



Bericht

an den Haushaltsausschuss
des Deutschen Bundestages

nach § 88 Abs. 2 BHO

über die finanzielle Lage der gesetzlichen Kranken-
versicherung

Teil 1: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die
gesetzliche Krankenversicherung

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne
des § 96 Abs. 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der
Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht
(www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 - 2020 - 0852

Potsdam, den 13. November 2020

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	3
1	Vorbemerkungen	6
2	Rechtlicher Rahmen und Ausgangssituation	7
2.1	Gesundheitsfonds	7
2.2	Liquiditätsreserve	8
2.3	Finanzreserven der Krankenkassen	10
3	Finanzentwicklung im Laufe der COVID-19-Pandemie	12
3.1	Einnahmen des Gesundheitsfonds	13
3.1.1	Konjunkturbedingte Beitragsausfälle	14
3.1.2	Pandemieunabhängige Faktoren	14
3.2	Leistungsausgaben der Krankenkassen	15
3.2.1	Auswirkungen auf einzelne Leistungsbereiche	15
3.2.2	Zentral beschaffte persönliche Schutzausrüstung	19
3.2.3	Finanzielle Situation der Krankenkassen	20
3.3	Pandemiebedingte Ausgaben des Gesundheitsfonds	21
3.3.1	Ausgleichszahlungen	21
3.3.2	Testungen	24
3.4	Bundesmittel und Schätzung der Liquiditätsreserve für 2021	25
4	Ausblick	26
4.1	Finanz-Prognose für das Jahr 2021	26
4.2	Zusammenfassung und weiteres Vorgehen	28

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geprüft. Über seine mit Blick auf den jährlichen Bundeszuschuss auch für den Bundeshaushalt bedeutsamen Feststellungen berichtet er dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 88 Absatz 2 BHO in zwei Teilen. Gegenstand des vorliegenden ersten Teils sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Gesundheitsfonds, dessen Liquiditätsreserve und die Krankenkassen. Der Bericht berücksichtigt die Erkenntnisse bis Oktober 2020. Der Bundesrechnungshof wird auch die weitere Entwicklung verfolgen. Die Prüfung führte zu folgenden Ergebnissen:

- 0.1 Bund, Länder und Kommunen trafen ab März 2020 vielfältige Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. Die damit verbundenen Einschränkungen des öffentlichen Lebens führten zu einem wirtschaftlichen Einbruch, der sich auch auf die Beitragseinnahmen der GKV ausgewirkt hat. Der Anstieg von Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit sowie erleichterte Verfahren zur Stundung von Beitragszahlungen hatten vor allem im März und April Mindereinnahmen zur Folge. Der beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) gebildete Schätzerkreis aus Fachleuten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des BAS und des GKV-Spitzenverbandes rechnet aktuell für das gesamte Jahr 2020 nur noch mit einem geringen Anstieg der Beitragseinnahmen auf 221,4 Mrd. Euro. Das sind 4,2 Mrd. Euro weniger als vor der COVID-19-Pandemie prognostiziert (Tz. 3.1).
- 0.2 Bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen kam es vor allem im zweiten Quartal 2020 in einigen Bereichen zu deutlichen Minderausgaben. Das betraf vor allem zahnärztliche Leistungen, die Versorgung mit Heilmitteln wie Physiotherapie oder Logopädie, Früherkennungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Krankenhausbehandlung. Kliniken hielten ab Mitte März Kapazitäten für COVID-19-Fälle frei und verschoben planbare Eingriffe und Behandlungen. Den Einsparungen standen jedoch auch Mehrausgaben, vor allem für persönliche Schutzausrüstung und erhöhte Pflegeaufwendungen, gegenüber. Die Krankenkassen verzeichneten zum 30. Juni 2020 zunächst

einen Überschuss von 1,3 Mrd. Euro. Zur Schätzung der GKV-Ausgaben für die Jahre 2020 und 2021 konnten im Schätzerkreis keine einvernehmlichen Ergebnisse erzielt werden. Nach einer Normalisierung des Leistungsgeschehens ab Juli 2020 wird für das gesamte Jahr 2020 nach Schätzung des BMG und des BAS mit Ausgaben von 257,8 Mrd. Euro gerechnet, das sind 4,3 % mehr als im Vorjahr. Der GKV-Spitzenverband prognostiziert eine Ausgabensteigerung um 4,6 % auf 258,6 Mrd. Euro (Tz. 3.2).

- 0.3 Um sinkende Einnahmen auszugleichen, leistete der Gesundheitsfonds aus seiner Liquiditätsreserve eine Reihe von Ausgleichszahlungen zum Beispiel an Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Praxen, die Heilmittelleistungen erbringen. Die Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser wurden aus dem Bundeshaushalt erstattet und beliefen sich auf bislang 8,9 Mrd. Euro. Die übrigen Ausgleichszahlungen sowie Ausgaben für mehr als 12 000 zusätzliche Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit betragen bisher rund 1,8 Mrd. Euro. Hinzu kommen 93 Mio. Euro, die Krankenhäuser für Prämienzahlungen an ihr besonders durch Pandemie belastetes Pflegepersonal erhalten können. Darüber hinaus fallen Aufwendungen für Labordiagnostik an, die im Rahmen der Pandemiebekämpfung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst angeordnet wird. Dabei handelt es sich um Testungen auf das Coronavirus nach Kontakt mit infizierten Personen, zur vorbeugenden Vermeidung der Verbreitung oder nach Einreisen aus Risikogebieten im Ausland. Hierfür wurden aus dem Gesundheitsfonds bisher 104 Mio. Euro geleistet (Tz. 3.3).
- 0.4 Für die Erstattung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser sind im Bundeshaushalt 2020 bis zu 11,5 Mrd. Euro veranschlagt. Daneben leistete der Bund im Juli 2020 einen Sonderzuschuss an den Gesundheitsfonds von 3,5 Mrd. Euro zum Ausgleich für die durch die COVID-19-Pandemie verursachten Belastungen. Versicherungsfremde Aufwendungen der GKV werden auf diese Weise kompensiert. Zugleich ist zu erwarten, dass der Gesundheitsfonds in diesem Jahr kein Liquiditätsdarlehen des Bundes benötigt. Die Liquiditätsreserve wird zum

Abschluss des Geschäftsjahres am 15. Januar 2021 voraussichtlich bei 6,4 Mrd. Euro liegen (Tz. 3.4).

- 0.5 Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie werden auch im Jahr 2021 anhalten. Das BMG und der GKV-Spitzenverband prognostizierten in einer vorläufigen Schätzung im August 2020 für das kommende Jahr ein deutliches Auseinanderklaffen von Zuweisungen und Ausgaben der Krankenkassen. Ohne gesetzgeberische Maßnahmen müsste diese Lücke allein mit Zusatzbeiträgen geschlossen werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz würde sich danach im Jahr 2021 auf 2,2 % verdoppeln. Um die damit verbundene Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu vermindern und den Gesamtsozialversicherungsbeitrag unter 40 % zu halten, soll aus dem Bundeshaushalt auch im Jahr 2021 ein pandemiebedingter Sonderzuschuss von 5 Mrd. Euro geleistet werden. Zusätzlich sollen die Krankenkassen Rücklagen von 8 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds abführen. Damit würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für das kommende Jahr 1,3 % betragen. Die finanzielle Situation der GKV wäre zunächst stabilisiert. Die Finanzreserven der Krankenkassen, vor allem oberhalb der gesetzlichen Obergrenze von künftig 80 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe, würden deutlich zurückgeführt. Die Liquiditätsreserve würde die gesetzliche Mindestreserve nicht mehr weit überschreiten. Es bleibt abzuwarten, ob diese Maßnahmen angesichts des ungewissen weiteren Verlaufs der COVID-19-Pandemie in Deutschland und weltweit ausreichen, das Gesundheitswesen leistungsfähig zu erhalten (Tz. 4).

1 Vorbemerkungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte am 30. Januar 2020 den Ausbruch des neuartigen Coronavirus SARS-CoV2 (Coronavirus) zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Der Deutsche Bundestag stellte am 25. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Bedeutung fest. Seit Mitte März trafen Bund, Länder und Kommunen eine Vielzahl von Maßnahmen, um den Folgen der durch das Coronavirus verursachten COVID-19-Pandemie zu begegnen. Damit sollte auch eine drohende Überforderung des Gesundheitssystems vermieden werden.

Eine Reihe dieser Maßnahmen belastet den Bundeshaushalt mit zusätzlichen Ausgaben stark. Daneben sind auch der Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) betroffen. Zur Bewältigung der Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen ist es von Bedeutung, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistungsfähig bleibt. Zum Ausgleich pandemiebedingter Belastungen leistete der Bund für das Jahr 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds von 3,5 Mrd. Euro. Der Regierungsentwurf des Bundeshaushalts für das Jahr 2021 sieht einen erneuten Sonderzuschuss vor, und zwar von 5 Mrd. Euro.

