

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/19098 –**

Finanzierung der Krankenkassen in der Corona-Krise

Vorbemerkung der Fragesteller

Die bestehende Corona-Krise erfordert auch von den gesetzlichen Krankenkassen eine Kraftanstrengung. Sie sind auf verlässliche Einnahmen angewiesen, damit der Fortbestand und die Stabilität unseres solidarischen Krankenversicherungssystems garantiert werden kann. Haupteinnahmequelle der Kassen ist der beim Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltete Gesundheitsfonds. Dieser zahlt den Kassen zur Deckung der Kosten monatliche Abschlagszahlungen. Der Gesundheitsfonds verfügte zu Jahresbeginn über eine Liquiditätsreserve von etwa 10,3 Mrd. Euro (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 72 des Abgeordneten Dr. Achim Kessler auf Bundestagsdrucksache 19/15365). Diese ist als Puffer für unterjährige Schwankungen bei Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds vorgesehen. Nach Presseberichten (vgl. Tagesspiegel vom 21. April 2020, Seite 14, Artikel „Milliardenrisiken“) scheint durch die Corona-Krise die Liquidität des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen nicht mehr in gewohntem Umfang sichergestellt zu sein. Zwar kamen bisher alle Zuweisungen bei den Kassen innerhalb der gesetzlichen Fristen an, aber die Zahlung für April 2020 wurde deutlich auf weniger als die Hälfte des korrespondierenden März-Wertes gekürzt. Die restliche Zahlung soll nun später erfolgen. Die Krankenkassen müssen den Zeitraum überbrücken, Kassen mit Rücklagen müssen diese teils zu schlechteren Konditionen auflösen als geplant.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Gesundheitsfonds durch gesetzlich festgelegte Zahlungen an den Innovationsfonds, den Krankenhausstrukturfonds, den Rechnungszuschlag an die Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen an die Kassen wegen der Abschaffung der Doppelverbeitragung und nun auch mit Ausgleichszahlungen zur Finanzierung der Belastungen der Krankenhäuser durch das Freimachen von Betten sowie an Rehabilitationseinrichtungen wegen des Ausbleibens von Behandlungen belastet wird. Geplant sind zudem Leistungen an Heilmittelpraxen wegen der krisenbedingt ausbleibenden Behandlungen sowie Leistungen an Träger von Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren. Teils sollen diese Zahlungen durch Bundesmittel ausgeglichen werden, teils ist dies nicht geplant.

Die Kassen ihrerseits sind vor allem zukünftig dadurch belastet, dass durch den wirtschaftlichen Einbruch auch die beitragspflichtigen Einkommen sinken werden und damit auch die Zusatzbeiträge.

Zu Anfang des Jahres betrug die Liquiditätsreserve mit 10,3 Mrd. Euro etwas weniger als die Hälfte einer Monatsausgabe. Die gesetzliche Mindestreserve betrug bis dahin ein Viertel einer Monatsausgabe. Mit dem Gesetz zur Abschaffung der Doppelverbeitragung wurde die gesetzliche Mindestreserve auf ein Fünftel einer Monatsausgabe gesenkt. In der oben genannten Antwort behauptete die Bundesregierung, dass 25 Prozent nicht gebraucht würden, um unterjährige Schwankungen auszugleichen. 20 Prozent, also rund 4,3 Mrd. Euro reichten nicht nur für die Absicherung unterjähriger Schwankungen aus, sondern es stünden „auch in den kommenden Jahren ausreichend liquide Mittel im Gesundheitsfonds zur Verfügung (...), um die Entnahmen aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren.

Sofern in den kommenden Fragen nach Daten zu Krankenkassen gefragt wird, wird bezüglich der landesunmittelbaren Kassen nach der Kenntnis der Bundesregierung gefragt; liegt diese nicht vor, dann wird ersatzweise nach den bundesunmittelbaren Kassen gefragt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Über den Gesundheitsfonds werden die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwaltet und die Zuweisungen an die Krankenkassen ausgezahlt. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dient insbesondere dazu, unterjährige Einnahmerisiken abzusichern und Einnahmeschwankungen aufzufangen.

Der Gesundheitsfonds verfügte zum Stichtag 15. Januar 2020 über eine Liquiditätsreserve von rund 10,2 Mrd. Euro. Die Mindestreserve der liquiden Mittel des Gesundheitsfonds hat zum Ablauf des Geschäftsjahres 2020 aufgrund der seit dem 1. Januar 2020 geltenden Untergrenze von 20 Prozent einer Monatsausgabe bei rund 4,3 Mrd. Euro zu liegen.

