

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,
Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/1515 –**

Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) plant die Bundesregierung Veränderungen am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beim Krankengeld und bei den Auslandsversicherten. Dabei ist in der Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung vorgesehen, dass das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden kann, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Kassen für Krankengeld hälftig berücksichtigt. Die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte soll nach dem neu einzufügenden § 269 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf die tatsächlichen Ausgaben begrenzt werden. Zudem gibt die Bundesregierung Gutachten in Auftrag, um Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu entwickeln. Ergänzend zu den durch das Bundesversicherungsamt zu erstellenden Gutachten gibt das Bundesministerium für Gesundheit angesichts der stark steigenden Ausgaben für Krankengeld dem Sachverständigenrat nach § 142 Absatz 2 SGB V den Auftrag, ein Sondergutachten zu den Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten zu erstellen.

Die beiden im Gesetzentwurf vorgesehenen Übergangsregelungen zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten wirken sich auf die Finanzlage der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen sehr unterschiedlich aus, da sich ihre Mitgliedschaft sehr unterschiedlich zusammensetzt. Hinzu kommen die Auswirkungen der Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte, welche gleichzeitig umgesetzt werden soll.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte im November 2010 den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt mit einem Gutachten zur Überprüfung der Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beauftragt. Das im Jahr 2011 vorgelegte Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats stellte fest, dass sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der Ebene der Versicherten, der gebildeten Gruppen und der Kassen durch die Wiedereinführung eines Risikopools verbessern ließe. Wirkungen einer Aus-

weitung des Krankheitspektrums beim Morbiditätsausgleich konnten vom Beirat hingegen nur annäherungsweise untersucht werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat mit Datum vom 22. Juni 2011 einen Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im RSA erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden RSA die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben insgesamt erhöht hat. Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten hat zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene geführt. Das heißt, die Finanzausstattung der Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten hat sich insgesamt deutlich verbessert.

Gleichzeitig hat der Evaluationsbericht aber aufgezeigt, dass Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA in den Bereichen der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sowie hinsichtlich der Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene besteht.

Entsprechend sind im Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte enthalten. Als Übergangsregelung werden hier jeweils Ist-Kosten-Elemente eingeführt, die die grundlegenden, an Durchschnittskosten orientierten Standardisierungsverfahren im RSA ergänzen. Dadurch wird eine zielgenauere Verteilung der Mittel ermöglicht, die aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen fließen. Die Übergangsmodelle sollen später durch Modelle einer verbesserten Standardisierung abgelöst werden. Zur Entwicklung dieser Modelle sehen die Regelungen eine Vergabe von Forschungsaufträgen durch das BVA vor.

Ergänzend zu den durch das BVA zu vergebenden Gutachten wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesichts der seit Jahren stark steigenden Ausgabenentwicklung beim Krankengeld den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines Sondergutachtens beauftragen. Dieses Gutachten soll neben den demographischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben auch die Steuerungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesetzgebers mit Blick auf das Ausgabengeschehen analysieren und geeignete Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

Die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene wird vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Eine gesetzliche Regelung ist hier nicht erforderlich.

Die Inkrafttretensregelung stellt sicher, dass die Übergangsregelungen zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten zeitgleich mit der Umsetzung der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener im Jahresausgleich 2013 umgesetzt werden.

1. Hat die Bundesregierung über die jetzt im Gesetzentwurf des GKV-FQWG genannten Veränderungen im bestehenden morbiditätsorientierten Risiko-

strukturausgleich (Morbi-RSA) hinaus weitere im Gutachten genannte mögliche Veränderungen geprüft?

Wenn nein, warum nicht, und wenn ja, mit welchem Ergebnis?