Der Bundesrechnungshof hat die finanziellen Belastungen der GKV durch die anhaltenden Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die GKV zum Anlass genommen, deren derzeitige finanzielle Situation zu untersuchen. Über seine mit Blick auf den jährlichen Bundeszuschuss auch für den Bundeshaushalt bedeutsamen Feststellungen berichtet er dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) gemäß § 88 Absatz 2 BHO in zwei Teilen. Gegenstand des vorliegenden ersten Teils sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Gesundheitsfonds, dessen Liquiditätsreserve und die Krankenkassen. Teil 2 der Berichterstattung wird sich unabhängig von der derzeitigen epidemischen Lage mit der Auskömmlichkeit und dem rechtlichen Rahmen des Bundeszuschusses nach § 221 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) befassen.

Der Bundesrechnungshof hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Gelegenheit gegeben, sich zum Entwurf des Berichts zu äußern. Seine Stellungnahme ist in diesen Bericht eingeflossen.

2 Rechtlicher Rahmen und Ausgangssituation

2.1 Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist ein Sondervermögen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet. Die Krankenkassen ziehen die Beiträge von ihren Mitgliedern sowie den Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern und sonstigen Stellen¹ ein und leiten sie an den Gesundheitsfonds weiter. Der Bund leistet einen Zuschuss an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für sogenannte versicherungsfremde Leistungen. Dessen Höhe ist gesetzlich festgelegt und beläuft sich auf 14,5 Mrd. Euro jährlich.²

Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben.³ Die Höhe der Zuweisungen richtet sich nach der Risikostruktur der Versicherten. Neben einer Grundpauschale pro Person erhält eine Krankenkasse Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheitslast ihrer Versicherten.⁴ Dieser sogenannte Risikostrukturausgleich wurde im Jahr 2020 grundlegend reformiert. Damit sollten bestehende Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigt und das System gegen Manipulationen gestärkt werden. Ab dem Jahr 2021 erfasst der Risikostrukturausgleich daher nicht mehr nur 50 bis 80 Krankheiten, sondern bildet das gesamte Krankheitsspektrum der Versicherten ab. Außerdem werden regionale Ausgabenunterschiede berücksichtigt, um faire Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen sicherzustellen.⁵

Jährlich prognostiziert der beim BAS gebildete Schätzerkreis aus Fachleuten des BMG, des BAS und des GKV-Spitzenverbandes bis zum 15. Oktober jeweils für das laufende Haushaltsjahr und für das Folgejahr die Höhe der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben in der GKV sowie die Entwicklung der

¹ Dazu zählen etwa die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger für Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosengeld II, die Minijob-Zentrale für Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

² § 221 Absatz 1 des SGB V.

³ §§ 266 Absatz 1, 270 SGB V.

⁴ § 266 Absatz 2 SGB V.

⁵ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), BT-Drs. 19/15662, Seite 2 f., 58 ff.

Mitglieder- und Versichertenzahlen. Die Schätzung für das Folgejahr bildet die Grundlage für die Höhe der Zuweisungen (nach Durchführung des Risikostrukturausgleichs) an die einzelnen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds.⁶ Kann eine Krankenkasse ihren Finanzbedarf mit diesen Zuweisungen nicht decken, hat sie neben dem einheitlichen Beitragssatz von 14,6 % einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben.⁷ Das BMG legt die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt den Wert im Bundesanzeiger bekannt.⁸ Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz berechnet sich aus der Differenz der geschätzten Einnahmen und Ausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen.

2.2 Liquiditätsreserve

Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sollen unterjährige Schwankungen bei den Einnahmen sowie nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle des Gesundheitsfonds finanziert werden.⁹ Die Zuweisungen an die Krankenkassen werden in Abschlägen geleistet, jeweils ab dem 16. eines Monats. Die Krankenkassen erhalten die Mittel arbeitstäglich je nach Höhe der zur Verfügung stehenden Einnahmen des Gesundheitsfonds. Ab dem Tag, an dem die Monatszuweisung vollständig ausgezahlt ist, fließen die täglichen Einnahmen bis zum Beginn des nächsten Zuweisungsmonats wieder der Liquiditätsreserve zu, deren Höhe somit täglichen Schwankungen unterliegt.

Mindereinnahmen bei laufenden Beiträgen wirken sich durch dieses Verfahren nicht auf die Höhe der Zuweisungen an die Krankenkassen aus, sondern lediglich auf die Liquidität des Gesundheitsfonds. Allerdings können sie die Auszahlung der Abschläge verzögern bzw. die Höhe der ersten Abschlagszahlungen mindern. Wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, um alle Zuweisungen zu erfüllen, gewährt der Bund dem Gesundheitsfonds ein zinsloses Darlehen bis zum Ende des Haushaltsjahres.¹⁰

⁶ § 220 Absatz 2 SGB V.

⁷ § 242 Absatz 1 SGB V. Für die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen führt das BAS gemäß § 270a SGB V einen Einkommensausgleich durch. Dadurch werden Mittel von Krankenkassen mit überdurchschnittlich einkommensstarken Mitgliedern an Krankenkassen mit finanzschwächerer Mitgliedschaft umverteilt.

⁸ § 242a Absatz 2 SGB V.

⁹ § 271 Absatz 2 SGB V.

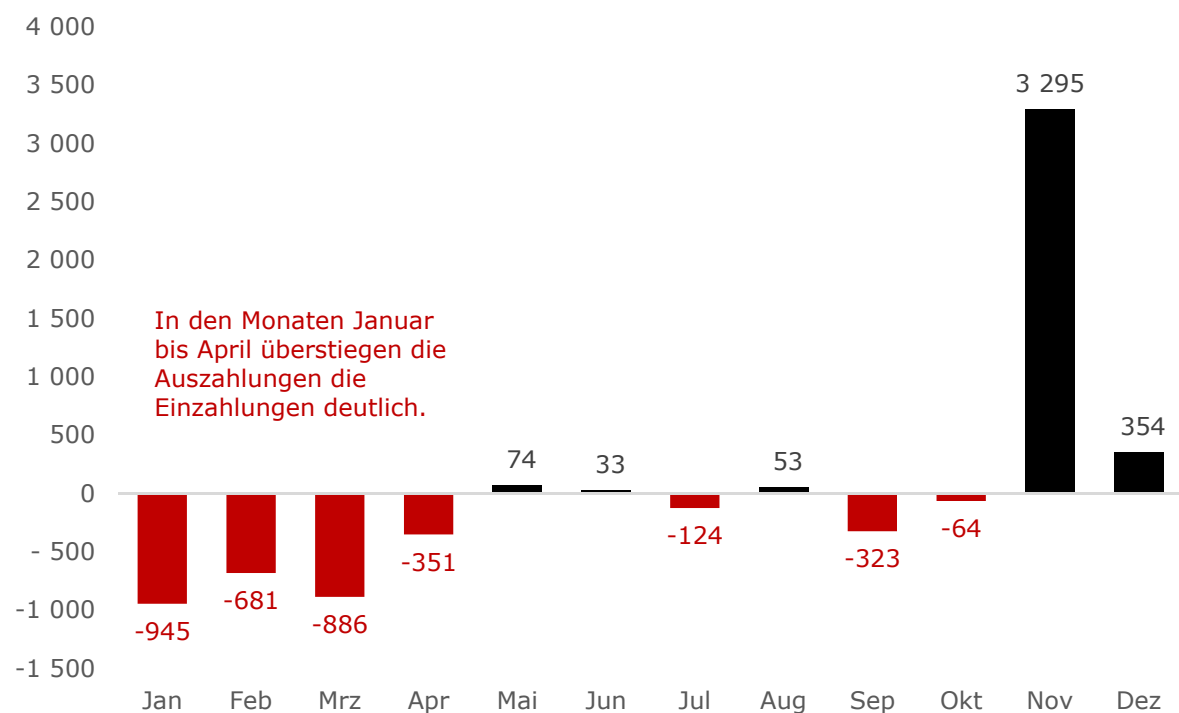
¹⁰ § 271 Absatz 3 SGB V.