Die Corona-Epidemie stellt eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen und die GKV dar. Daher wurden Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems zu sichern und Erlösausfälle, Defizite und Liquiditätsengpässe systemrelevanter Leistungserbringer zu vermeiden oder abzufedern. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wurde auch auf Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie des Bundes zurückgegriffen.

Zudem kommt es derzeit, vergleichbar anderen Sozialversicherungszweigen, aufgrund der Corona-Epidemie zu konjunkturell bedingten Beitragsmindereinnahmen des Gesundheitsfonds sowie zeitlich begrenzten Beitragsausfällen aufgrund der Inanspruchnahme von Beitragsstundungen durch Unternehmen und Selbstständige.

Da das Zuweisungsvolumen an die Krankenkassen für das Jahr 2020 auf Basis der Einnahmenprognose des GKV-Schätzerkreises aus dem Herbst 2019 festgeschrieben ist, trägt allein der Gesundheitsfonds das Risiko von Mindereinnahmen im laufenden Jahr. Die Krankenkassen erhalten ihre garantierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds grundsätzlich in monatlich gleich hohen Teilbeträgen. Die Zuweisungen für einen Zuweisungsmonat werden dabei vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ab dem 16. eines Monats an die Krankenkassen ausgezahlt und sind gemäß § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bis zum 15. des Folgemonats abzuschließen. Aufgrund des langfristig stabilen Bestands der Liquiditätsreserve zwischen rund 9 und 10 Mrd. Euro war es dem BAS in den letzten Jahren möglich, die Zuweisungen bereits zum Ende des laufenden Monats – und damit zwei Wo-

chen vor der in der RSAV geregelten Frist – vollständig an die Krankenkassen ausbezahlen.

Durch die stundungs- sowie konjunkturbedingten Mindereinnahmen sowie durch die weiteren Corona-bedingten Entnahmen aus der Liquiditätsreserve reduzieren sich seit Ende März 2020 die im Gesundheitsfonds verfügbaren liquiden Mittel. Die zu Beginn eines Zuweisungsmonats an die Krankenkassen ausbezahrenden Mittel fallen daher bereits seit dem Zuweisungsmonat April niedriger aus. Damit geht einher, dass die monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen erst später abgeschlossen werden können. Hierbei ist allerdings sichergestellt, dass die Zuweisungen entsprechend der Frist nach § 16 Absatz 5 RSAV bis spätestens zum 15. des Folgemonats vollständig ausgezahlt werden.

Kann über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht sichergestellt werden, dass der Gesundheitsfonds seine gesetzlich vorgesehenen, finanziellen Verpflichtungen erfüllen kann, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel gemäß § 271 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 12 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes. Soweit es zur Vermeidung eines solchen Liquiditätsdarlehens erforderlich ist, kann die Zahlung von monatlichen Teilbeträgen des Bundeszuschusses vorgezogen werden. Darüber hinaus werden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Finanzen in der zweiten Hälfte des Jahres 2020 miteinander festlegen, in welchem Umfang die GKV zusätzliche Zuschüsse des Bundes zur Stabilisierung des Beitragssatzes erhalten sollte.

In den ersten Jahren nach Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 war der Abschluss der Zuweisungsauszahlungen zur Mitte des Folgemonats der Regelfall. Erst mit dem zunehmenden Aufwuchs der Liquiditätsreserve aufgrund der positiven konjunkturellen Entwicklung der letzten Jahre konnte das BAS die Zuweisungen bereits zum Ende des laufenden Monats vollständig auszahlen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie und dem damit aus den o. g. Gründen verbundenen Rückgang der Liquiditätsreserve im laufenden Jahr wird damit zu rechnen sein, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen wieder erst zum Ende der in der RSAV vorgesehenen Frist – also bis zum 15. des Folgemonats – abgeschlossen sein werden. Die Bundesregierung ist sich darüber bewusst, dass diese veränderten Rahmenbedingungen die Krankenkassen vor Herausforderungen stellen und zumindest in der Übergangsphase eine Anpassung ihrer Liquiditätsplanung erforderlich ist.

1. Welche gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen in welcher Höhe und in welchem Turnus hat der Gesundheitsfonds bzw. die Liquiditätsreserve neben den gewöhnlichen Zuweisungen an die Krankenkassen in diesem und in den kommenden vier Jahren?

