldzahlungen ändert dies jedoch wenig. Die generelle Eignung morbiditätsorientierter Schätzmodelle, die auf die für den RSA erhobene Morbidität zurückgreifen, für das Krankengeldverfahren ist daher zumindest modelltheoretisch zu hinterfragen.

Auch wenn Standardisierungsverfahren aus Anreizgesichtspunkten dem direkten Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben prinzipiell vorzuziehen sind, ist der vom Gesetzgeber zum Ausgleich des Ausgabenrisikos für Krankengeld eingeführte partielle Istkosten-Ausgleich ein probates Mittel, um der Schiefe der Ausgabenverteilung im Rahmen des Finanzausgleichs zu begegnen.

Die Entwicklung und Pflege eines eigenständigen morbiditätsbezogenen zeitgleichen Krankengeldmodells zur direkten Schätzung der Krankengeldausgaben (im Sinne der Empfehlung des Folgegutachtens) würde einen sehr hohen dauerhaften Aufwand nach sich ziehen. Ob dieser Entwicklungsaufwand gerechtfertigt wäre, ist sehr zweifelhaft. Denn bei Abwägung von Aufwand und Nutzen eines solchen Modells ist zu berücksichtigen, dass die Leistungsausgaben für Krankengeld lediglich ca. 6,6 % der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ausmachen. Zieht man weiterhin das im Vergleich zum Status quo-Modell nur sehr eingeschränkte Verbesserungspotenzial, das eine eigenständige morbiditätsorientierte Versichertenklassifikation zur Standardisierung des Krankengeldes ergeben könnte, in Betracht, so kommt der Wissenschaftliche Beirat zu dem Schluss, dass ein solches Modell nicht zu empfehlen ist.

Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt aus diesen Gründen, für die Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld nach § 44 SGB V beim Status quo-Verfahren mit hälftigem Istkosten-Ausgleich und hälftiger Standardisierung der Leistungsausgaben für Krankengeld über Alters- und Geschlechtsgruppen zu bleiben.

¹⁴ Es ist darauf hinzuweisen, dass weder die Nullsetzungen noch die Bereinigung der Hierarchieverletzungen zu einer Verschlechterung des Modells führen. Wie auch bei Anwendung dieser Restriktionen im normalen Klassifikationssystem, wird das R^2 der resultierenden Modelle leicht verschlechtert, während im Gegenzug CPM und MAPE leicht verbessert werden. Ein grundsätzlicher Einfluss auf das Vorhersageniveau der Modelle entsteht durch die Anwendung der Restriktionen jedoch nicht.

8.3 Vereinfachungsvorschlag

Die Meldung der Daten in den Satzarten 303 und 304 ist vom Gesetzgeber eingeführt worden, damit dem Wissenschaftlichen Beirat eine Berechnungsgrundlage für das vorliegende Gutachten zur Verfügung steht. Die Meldung wurde zudem als dauerhafte Datenlieferung im Gesetz (§ 267 Absatz 5 SGB V) verankert, um im Bedarfsfall auch für eine konkrete Modellumsetzung bereitzuliegen. Die genannten Daten der beiden Satzarten sind lediglich für die Berechnung bzw. die Umsetzung des Modells des Erstgutachtens notwendig.

Der Wissenschaftliche Beirat sieht keine Vorteile im Modell des Erstgutachtens, sondern empfiehlt, das Status quo-Modell beizubehalten. Sofern sich der Gesetzgeber nicht dennoch für die Umsetzung des Modells des Erstgutachtens entscheidet, finden die neu erhobenen Daten über die im Rahmen dieser Untersuchungen vorgenommene einmalige Nutzung hinaus keine weitere Verwendung. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher die Aussetzung der Meldung der Satzarten 303 und 304.

Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022) „Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [17.03.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023a) „Datenbereinigungskonzept zur Datenerhebung 2021/2022 im Schlüsseljahr 2023/2024 (Stand 13.06.2023)“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datengrundlagen/20230613_Datenbereinigungskonzept_SJ_23_24.xlsx [15.01.2025].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023b) „Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2024“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [10.08.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023c) „Risikogruppenanteile Jahresausgleich 2022“, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/> [12.02.2025].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023d) „Verfahrensbestimmung nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2022 – 15.11.2023“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmungen_RSA/20231115_VB_RSA_AJ2022_A3.pdf [16.01.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2024a) „Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025“, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [05.12.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2024b) „Untersuchung zur Verwendung von Leistungsausgaben der Vorjahre als zusätzliche Variablen im BAS-Klassifikationssystem“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20240513_Gutachten_BAS_Untersuchung_LA_Vorjahre.pdf [28.05.2024].
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hg.) (2022) „Laufende Raubeobachtung - Raumabgrenzungen – Siedlungsstrukturelle Kreistypen“, <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raubeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html> [21.12.2022].
- Bundesrat (2014) „Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG“, BR-Drs. 151/14, <https://dserver.bundestag.de/brd/2014/0151-14.pdf> [20.02.2024].
- Deutscher Bundestag (2014) „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG“, BT-Drs. 18/1307, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/013/1801307.pdf> [20.02.2024].
- Deutscher Bundestag (2021) „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung - Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG“, BT-Drs. 19/26822, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/268/1926822.pdf> [04.05.2022].
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2017) „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten

- Risikostrukturausgleichs*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf [28.09.2021].
- Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Stingl, J., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (2024a) „*Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich – Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V*“, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20240513_Gutachten_Regionale_Merkmale_RSA.pdf [28.05.2024].
- Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Stingl, J., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (2024b) „*Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich – Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 3 SGB V*“, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20240513_Gutachten_HMG_Ausschluss_RSA.pdf [28.05.2024].
- Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (im Druck) „*Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021*“, nach Veröffentlichung abrufbar unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/>.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. & Wille, E. (2011) „*Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich – Endfassung*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [28.09.2021].
- Geruso, M. & McGuire, T. G. (2016) „*Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance*“, *Journal of health economics*, Vol. 47, S. 1-19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2016.01.007.
- GKV-Spitzenverband (2022) „*Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V vom 05.12.2022*“, Bonn, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datengrundlagen/Bestimmungen_GKV-SV/20221205_SJ2023_2024_Bestimmung_P267_SGB_V.pdf [17.03.2023].
- Hartung, J. (2012) „*Statistik – Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik*“, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Jacobs, K., Reschke, P., Cassel, D. & Wasem, J. (2001) „*Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*“, https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr_objjs12667/RSA-Gutachten2001_ger.pdf [28.09.2021].
- Jadon, A., Patil, A. & Jadon, S. (2024) „*A Comprehensive Survey of Regression-Based Loss Functions for Time Series Forecasting*“, in: Sharma, N., Goje, A. C., Chakrabarti, A. & Bruckstein, A. M. (Hg.) *Data Management, Analytics and Innovation*, Springer Nature Singapore, S. 117-147.
- Reschke, P. (1993) „*Berücksichtigung des Krankengelds im Risikostrukturausgleich: Diskussionsbeitrag*“, in: Paquet, R. & König, W. (Hg.) *Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb*, S. 66-69.
- Reschke, P., Sehlen, S., Schiffhorst, G., Schröder, W. F., Lauterbach, K. W. & Wasem, J. (2004) „*Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich – Untersuchung zur Auswahl*

- geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Klassifikationsmodelle_RSA.pdf [28.09.2021].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) *„Krankengeld - Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“*, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf [05.02.2024].
- Schäfer, T. (2011) *„Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich – Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes“*, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Gutachten_Schaefer.pdf [06.10.2021].
- Schiffhorst, G., Albrecht, M. & Dietzel, J. (2019) *„Follegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3b SGB V i.V.m. § 33a Abs. 3 RSAV – Bericht zu ZVS-41/2017“*, IGES, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20200331Follegutachten_Krankengeld.pdf [07.03.2024].
- Stock, J. H. & Watson, M. W. (2007) *„Introduction to econometrics“*, 2. Aufl., Boston, Munich, Pearson Addison-Wesley.
- van Veen, S. H., van Kleef, R. C., van de Ven, W. P. M. M. & van Vliet, R. C. J. A. (2015) *„Is There One Measure-of-Fit That Fits All? A Taxonomy and Review of Measures-of-Fit for Risk-Equalization Models“*, *Medical Care Research and Review*, Vol. 72 (2), S. 220-243.
DOI: 10.1177/1077558715572900.
- Wasem, J. (1993) *„Berücksichtigung des Krankengeldes beim Risikostrukturausgleich“*, in: Paquet, R. & König, W. (Hg.) *Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb*, S. 58-65.
- Wasem, J., Schillo, S., Lux, G. & Neusser, S. (2016) *„Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV – Endbericht“*, Universität Duisburg-Essen, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Gutachten_Krankengeld.pdf [30.09.2021].