Die monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen von einem Zwölftel des Jahresbetrags machen den größten Anteil der Ausgaben des Gesundheitsfonds aus. Entsprechend sind die Auszahlungen über das Jahr relativ stabil. Dagegen unterliegen die Einnahmen stärkeren Schwankungen. Neben saisonalen und konjunkturellen Beschäftigungseffekten wirken sich auch unterjährige Tarifsteigerungen oder Rentenerhöhungen auf die Beitragszahlungen aus. Hinzu kommen Sonderzahlungen wie Prämien oder das sogenannte Weihnachtsgeld, die vor allem im letzten Quartal beitragswirksam werden. Beispielhaft werden in Abbildung 1 die Unterschiede zwischen den monatlichen Auszahlungen und Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2019 dargestellt.

Abbildung 1

Die Liquiditätsreserve stellt sicher, dass Auszahlungen auch geleistet werden, wenn die Einnahmen geringer ausfallen

Differenz von Ein- und Auszahlungen im Jahresverlauf 2019 in Mio. Euro



Quelle: BAS

Nach Ablauf eines Geschäftsjahres am 15. Januar des Folgejahres muss die Liquiditätsreserve eine gesetzlich festgelegte Mindesthöhe haben (Mindest-

reserve).¹¹ Mit dem Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG)¹² senkte der Gesetzgeber die Mindestreserve von 25 auf 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds. Ein entsprechender Mindestbetrag von derzeit 4,3 Mrd. Euro reiche aus, um die unterjährigen Einnahmeschwankungen des Gesundheitsfonds abzusichern.¹³ Am 15. Januar 2020 belief sich die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 10,2 Mrd. Euro.

2.3 Finanzreserven der Krankenkassen

Die Krankenkassen haben ebenfalls Finanzreserven bereitzuhalten, bestehend aus Betriebsmitteln, einer Rücklage und Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen.¹⁴ Die Rücklage muss dabei mindestens ein Fünftel einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen.¹⁵ Darlehen dürfen Krankenkassen nicht aufnehmen.¹⁶

Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserve einer Krankenkasse liegt bei einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Krankenkassen mit höheren Rücklagen sind seit dem Jahr 2020 verpflichtet, diese schrittweise innerhalb von drei Haushaltsjahren auf eine durchschnittliche Monatsausgabe abzubauen.¹⁷ Hierzu sollen sie ihre kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze absenken. Krankenkassen, die ihre Finanzreserven nicht innerhalb der vorgegebenen Fristen abgebaut haben und die verbindliche Obergrenze weiterhin überschreiten, müssen den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abführen. Bei Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern kann die Aufsichtsbehörde eine höhere Obergrenze zulassen.¹⁸ Das kann erforderlich sein, weil sich bei relativ kleinen Krankenkassen einzelne kostenintensive Leistungsfälle oder andere unvorhersehbare Entwicklungen stärker in den Ausgaben niederschlagen können.

¹¹ § 271 Absatz 2 Satz 3 SGB V.

¹² Gesetz vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I Seite 2913).

¹³ Vgl. die Begründung zum Entwurf des GKV-BRG, BT-Drs. 19/15438, Seite 12.

¹⁴ § 81 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV); §§ 260 ff. SGB V.

¹⁵ § 261 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

¹⁶ § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

¹⁷ § 260 Absatz 2a SGB V.

¹⁸ § 260 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Die Finanzreserven der Krankenkassen lagen Ende des Jahres 2019 bei insgesamt 19,4 Mrd. Euro.¹⁹ Allerdings sind diese sehr unterschiedlich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt. Die Höhe ist nicht allein das Resultat eines adäquaten Fallmanagements oder einer geringen Zahl von Einzelfällen mit außergewöhnlich hohen Kosten bei einer Krankenkasse. Besonders hohe Rücklagen bauen sich auf, wenn über einen längeren Zeitraum die Höhe der Zuweisungen die im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben übersteigt und eine Krankenkasse so Überschüsse erzielen kann.

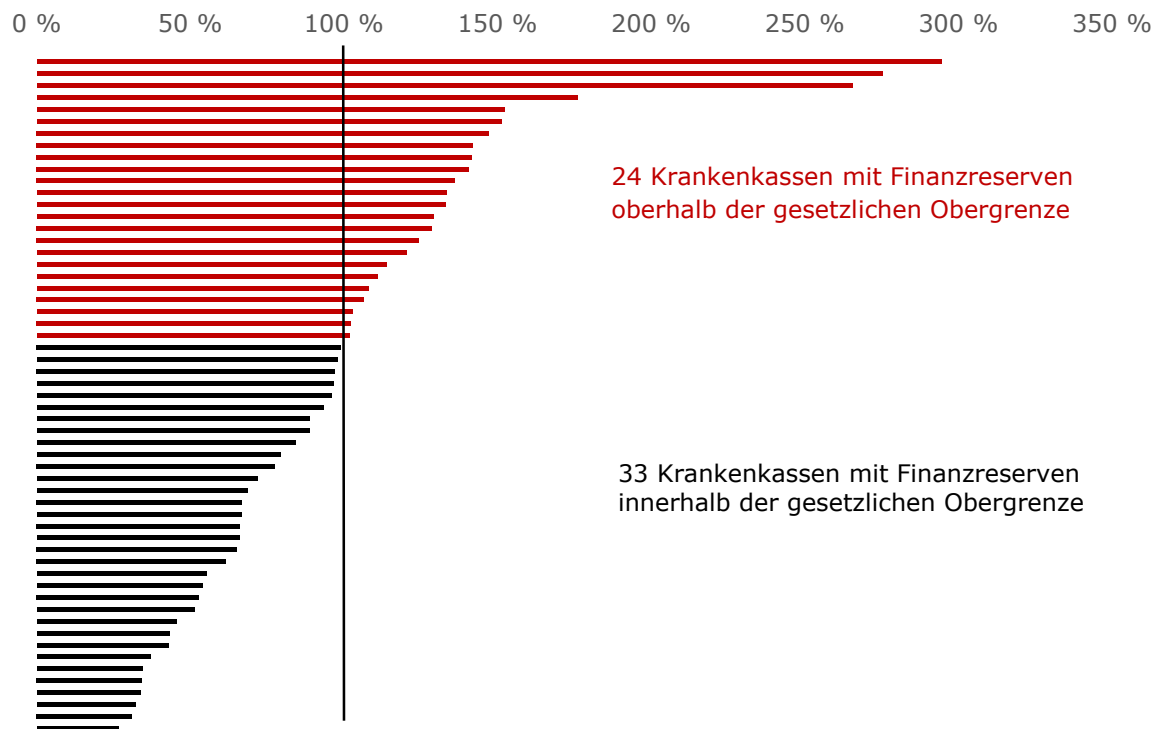
Während der höchste Wert aller Krankenkassen bei 435 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe lag, wurde in Einzelfällen die gesetzliche Mindestrücklage nur knapp erreicht oder sogar unterschritten. Bei einzelnen Krankenkassen oberhalb der 50 000-Mitglieder-Grenze erreichten die Finanzreserven fast das Dreifache einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Zum Jahresende 2019 wiesen 24 von 57 Krankenkassen mit mehr als 50 000 Mitgliedern Finanzreserven aus, die 100 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe überstiegen (vgl. Abbildung 2).

¹⁹ Die Landwirtschaftliche Krankenkasse ist hier nicht berücksichtigt, da sie gemäß § 266 Absatz 9 SGB V nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt.

Abbildung 2

Finanzreserven oftmals deutlich über gesetzlicher Obergrenze

Finanzreserven (in Prozent der gesetzlichen Obergrenze) der Krankenkassen mit mehr als 50 000 Mitgliedern zum Ende des Jahres 2019



Quelle: Endgültige Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KJ1 2019), Auswertung durch den Bundesrechnungshof.

3 Finanzentwicklung im Laufe der COVID-19-Pandemie

Bund und Länder verhängten ab März 2020 zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie weitgehende Einschränkungen des öffentlichen Lebens. Die Bevölkerung kam den damit verbundenen Empfehlungen in hohem Maße nach, so dass eine Überforderung des Gesundheitswesens durch zu hohe Infektionsraten abgewendet werden konnte. Diese Maßnahmen hatten jedoch einen wirtschaftlichen Einbruch zur Folge. Die Bundesregierung geht davon aus, dass das Bruttoinlandsprodukt für das Jahr 2020 um 5,8 % unter dem Wert des Vorjahres liegen wird.²⁰

Die GKV ist hier in besonderer Weise betroffen. Zum einen wirkt sich die wirtschaftliche Situation auf ihre Beitragseinnahmen aus. Zum anderen sind in ihr

²⁰ Eckwerte der Interimsprojektion 2020 des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie vom 27. August 2020.

fast 90 % der Bevölkerung krankenversichert, sodass sie für den überwiegenden Teil der Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 aufkommt. Schließlich hat der Gesetzgeber die Strukturen der GKV genutzt, um schnell und unbürokratisch Zahlungen an Akteure im Gesundheitswesen zu leisten, um dessen Leistungsfähigkeit in der Pandemie zu gewährleisten.