2. a) Sieht die Bundesregierung die Einführung eines Hochrisikopools als geeignete Maßnahme, um den in Deutschland bestehenden Risikoausgleich zu ergänzen?
b) Sieht die Bundesregierung hier weiteren Forschungsbedarf?
c) Plant die Bundesregierung hierzu weitere Gutachten, und wenn ja, wann?
Wenn nein, warum nicht?
3. a) Sieht die Bundesregierung weiteren Forschungsbedarf zur Ausweitung des berücksichtigten Krankheitsspektrums?
b) Plant sie, dies in Gutachten zu berücksichtigen, und wenn ja, wann?
Wenn nein, warum nicht?
4. Gibt es aus Sicht der Bundesregierung weiteren Forschungsbedarf zur Einbeziehung eines Regionalfaktors auf Kreisebene oder zur Berücksichtigung eines Ballungsraumfaktors im Morbi-RSA?

Die Fragen 1 bis 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht der sich aus dem Evaluationsbericht ableitbare vordringliche Handlungsbereich bei den Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sowie bei der Annualisierung der Ausgaben von verstorbenen Versicherten. Zwar hat der Evaluationsbericht auch die in den o. g. Fragen angesprochenen weiteren Einzelthemen untersucht, aus den diesbezüglichen Analysen lässt sich für diese Bereiche nach Auffassung der Bundesregierung aber kein vordringlicher Handlungsbedarf zur Reform des Morbi-RSA ableiten.

Nach Umsetzung der im Entwurf des GKV-FQWG vorgesehenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA wird auf Grundlage der zu analysierenden Umsetzungsergebnisse der weitere Anpassungsbedarf beim Morbi-RSA zu prüfen sein.

5. Wird die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode den Zusammenhang zwischen dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und den Präventionsaktivitäten der Krankenkassen näher untersuchen lassen?
Wenn ja, wann und wie?
Wenn nein, warum nicht?

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Morbi-RSA und Präventionsaktivitäten der Krankenkassen ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass der Morbi-RSA ein prospektiv ausgerichtetes Zuweisungssystem ist. Dies bedeutet, dass den Krankenkassen nur die durchschnittlichen Folgekosten einer Krankheit und nicht die tatsächlich entstehenden Ist-Kosten erstattet werden. Somit setzt das System schon jetzt Anreize für die Krankenkassen, schwere Erkrankungen bzw. ein Voranschreiten von bereits bestehenden Krankheiten, die mit hohen Ist-Kosten verbunden sind, möglichst zu verhindern.

Zum Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Ausgaben der GKV für Präventionsleistungen und dem Morbi-RSA konnten im Evaluationsbericht – auch vor dem Hintergrund der „heterogenen Begründungszusammenhänge für

das Zusammenspiel von Prävention und Morbi-RSA, der differenzierten quantitativen Entwicklung sowie des sehr kurzen Zeitraums seit Einführung des Morbi-RSA“ – keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Die Ausgaben der GKV für Präventionsleistungen sind, bedingt durch einen Rückgang der Ausgaben für Leistungen nach dem individuellen Ansatz (Präventionskurse) insgesamt zwar tendenziell rückläufig, es ist aber anzunehmen, dass sich der zeitweilig vom Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes vorgegebene Ausschluss von Wiederholungsmaßnahmen im Folgejahr auf die Inanspruchnahme der Leistungen nach dem individuellen Ansatz ausgewirkt hat. Die zwischen dem Jahr 2011 und Juli 2013 geltende Regelung schloss die Wiederholung einer „gleichen Maßnahme“ im Folgejahr aus.

Ungeachtet des tendenziell rückläufigen Ausgabeverhaltens der Krankenkassen wird darauf hingewiesen, dass deren jährliche Durchschnittsausgaben je Versicherten für Leistungen zur Primärprävention den gesetzlich bislang festgelegten Ausgabewert seit dem Jahr 2006 stets deutlich überschreiten.

Die Bundesregierung wird die Ausgabenentwicklung bei den Präventionsleistungen weiterhin sorgfältig im Blick behalten.