Anhang

A.1 Alters- und Geschlechtsgruppen für Krankengeld

Für die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld werden zwei unterschiedliche Abgrenzungen von Alters- und Geschlechtsgruppen verwendet, die in diesem Anhang erläutert werden.

KAGGs

Die im tatsächlichen Zuweisungsverfahren verwendeten Alters- und Geschlechtsgruppen werden als KAGGs bezeichnet. Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch gemäß § 44 SGB V im Ausgleichsjahr wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) einer der KAGGs zugeordnet. Ihre Abgrenzung ist Tabelle 26 zu entnehmen. Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V im Ausgleichsjahr werden ihrem Alter im Ausgleichsjahr entsprechend den KAGGs der Frauen zugeordnet (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2022).

Tabelle 26: Abgrenzung der KAGGs

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
KAGG0001	weiblich, 0 Jahre	KAGG0092	männlich, 0 Jahre
KAGG0002	weiblich, 1 Jahr	KAGG0093	männlich, 1 Jahr
KAGG0003	weiblich, 2 Jahre	KAGG0094	männlich, 2 Jahre
KAGG0004	weiblich, 3 Jahre	KAGG0095	männlich, 3 Jahre
KAGG0005	weiblich, 4 Jahre	KAGG0096	männlich, 4 Jahre
KAGG0006	weiblich, 5 Jahre	KAGG0097	männlich, 5 Jahre
KAGG0007	weiblich, 6 Jahre	KAGG0098	männlich, 6 Jahre
KAGG0008	weiblich, 7 Jahre	KAGG0099	männlich, 7 Jahre
KAGG0009	weiblich, 8 Jahre	KAGG0100	männlich, 8 Jahre
KAGG0010	weiblich, 9 Jahre	KAGG0101	männlich, 9 Jahre
KAGG0011	weiblich, 10 Jahre	KAGG0102	männlich, 10 Jahre
KAGG0012	weiblich, 11 Jahre	KAGG0103	männlich, 11 Jahre
KAGG0013	weiblich, 12 Jahre	KAGG0104	männlich, 12 Jahre
KAGG0014	weiblich, 13 Jahre	KAGG0105	männlich, 13 Jahre
KAGG0015	weiblich, 14 Jahre	KAGG0106	männlich, 14 Jahre
KAGG0016	weiblich, 15 Jahre	KAGG0107	männlich, 15 Jahre
KAGG0017	weiblich, 16 Jahre	KAGG0108	männlich, 16 Jahre
KAGG0018	weiblich, 17 Jahre	KAGG0109	männlich, 17 Jahre
KAGG0019	weiblich, 18 Jahre	KAGG0110	männlich, 18 Jahre
KAGG0020	weiblich, 19 Jahre	KAGG0111	männlich, 19 Jahre
KAGG0021	weiblich, 20 Jahre	KAGG0112	männlich, 20 Jahre
KAGG0022	weiblich, 21 Jahre	KAGG0113	männlich, 21 Jahre
KAGG0023	weiblich, 22 Jahre	KAGG0114	männlich, 22 Jahre
KAGG0024	weiblich, 23 Jahre	KAGG0115	männlich, 23 Jahre
KAGG0025	weiblich, 24 Jahre	KAGG0116	männlich, 24 Jahre
KAGG0026	weiblich, 25 Jahre	KAGG0117	männlich, 25 Jahre
KAGG0027	weiblich, 26 Jahre	KAGG0118	männlich, 26 Jahre
KAGG0028	weiblich, 27 Jahre	KAGG0119	männlich, 27 Jahre
KAGG0029	weiblich, 28 Jahre	KAGG0120	männlich, 28 Jahre
KAGG0030	weiblich, 29 Jahre	KAGG0121	männlich, 29 Jahre
KAGG0031	weiblich, 30 Jahre	KAGG0122	männlich, 30 Jahre
KAGG0032	weiblich, 31 Jahre	KAGG0123	männlich, 31 Jahre
KAGG0033	weiblich, 32 Jahre	KAGG0124	männlich, 32 Jahre
KAGG0034	weiblich, 33 Jahre	KAGG0125	männlich, 33 Jahre
KAGG0035	weiblich, 34 Jahre	KAGG0126	männlich, 34 Jahre
KAGG0036	weiblich, 35 Jahre	KAGG0127	männlich, 35 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0037	weiblich, 36 Jahre
KAGG0038	weiblich, 37 Jahre
KAGG0039	weiblich, 38 Jahre
KAGG0040	weiblich, 39 Jahre
KAGG0041	weiblich, 40 Jahre
KAGG0042	weiblich, 41 Jahre
KAGG0043	weiblich, 42 Jahre
KAGG0044	weiblich, 43 Jahre
KAGG0045	weiblich, 44 Jahre
KAGG0046	weiblich, 45 Jahre
KAGG0047	weiblich, 46 Jahre
KAGG0048	weiblich, 47 Jahre
KAGG0049	weiblich, 48 Jahre
KAGG0050	weiblich, 49 Jahre
KAGG0051	weiblich, 50 Jahre
KAGG0052	weiblich, 51 Jahre
KAGG0053	weiblich, 52 Jahre
KAGG0054	weiblich, 53 Jahre
KAGG0055	weiblich, 54 Jahre
KAGG0056	weiblich, 55 Jahre
KAGG0057	weiblich, 56 Jahre
KAGG0058	weiblich, 57 Jahre
KAGG0059	weiblich, 58 Jahre
KAGG0060	weiblich, 59 Jahre
KAGG0061	weiblich, 60 Jahre
KAGG0062	weiblich, 61 Jahre
KAGG0063	weiblich, 62 Jahre
KAGG0064	weiblich, 63 Jahre
KAGG0065	weiblich, 64 Jahre
KAGG0066	weiblich, 65 Jahre
KAGG0067	weiblich, 66 Jahre
KAGG0068	weiblich, 67 Jahre
KAGG0069	weiblich, 68 Jahre
KAGG0070	weiblich, 69 Jahre
KAGG0071	weiblich, 70 Jahre
KAGG0072	weiblich, 71 Jahre
KAGG0073	weiblich, 72 Jahre
KAGG0074	weiblich, 73 Jahre
KAGG0075	weiblich, 74 Jahre
KAGG0076	weiblich, 75 Jahre
KAGG0077	weiblich, 76 Jahre
KAGG0078	weiblich, 77 Jahre
KAGG0079	weiblich, 78 Jahre
KAGG0080	weiblich, 79 Jahre
KAGG0081	weiblich, 80 Jahre
KAGG0082	weiblich, 81 Jahre
KAGG0083	weiblich, 82 Jahre
KAGG0084	weiblich, 83 Jahre
KAGG0085	weiblich, 84 Jahre
KAGG0086	weiblich, 85 Jahre
KAGG0087	weiblich, 86 Jahre
KAGG0088	weiblich, 87 Jahre
KAGG0089	weiblich, 88 Jahre
KAGG0090	weiblich, 89 Jahre
KAGG0091	weiblich, 90 Jahre und älter