3.1 Einnahmen des Gesundheitsfonds

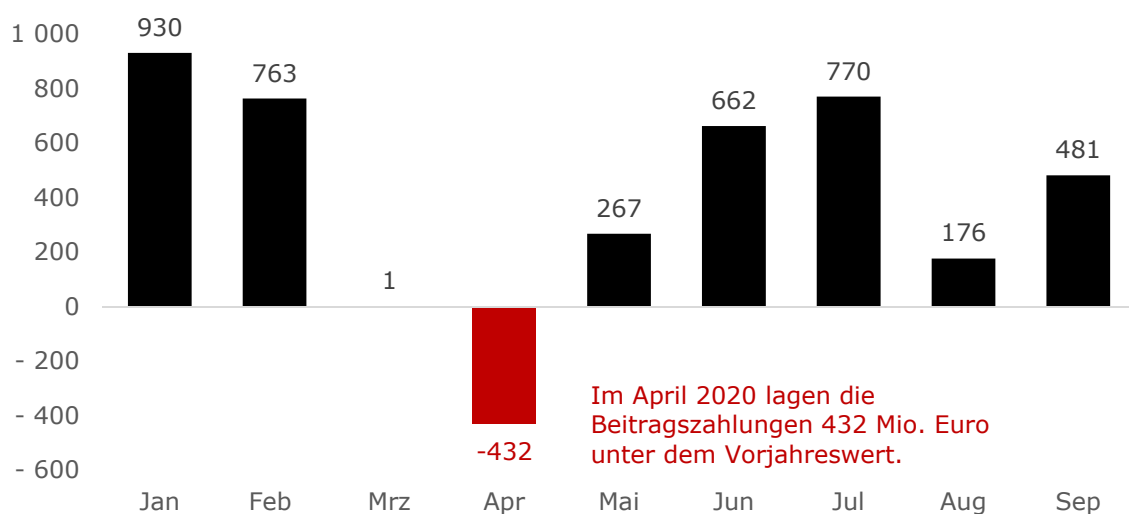
Die Beitragseinnahmen der GKV werden maßgeblich von der Lage auf dem Arbeitsmarkt und der allgemeinen Lohnentwicklung geprägt. Rund 70 % der Beitragseinnahmen werden auf Arbeitseinkommen geleistet. Indirekt hängen auch die Beiträge für die Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner von der konjunkturellen Lage ab, weil die jährlichen Rentenerhöhungen an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter gekoppelt sind.

In den vergangenen Jahren sind die Beitragseinnahmen der GKV jeweils um durchschnittlich mehr als 4 % gewachsen. Entsprechend ging auch die letztjährige Prognose des Schätzerkreises für das Jahr 2020 von einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr von 3,8 % auf 225,7 Mrd. Euro aus. Im Zuge des Lockdowns im Frühjahr gingen die Beitragseinnahmen in den Monaten März und April jedoch deutlich zurück.

Abbildung 3

Nach Einbrüchen im März und April dieses Jahres überstiegen die Beitragszahlungen wieder die Vorjahreswerte

Unterschiedsbeträge der Beitragszahlungen in 2020 zum Vorjahr in Mio. Euro



Quelle: BAS

Zwar lagen die Einnahmen für das erste Halbjahr 2020 noch immer um 2,2 Mrd. Euro höher als im Vorjahr. Aufgrund der anhaltenden wirtschaftlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie rechnet der Schätzerkreis jedoch aktuell für das gesamte Jahr nur noch mit einem Zuwachs der Beitragseinnahmen (einschließlich den Beiträgen für geringfügig Beschäftigte) von 1,9 % auf 221,4 Mrd. Euro. Im Oktober 2019 wurde noch eine Steigerung von 3,8 % erwartet. Gegenüber dieser Schätzung, die den Zuweisungen an die Krankenkassen für das Jahr 2020 zugrunde lag, wären das Mindereinnahmen von 4,2 Mrd. Euro.

3.1.1 Konjunkturbedingte Beitragsausfälle

3,1 Mrd. Euro an Beitragsausfällen beruhen dabei auf einem Rückgang des Mitgliederzuwachses sowie vor allem dem Anstieg von Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit. Der Gesetzgeber hat eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die negativen wirtschaftlichen Effekte der Pandemie zu dämpfen. Diese Maßnahmen wirken sich nicht zuletzt stabilisierend auf die Sozialsysteme aus. So werden auf 80 % des wegen Kurzarbeit ausfallenden Lohns weiterhin Sozialversicherungsbeiträge geleistet. Aufgrund der Regelungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie müssen diese nicht von der Arbeitgeberseite getragen werden, sondern sollen bis einschließlich Juni 2021 vollständig und bis Dezember 2021 zur Hälfte von der Bundesagentur für Arbeit erstattet werden.²¹

Für die Monate März bis Mai konnten Betriebe die Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen in einem vereinfachten Verfahren beantragen. Gerade in den ersten beiden Monaten des Lockdowns machten viele Unternehmen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Die Beitragszahlungen für Mai und Juni fielen dagegen deutlich höher aus als zunächst befürchtet, weil die Betriebe vielfach die gestundeten Beiträge bereits nachzahlen konnten.

3.1.2 Pandemieunabhängige Faktoren

Weitere 1,1 Mrd. Euro an Mindereinnahmen gehen auf die teilweise Beitragsfreistellung von Betriebsrenten zurück. Seit dem 1. Januar 2020 müssen

²¹ Gesetz zur befristeten krisenbedingten Verbesserung der Regelungen für das Kurzarbeitergeld vom 13. März 2020 (BGBl. I Seite 493), Entwurf eines Gesetzes zur Beschäftigungssicherung infolge der COVID-19-Pandemie (Beschäftigungssicherungsgesetz – BeschSiG), BR-Drs. 558/20.

Rentnerinnen und Rentner für Leistungen aus der betrieblichen Altersvorsorge bis zu einer bestimmten Höhe keine Krankenversicherungsbeiträge mehr zahlen.²² Der damit verbundene Einnahmeausfall geht im ersten Jahr vollständig zulasten der Liquiditätsreserve, weil diese Regelung noch nicht in den Zuweisungen für 2020 berücksichtigt werden konnte. In den Folgejahren mindert die Freistellung die Zuweisungen und muss von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern kompensiert werden. Um die Auswirkung auf die Zusatzbeiträge abzufedern, sollen in den Jahren 2021 bis 2023 die Zuweisungen durch Entnahmen aus der Liquiditätsreserve stabilisiert werden. So sollen 900 Mio. Euro im Jahr 2021, 600 Mio. Euro im Jahr 2022 und 300 Mio. Euro im Jahr 2023 aus der Liquiditätsreserve den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden.²³

Mindernd auf die Liquiditätsreserve haben sich im Jahr 2020 noch weitere Entnahmen ausgewirkt. So fließen in diesem Jahr voraussichtlich insgesamt 250 Mio. Euro in den beim BAS angesiedelten Innovationsfonds, der Projekte zur Versorgungsforschung im Gesundheitswesen fördert, und den ebenfalls dort verwalteten Fonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung.²⁴

3.2 Leistungsausgaben der Krankenkassen

3.2.1 Auswirkungen auf einzelne Leistungsbereiche

Bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen hatte die COVID-19-Pandemie im ersten Halbjahr 2020 sowohl Be- als auch Entlastungen zur Folge. Vor allem zum Höhepunkt der Einschränkungen des öffentlichen Lebens im zweiten Quartal gingen in vielen Leistungsbereichen aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Verhaltensempfehlungen an die Bevölkerung die Ausgaben zurück. Das betraf insbesondere die zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Heilmitteln wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie sowie Früherkennungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Abbildung 4).

Auch die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen sanken in diesem Zeitraum deutlich. Die COVID-19-Pandemie stellte die Krankenhäuser im Frühjahr 2020 vor große Herausforderungen. Kliniken hielten ab Mitte März Kapazitäten für

²² § 226 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

²³ § 271 Absatz 2 Satz 5 SGB V.

²⁴ Vgl. § 271 Absatz 2 Satz 6 und 7 SGB V.