Für das Jahr 2020 sowie die Folgejahre sind bereits folgende in den entsprechenden Gesetzesbegründungen ausgewiesenen gesetzlichen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorgesehen:

- Einführung eines Freibetrags für Betriebsrentner: Ausgleich der Mindereinnahmen in Höhe von 1,2 Mrd. Euro im Jahr 2020, 900 Mio. Euro im Jahr 2021, 600 Mio. Euro im Jahr 2022 und 300 Mio. im Jahr 2023;
- Pauschaler Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen für Pflegepersonal in den Krankenhäusern: Einmalige Entnahme in Höhe von 0,225 Mrd. Euro im Jahr 2020;
- Auszahlungsverpflichtungen für den Innovationsfonds: Entnahme in Höhe von jeweils 0,1 Mrd. Euro in den Jahren 2020 bis 2024;

- Auszahlungsverpflichtungen für den Krankenhausstrukturfonds: Entnahme in Höhe von jeweils bis zu 0,5 Mrd. Euro in den Jahren 2020 bis 2022;
- Bonuszahlung für neu geschaffene Intensivbetten in Krankenhäusern: Entnahme in Höhe von 1,5 Mrd. Euro im Falle einer Verdopplung der Intensivkapazitäten;
- Ausgleichszahlungen von Epidemie-bedingten Einnahmeausfällen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: noch nicht quantifizierbar;
- Ausgleichszahlungen von Epidemie-bedingten Einnahmeausfällen für Heilmittelerbringer: Entnahme in Höhe von voraussichtlich rund 970 Mio. Euro;
- Ausgleichszahlungen von Epidemie-bedingten Einnahmeausfällen für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen: noch nicht quantifizierbar;
- Die Aufwendungen für Testungen bei symptomfreien Personen außerhalb der Krankenbehandlung und Leistungen für nicht gesetzlich Versicherte, die der GKV als versicherungsfremde Leistungsaufwendungen entstehen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Auf Grundlage der in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Preise entstehen der GKV bei Kostenübernahme je 1 Mio. ungebündelter PCR-Tests Mehrausgaben von ca. 60 Mio. Euro.

Bei den Angaben zum Innovationsfonds und zum Krankenhausstrukturfonds ist zu berücksichtigen, dass die tatsächlichen Entnahmen in den jeweiligen Jahren abweichen können und daher nicht zwangsläufig als jährlich gleichbleibende Beträge erfolgen. Dies ist der Fall, wenn das maximale Fördervolumen eines Jahres nicht vollständig ausgeschöpft wird. So hängt die Bewilligung von Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds unter anderem davon ab, dass die Länder entsprechende Anträge auf Förderung von Vorhaben stellen und die notwendige Kofinanzierung bereitstellen. Zudem sehen die Regelungen zum Innovationsfonds ab dem Jahr 2020 eine Übertragung von nicht-bewilligten oder nicht zur Auszahlung gelangten Mitteln in das Folgejahr vor.

2. Welche dieser Zahlungsverpflichtungen werden über Bundesmittel an den Gesundheitsfonds bzw. die Liquiditätsreserve zurückfließen?

Wann ist damit zu rechnen, dass diese Überweisungen stattfinden?

Welche Zahlungsverpflichtungen werden voraussichtlich nicht über Bundesmittel ausgeglichen?

Aus den im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz geregelten Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser für die Freihaltung von Bettenkapazitäten durch die Verschiebung planbarer Operationen, Eingriffe und Aufnahmen ergeben sich vorübergehende Zahlungsverpflichtungen des Gesundheitsfonds. Die hierfür gezahlten Beträge werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aus Mitteln des Bundes erstattet. Entsprechend der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erfolgt die Erstattung der Ausgleichszahlungen aus Mitteln des Bundes derzeit monatlich. Durch die Regelungen des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll die Erstattung nunmehr wöchentlich erfolgen. Dadurch wird die Liquidität des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen in deutlich geringerem Maße belastet.

Für die übrigen Zahlungsverpflichtungen des Gesundheitsfonds erfolgt nach geltender Rechtslage keine Erstattung aus Bundesmitteln.

3. Werden krisenbedingt Zahlungen des Gesundheitsfonds bzw. aus der Liquiditätsreserve an die Kassen notwendig, die sonst nicht notwendig geworden wären?

Wenn ja, zu welchem Zweck, in welcher Höhe, und zu welchem Zeitpunkt (falls keine genauen Angaben vorhanden, bitte Größenordnung schätzen)?