Variable	Inhalt
KAGG0128	männlich, 36 Jahre
KAGG0129	männlich, 37 Jahre
KAGG0130	männlich, 38 Jahre
KAGG0131	männlich, 39 Jahre
KAGG0132	männlich, 40 Jahre
KAGG0133	männlich, 41 Jahre
KAGG0134	männlich, 42 Jahre
KAGG0135	männlich, 43 Jahre
KAGG0136	männlich, 44 Jahre
KAGG0137	männlich, 45 Jahre
KAGG0138	männlich, 46 Jahre
KAGG0139	männlich, 47 Jahre
KAGG0140	männlich, 48 Jahre
KAGG0141	männlich, 49 Jahre
KAGG0142	männlich, 50 Jahre
KAGG0143	männlich, 51 Jahre
KAGG0144	männlich, 52 Jahre
KAGG0145	männlich, 53 Jahre
KAGG0146	männlich, 54 Jahre
KAGG0147	männlich, 55 Jahre
KAGG0148	männlich, 56 Jahre
KAGG0149	männlich, 57 Jahre
KAGG0150	männlich, 58 Jahre
KAGG0151	männlich, 59 Jahre
KAGG0152	männlich, 60 Jahre
KAGG0153	männlich, 61 Jahre
KAGG0154	männlich, 62 Jahre
KAGG0155	männlich, 63 Jahre
KAGG0156	männlich, 64 Jahre
KAGG0157	männlich, 65 Jahre
KAGG0158	männlich, 66 Jahre
KAGG0159	männlich, 67 Jahre
KAGG0160	männlich, 68 Jahre
KAGG0161	männlich, 69 Jahre
KAGG0162	männlich, 70 Jahre
KAGG0163	männlich, 71 Jahre
KAGG0164	männlich, 72 Jahre
KAGG0165	männlich, 73 Jahre
KAGG0166	männlich, 74 Jahre
KAGG0167	männlich, 75 Jahre
KAGG0168	männlich, 76 Jahre
KAGG0169	männlich, 77 Jahre
KAGG0170	männlich, 78 Jahre
KAGG0171	männlich, 79 Jahre
KAGG0172	männlich, 80 Jahre
KAGG0173	männlich, 81 Jahre
KAGG0174	männlich, 82 Jahre
KAGG0175	männlich, 83 Jahre
KAGG0176	männlich, 84 Jahre
KAGG0177	männlich, 85 Jahre
KAGG0178	männlich, 86 Jahre
KAGG0179	männlich, 87 Jahre
KAGG0180	männlich, 88 Jahre
KAGG0181	männlich, 89 Jahre
KAGG0182	männlich, 90 Jahre und älter

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung 2022

KG-AGGs

Für die Berechnung der Modelle des Erst- bzw. Folgegutachtens werden abweichende Zuordnungen nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Diese wurden ursprünglich vom Wissenschaftlichen Beirat in seiner Evaluation zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich vorgeschlagen (vgl. Drösler et al. 2011). Da KAGGs für die Altersgruppen 0-17 Jahre sowohl für die Frauen als auch die Männer nur sehr gering besetzt sind, wurden sie jeweils in eine Alters- und Geschlechtsgruppe zusammengefasst. Ebenso sind die Gruppen ab einem Alter von 66 Jahren nur gering besetzt gewesen, weshalb auch diese Gruppen zu jeweils einer Altersgruppe zusammengefasst wurden. Die dazwischenliegenden Altersgruppen wurden entsprechend den AGGs in Fünfjahres-Schritten zusammengefasst. Die Abgrenzung der resultierenden 22 KG-AGGs ist Tabelle 27 zu entnehmen.

Tabelle 27: Abgrenzung der KG-AGGs

Variable	Inhalt
KG-AGG0001	weiblich, 0-17 Jahre
KG-AGG0002	weiblich, 18-24 Jahre
KG-AGG0003	weiblich, 25-29 Jahre
KG-AGG0004	weiblich, 30-34 Jahre
KG-AGG0005	weiblich, 35-39 Jahre
KG-AGG0006	weiblich, 40-44 Jahre
KG-AGG0007	weiblich, 45-49 Jahre
KG-AGG0008	weiblich, 50-54 Jahre
KG-AGG0009	weiblich, 56-59 Jahre
KG-AGG0010	weiblich, 60-65 Jahre
KG-AGG0011	weiblich, 66+ Jahre
KG-AGG0012	männlich, 0-17 Jahre
KG-AGG0013	männlich, 18-24 Jahre
KG-AGG0014	männlich, 25-29 Jahre
KG-AGG0015	männlich, 30-34 Jahre
KG-AGG0016	männlich, 35-39 Jahre
KG-AGG0017	männlich, 40-44 Jahre
KG-AGG0018	männlich, 45-49 Jahre
KG-AGG0019	männlich, 50-54 Jahre
KG-AGG0020	männlich, 56-59 Jahre
KG-AGG0021	männlich, 60-65 Jahre
KG-AGG0022	männlich, 66+ Jahre

Quelle: Drösler et al. 2011

Diese Zusammenfassung hatte zu einem geringfügigen Anstieg der Gütemaße auf Versichertenebene geführt. Das R^2 stieg von 4,75 % auf 5,72 %, das CPM von 4,94 % auf 5,76 % und das MAPE sank von 418 € auf 415 €. Die Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen haben sich auf Grund der neuen Abgrenzung leicht verschlechtert. Das Minimum der Deckungsquoten sinkt von 57,1 % auf 56,3 % ab, das Maximum stieg von 151,9 % auf 152,8 % an (vgl. Drösler et al. 2011, Tabelle 72).

Sowohl das Erst- als auch das Folgegutachten haben diese Ergebnisse qualitativ bestätigt.

A.2 Deckungsquoten je Krankenkassenart im Status quo

Die folgende Tabelle 28 weist die Deckungsquoten je Krankenkassenart des Status quo-Verfahrens aus und vergleicht diese mit Auswertungen auf Basis von Daten entsprechend dem Jahresausgleichsbescheid für das Jahr 2022.

Tabelle 28: Vergleich der krankenkassenartenbezogenen Deckungsquoten des Status quo-Verfahrens mit dem Jahresausgleichsbescheid 2022

Krankenkassenart	Daten des Status quo-Verfahrens			Daten lt. JA-Bescheid 2022		
	Krankengeld	Zuweisungen für Krankengeld	Deckungsquote	Krankengeld	Zuweisungen für Krankengeld	Deckungsquote
AOK	5,78 Mrd. €	5,71 Mrd. €	98,67%	5,78 Mrd. €	5,71 Mrd. €	98,82%
BKK	2,89 Mrd. €	2,87 Mrd. €	99,32%	2,89 Mrd. €	2,87 Mrd. €	99,26%
IKK	1,44 Mrd. €	1,37 Mrd. €	95,43%	1,44 Mrd. €	1,38 Mrd. €	95,59%
KBS	0,30 Mrd. €	0,27 Mrd. €	89,56%	0,30 Mrd. €	0,27 Mrd. €	89,70%
VdEK	6,31 Mrd. €	6,51 Mrd. €	103,06%	6,31 Mrd. €	6,50 Mrd. €	102,92%
GKV	16,73 Mrd. €	16,73 Mrd. €	100,0%	16,73 Mrd. €	16,73 Mrd. €	100,0%

Quelle: Auswertung BAS

A.3 Kennzahlen auf Individualebene des Erst- und des Folgegutachtens mit und ohne Restriktionen

Die folgenden beiden Tabellen weisen die Kennzahlen auf Individualebene für das Modell des Erst- und des Folgegutachtens jeweils ohne bzw. mit Berücksichtigung der Restriktionen aus.

Tabelle 29: Kennzahlen auf Individualebene des Modells des Erstgutachtens mit und ohne Restriktionen

Restriktionen	R ²	CPM	MAPE
ohne	15,39%	12,37%	744,99 €
mit	12,77%	15,12%	721,62 €

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 30: Kennzahlen auf Individualebene des Modells des Folgegutachtens mit und ohne Restriktionen

Restriktionen	R ²	CPM	MAPE
ohne	14,40%	11,68%	750,89 €
mit	11,95%	14,67%	725,47 €

Quelle: Auswertung BAS

A.4 Koeffizientenschätzer des Modells des Erstgutachtens (Krankengeldbezugstage)

Die Koeffizientenschätzer des Modells des Erstgutachtens sind Tabelle 31 zu entnehmen. Sie entsprechen den geschätzten Krankengeldbezugstagen je Anspruchsjahr.

Tabelle 31: Koeffizientenschätzer des Erstgutachtens (Krankengeldbezugstage)