COVID-19-Fälle frei und erhöhten die Zahl der Intensivbetten. Gleichzeitig folgten die meisten Kliniken der Empfehlung, planbare Eingriffe und Behandlungen möglichst zu verschieben. Entsprechend verringerte sich in den Wochen zwischen Mitte März und Ende Mai die Zahl der jeweils stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Vorjahr um bis zu 40 %.²⁵ Im Ergebnis gab es in diesem Zeitraum bundesweit erstmals weniger Einweisungen (3,1 Millionen Fälle) als Notfallbehandlungen (3,3 Millionen Fälle).²⁶

Höhere Ausgaben fielen bei den Krankenkassen dagegen für die Zahlung von Krankengeld an. Dieser Anstieg geht auf Regelungen im Krankheitsfall bei Anmeldung von Kurzarbeit, verminderte Prüfkapazitäten des Medizinischen Dienstes, ein reduziertes Fallmanagement der Krankenkassen und zeitweise geschlossene Rehabilitationseinrichtungen zurück. Moderate Ausgabenanstiege gab es zudem bei der ärztlichen Behandlung, der Versorgung mit Arzneimitteln und der Behandlungspflege/medizinischen Krankenpflege.

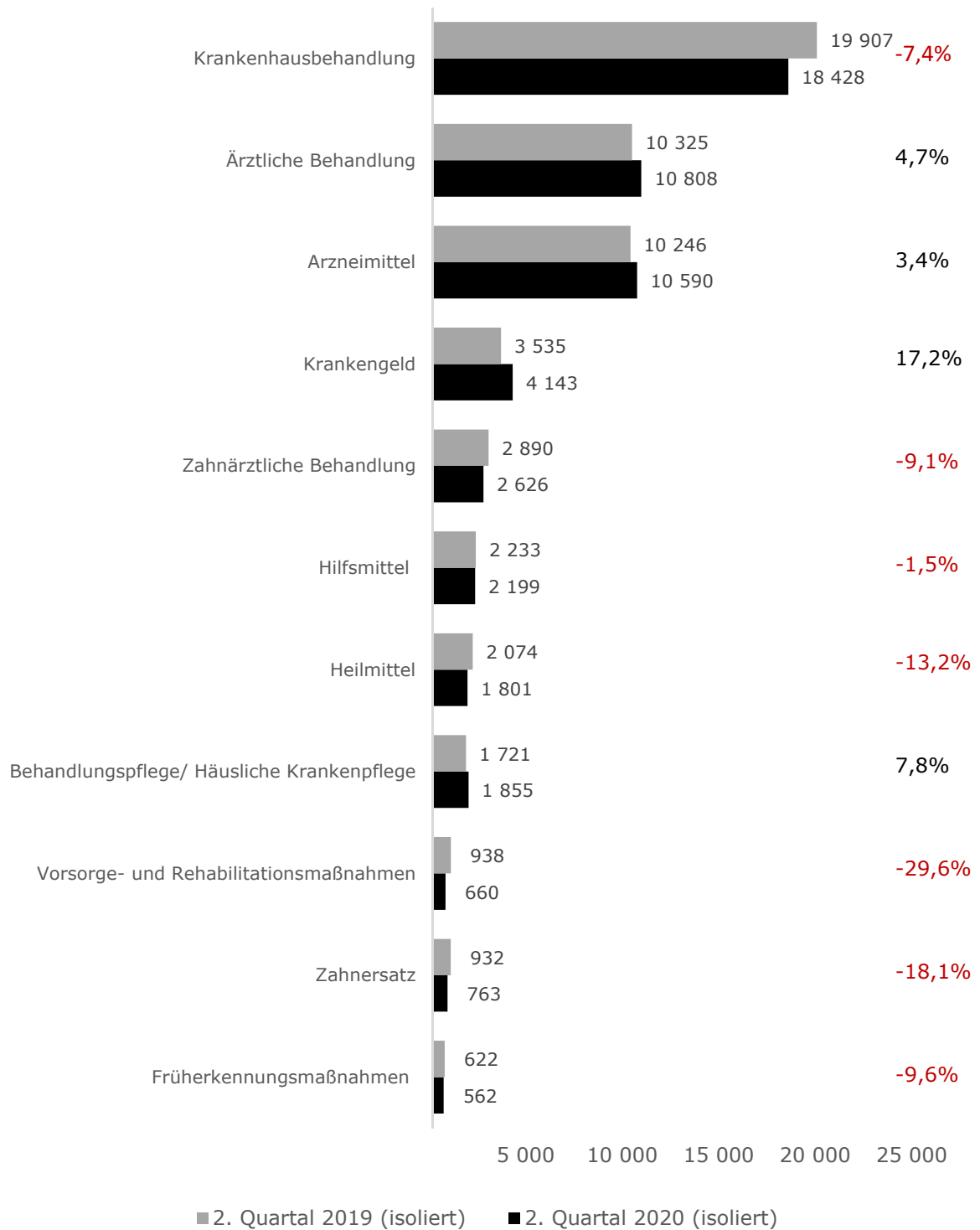
²⁵ Boris Augurzky, Reinhard Busse, Analysen zum Leistungsgeschehen, zur Erlössituation von Krankenhäusern und zu betroffenen Patienten und ihrer Versorgung (Analysen Leistungsgeschehen), Essen/Berlin August 2020, Seite 6 f.

²⁶ Analysen Leistungsgeschehen (FN 25), Seite 17 f.

Abbildung 4

Leistungsbereiche von Pandemie unterschiedlich betroffen

Gegenüberstellung der Leistungsausgaben im 2. Quartal (2019 und 2020) in Mio. Euro, Veränderungen in Prozent



Quelle: Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV (KV45) für das 1. und 2. Quartal 2019 und 2020.

Im zweiten Quartal 2020 lagen die Leistungsausgaben insgesamt 1,3 % unter denen des entsprechenden Vorjahreszeitraums. Ab dem dritten Quartal ist mit einer Normalisierung der Leistungsausgaben (und damit wieder einem Anstieg gegenüber den Vorjahreswerten) zu rechnen, nicht zuletzt bei der Krankenhausbehandlung.

Entlastungen im Leistungsgeschehen ergeben sich beispielsweise aus der vorübergehenden Absenkung der Mehrwertsteuersätze vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2020. Die Krankenkassen könnten hier schätzungsweise 0,7 Mrd. Euro einsparen.

Belastend wirkten sich dagegen Regelungen aus, die vor allem die erhöhten Aufwendungen für Pflegepersonal und persönliche Schutzausrüstung (PSA), wie Atemschutz- und OP-Masken, Kittel und Handschuhe, bei der stationären Behandlung abdecken sollen:

- So wurde für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 2020 der vorläufige Pflegeentgeltwert auf 185 Euro pro Tag erhöht, was zu Mehrausgaben der Krankenkassen von bis zu 3,3 Mrd. Euro im Jahr 2020 führen kann.²⁷
- Krankenhäuser konnten aufgrund der Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei PSA, für voll- oder teilstationär behandelte Patientinnen und Patienten bis zum 30. September 2020 einen Zuschlag von 50 Euro erheben. Dieser erhöhte sich ab Juli 2020 auf 100 Euro, wenn die Betroffenen an COVID-19 erkrankt waren.²⁸
- Krankenhäuser können einen Ausgleich für pandemiebedingte Mehrkosten für die Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2021 individuell mit den Krankenkassen vereinbaren. Außerdem können sich die Krankenhäuser für pandemiebedingte Erlösrückgänge im Jahr 2020 auf krankenhausespezifische Ausgleichsvereinbarungen mit den Krankenkassen verständigen. Die damit verbundenen Mehrkosten für die GKV lassen sich derzeit nicht

²⁷ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz), BT-Drs. 19/18112, Seite 5.

²⁸ § 21 Absatz 6 KHG i. V. m. der Verordnung zur Anpassung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungsanpassungs-Verordnung – AusglZAV) vom 3. Juli 2020 (BGBl. I Seite 1556).

quantifizieren.²⁹

- Entsprechende Verhandlungen über einen Ausgleich für pandemiebedingte Mehraufwendungen für Hygiene- und Organisationsmaßnahmen sollen die Krankenkassen auch mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen führen.³⁰

3.2.2 Zentral beschaffte persönliche Schutzausrüstung

Mit der Ausbreitung des Coronavirus ab Jahresbeginn stieg die weltweite Nachfrage nach PSA für medizinisches und pflegerisches Personal, insbesondere bei Atemschutzmasken, Desinfektionsmittel und Schutzkleidung. Bereits Mitte Februar 2020 zeichneten sich Versorgungsengpässe auch im deutschen Gesundheitswesen ab. Die Bundesregierung entschied daher, PSA und medizinische Geräte (vor allem Beatmungsgeräte für die Intensivversorgung) zentral zu beschaffen. Damit sollte der Bedarf für Bundesbehörden, das Gesundheitswesen und die Pflege gedeckt werden. 85 % der vom Bund beschafften PSA gab dieser an zentrale Anlaufstellen der Länder sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ab. Diese versorgten dann vor Ort Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und weitere Bedarfsträger. Die zentrale Versorgung des Gesundheitswesens und der Pflegeeinrichtungen in der akuten Krisensituation durch den Bund endete im Juni 2020.