Für das Jahr 2020 sind die Zuweisungen auf Höhe der im Oktober 2019 vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten Einnahmen festgeschrieben. Das bedeutet, dass die Krankenkassen garantierte Zuweisungen erhalten und der Gesundheitsfonds die konjunkturell bedingten Mindereinnahmen trägt. Zusätzliche, krisenbedingte Zahlungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen müssten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden und sind derzeit nicht vorgesehen.

4. Wie hoch sind die Ausgaben für Tests auf SARS-CoV-2 derzeit pro Woche, und wie viele Tests werden damit finanziert?

Erhalten die Krankenkassen dafür einen Ausgleich?

Wie hoch sind die Ausgaben für Schutzmaterial, die von Kassen bzw. Gesundheitsfonds oder Liquiditätsreserve getragen werden (falls keine genauen Angaben vorhanden, bitte Größenordnung schätzen)?

Gemäß Situationsbericht des Robert Koch-Institutes vom 13. Mai 2020 (Stand: 18. Mai 2020) wurden in Kalenderwoche 19 in den 173 Laboren, die entsprechende Daten übermittelt haben, 382.154 Testungen durchgeführt. Die Vergütung der Tests unterscheidet sich u. a. zwischen der vertragsärztlichen Versorgung, für die der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gilt (Gebührenordnungsposition 32816: 59 Euro), und der privatärztlichen Versorgung, deren Abrechnungsgrundlage die Gebührenordnung für Ärzte ist (Gebührenverzeichnis Nummern 4780, 4782 und 4783: 127 Euro). Welcher Anteil der Testungen auf die vertragsärztliche Versorgung entfällt, kann derzeit nicht beziffert werden, da entsprechende differenzierte Abrechnungsdaten noch nicht vorliegen.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Höhe der gesamten Ausgaben für medizinisches Schutzmaterial (Persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel), die von den Krankenkassen finanziert werden, vor. Das deutsche Gesundheitssystem ist dezentral aufgestellt. Struktur und Inhalt der Vergütung von Leistungen zu Lasten der GKV werden in der Regel nicht durch den Bundesgesetzgeber festgelegt, sondern im Rahmen von Verhandlungen der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder von deren Verbänden vereinbart. Zur Beschaffung von Persönlicher Schutzausrüstung durch die verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems und deren Vergütung durch die Krankenkassen hat sich die Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Bewältigung der Corona-Krise – Pandemiepläne, Risikoanalyse und Schutzmaterial“ auf Bundestagsdrucksache 19/19047 geäußert. Hierauf wird Bezug genommen.

5. Ist geplant oder vorhersehbar, dass der Gesundheitsfonds Kredite bzw. Darlehen beim Bund oder bei Dritten aufnimmt?

Wenn ja, wann, und in welcher Höhe bzw. Größenordnung?

Kann über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht sichergestellt werden, dass der Gesundheitsfonds seine gesetzlich vorgesehenen, finanziellen Verpflichtungen erfüllen kann, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds nicht zu verzinsende Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel gemäß § 271 Ab-

satz 3 SGB V i. V. m. § 12 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes. Soweit es zur Vermeidung eines solchen Liquiditätsdarlehens erforderlich ist, kann die Zahlung von monatlichen Teilbeträgen des Bundeszuschusses nach § 221 SGB V im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen vorgezogen werden (§ 12 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes).

Aussagen, ob bzw. wann und in welcher Höhe dies erforderlich sein könnte, können derzeit nicht valide getroffen werden.

6. Wie hoch war der Stand der Liquiditätsreserve im Januar, Februar, März und April dieses Jahres?

Die Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird nach Ablauf des Geschäftsjahres einmalig stichtagsbezogen zum 15. Januar eines Jahres ausgewiesen. Am 15. Januar 2020 betrug die Höhe der Liquiditätsreserve 10,2 Mrd. Euro. Ein unterjähriger Ausweis ist nicht sachgerecht, da die in der Liquiditätsreserve vorgehaltenen liquiden Mittel in Abhängigkeit von den täglichen Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds einer erheblichen Volatilität unterliegen.

7. Wie hat sich die Liquiditätsreserve in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr jeweils eine mit den anderen Jahren vergleichbare Angabe)?