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
KG-AGG0001	weiblich, 0-17 Jahre	45.865	0
KG-AGG0002	weiblich, 18-24 Jahre	1.232.253	0
KG-AGG0003	weiblich, 25-29 Jahre	1.537.489	0
KG-AGG0004	weiblich, 30-34 Jahre	1.916.994	0
KG-AGG0005	weiblich, 35-39 Jahre	1.881.309	0
KG-AGG0006	weiblich, 40-44 Jahre	1.838.470	0
KG-AGG0007	weiblich, 45-49 Jahre	1.675.085	0
KG-AGG0008	weiblich, 50-54 Jahre	2.016.065	0,17
KG-AGG0009	weiblich, 56-59 Jahre	2.218.385	0,73
KG-AGG0010	weiblich, 60-65 Jahre	1.650.101	4,52
KG-AGG0011	weiblich, 66+ Jahre	34.026	0,96
KG-AGG0012	männlich, 0-17 Jahre	79.506	0
KG-AGG0013	männlich, 18-24 Jahre	1.596.017	0
KG-AGG0014	männlich, 25-29 Jahre	1.766.385	0,04
KG-AGG0015	männlich, 30-34 Jahre	2.227.813	0,03
KG-AGG0016	männlich, 35-39 Jahre	2.180.709	0,09
KG-AGG0017	männlich, 40-44 Jahre	2.026.494	0,15
KG-AGG0018	männlich, 45-49 Jahre	1.770.965	0,2
KG-AGG0019	männlich, 50-54 Jahre	2.073.555	0,4
KG-AGG0020	männlich, 56-59 Jahre	2.286.822	1,37
KG-AGG0021	männlich, 60-65 Jahre	1.714.437	5,7
KG-AGG0022	männlich, 66+ Jahre	42.248	1
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	41.312	0
HMG0002	Sepsis	11.512	0
HMG0004	Tuberkulose / Syphilis	7.497	16,38
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	2.228	20,81
HMG0006	SIRS	15.058	10,61
HMG0008	Entwicklungsstörungen	59.267	0
HMG0009	Schwere Entzündung des Auges, Uveitis, Makuladegeneration, Augenverletzung	89.492	0,49
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	1.027	54,52
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	18.658	10,6
HMG0014	Störungen der Impulskontrolle	32.539	10,6
HMG0015	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	175.472	1,31
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	78.638	1,31
HMG0019	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert	1.188.207	0,37
HMG0020	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	94.630	1,31
HMG0021	PKU / HPA ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen	2.358	0
HMG0022	Cushing-Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	29.339	0,23

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine, Hyperthyreose	146.203	0,03
HMG0024	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz	2.393.038	0
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	948	54,07
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	29.073	0
HMG0028	Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom	43.607	4,51
HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	39.428	2,76
HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	32.549	1,53
HMG0031	Ileus	26.683	20,33
HMG0032	Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms	28.521	8,76
HMG0033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis / Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	180.758	0
HMG0034	Candida-Stomatitis / Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung / Obstruktion des Pylorus / des Duodenums / Hämorrhagische Gastritis / n.n.bez. gastrointestinale Blutung	38.357	3,94
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	1.142	0
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	409	0
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	15.571	6,11
HMG0038	X-chromosomale Hypophosphatämie	58	25,29
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	919.730	14,81
HMG0040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	196.330	25,29
HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate / Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis	19.899	25,29
HMG0042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln	95.862	6,89
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.271	6,11
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS	30.249	5,5
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	514	5,5
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	20.391	0
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	9.742	5,5
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	236.765	28,04
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	48.711	5,5
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	75.299	10,6
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	225.686	10,6
HMG0054	Schizophrenie	54.476	10,6

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	230.498	10,6
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegenerationen, leichte kognitive Störung	880.983	10,6
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	805.092	10,6
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	53.232	10,6
HMG0061	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	7.348	13
HMG0062	Weibliche Unfruchtbarkeit	99.555	0
HMG0064	Akute Belastungsreaktion	186.505	10,6
HMG0065	Hämatemesis / Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus	3.255	9,21
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom	835.369	10,6
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	519.046	10,6
HMG0068	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., sonstige Angst- und anhaltende affektive Störungen	792.643	10,6
HMG0070	Ulcerkrankheit mit Perforation und/ oder Blutung / Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre)	113.403	0
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	56.304	10,6
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	54.709	10,6
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	647	0
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	17.735	10,6
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	248.103	10,6
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	13.165	29,48
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	55.435	29,48
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	1.236.424	10,6
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)	46.490	25,24
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	69.272	8,81
HMG0083	Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz	364.240	5,72
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	277.559	3,32
HMG0085	Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis	447.999	0,21

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0090	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	189.221	3,32
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	3.140.297	0,18
HMG0092	Näher bezeichnete Arrhythmien (< 55 bzw. > 79 Jahre)	126.163	0,08
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	4.217	10,6
HMG0095	Zerebrale Blutung	7.780	63,8
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlag-anfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	29.006	56,04
HMG0098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus	8.702	36,17
HMG0099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz / Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)	64.882	0,7
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	42.296	14,81
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	27.642	14,81
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	73.361	14,81
HMG0104	Uropathie und Abszesse im Nierensystem	88.815	0
HMG0105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	39.094	0,7
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkrankungen von Arterien und Abszess der Milz	179.508	0
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	9.176	3,37
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	14.213	17,42
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	5.716	17,13
HMG0112	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	290.300	4,78
HMG0113	Sonstige Pneumonien	123.702	3,37
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	407.558	3,37
HMG0115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	109.079	8,35
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	25.954	4,78
HMG0117	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels, Blindheit / Netzhautablösung	28.330	9,66
HMG0118	Sonstige Mangelernährung	354.555	0
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	60.442	0
HMG0120	Hypoglykämisches Koma	44	0
HMG0121	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	21.903	2,49
HMG0122	Herpes zoster	22.174	2,05
HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II	15.322	0
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	14.575	1,42
HMG0125	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I	34.664	2,05
HMG0127	Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/ oder Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasien ohne Blutung	1.313.148	0
HMG0128	Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten	502.704	0
HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten	1.220	2,05
HMG0130	Dialysestatus, Apherese	10.170	21,91
HMG0131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit	244.844	0,9

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege	125.949	0
HMG0133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen / Verbrennung oder Verätzung innerer Organe des Urogenitaltraktes	57.092	0,02
HMG0134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (< 40 Jahre)	2.957	12,84
HMG0136	Nierenversagen und Gefäßerkrankungen der Niere	29.573	12,84
HMG0137	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (40-79 Jahre)	18.614	12,84
HMG0139	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (> 79 Jahre)	5	0
HMG0140	Urethritis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	303.652	0
HMG0141	Spalten des harten und des weichen Gaumens (> 5 Jahre)	3.104	0
HMG0144	Infektion durch Prothese o. Ä. im Harntrakt	2.057	21,91
HMG0146	Schwangerschaft	552.485	0
HMG0147	Mehrlingsschwangerschaft	13.078	0
HMG0148	Verletzungen des respiratorischen Systems / Angeborene Anomalien (> 5 Jahre) / Pneumothorax	10.541	24,13
HMG0149	Hautulkus ohne Dekubitalulzera	22.960	11,33
HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen	11.683	2,05
HMG0151	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II	219.191	2,05
HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angio-neurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten	378.223	2,05
HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	2.077	27,59
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	79.288	14,81
HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste Verbrennungen	812	52,17
HMG0157	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)	487	0
HMG0158	Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	160	25,29
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	448	25,29
HMG0160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	2.201	39,56
HMG0161	Diffuse Hirnverletzungen / Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	5.567	25,29
HMG0163	Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane	17.488	0
HMG0164	Schwerwiegende Komplikationen	19.496	36,87
HMG0165	Andere iatrogene Komplikationen	14.870	36,87
HMG0166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	64.234	7,79
HMG0171	Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge	76.137	0
HMG0172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	277	8,44
HMG0173	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation	28.636	0
HMG0174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	1.095	0
HMG0175	Zustand nach Lebertransplantation	1.627	4,24
HMG0176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	9.102	0
HMG0177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	13.507	4,24
HMG0178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	317	33,42

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0179	Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n. bez. Stoffwechselstörung	1.069.668	0
HMG0180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	837	33,42
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	41.122	0
HMG0182	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	51.176	6,71
HMG0183	Urininkontinenz	136.377	0,02
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	3.952	0
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	2.176	103,21
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	6.823	84,86
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	948.503	0
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	228	10,6
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	678	5,5
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	16.575	0
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	432	5,5
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	241.927	0
HMG0196	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	317	2,05
HMG0197	Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	71.171	1,78
HMG0201	Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt	3.595.248	0
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	4.608	5,5
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	83.856	0
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	154.592	0
HMG0207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate / Ischämischer Muskelfarkt	4.683	71,61
HMG0208	Osteomyelitis / Nekrotisierende Fasziiitis / Arzneimittelinduzierte Knochennekrose	9.632	22,57
HMG0209	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose	31.637	19,95
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	5.342.955	1,31
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	652.719	0
HMG0213	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge	6.997	13,11
HMG0214	Aspirator / Respirator	9.619	24,19
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	270.908	3,37
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	1.108	3,37
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen	2.274.977	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
	/ Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut		
HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	1.434	0
HMG0222	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie	1.635	0
HMG0223	Retinopathien / Uveitis, Netzhautgefäßverschluss	114.783	0
HMG0229	Andere und näher bez. Erkrankungen des Auges	1.614.113	0
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psychotisch organische Störung	293.806	10,6
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	12.062	10,6
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	14	10,6
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	72.982	10,6
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	8.905	10,6
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	34.029	10,6
HMG0241	Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	3.577	25,29
HMG0242	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts	14.751	0
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	4.655	10,6
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	150.697	3,67
HMG0247	Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen	3.381.171	0
HMG0248	Lungenembolie	18.095	23,85
HMG0252	Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation	894.354	3,73
HMG0253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I	311.605	31,56
HMG0254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	30.024	0
HMG0255	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation II	41.096	31,56
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	51	112,3
HMG0260	Chronischer Schmerz Dauermedikation III	14.531	31,56
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	8.999	17,88
HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	6.237	11,98
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	19.246	1,42
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	48.580	11,98
HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads	52.636	0
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntens Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	16.379	1,42
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	27.757	81,77
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	14.791	81,77
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	31.166	81,77
HMG0272	Hepatitis ohne Leberkoma/ Autoimmun-Hepatitis/ Echinococcus-Infektionen/ Pfortaderthrombose	54.729	1,23