Grundsätzlich gehören Ausgaben für PSA zu den Betriebskosten, die etwa in die Kalkulation der Pflegesätze für Krankenhäuser und die Vergütung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte eingehen und mit den entsprechenden Zahlungen der GKV für Behandlungsleistungen abgegolten sind. Angesichts der durch die weltweite Nachfrage rapide angestiegenen Preise und des deutlich erhöhten Bedarfs zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie trafen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 2020 eine auf drei Monate befristete Sonderregelung. Danach übernehmen die Kranken-

²⁹ Vgl. aber die Rechenbeispiele in der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm der Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG), BT-Drs. 19/22126, Seite 5 f.

³⁰ Vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 28. August 2020 über einen Corona-Zuschlag für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausschussdrucksache 19(14)218.

kassen die Ausgaben für bestimmte PSA, die die Kassenärztlichen Vereinigungen zentral vom Bund beziehen.³¹

Der Haushaltsausschuss forderte die Bundesregierung in seiner Sitzung am 22. April 2020 auf, mit den Ländern und der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Preise für PSA zu vereinbaren und nicht auf Einnahmen von dieser Seite zu verzichten.³² Eine abschließende Regelung dazu steht noch aus. Unter anderem seien noch steuerrechtliche Fragen zu klären.³³ Zuletzt erklärte die Bundesregierung, dass sie mit den Ländern keine Einzelabrechnung mehr anstrebe, sondern eine Pauschale nach dem jeweiligen Bevölkerungsanteil plane.³⁴ In welcher Höhe damit für die zentral beschaffte PSA Ausgaben auf die Krankenkassen zukommen, lässt sich derzeit nicht abschätzen. Auf der Basis der abgegebenen Mengen können hier Beträge im unteren dreistelligen Millionenbereich anfallen.³⁵ Daneben soll ein Teil der Ausrüstung auch unentgeltlich im Rahmen internationaler Hilfsmaßnahmen ins Ausland abgegeben werden. So hat das BMG vom Bundesministerium für Finanzen (BMF) die Einwilligung erhalten, als humanitäre Hilfe 257 Millionen Schutzmasken an die WHO abzugeben sowie Beatmungsgeräte und Pulsoximeter an Staaten des westlichen Balkans zu liefern.

3.2.3 Finanzielle Situation der Krankenkassen

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Leistungsausgaben insgesamt sind nach wie vor nur schwer abzuschätzen. Nach Medienberichten gingen die Besuche in fachärztlichen Praxen von Mitte März bis Anfang Mai

³¹ § 5 Absatz 1 der Befristeten Vereinbarung über die Ausstattung der Vertragsärzte mit zentral beschaffter Schutzausrüstung im Zusammenhang mit dem Coronavirus vom 9. März 2020.

³² Ausschussdrucksache 19(8)5780.

³³ Bericht des BMG zur Beschaffung von Persönlicher Schutzausrüstung und anderen Gegenständen anlässlich der Corona-Pandemie, Ausschussdrucksache 19(8)5960, Seite 5.

³⁴ Anmerkung der Bundesregierung zum Beschluss der 93. Gesundheitsministerkonferenz am 14. September 2020 zum Zukünftigen Umgang mit vom Bund beschafften Beatmungsgeräten und PSA, Ausschussdrucksache 19(14)219, Seite 2.

³⁵ Das BMG bezifferte den Wert von Atemschutzmasken, die als humanitäre Hilfe unentgeltlich an die WHO abgegeben werden sollen, mit 2,50 Euro pro FFP2-Maske und 0,48 Euro pro Mund-Nasen-Schutz (MNS). Multipliziert mit den bis Juni 2020 an die Kassenärztlichen Vereinigungen gelieferten Mengen (44,9 Mio. FFP2 und 81,4 Mio. MNS) ergäbe sich allein dafür ein Betrag von über 151 Mio. Euro. Vgl. Berechnungsgrundlage in Ausschussdrucksache 19(8)6131, Seite 3, sowie die Mengenangaben in Ausschussdrucksache 19(8)5960, Anlage 3.

zwischen 30 und 50 % zurück, bei Zahnärztinnen und Zahnärzten sogar um bis zu 80 %. Durch unterbliebene oder verschobene Behandlungen aufgrund des Lockdowns könnte es zu Folgeerkrankungen oder Gesundheitsverschlechterungen kommen. Allerdings ließen sich entsprechende Effekte ausweislich der Analysen zum Leistungsgeschehen – jedenfalls im Krankenhausbereich – statistisch bis August 2020 nicht nachweisen.³⁶ Insbesondere für den ambulanten Bereich fehlt es außerdem an validen Daten. Die Ausgabeschätzungen beruhen hier bislang auf Abschlagszahlungen, weil den Krankenkassen im September die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen für das erste Quartal 2020 noch nicht vorlagen.

Im ersten Halbjahr 2020 wiesen die Krankenkassen insgesamt einen Überschuss von 1,3 Mrd. Euro aus. Zum 30. Juni 2020 beliefen sich die Finanzreserven auf 20,6 Mrd. Euro. An diesem Stichtag unterschritt keine Krankenkasse die gesetzliche Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben.

Hinsichtlich der erwarteten Ausgaben im Jahr 2020 konnte im Schätzerkreis kein Einvernehmen erzielt werden. Der Schätzerkreis prognostiziert mehrheitlich (BMG und BAS) einen Anstieg der Ausgaben um 4,3 % auf 257,8 Mrd. Euro, während der GKV-Spitzenverband einen Anstieg um 4,6 % auf 258,6 Mrd. Euro annimmt. Im Vergleich zur Schätzung im Oktober 2019 werden damit vom BMG und BAS um 1 Mrd. Euro höhere Ausgaben und vom GKV-Spitzenverband um 1,8 Mrd. Euro höhere Ausgaben für das Jahr 2020 erwartet.

3.3 Pandemiebedingte Ausgaben des Gesundheitsfonds

3.3.1 Ausgleichszahlungen

Eine Vielzahl von Regelungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene verfolgte nicht nur das Ziel, die COVID-19-Pandemie einzudämmen. Damit auch das Gesundheitssystem insgesamt leistungsfähig bleibt und die wirtschaftlichen Folgen der Krise im Gesundheitssektor abgemildert werden, wurden Ausgleichszahlungen und Leistungen an Akteure im Gesundheitswesen beschlossen, die von besonderen Belastungen – etwa durch die Behandlung von COVID-19-Fällen – betroffen sind oder unter den Lockdown-Bedingungen

³⁶ Analysen Leistungsgeschehen (FN 25), Seite 29.

Einnahme-Einbußen erlitten haben. Die entsprechenden Regelungen galten zumeist für den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020.

Diese Leistungen gehören überwiegend nicht zu den originären Aufgaben der GKV. Angesichts des Zeit- und Handlungsdrucks in der akuten Krisensituation sollten die Abrechnungswege der GKV und die Verwaltungsstrukturen des Gesundheitsfonds beim BAS genutzt werden, um schnell und unbürokratisch Mittel auszahlen zu können. Sie wurden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geleistet bzw. vorfinanziert. Das betrifft im Einzelnen folgende Regelungen:

- Krankenhäuser, die zur Erhöhung der Bettenkapazitäten zwischen dem 16. März und 30. September 2020 planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschoben oder ausgesetzt haben, erhielten dafür Ausgleichszahlungen.³⁷ Diese beliefen sich zunächst auf 560 Euro pro Tag für jedes freigehaltene Bett.³⁸ Ab dem 13. Juli 2020 galt eine differenzierte Pauschale je nach Art der Klinik zwischen 360 und 760 Euro bzw. 280 Euro für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Die Mittel dafür wurden aus dem Bundeshaushalt erstattet, in dem dafür 11,5 Mrd. Euro für das Jahr 2020 zur Verfügung stehen. Die Ist-Ausgaben beliefen sich bis Ende Oktober 2020 auf 9,0 Mrd. Euro.
- Daneben erhielten Krankenhäuser 50 000 Euro für jedes Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, das sie nach einer Genehmigung durch die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis 30. September 2020 zusätzlich aufgestellt oder vorgehalten hatten. Seit dem 16. April 2020 werden intensivmedizinische Behandlungskapazitäten in Deutschland verpflichtend erfasst.³⁹ Das BAS zahlte bis Ende Oktober Fördermittel von 636 Mio. Euro für mehr als 12 000 zusätzliche Intensivbetten aus.

³⁷ § 21 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG).