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds hat sich wie folgt entwickelt:

	2015	2016	2017	2018	2019
absolut in Mrd. Euro	10,0	9,5	9,1	9,7	10,2

Quelle: Auswertungen des Bundesamts für Soziale Sicherung (bis 2016), Statistik KJ1 des Gesundheitsfonds (ab 2017; Schlüssel wurde neu eingeführt), jeweils zum 15. Januar des Folgejahres.

8. Wie hoch waren die Rücklagen der Kassen im Januar, Februar, März und April dieses Jahres?

Die Finanzreserven (Betriebsmittel, Rücklagen sowie Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen) der gesetzlichen Krankenkassen werden vierteljährlich erhoben. Die entsprechenden Daten für das 1. Quartal 2020 werden für Mitte Juni 2020 erwartet. Die jüngsten derzeit vorliegenden Daten im Hinblick auf die Finanzreserven in der GKV sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse für das Jahr 2019 aus der amtlichen Statistik KV45. Demnach verfügten die gesetzlichen Krankenkassen zum Stichtag 31. Dezember 2019 über Finanzreserven von insgesamt rund 19,8 Mrd. Euro.

9. Wie haben sich die Rücklagen der Krankenkassen in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr jeweils eine mit den anderen Jahren vergleichbare Angabe)?

Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen haben sich wie folgt entwickelt:

	2015	2016	2017	2018	2019
absolut in Mrd. Euro	14,6	16,1	19,5	21,3	19,8
im Verhältnis zu einer durchschnittlichen Monatsausgabe im entsprechenden Jahr	82 %	87 %	102 %	107 %	94 %

Quelle: Jahresrechnungsergebnissen (Statistik KJ1) bzw. vorläufige Finanzergebnisse (Statistik KV45) für 2019, jeweils zum 31. Dezember

10. Wie hoch ist nach den neuesten Angaben die Rücklage der Kasse mit dem niedrigsten Vielfachen einer Monatsausgabe, wie hoch ist die Rücklage der Kasse mit dem höchsten Vielfachen, was ist der Durchschnitt, was der Median (bitte immer in einem Vielfachen einer Monatsausgabe angeben)?

Unter allen gesetzlichen Krankenkassen (in Klammern gesetzliche Krankenkassen mit mindestens 100.000 Versicherten) betragen die Finanzreserven zum 31. Dezember 2019 im Verhältnis zu einer durchschnittlichen Monatsausgabe im Minimum 9 Prozent (32 Prozent), im Maximum 449 Prozent (325 Prozent), im Durchschnitt 128 Prozent (103 Prozent) sowie im Median 105 Prozent (91 Prozent). Quelle: Vorläufige Finanzergebnisse (Statistik KV45), Fusionsstand ist 1. Mai 2020.

11. Ist es richtig, dass die Kasse mit dem höchsten Finanzierungsanteil aus Zusatzbeiträgen auch das höchste Einnahmerisiko unter den Kassen trägt?

Ist es richtig, dass Krankenkassen mit hohen Zusatzbeiträgen in der Regel über geringere Rücklagen verfügen als Kassen mit niedrigen Zusatzbeiträgen?

Ist daraus zu schlussfolgern, dass eine wirtschaftliche Krise mit Ausfällen im beitragspflichtigen Einkommen Kassen mit hohen Zusatzbeiträgen tendenziell härter trifft?

Die Zuweisungen für die am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen sind für das laufende Jahr 2020 auf Basis der im Schätzerkreis im Oktober 2019 prognostizierten GKV-Beitragseinnahmen fixiert. Das bedeutet, dass das Risiko von unterjährigen Einnahmeausfällen nicht von den einzelnen Krankenkassen, sondern vom Gesundheitsfonds getragen wird. Dies gilt auch für die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen: Der Einkommensausgleich stellt sicher, dass die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen einer einzelnen Krankenkasse keinen Einfluss auf die Höhe ihres Zusatzbeitrags hat. Insofern tragen Krankenkassen mit dem höchsten Finanzierungsanteil aus Zusatzbeiträgen genauso wenig ein Einnahmerisiko wie alle anderen Krankenkassen.

Ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe der Zusatzbeitragssätze und der Höhe der Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen ist tendenziell erkennbar. Allerdings ist dabei auch zu berücksichtigen, dass Krankenkassen mit Finanzreserven oberhalb von mehr als einer Monatsausgabe verpflichtet sind, diese bis spätestens Ende 2022 schrittweise abzubauen.

12. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den krisenbedingten Rückgang des beitragspflichtigen Einkommens (Grundlohn) gegenüber der letzten Schätzung des Schätzerkreises?