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	21.792	39,69
HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	53.394	0
HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	20.642	2,76
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	45.163	28,46
HMG0279	Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie	397	5,12
HMG0280	Schwere Energie- und Eiweißmangelernährung	1.735	14,02
HMG0281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	193	5,12
HMG0282	Morbus Fabry mit ERT	397	0
HMG0284	Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT	101	0
HMG0285	Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT	34	0
HMG0286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	2.050	0,23
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	37.250	24,91
HMG0288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)	12.335	0
HMG0289	Hereditäre spinale Muskelatrophie	311	0
HMG0290	Herzstillstand / Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	17.967	3,32
HMG0291	Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	30.320	0
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	100	112,3
HMG0293	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	6.198	25,45
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	22.180	14,81
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	24.724	14,81
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule	24.233	14,81
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	466	41,34
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	4	0
HMG0300	Sonstige Herzfehler	34.086	0,21
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler	66	0,21
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	1.652	37,31
HMG0303	Fisteln mit Beteiligung des Genitaltraktes / Nichtentzündliche Erkrankungen des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	9.025	2,57
HMG0304	Intestinale Malabsorption / Hernien / Intestinale Infektionen / Lebensmittelvergiftungen / Divertikelkrankheit mit Blutung	839.946	0
HMG0305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	41.966	14,23
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des	308.556	9,29

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
	Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe		
HMG0307	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbenem Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	10.530	10,6
HMG0309	Fremdkörper im Mund, Ösophagus, Magen / Meläna / Candida-Ösophagitis / Mallory-Weiss-Syndrom	16.753	7,08
HMG0310	Leichte bis mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	6.586	13,89
HMG0311	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II	108.078	2,05
HMG0312	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I	118.690	2,05
HMG0313	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	146.234	2,05
HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	362.908	2,05
HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	4.735.965	2,05
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	433.908	3,37
HMG0319	Testikuläre Dysfunktion	50.381	0
HMG0320	COVID-19	1.762.967	0
HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	451	2,05
HMG0327	Endometriose	163.498	0
HMG0330	Ovarialzysten / n.n.bez. angeb. Anomalien der weibl. Genitalorgane / Kandidose	177.740	0
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	14.835	81,77
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	10.234	81,77
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	1.173	81,77
HMG0336	Tiefe Venenthrombose und Thrombophlebitis, exkl. tiefere Venen	116.369	3,79
HMG0338	Sonstige näher und n.n.bez. Venenerkrankungen, Postthrombotisches Syndrom (chron. venöse Insuffizienz)	437.981	0
HMG0340	Niereninfektion	4.363	12,71
HMG0342	Nicht-genetisch bedingter leichter / n.n.bez. Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung / Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	182.907	0
HMG0346	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt / Fisteln der Harnröhre oder -blase	5.211	21,12
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	2.298	5,5
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	2.688	18,49
HMG0351	Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C	4.466	47,83
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	4.048	4,51
HMG0359	Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Erythema exsudativum multiforme, exkl. Lyell-Syndrom / Sonstige und n.n.bez. sonstige angeborene Anomalien der Haut	22.144	0
HMG0361	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen	150.869	0
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	5.205	10,6
HMG0367	Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege	124.248	0
HMG0384	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese	149.207	0
HMG0388	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei a.o. klassifizierten Krankheiten, Porphyrie ohne Bedarfsmedikation	2.790	0,23

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0389	Hypopituitarismus mit Somatropingabe, sonstige Porphyrie mit Bedarfsmedikation	523	0
HMG0390	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)	11	0
HMG0391	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	159.162	1,31
HMG0393	Sonstige endokrine Störungen, sonstige Hypothyreosen ohne Dauermedikation, Laktoseintoleranz, Chronische Thyreoiditis	1.752.815	0
HMG0397	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	48.728	1,31
HMG0398	Sonstige Hypothyreose mit Dauermedikation	1.061.818	0
HMG0399	Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe, Hereditäre erythropoetische Porphyrie mit Bedarfsmedikation, Akromegalie mit Dauermedikation II	530	0
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	658	10,6
HMG0406	Entzündliche und andere Erkrankungen sowie angeborene Anomalien der weiblichen und männlichen Genitalorgane/ Männliche Unfruchtbarkeit / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostataerkrankungen	1.189.752	0
HMG0407	Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen	1.161.905	0
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	376.634	0,08
HMG0410	Akromegalie mit Dauermedikation I	416	0
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	2.605	10,7
HMG0413	Sonstige gutartige Neubildungen	1.139.585	0
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	961.742	10,6
HMG0424	Sonstige Fehlernährung	30.941	0
HMG0427	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	60.583	0
HMG0429	Sonstige Erkrankungen des Auges	196.416	0
HMG0430	Sonstige Infektionen	923.732	0
HMG0431	Traumatische Majoramputation	94	82,78
HMG0436	Verlust eines Körperteils	8.578	25,29
HMG0440	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n.n.bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n.n.bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n.n.bez.	525.017	0
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	9.652	15,38
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	590.843	0
HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	1.041.769	0
HMG0451	Multiresistente Keime	16.063	26,41
HMG0454	Varizen, näher bezeichnet	911.387	0
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	917.526	0
HMG0463	Intelligenzminderung	36.670	0
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	104.835	2,09
HMG0474	Entbindung	89.069	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0482	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	79.102	2,49
HMG0484	Akute Pankreatitiden	20.178	13,06
HMG0486	Osteoporose bei Frauen	41.649	2,05
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	43.562	0
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	543	45,83
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiofibrillator, Sonstiges	8.880	0,08
HMG0494	Atresie der A. pulmonalis (> 17 Jahre)	510	0
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler	9.553	0
HMG0500	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz	43.615	5,11
HMG0501	Akute respiratorische Insuffizienz	73.181	24,19
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	267	56,66
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	419	5,5
HMG0509	Hypoglykämien ohne Koma	18.055	0
HMG0510	Tic- und andere Entwicklungsstörungen	44.578	6,39
HMG0514	Down-Syndrom / Trisomie 21 und Fragiles X-Syndrom	3.570	0
HMG0515	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung / sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen	26.250	0
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	20.284	10,6
HMG0518	Pleuraerguss, -empyem, Lungenödem, -abszess, andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Verbrennungen oder Verätzungen des respiratorischen Systems	32.927	17,95
HMG0530	Osteoporose bei Männern	6.375	2,05
HMG0550	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen	22.351	0,08
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1.259.622	2,05
HMG0574	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	2.520.553	0
HMG0580	Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (> 5 Jahre) / Angiodysplasie mit Blutung / Fremdkörper im Darm und sonstigen Lokalisationen im Verdauungstrakt / Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt / Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe	4.517	43,13
HMG0587	Divertikelkrankheit mit Perforation und/ oder Abszess	9.185	20,33
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	21.295	0
HMG0643	Sonstige Essstörungen	78.150	10,6
HMG0645	Sonstige dissoziative Störungen	18.409	14,35
HMG0656	Andere psychische Störungen	1.294.647	10,6
HMG0662	Down-Syndrom, n.n.bez.	8.430	0
HMG0665	Trisomien, Monosomien und Chromosomen-Rearrangements	2.538	0
HMG0667	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert / sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	1.823	0
HMG0668	N.n.bez. Chromosomenanomalien	1.806	0
HMG0669	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen und sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursache, Gonosomale Chromosomenanomalien	9.967	0
HMG0670	N.n.bez. angeborene Fehlbildung	5.809	0
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	12.079	6,71
HMG0728	Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / Hypotonie / Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen	347.753	0
HMG0760	Fremdkörper im Geschlechtstrakt	1.618	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzte KG-Bezugstage je Anspruchsjahr
HMG0764	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten	5.774	0
HMG0773	N.n.bez. Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauteringravidität	10.178	0
HMG0779	Blutung in der Frühschwangerschaft	118.935	0
HMG0790	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ohne prospektive Kosten	509.432	0
HMG0801	Schwere Frakturen des Beckens und der unteren Extremität / Schwerwiegende offene Wunden / Umschriebene Hirnverletzungen	36.501	25,29
HMG0802	Andere SHT / Andere offene Wunden / Schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma	104.651	25,29
HMG0803	Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen	228.813	25,29
HMG0804	Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere	357.167	8,63
HMG0805	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen / Andere Vergiftungen	668.102	8,63
HMG0806	Sonstige Verletzungen	632.069	6,72
HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	19.310	9,29
HMG0881	Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva	25.126	1,52
HMG0962	Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren	303.195	5,15
HMG0967	Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation	35.341	0,59
HMG0980	Hirnödem	6.065	10,6
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	767.516	0
HMG1008	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (5 < Jahre < 18)	23	0
HMG1018	Schwerwiegende offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	5.235	25,29
HMG1021	Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	5.802.830	0
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	1.806	25,29
HMG1026	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darms	4.158	20,33
HMG1028	Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen	37.696	0
HMG1029	Gehörlosigkeit	6.400	1
HMG1030	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	535	0
HMG1031	Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrig-eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva und idiopathischer Hörsturz	143.713	0
HMG1088	Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	1.056	46,89