6. Welche unterschiedlichen Auswirkungen auf die kassenindividuellen Zusatzbeiträge hätte es nach Ansicht der Bundesregierung, wenn bei der Berechnung des vollständigen Einkommensausgleiches als Bezugsgröße entweder die Mitglieder oder die Versicherten gewählt werden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Zahlen vor. Es wird darauf hingewiesen, dass die in der Frage avisierte Umstellung auf Versichertenzahlen bei der Durchführung des Einkommensausgleiches als isolierte Maßnahme nicht im Einklang mit der Regelung in § 40 Absatz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) stünde, wonach bei einer Über- bzw. Unterdeckung der berücksichtigungsfähigen Ausgaben die Zuweisungen an die Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl zu verändern sind.

7. Auf welcher Grundlage hat sich die Bundesregierung dazu entschlossen, im GKV-FQWG die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die tatsächlichen Ausgaben zu begrenzen?

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht eine erhebliche Überdeckung der Gesamtausgaben für Auslandsversicherte durch die Gesamtzuweisungen für diese Gruppe festgestellt. Einen Vorschlag für eine verbesserte, zielgerichtetere Standardisierung hat er nicht unterbreitet. Die zum Teil großen Unterschiede zwischen den Krankenkassen seien voraussichtlich auch darauf zurückzuführen, dass die Regeln für die Erstattungen in bilateralen Abkommen zwischen Staaten erfolgen und sich erheblich in der Art der Abrechnung (pauschal, einzelleistungsbezogen) und in der Höhe unterscheiden. Hier bestehe daher zunächst die Notwendigkeit, die Transparenz der Datengrundlagen zu verbessern. Dieser Notwendigkeit zur Verbesserung der Transparenz wird durch das vorgesehene – vom BVA zu vergebende – Gutachten zu diesem Thema Rechnung getragen. Der Beirat hat darüber hinaus angeregt zu überprüfen, ob als erster Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen übergangsweise die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden könnte. Im Entwurf des GKV-FQWG wird auch dieser Vorschlag des Beirats umgesetzt. Grundlage zur Umsetzung der Regelung sind die Leistungsausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen, die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens

gemeldet werden. Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird dabei die Möglichkeit eingeräumt, im Einvernehmen mit dem BVA weitere oder abweichende Bereiche zu bestimmen, die den Aufwendungen für Leistungen im Ausland zuzurechnen sind. Wie bei den Zuweisungen für Krankengeld wird die Regelung ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt, um unterjährige finanzielle Verwerfungen zu vermeiden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Auslandsversicherte somit nach wie vor nach dem bisher geltenden Verfahren.

8. Auf welcher Grundlage hat sich die Bundesregierung dazu entschlossen, im GKV-FQWG befristet eine Veränderung bei der Berücksichtigung der Krankengeldkosten im Morbi-RSA in der jetzt vorgeschlagenen Weise vorzunehmen?
9. Welche Kriterien haben dazu geführt, das bestehende Standardisierungsverfahren für die Zuweisungen zum Krankengeld und den ergänzenden Ist-Kostenausgleich im Verhältnis 50:50 vorzunehmen?

Wurden auch andere Verhältniszahlen geprüft, etwa eine noch stärkere Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgaben, und wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben bleibt gegenwärtig deutlich hinter der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der übrigen Leistungsausgaben zurück. Die Deckungsquoten bei den einzelnen Krankenkassen weichen teilweise erheblich voneinander ab. Ein dem bisherigen Verfahren überlegenes Standardisierungsverfahren ist derzeit nicht bekannt: Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht 27 Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell für Krankengeld konzeptionell entwickelt und empirisch überprüft, dabei aber festgestellt, dass keines der Modelle durch eine deutlich verbesserte Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo überzeugen konnte. Eine Reihe wesentlicher, von einer Krankenkasse nicht beeinflussbarer Parameter habe ebenfalls Einfluss auf die Krankengeldzahlungen, die entsprechenden Daten lägen aber nicht vor. Hier bestehe erheblicher Forschungsbedarf. Um Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell entwickeln zu können, sieht der Entwurf des GKV-FQWG deshalb die Vergabe eines Gutachtens durch das BVA zu diesem Thema vor.

Bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Krankengeld auf Grundlage dieser empirischer Untersuchungen zielgerichteter standardisiert werden können, werden durch die Einführung der angesprochenen Sonderregelung zum Krankengeld die bestehenden Über- und Unterdeckungen der einzelnen Krankenkassen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren verteilt wird und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich.

Zwar führt die Einbeziehung eines Ist-Kosten-Ausgleichs zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen, gleichzeitig widerspricht ein Ist-Kosten-Ausgleich aber der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten und ist tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden. Vor dem Hintergrund dieses Zielkonflikts sind auch andere Verhältniszahlen geprüft worden, letztlich wurde sich für das überlegene Modell entschieden, das der Zielgenauigkeit am nächsten kommt. So sieht die Regelung im Entwurf des GKV-FQWG die 50:50-Aufteilung zwischen geltendem Standardisierungsverfahren und Ist-Kosten-Ausgleich vor. Zudem soll dieses Verfahren mittelfristig durch ein weiterentwickeltes Modell zur Standardisierung der Krankengeldausgaben abgelöst werden. Wie bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte

wird der ergänzende Ist-Kosten-Ausgleich für Krankengeld ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt, um unterjährige finanzielle Verwerfungen zu vermeiden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld somit nach wie vor nach dem bisher geltenden Verfahren.

10. Plant die Bundesregierung, die Auswirkungen der Übergangsregelungen auf die Finanzlagen der Kassen evaluieren zu lassen?

Wenn ja, soll diese Evaluation in die Entwicklung der durch die Gutachten zu erforschenden neuen Modelle einfließen?

Wenn nein, wie behält die Bundesregierung die Entwicklung zukünftig im Blick?

Im Rahmen der in den Antworten zu den Fragen 1 bis 4 angesprochenen Analyse werden auch die sich ergebenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen zu untersuchen sein.

11. Haben bei der Ausarbeitung der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Übergangsregelung zum Krankengeld auch Berichte über Fehlanreize (siehe UPD-Monitor von 2013) hinsichtlich eines forcierten Einwirkens von einzelnen Krankenkassen auf krankengeldbeziehende Versicherte mit der Zielsetzung, Ausgaben zu sparen, eine Rolle gespielt?

Zielsetzung des Morbi-RSA ist es, für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Medienberichte über Fehlanreize haben dabei grundsätzlich keine Rolle gespielt. Vielmehr soll der Wettbewerb auf eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zielen. Mit der Sonderregelung zum Krankengeld sollen die RSA-Zuweisungen für Krankengeld zielgenauer an die Krankenkassen verteilt und die hier bestehenden Über- und Unterdeckungen der einzelnen Krankenkassen deutlich reduziert werden. Diese verbesserte, zielgerichtete Mittelzuweisung ist von den Krankenkassen dann für die Versorgung aller Versicherten einzusetzen.

Der Anspruch des Versicherten auf Krankengeldleistungen wird durch die Höhe der Zuweisung, die seine Krankenkasse für ihn aus dem Gesundheitsfonds bekommt, nicht berührt.

12. Wann sollen die jeweiligen Gutachten des Bundesversicherungsamts und des Sachverständigenrates zum Krankengeld vorgelegt werden?

Ziel des durch das BVA zu vergebenden Krankengeld-Gutachtens ist die Entwicklung eines verbesserten RSA-Standardisierungsverfahrens für Krankengeld. Die Entwicklung eines solchen Modells ist aufgrund der Komplexität der Thematik nur im Rahmen eines mehrstufigen Forschungs- und Analyseprozesses zu erfüllen. In einem ersten Schritt ist hier die Frage zu klären, welche Bestimmungsfaktoren die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können. Dieses erste Gutachten soll bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein.

Das BMG beabsichtigt, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf Grundlage der Regelungen des § 142 Absatz 2 SGB V nach Verabschiedung des GKV-FQWG mit der Erstellung eines Sondergutachtens zu beauftragen. Die Ergebnisse des Sondergutachtens sollen in der ersten Hälfte des Jahres 2015 vorliegen. Eine genaue Terminierung ist noch nicht erfolgt.