³⁸ Ermittelt wird die Zahl der so freigehaltenen Betten, indem die Krankenhäuser für jeden Tag die Differenz zwischen der aktuellen Belegung und dem Jahresdurchschnitt für 2019 erheben.

³⁹ Verordnung des BMG zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung) vom 8. April 2020, BAnz AT 9. April 2020 V4.

- Zugelassene Praxen für Physio-, Sprach-, Ergo- und Ernährungstherapie und Podologie konnten eine Ausgleichszahlung zur Kompensation ihrer Einkommensausfälle aufgrund des Lockdowns beantragen. Sie erhalten pauschal einen Betrag von 40 % ihrer im vierten Quartal 2019 abgerechneten GKV-Leistungen.⁴⁰ Bis Ende Oktober 2020 zahlte das BAS hierfür 814 Mio. Euro aus.
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen des Müttergenesungswerks erhalten für Einnahmeausfälle eine tagesbezogene Pauschale von 60 % des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes.⁴¹ Dafür ermitteln sie für die Zeit vom 16. März bis 30. September 2020 die Differenz der belegten Betten gegenüber dem Jahresdurchschnitt der im Jahr 2019 stationär behandelten Patientinnen und Patienten. Die Zahlungen des BAS für diesen Zweck beliefen sich bis Ende Oktober 2020 auf 344 Mio. Euro.
- Soziale Dienstleistungseinrichtungen im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung wie Frühförderstellen oder sozialpädagogische Zentren, die Personal, Räume oder Sachmittel für die Pandemiebewältigung zur Verfügung stellen, können ebenfalls Zuschüsse erhalten. Diese können bis zu 75 % der Vergütung betragen, die sie in den letzten zwölf Monaten gegenüber der GKV abgerechnet haben. Anderweitige Unterstützungsleistungen wie Kurzarbeitergeld oder Versicherungsleistungen werden angerechnet.⁴² Hierfür leistete das BAS 4,7 Mio. Euro.
- Krankenhäusern, die in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie besonders belastet waren, werden Mittel für Sonderzahlungen an ihr Pflegepersonal zur Verfügung gestellt. Sie können selbst darüber entscheiden, welche Beschäftigte im Einzelnen Prämien bis zu 1 000 Euro erhalten.

⁴⁰ § 2 der Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzV vom 30. April 2020), Banz AT 4. Mai 2020 V1.

⁴¹ § 111d SGB V, § 3 COVID-19-VSt-SchutzV.

⁴² Bestimmung zur Ermittlung der von den Leistungsträgern nach dem SGB V zu leistenden Zuschüsse im Bereich der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung (§ 9 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz) des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Juni 2020.

Aus der Liquiditätsreserve werden dafür 93 Mio. Euro bereitgestellt.⁴³

3.3.2 Testungen

Labortests auf das Coronavirus im Rahmen der ärztlichen Behandlung gehören zum regulären Leistungskatalog in der GKV, wenn sich Versicherte mit entsprechenden Symptomen in einer Praxis vorstellen oder – auch ohne Symptome – von der Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts (RKI) eine Meldung zu einem erhöhten Risiko erhalten haben.⁴⁴ Daneben führen ärztliche Labore unter bestimmten Voraussetzungen Testungen als Maßnahme zum Infektionsschutz durch. Die Labordiagnostik im Rahmen dieser Testungen wird über die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet, unabhängig davon, ob die betreffenden Personen in der GKV versichert sind.⁴⁵ Das betrifft insbesondere Testungen

- von Personen, die mit einer mit dem Coronavirus infizierten Person im Alltag, im eigenen Haushalt oder über Betreuungs-, Behandlungs- oder Pflegetätigkeit Kontakt hatten,
- bei der Bekämpfung des Coronavirus in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen, beispielsweise in Krankenhäusern, ärztlichen Praxen, Rehabilitationseinrichtungen, Schulen, Kindertagesstätten, Sammelunterkünften und anderen Gemeinschaftseinrichtungen, nachdem dort eine infizierte Person festgestellt wurde,
- als vorbeugende Maßnahme zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus, etwa vor einer stationären Rehabilitation, einer ambulanten Operation und der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, für das dort beschäftigte Personal, die dort lebenden Personen sowie deren Besucherinnen und Besucher,
- nach Aufenthalt in Gebieten, die vom RKI als Epidemie-Region im Inland eingestuft wurden, sowie

⁴³ § 26a KHG. Der Verband der privaten Krankenversicherung zahlt weitere 7 Mio. Euro.

⁴⁴ Praxisinfo Coronavirus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand 15. September 2020.

⁴⁵ § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V i. V. m. der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) vom 14. Oktober 2020, BAnz AT 14. Oktober 2020 V1.

- zur Umsetzung der Testpflicht für Einreisende in die Bundesrepublik, die sich in den letzten 14 Tagen in einer von der Bundesregierung als Risikogebiet eingestuften Region aufgehalten haben; während der Hauptreisezeit in den Sommerferien bis zum 15. September 2020 hatten auch Einreisende aus Nicht-Risikogebieten zehn Tage nach Rückkehr einen Anspruch auf für sie kostenlose Testungen.

Bei diesen Testungen handelt es sich um versicherungsfremde Leistungen, die aus dem Bundeshaushalt refinanziert werden sollten.⁴⁶ Sie werden nach einem gesonderten Abrechnungsschlüssel erfasst und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt. Vollständige Abrechnungsdaten liegen derzeit noch nicht flächendeckend vor. Bis Ende Oktober 2020 zahlte das BAS hierfür insgesamt 104 Mio. Euro aus. Die Höhe der Ausgaben für das gesamte Jahr 2020 hängt stark vom weiteren Verlauf der Pandemie und Anpassungen der nationalen Teststrategie ab. Sie lässt sich derzeit nicht verlässlich abschätzen.

3.4 Bundesmittel und Schätzung der Liquiditätsreserve für 2021

Neben den veranschlagten 11,5 Mrd. Euro für die Erstattung der Krankenhausausgleichszahlungen hat der Bund im Jahr 2020 einen Sonderzuschuss an den Gesundheitsfonds für pandemiebedingte Belastungen von 3,5 Mrd. Euro geleistet. Er diente dazu, die Liquiditätssituation des durch Beitragsmindereinnahmen und Mehrausgaben stark belasteten Gesundheitsfonds zu verbessern.⁴⁷ Im Ergebnis sind damit die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geleisteten Ausgleichszahlungen (vgl. Tz. 3.3.1) und die Ausgaben für die Testungen von asymptomatischen Personen für den Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus (vgl. Tz. 3.3.2) gedeckt. Versicherungsfremde Aufwendungen der GKV werden zugleich kompensiert. Es ist daher nicht zu erwarten, dass der Gesundheitsfonds in diesem Jahr noch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes benötigt.

Der Schätzerkreis geht davon aus, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Abschluss des Geschäftsjahres am 15. Januar 2021 die

⁴⁶ Vgl. Begründung zu Artikel 4 Nr. 4 der Beschlussempfehlung und Bericht zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drs. 19/19216, Seite 107.

⁴⁷ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung eines Zweiten Nachtrags zum Bundeshaushaltsplan für das Haushaltsjahr 2020 (Zweites Nachtragshaushaltsgesetz 2020), BT-Drs. 19/20000, Seite 5.

gesetzliche Mindestreserve von 4,3 Mrd. Euro nicht unterschreitet. Zum Stichtag wird mit einem Bestand von 6,4 Mrd. Euro gerechnet. Ausgaben für asymptomatische Testungen sind dabei allerdings nicht berücksichtigt, weil diese stark vom weiteren Pandemieverlauf abhängen.

4 Ausblick

4.1 Finanz-Prognose für das Jahr 2021

Für das Jahr 2021 ist weiter mit erheblichen konjunkturellen Auswirkungen der weltweiten COVID-19-Pandemie und der Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung zu rechnen, die auf die Beitragseinnahmen der GKV durchschlagen werden. Auf der Ausgabenseite wird zwar erwartet, dass sich die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung weiter normalisiert. Zusätzlich werden aber auch im nächsten Jahr pandemiebedingte Belastungen anfallen.