Quelle: Auswertung BAS

A.5 Koeffizientenschätzer des Modells des Folgegutachtens (Leistungsausgaben für Krankengeld)

Die Koeffizientenschätzer des Modells des Folgegutachtens sind Tabelle 32 zu entnehmen. Sie entsprechen den geschätzten Krankengeldzahlbeträgen je Anspruchsjahr.

Tabelle 32: Koeffizientenschätzer des Folgegutachtens (Leistungsausgaben für Krankengeld)

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
KG-AGG0001	weiblich, 0-17 Jahre	45.865	0
KG-AGG0002	weiblich, 18-24 Jahre	1.232.253	0
KG-AGG0003	weiblich, 25-29 Jahre	1.537.489	0
KG-AGG0004	weiblich, 30-34 Jahre	1.916.994	0
KG-AGG0005	weiblich, 35-39 Jahre	1.881.309	0
KG-AGG0006	weiblich, 40-44 Jahre	1.838.470	0
KG-AGG0007	weiblich, 45-49 Jahre	1.675.085	0
KG-AGG0008	weiblich, 50-54 Jahre	2.016.065	0
KG-AGG0009	weiblich, 56-59 Jahre	2.218.385	0
KG-AGG0010	weiblich, 60-65 Jahre	1.650.101	181,24
KG-AGG0011	weiblich, 66+ Jahre	34.026	44,57
KG-AGG0012	männlich, 0-17 Jahre	79.506	0
KG-AGG0013	männlich, 18-24 Jahre	1.596.017	0
KG-AGG0014	männlich, 25-29 Jahre	1.766.385	0
KG-AGG0015	männlich, 30-34 Jahre	2.227.813	16,79
KG-AGG0016	männlich, 35-39 Jahre	2.180.709	37,58
KG-AGG0017	männlich, 40-44 Jahre	2.026.494	58,14
KG-AGG0018	männlich, 45-49 Jahre	1.770.965	84,6
KG-AGG0019	männlich, 50-54 Jahre	2.073.555	134,28
KG-AGG0020	männlich, 56-59 Jahre	2.286.822	251,57
KG-AGG0021	männlich, 60-65 Jahre	1.714.437	605,12
KG-AGG0022	männlich, 66+ Jahre	42.248	258,28
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	41.312	0
HMG0002	Sepsis	11.512	0
HMG0004	Tuberkulose / Syphilis	7.497	854,08
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	2.228	1.254,80
HMG0006	SIRS	15.058	676,75
HMG0008	Entwicklungsstörungen	59.267	0
HMG0009	Schwere Entzündung des Auges, Uveitis, Makuladegeneration, Augenverletzung	89.492	66,89
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	1.027	3.606,44
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	18.658	683,19
HMG0014	Störungen der Impulskontrolle	32.539	683,19
HMG0015	Sonstiger Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, Ketoazidose oder Koma	175.472	79,48
HMG0016	Sonstiger Diabetes mellitus mit anderen Komplikationen	78.638	79,48
HMG0019	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert	1.188.207	1,1
HMG0020	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	94.630	79,48
HMG0021	PKU / HPA ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen	2.358	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0022	Cushing-Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	29.339	52,78
HMG0023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine, Hyperthyreose	146.203	1,75
HMG0024	Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz	2.393.038	0
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	948	3.695,44
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	29.073	0
HMG0028	Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom	43.607	252,18
HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	39.428	196,04
HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	32.549	87,33
HMG0031	Ileus	26.683	1.322,22
HMG0032	Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms	28.521	590,85
HMG0033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis / Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	180.758	0
HMG0034	Candida-Stomatitis / Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung / Obstruktion des Pylorus / des Duodenums / Hämorrhagische Gastritis / n.n.bez. gastrointestinale Blutung	38.357	220,33
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	1.142	0
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	409	0
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	15.571	499,88
HMG0038	X-chromosomale Hypophosphatämie	58	920,68
HMG0039	Sonstige Myelopathien / Läsionen der Nervenwurzeln und Plexus	919.730	951,49
HMG0040	Osteoarthrose der Hüfte oder des Knies / Schwere angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes / Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	196.330	920,68
HMG0041	Angeborene Hüftluxation und mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate / Sonstige familiäre hypophosphatämische Rachitis	19.899	920,68
HMG0042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln	95.862	417,32
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.271	499,88
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS	30.249	367,05
HMG0045	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	514	367,05
HMG0046	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	20.391	0
HMG0047	Anämien bei Neubildungen	9.742	367,05
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	236.765	1.653,01
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	48.711	367,05
HMG0051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	75.299	683,19

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	225.686	683,19
HMG0054	Schizophrenie	54.476	683,19
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	230.498	683,19
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegenerationen, leichte kognitive Störung	880.983	683,19
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	805.092	683,19
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	53.232	683,19
HMG0061	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	7.348	847,24
HMG0062	Weibliche Unfruchtbarkeit	99.555	0
HMG0064	Akute Belastungsreaktion	186.505	683,19
HMG0065	Hämatemesis / Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus	3.255	433,83
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom	835.369	683,19
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	519.046	683,19
HMG0068	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., sonstige Angst- und anhaltende affektive Störungen	792.643	683,19
HMG0070	Ulcerkrankheit mit Perforation und/ oder Blutung / Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre)	113.403	28,73
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	56.304	683,19
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	54.709	683,19
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	647	0
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	17.735	683,19
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	248.103	683,19
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	13.165	1.757,43
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	55.435	1.757,43
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	1.236.424	683,19
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)	46.490	1.757,43
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	69.272	601,41
HMG0083	Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz	364.240	394,4