Auf Basis der aktuellen gesamtwirtschaftlichen Eckdaten ist mit derzeit geschätzten Beitragsmindereinnahmen gegenüber den bisherigen Annahmen des Schätzerkreises in einer Größenordnung von ca. vier bis fünf Mrd. Euro zu rechnen. Diese Einschätzung ist naturgemäß mit erheblichen Unsicherheiten verbunden.

13. Für wie möglich oder wahrscheinlich hält es die Bundesregierung, dass es bei einzelnen Kassen zu Liquiditätsengpässen oder Insolvenzen kommen kann?

Plant sie für diesen Fall ein Rettungspaket bzw. Regelungen zur Rettung von Krankenkassen, werden die bestehenden Regelungen ausreichen, damit es nicht zu einer krisenbedingten Insolvenz kommt, oder wird die Bundesregierung Insolvenzen zulassen, falls es dazu kommt?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 11 erläutert, tragen die Krankenkassen unterjährig kein Einnahmerisiko. Gesetzlich ist vorgesehen, dass der Gesundheitsfonds die Zuweisungen bis spätestens zum 15. des Folgemonats vollständig auszahlen muss. In den vergangenen Jahren konnten die Zuweisungen aufgrund der gut gefüllten Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereits bis zum Ende des laufenden Monats vollständig ausgezahlt werden. Allerdings ist die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds sowohl durch konjunkturell bedingte Mindereinnahmen als auch durch temporäre Mindereinnahmen aufgrund der Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen sowie durch finanzielle Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Bewältigung der SARS-CoV-2-Epidemie erheblich belastet, sodass die Zuweisungen seit April 2020 später als zuvor abgeschlossen werden können. Die gesetzliche Verpflichtung, dass die Zuweisungen bis spätestens zum 15. des Folgemonats ausbezahlt sind, konnte bisher erfüllt werden. Die Zuweisungen für den Monat April konnten bereits am 7. Mai abgeschlossen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen verfügten zum Stichtag 31. Dezember 2019 über Finanzreserven von ca. 19,8 Mrd. Euro. Bis auf eine kleinere Krankenkassen mit weniger als 50 Tausend Mitgliedern hatten sämtliche Krankenkassen Finanzreserven – in den meisten Fällen sogar deutlich – oberhalb der Mindestreserve.

Darüber hinaus stehen dem GKV-Spitzenverband zur Vermeidung von Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen sowie zur Überbrückung vorübergehender Liquiditätsengpässe Handlungsmöglichkeiten und Instrumente zur Verfügung. Aktuell sieht die Bundesregierung hier keinen Handlungsbedarf.

14. Wie wird COVID-19 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt?

Ist dies kostendeckend für die Kassen?

Werden hierbei altersadjustierte Ausgaben oder unterschiedliche Schweregrade angesetzt?

Wesentliches Ziel des Risikostrukturausgleichs (RSA) ist es, durch morbiditätsadjustierte Zuweisungen unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten auszugleichen und somit Risikoselektionsanreize zu verringern. Gleichzeitig sollen jedoch Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Krankenkassen erhalten und medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen vermieden werden.

Daher erfolgt über den RSA keine vollständige Kostendeckung der tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse. Stattdessen werden auf Basis unterschiedlicher Risikomerkmale (insbesondere Alter, Geschlecht, Morbidität und ab dem Ausgleichsjahr 2021 Regionalität) standardisierte, durchschnittliche Leistungsausgaben ausgeglichen.

Gleichzeitig ist der RSA prospektiv ausgestaltet, d. h. die Ausgaben eines Jahres werden durch die Morbiditätsinformationen des Vorjahres erklärt. Der RSA gleicht daher über Morbiditätszuschläge die Folgekosten einer Erkrankung aus. Gleichwohl werden die Leistungsausgaben für COVID-19 im Rahmen einer Krankenbehandlung im RSA-Ausgleichsjahr 2020 berücksichtigt. Sie fließen in die Berechnungen der Zuweisungen ein und werden – wie Leistungsausgaben für akute Erkrankungen generell – über die Zuweisungen für die Alters- und Geschlechtsgruppen abgebildet.

Sofern COVID-19 bzw. die Manifestationen dieser Erkrankung mit Folgekosten einhergehen, wären zudem grundsätzlich Morbiditätszuschläge im Ausgleichsjahr 2021 möglich, in dem erstmals das mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz eingeführte Krankheitsvollmodell umgesetzt wird.