BMG, BAS und GKV-Spitzenverband hatten Anfang September die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen für das kommende Jahr auf 274,7 Mrd. Euro geschätzt. Auf der Basis einer vorläufigen Einnahme-Prognose würden sich – einschließlich einer Zuführung von 900 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve zur Kompensation des Betriebsrentenfreibetrags – jedoch nur Zuweisungen an die Krankenkassen von insgesamt 241,3 Mrd. Euro ergeben. Müsste diese Differenz durch Zusatzbeiträge gedeckt werden, würde sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Jahr 2021 auf 2,2 % verdoppeln. Damit würde das Ziel der Bundesregierung verfehlt, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf 40 % zu begrenzen.⁴⁸

Aufgrund dieser Schätzung sieht der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)⁴⁹ zum einen vor, dass aus dem Bundeshaushalt auch im Jahr 2021 ein Sonderzuschuss von 5 Mrd. Euro zum Ausgleich der pandemiebedingten Belastungen der GKV fließt. Zusätzlich sollen die Krankenkassen aus ihren Finanzreserven einen Solidarbeitrag leisten, indem sie insgesamt 8 Mrd. Euro dem Gesundheitsfonds zuführen. Gleichzeitig soll es Krankenkassen untersagt werden, ihren Zusatzbeitragssatz anzuheben, wenn sie

⁴⁸ Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag setzt sich aus den Beiträgen zur Krankenversicherung (15,7 %), Rentenversicherung (18,6 %), Arbeitslosenversicherung (2,4 %) und Pflegeversicherung (3,05 %) zusammen und beläuft sich derzeit auf durchschnittlich 39,75 %.

⁴⁹ BT-Drs. 19/23483.

über Finanzreserven von mehr als 80 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe verfügen. Dieser Betrag soll auch die neue gesetzliche Obergrenze sein.

Mit diesen Maßnahmen lässt sich die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes voraussichtlich auf 1,3 % begrenzen. Das entspräche einem zusätzlichen Betrag von 3 Mrd. Euro, den die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der GKV (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite) aufbringen müssten. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitrag stiege damit auf 39,95 %.

Die Krankenkassen sollen ihren Beitrag von 8 Mrd. Euro leisten, indem anteilig die Finanzreserven herangezogen werden, die jeweils das Doppelte der gesetzlichen Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben überschreiten. Die einzelnen Krankenkassen sollen nach dem Gesetzentwurf 66,1 % dessen abführen, was sie über die Grenze von 0,4 Monatsausgaben hinaus an Rücklagen besitzen. Als Abrechnungsbasis gilt dabei der Stand der Finanzreserven am 30. Juni 2020. Konkret soll das BAS für jede Krankenkasse ihren Anteil ermitteln, der dann im Jahr 2021 jeweils anteilig von ihren monatlichen Zuweisungen im Jahresverlauf abgezogen wird.⁵⁰ Damit müssen die Krankenkassen den Betrag nicht auf einmal oder zu einem bestimmten Stichtag aufbringen. Geldanlagen können auf diese Weise sukzessive in der erforderlichen Höhe aufgelöst werden.

Diese Regelung zielt darauf ab, dass nicht allein die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler einzelner Krankenkassen über höhere Zusatzbeiträge erheblich belastet würden, während andere Krankenkassen noch über hohe Finanzreserven verfügen. Die Bundesregierung strebt mit ihrem Entwurf einen einmaligen bundesweiten und kassenübergreifenden Solidarausgleich in der GKV mit dem Ziel einer gleichmäßigeren Lastenverteilung auf die Mitglieder der Krankenkassen an.⁵¹

Nach der vorgesehenen Regelung hätten 97 von 104 Krankenkassen⁵² Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen. Hierbei müssten Krankenkassen, deren Vermögen 164 % einer Monatsausgabe übersteigt, im Laufe des Jahres 2021

⁵⁰ BT-Drs. 19/23483, Artikel 1 Nr. 11.

⁵¹ Begründung zum Entwurf des GPVG, BT-Drs. 19/23483, Seite 36.

⁵² Diese Zahl spiegelt den Bestand an Krankenkassen zum 30. Juni 2020 wider. Aufgrund von Fusionen kann sich die Gesamtzahl der Krankenkassen bis 2021 noch weiter verringern.

mehr als die Hälfte ihrer Finanzrücklagen auflösen. Im Ergebnis wird sich die Vermögensverteilung zwischen den einzelnen Krankenkassen gegenüber dem Stand von Ende 2019 weiter angleichen. Während Ende des Jahres 2019 noch 24 von 57 Krankenkassen mit über 50 000 Mitgliedern mehr als eine durchschnittliche Monatsausgabe an Vermögen auswiesen, werden zum Ende des Jahres 2021 voraussichtlich kaum noch größere Krankenkassen die mit dem GPVG angestrebte Obergrenze von 0,8 Monatsausgaben überschreiten.

Der Schätzerkreis hat in seiner Prognose vom 13. Oktober unter Berücksichtigung der Regelungen des Entwurfs des GPVG einvernehmlich für das Jahr 2021 Einnahmen von 254,9 Mrd. Euro geschätzt. Bei der Ausgabenprognose konnte kein Einvernehmen erzielt werden. Der Schätzerkreis erwartet mehrheitlich (BMG und BAS) einen Anstieg der Ausgaben um 6,6 % auf 274,9 Mrd. Euro, während der GKV-Spitzenverband einen Anstieg um 6,9 % auf 276,6 Mrd. Euro prognostiziert. Aus der mehrheitlichen Prognose ergibt sich rechnerisch ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2021 von 1,3 %.

4.2 Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Die GKV konnte bislang die besonderen Herausforderungen infolge der COVID-19-Pandemie nicht zuletzt durch die stabilisierenden regulatorischen Maßnahmen und gemeinsame staatliche wie gesellschaftliche Anstrengungen überzeugend bewältigen. Es gelang, das Gesundheitssystem insgesamt leistungsfähig zu halten und einen Anstieg der Zusatzbeiträge im Jahr 2020 weitgehend zu vermeiden. Die derzeit noch bestehenden Spreizungen der Finanzreserven der Krankenkassen werden durch den beabsichtigten Solidarausgleich innerhalb der GKV im Rahmen des GPVG deutlich zurückgehen. Der Bundesrechnungshof befürwortet diesen einmaligen Ausgleich zwischen den Krankenkassen, um die Lasten der COVID-19-Pandemie möglichst fair auf alle Krankenkassen zu verteilen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Vermögen unter dem Regime eines Risikostrukturausgleichs aufgebaut wurden, dessen Merkmale der Gesetzgeber erst in diesem Jahr reformiert hat. Der Risikostrukturausgleich war im Vorfeld über Jahre als ungerecht und manipulationsanfällig bewertet worden. Die – teilweise – Auflösung der kassenindividuellen Finanzreserven erfolgt zugunsten der Gemeinschaft der Versicherten und mit dem übergeordneten Ziel, die Leistungsfähigkeit der gesamten GKV zu

sichern. Hinzu tritt, dass die angesparten Finanzreserven der Krankenkassen anteilig auch Bundesmittel enthalten. Die Grundsätze und Grenzen der Finanzautonomie der GKV sieht der Bundesrechnungshof bei der beabsichtigten Regelung – wie schon bei der Ausgestaltung der geltenden Fassung des § 260 Absätze 2a und 4 SGB V – insoweit nicht verletzt.⁵³

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wurde infolge der unerwarteten Pandemieauswirkungen zwar deutlich reduziert. Derzeit wird aber kein Bedarf für ein Liquiditätsdarlehen gesehen. Die Ausgangslage im Jahr 2021 wird sich hingegen verschärft darstellen: Der geschätzte Bestand zum Stichtag am 15. Januar 2021 von 6,4 Mrd. Euro berücksichtigt noch nicht alle Ausgaben, die im Jahr 2020 für asymptomatische Testungen anfallen werden. Die geplanten Entnahmen für den Betriebsrentenfreibetrag (900 Mio. Euro) und den Innovationsfonds (100 Mio. Euro) belasten die tatsächliche Liquidität des Gesundheitsfonds zusätzlich. Erneute – auch pandemiebedingte – Ausgabenüberschüsse im Jahr 2021 könnten die Einhaltung der Mindestreserve für das Jahr 2022 gefährden. Rücklagen der Krankenkassen werden dann aber nicht mehr in nennenswertem Umfang zur Konsolidierung bereitstehen.

Da der weitere Verlauf der Pandemie derzeit medizinisch, sozial und ökonomisch auf nationaler wie internationaler Ebene kaum abschätzbar ist, bleiben die finanziellen Auswirkungen auf die GKV ungewiss. Das BMG ist in dieser Situation aufgerufen, das weitere Geschehen sorgfältig zu beobachten, um gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitswesens zeitnah ergreifen zu können. Dazu zählt auch, für versicherungsfremde Verpflichtungen der GKV einen adäquaten Ausgleich zu schaffen.

Dr. Weber

Sievers

⁵³ Die in der öffentlichen Diskussion vereinzelt vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die geplante Rückführung der Finanzreserven teilt der Bundesrechnungshof nicht. Er bewertet diese Einwände im Rahmen dieses Berichtes jedoch nicht gesondert.