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	277.559	247,07
HMG0085	Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis	447.999	27,39
HMG0090	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	189.221	288,26
HMG0091	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	3.140.297	1,1
HMG0092	Näher bezeichnete Arrhythmien (< 55 bzw. > 79 Jahre)	126.163	12,55
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	4.217	683,19
HMG0095	Zerebrale Blutung	7.780	3.978,89
HMG0096	Akute zerebrale Ischämie oder akuter n.n.bez. Schlag-anfall / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (< 18 Jahre)	29.006	3.482,81
HMG0098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän und Ulkus	8.702	2.473,94
HMG0099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Milz / Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (> 17 Jahre)	64.882	47,14
HMG0100	Hemiplegie / Hemiparese	42.296	951,49
HMG0101	Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	27.642	951,49
HMG0103	Aneurysma, Dissektion, Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien / Fehlbildungen zerebraler und präzerebraler Gefäße (> 17 Jahre) / Transiente zerebrale Ischämien, Arteria-vertebralis-Syndrome mit Basilaris-Symptomatik/ Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	73.361	951,49
HMG0104	Uropathie und Abszesse im Nierensystem	88.815	70,72
HMG0105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	39.094	47,14
HMG0106	Sonstige Atherosklerose / n.n.bez. Erkrankungen von Arterien und Abszess der Milz	179.508	0
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	9.176	2.004,27
HMG0109	Arteriell Aneurysma (exkl. d. Aorta), Arterielle Embolie und Thrombose	14.213	1.169,40
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	5.716	1.012,27
HMG0112	Lymphangitis, -adenitis, -ödem / Infarzierung der Milz	290.300	297,02
HMG0113	Sonstige Pneumonien	123.702	142,26
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	407.558	71,74
HMG0115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	109.079	509,19
HMG0116	Sonstige nichtinfektiöse Erkrankungen des Lymphsystems	25.954	297,02
HMG0117	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels, Blindheit / Netzhautablösung	28.330	686,08
HMG0118	Sonstige Mangelernährung	354.555	0
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	60.442	0
HMG0120	Hypoglykämisches Koma	44	0
HMG0121	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	21.903	219,18
HMG0122	Herpes zoster	22.174	101,24
HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II	15.322	0
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	14.575	107,74
HMG0125	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I	34.664	101,24
HMG0127	Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/ oder Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasien ohne Blutung	1.313.148	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0128	Urogenitale Erkrankungen und Symptome mit niedrigen Folgekosten	502.704	0
HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten	1.220	101,24
HMG0130	Dialysestatus, Apherese	10.170	1.433,54
HMG0131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit	244.844	82,96
HMG0132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege	125.949	0
HMG0133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen / Verbrennung oder Verätzung innerer Organe des Urogenitaltraktes	57.092	0
HMG0134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (< 40 Jahre)	2.957	937,92
HMG0136	Nierenversagen und Gefäßerkrankungen der Niere	29.573	937,92
HMG0137	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (40-79 Jahre)	18.614	937,92
HMG0139	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (> 79 Jahre)	5	0
HMG0140	Urethritis, sonstige Krankheiten des Harnsystems	303.652	0
HMG0141	Spalten des harten und des weichen Gaumens (> 5 Jahre)	3.104	0
HMG0144	Infektion durch Prothese o. Ä. im Harntrakt	2.057	1.433,54
HMG0146	Schwangerschaft	552.485	0
HMG0147	Mehrlingsschwangerschaft	13.078	0
HMG0148	Verletzungen des respiratorischen Systems / Angeborene Anomalien (> 5 Jahre) / Pneumothorax	10.541	1.536,85
HMG0149	Hautulkus ohne Dekubitalulzera	22.960	754,35
HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen	11.683	101,24
HMG0151	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II	219.191	101,24
HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angio-neurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten	378.223	101,24
HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	2.077	2.201,00
HMG0155	Andere Verletzungen der Wirbelsäule / Neuralgische Amyotrophie / Phantomglied	79.288	951,49
HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste Verbrennungen	812	3.433,90
HMG0157	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)	487	0
HMG0158	Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	160	920,68
HMG0159	Erworbene Hüftluxation	448	920,68
HMG0160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	2.201	2.470,42
HMG0161	Diffuse Hirnverletzungen / Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	5.567	920,68
HMG0163	Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane	17.488	0
HMG0164	Schwerwiegende Komplikationen	19.496	2.415,78
HMG0165	Andere iatrogene Komplikationen	14.870	2.415,78
HMG0166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	64.234	525,55
HMG0171	Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge	76.137	0
HMG0172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	277	696,54
HMG0173	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation	28.636	0
HMG0174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	1.095	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0175	Zustand nach Lebertransplantation	1.627	523,25
HMG0176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	9.102	0
HMG0177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	13.507	523,25
HMG0178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	317	3.090,34
HMG0179	Sonstige Adipositas, sonstige oder n.n. bez. Stoffwechselstörung	1.069.668	0
HMG0180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	837	3.090,34
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	41.122	0
HMG0182	Aortenaneurysma / Schock / Störungen des Herz-Kreislaufsystems bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	51.176	547,87
HMG0183	Urininkontinenz	136.377	0
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	3.952	0
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	2.176	7.582,48
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	6.823	5.994,54
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	948.503	0
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	228	683,19
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	678	367,05
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	16.575	0
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	432	367,05
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	241.927	0
HMG0196	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	317	101,24
HMG0197	Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	71.171	95,18
HMG0201	Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt	3.595.248	0
HMG0202	Immundefekte, variabel oder i.V. mit anderen schweren Defekten	4.608	367,05
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	83.856	0
HMG0206	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	154.592	0
HMG0207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate / Ischämischer Muskelfarkt	4.683	4.970,62
HMG0208	Osteomyelitis / Nekrotisierende Fasziitis / Arzneimittelinduzierte Knochennekrose	9.632	1.602,86
HMG0209	(Post)infektiöse Gelenkerkrankungen / Sonstige Knochennekrose	31.637	1.341,16
HMG0211	Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens	5.342.955	70,94
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	652.719	0
HMG0213	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge	6.997	804,17
HMG0214	Aspirator / Respirator	9.619	1.442,07

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	270.908	489,73
HMG0217	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	1.108	0
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut	2.274.977	0
HMG0221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	1.434	0
HMG0222	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie	1.635	0
HMG0223	Retinopathien / Uveitis, Netzhautgefäßverschluss	114.783	0
HMG0229	Andere und näher bez. Erkrankungen des Auges	1.614.113	0
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psychotisch organische Störung	293.806	683,19
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	12.062	683,19
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	14	0
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	72.982	683,19
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	8.905	683,19
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	34.029	683,19
HMG0241	Vergiftungen durch Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	3.577	920,68
HMG0242	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts	14.751	0
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	4.655	683,19
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	150.697	248,51
HMG0247	Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen	3.381.171	0
HMG0248	Lungenembolie	18.095	1.665,02
HMG0252	Chronischer Schmerz ohne Dauermedikation	894.354	201,36
HMG0253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I	311.605	1.967,54
HMG0254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	30.024	0
HMG0255	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation II	41.096	1.967,54
HMG0259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarkläsion	51	8.979,57
HMG0260	Chronischer Schmerz Dauermedikation III	14.531	2.184,68
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	8.999	1.309,26
HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	6.237	873,18
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	19.246	107,74
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	48.580	873,18
HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads	52.636	0
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	16.379	107,74

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	27.757	5.531,07
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	14.791	5.531,07
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	31.166	5.531,07
HMG0272	Hepatitis ohne Leberkoma/ Autoimmun-Hepatitis/ Echinococcus-Infektionen/ Pfortaderthrombose	54.729	63,11
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	21.792	2.972,26
HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	53.394	18,78
HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	20.642	196,04
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	45.163	1.792,05
HMG0279	Alpha-1-Antitrypsinmangel mit Substitutionstherapie	397	52,78
HMG0280	Schwere Energie- und Eiweißmangelernährung	1.735	829,16
HMG0281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	193	52,78
HMG0282	Morbus Fabry mit ERT	397	52,78
HMG0284	Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT	101	0
HMG0285	Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT	34	0
HMG0286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	2.050	0
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	37.250	1.722,09
HMG0288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)	12.335	0
HMG0289	Hereditäre spinale Muskelatrophie	311	0
HMG0290	Herzstillstand / Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	17.967	288,26
HMG0291	Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	30.320	0
HMG0292	Vollständige thorakale Rückenmarkläsion / Locked-in-Syndrom	100	8.979,57
HMG0293	Sonstige zervikale oder thorakale Rückenmarkläsion / Vollständige Quadriplegie / Andere Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarkläsionen	6.198	1.942,84
HMG0294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	22.180	951,49
HMG0295	Sonstige schwere Verletzungen der Wirbelsäule / (sub)akute Myelitis / zerebrale Para- und Diplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	24.724	951,49
HMG0296	Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen / Infektionen der Wirbelsäule	24.233	951,49
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	466	3.502,46
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	4	0
HMG0300	Sonstige Herzfehler	34.086	30,48
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler	66	0
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	1.652	2.397,66
HMG0303	Fisteln mit Beteiligung des Genitaltraktes / Nichtentzündliche Erkrankungen des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	9.025	79,03
HMG0304	Intestinale Malabsorption / Hernien / Intestinale Infektionen / Lebensmittelvergiftungen / Divertikelkrankheit mit Blutung	839.946	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	41.966	973,64
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	308.556	593,94
HMG0307	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbenes Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	10.530	683,19
HMG0309	Fremdkörper im Mund, Ösophagus, Magen / Meläna / Candida-Ösophagitis / Mallory-Weiss-Syndrom	16.753	433,83
HMG0310	Leichte bis mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	6.586	829,16
HMG0311	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II	108.078	101,24
HMG0312	Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation I	118.690	101,24
HMG0313	Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	146.234	101,24
HMG0314	Andere rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation	362.908	101,24
HMG0315	Sonstige Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	4.735.965	101,24
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	433.908	71,74
HMG0319	Testikuläre Dysfunktion	50.381	0
HMG0320	COVID-19	1.762.967	0
HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	451	101,24
HMG0327	Endometriose	163.498	0
HMG0330	Ovarialzysten / n.n.bez. angeb. Anomalien der weibl. Genitalorgane / Kandidose	177.740	0
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	14.835	5.531,07
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	10.234	5.531,07
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	1.173	5.531,07
HMG0336	Tiefe Venenthrombose und Thrombophlebitis, exkl. tiefere Venen	116.369	263,84
HMG0338	Sonstige näher und n.n.bez. Venenerkrankungen, Postthrombotisches Syndrom (chron. venöse Insuffizienz)	437.981	0
HMG0340	Niereninfektion	4.363	667,83
HMG0342	Nicht-genetisch bedingter leichter / n.n.bez. Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung / Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	182.907	0
HMG0346	Fremdkörper und mechanische Komplikationen im Harntrakt / Fisteln der Harnröhre oder -blase	5.211	1.313,62
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	2.298	367,05
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	2.688	1.196,72
HMG0351	Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C	4.466	2.929,75
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	4.048	252,18
HMG0359	Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Erythema exsudativum multiforme, exkl. Lyell-Syndrom / Sonstige und n.n.bez. sonstige angeborene Anomalien der Haut	22.144	0
HMG0361	Erkrankungen der Kapillaren, Arterielle Embolie und Thrombose / n.n.bez. Aortenaneurysma ohne Ruptur / Sonstige Schäden durch äußere Ursachen	150.869	12,36