13. Beabsichtigt die Bundesregierung, bei den Gutachten zum Krankengeld die Auswirkungen der Übergangslösung des hälftigen Ist-Kostenausgleichs auf die Versorgung der krankengeldbeziehenden Versicherten untersuchen zu lassen, und wenn nein, warum nicht?

Ziel der vom BVA zu vergebenden Krankengeld-Gutachten ist die Entwicklung eines verbesserten RSA-Standardisierungsverfahrens für Krankengeld. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 des SGB V sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten, d. h. das Modell ist grundsätzlich so auszugestalten, dass Anreize zur Risikoselektion verringert werden. Wie in der Antwort zu Frage 12 ausgeführt, geht es bei dem bis zum 31. Dezember 2015 abzuschließenden Gutachten aber zunächst darum, die Bestimmungsfaktoren für die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse sowie die dafür erforderlichen Datengrundlagen herauszuarbeiten.

Zu den Zielen und Inhalten des Sondergutachtens des Sachverständigenrats wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

14. Welche Aspekte sollen im Sondergutachten des Sachverständigenrates zum Krankengeld zu den Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und den Steuerungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesetzgebers untersucht werden?

Die Ziele und Inhalte des vorgesehenen Sondergutachtens des Sachverständigenrats sind im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-FQWG in der besonderen Begründung zu § 269 Absatz 3 SGB V definiert. Danach sollen vom Sachverständigenrat ergänzend zu den vom BVA zu vergebenden Gutachten angesichts der seit Jahren stark steigenden Ausgabenentwicklung neben den demographischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben auch die Steuerungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesetzgebers mit Blick auf das Ausgabengeschehen analysiert und geeignete Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

15. a) Mit welchen Einflussgrößen auf die Zuweisungen zum Krankengeld sollen sich die geplanten Gutachten zudem befassen, die nicht im Gutachten aus dem Jahr 2011 untersucht wurden?
- b) Plant die Bundesregierung, in den Gutachten auch Einflussgrößen auf die Zuweisungen zum Krankengeld untersuchen zu lassen, wie sie Jürgen Wasem und andere bereits diskutiert haben (siehe Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2012)?
- c) Plant die Bundesregierung, in den Gutachten auch Belastungsgruppen je nach Tätigkeitsbeschreibung im Beruf untersuchen zu lassen, und wenn ja, werden dabei auch die Kriterien Schichtdienst, starke psychische Belastung, starke körperliche Belastung und Gefahrenrisiko eine Rolle spielen, und wenn nein, warum nicht?
- d) Plant die Bundesregierung, in den Gutachten auch die Stellung im Beruf bzw. die Berufsgruppe als eine relevante Einflussgröße untersuchen zu lassen, und wenn ja, wird auch die Unterscheidung in Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte dabei berücksichtigt, und wenn nein, warum nicht?
- e) Plant die Bundesregierung, in den Gutachten auch die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen als eine weitere Einflusskomponente untersuchen zu lassen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 15a bis 15e werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die konkrete Vergabe des Gutachtens erfolgt entsprechend den Vorgaben des Entwurfs des GKV-FQWG durch das BVA, welches sicherzustellen hat, dass das in der Antwort zu den Fragen 12 und 13 angesprochene explorative Gutachten bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein wird. Vorgegeben wird, dass in diesem Gutachten zunächst untersucht werden soll, welche Bestimmungsfaktoren die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können. Dabei wird es insbesondere um solche Bestimmungsfaktoren und Datengrundlagen gehen, die in den im geltenden RSA-Verfahren verwendeten Daten nicht enthalten sind, so z. B. soziodemographische (Familienstand etc.) oder sozioökonomische Daten (Branche). Denkbar sind hier generell eine Reihe weiterer Bestimmungsfaktoren. Explizit wird in der Regelung selbst aber keiner der Bestimmungsfaktoren genannt, um dem Ergebnis des Gutachters nicht vorzugreifen bzw. hier keine einschränkenden Vorfestlegungen zu treffen.