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	5.205	683,19
HMG0367	Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege	124.248	0
HMG0384	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien ohne LDL-Apherese	149.207	0
HMG0388	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei a.o. klassifizierten Krankheiten, Porphyrurie ohne Bedarfsmedikation	2.790	52,78
HMG0389	Hypopituitarismus mit Somatropingabe, sonstige Porphyrurie mit Bedarfsmedikation	523	0
HMG0390	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)	11	0
HMG0391	Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	159.162	79,48
HMG0393	Sonstige endokrine Störungen, sonstige Hypothyreosen ohne Dauermedikation, Laktoseintoleranz, Chronische Thyreoiditis	1.752.815	0
HMG0397	Augenmanifestationen oder andere näher bezeichnete Krankheitserscheinungen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation	48.728	79,48
HMG0398	Sonstige Hypothyreose mit Dauermedikation	1.061.818	0
HMG0399	Störungen des Harnstoffzyklus mit Phenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe, Hereditäre erythropoetische Porphyrurie mit Bedarfsmedikation, Akromegalie mit Dauermedikation II	530	0
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	658	683,19
HMG0406	Entzündliche und andere Erkrankungen sowie angeborene Anomalien der weiblichen und männlichen Genitalorgane/ Männliche Unfruchtbarkeit / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostataerkrankungen	1.189.752	0
HMG0407	Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen	1.161.905	0
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	376.634	18,38
HMG0410	Akromegalie mit Dauermedikation I	416	0
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	2.605	655,54
HMG0413	Sonstige gutartige Neubildungen	1.139.585	0
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	961.742	683,19
HMG0424	Sonstige Fehlernährung	30.941	0
HMG0427	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	60.583	0
HMG0429	Sonstige Erkrankungen des Auges	196.416	0
HMG0430	Sonstige Infektionen	923.732	0
HMG0431	Traumatische Majoramputation	94	5.252,61
HMG0436	Verlust eines Körperteils	8.578	920,68
HMG0440	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n.n.bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n.n.bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n.n.bez.	525.017	0
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	9.652	683,19

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	590.843	0
HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	1.041.769	0
HMG0451	Multiresistente Keime	16.063	1.744,33
HMG0454	Varizen, näher bezeichnet	911.387	0
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	917.526	0
HMG0463	Intelligenzminderung	36.670	0
HMG0467	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen / Transiente zerebrale Ischämien / Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien	104.835	156,62
HMG0474	Entbindung	89.069	0
HMG0482	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	79.102	147,57
HMG0484	Akute Pankreatitiden	20.178	787,13
HMG0486	Osteoporose bei Frauen	41.649	101,24
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	43.562	0
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	543	3.229,37
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges	8.880	12,55
HMG0494	Atresie der A. pulmonalis (> 17 Jahre)	510	0
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler	9.553	0
HMG0500	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz	43.615	212,65
HMG0501	Akute respiratorische Insuffizienz	73.181	1.442,07
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	267	4.050,03
HMG0506	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	419	367,05
HMG0509	Hypoglykämien ohne Koma	18.055	0
HMG0510	Tic- und andere Entwicklungsstörungen	44.578	426,96
HMG0514	Down-Syndrom / Trisomie 21 und Fragiles X-Syndrom	3.570	0
HMG0515	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung / sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen	26.250	0
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	20.284	683,19
HMG0518	Pleuraerguss, -empyem, Lungenödem, -abszess, andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Verbrennungen oder Verätzungen des respiratorischen Systems	32.927	1.232,49
HMG0530	Osteoporose bei Männern	6.375	101,24
HMG0550	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen	22.351	12,55
HMG0566	Gelenkerkrankungen / Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1.259.622	101,24
HMG0574	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	2.520.553	0
HMG0580	Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (> 5 Jahre) / Angiodysplasie mit Blutung / Fremdkörper im Darm und sonstigen Lokalisationen im Verdauungstrakt / Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt / Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe	4.517	2.878,46
HMG0587	Divertikelkrankheit mit Perforation und/ oder Abszess	9.185	1.322,22
HMG0637	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	21.295	0
HMG0643	Sonstige Essstörungen	78.150	683,19
HMG0645	Sonstige dissoziative Störungen	18.409	683,19
HMG0656	Andere psychische Störungen	1.294.647	683,19
HMG0662	Down-Syndrom, n.n.bez.	8.430	0
HMG0665	Trisomien, Monosomien und Chromosomen-Rearrangements	2.538	0

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG0667	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert / sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	1.823	0
HMG0668	N.n.bez. Chromosomenanomalien	1.806	0
HMG0669	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen und sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursache, Gonosomale Chromosomenanomalien	9.967	0
HMG0670	N.n.bez. angeborene Fehlbildung	5.809	0
HMG0722	Sonstiges und n.n.bez. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)	12.079	407,25
HMG0728	Sonstige und n.n.bez. Venenerkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems / Varizen sonstiger Lokalisationen / Hypotonie / Sonstige und n.n.bez. Schäden durch äußere Ursachen	347.753	0
HMG0760	Fremdkörper im Geschlechtstrakt	1.618	0
HMG0764	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten	5.774	0
HMG0773	N.n.bez. Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	10.178	0
HMG0779	Blutung in der Frühschwangerschaft	118.935	0
HMG0790	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ohne prospektive Kosten	509.432	0
HMG0801	Schwere Frakturen des Beckens und der unteren Extremität / Schwerwiegende offene Wunden / Umschriebene Hirnverletzungen	36.501	920,68
HMG0802	Andere SHT / Andere offene Wunden / Schwerwiegende Frakturen und traumatische Amputation / Frühe Komplikationen durch Trauma	104.651	920,68
HMG0803	Andere schwere Verletzungen und Verletzungsfolgen	228.813	920,68
HMG0804	Andere Verletzungen und Verletzungsfolgen mittlerer Schwere	357.167	920,68
HMG0805	Distale Frakturen / Leichtere Verletzungen / Andere Vergiftungen	668.102	920,68
HMG0806	Sonstige Verletzungen	632.069	458,11
HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	19.310	593,94
HMG0881	Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva	25.126	88,45
HMG0962	Adipositas Schweregrad III / Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 bis unter 18 Jahren	303.195	265,72
HMG0967	Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation	35.341	0
HMG0980	Hirnödem	6.065	683,19
HMG0993	Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens	767.516	0
HMG1008	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße (5 < Jahre < 18)	23	0
HMG1018	Schwerwiegende offene Wunde, exkl. Auge und Unterarm	5.235	920,68
HMG1021	Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	5.802.830	0
HMG1024	Pathologische Fraktur bei Neubildungen	1.806	920,68
HMG1026	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darms	4.158	1.322,22
HMG1028	Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen	37.696	0
HMG1029	Gehörlosigkeit	6.400	0
HMG1030	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	535	101,24
HMG1031	Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrig Mittellohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva und idiopathischer Hörsturz	143.713	33,06

Risikogruppe	Name	Anspruchsjahre	Geschätzter KG-Zahlbetrag je Anspruchsjahr
HMG1088	Erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	1.056	2.888,79

Quelle: Auswertung BAS