

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 19/29083 –**

Lastenverteilung der Pandemiebewältigung – Berücksichtigung der privaten Krankenversicherungen bei der Kostenbeteiligung

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Corona-Krise betrifft jede und jeden: sozial, ökonomisch, gesundheitlich und auch in den demokratischen Grundrechten. Die Eindämmung der Pandemie ist daher auch im Interesse aller. Über die Verteilung der Lasten wird jedoch gerungen, wobei sich hier verschiedene Interessengruppen wie die privaten Krankenkassen, mit ihrer Macht und ihren Einflussmöglichkeiten einer solidarischen Lastenverteilung möglicherweise entziehen (<http://www.lobbycontrol.de/2020/04/lobbyismus-und-demokratie-in-der-corona-krise>; https://www.deutschlandfunk.de/privat-und-gesetzlich-versicherte-gerechtigkeitsproblem-e.766.de.html?dram:article_id=479107). Es ist nach Ansicht der Fragesteller Aufgabe des Parlaments, hier für Transparenz zu sorgen.

Infolge der Corona-Pandemie sind enorme Kosten zur Bekämpfung der Pandemie im Gesundheitswesen entstanden. So wurden Zahlungen zwischen 360 und 760 Euro pro Tag für freigehaltene Betten (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118334/Finanzhilfen-fuer-Krankenhaeuser-mit-vielen-COVID-19-Patienten-geplant>) sowie 50 000 Euro pauschal für die Bereitstellung von Intensivbetten getätigt (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressenotmitteilungen/2020/1-quartal/gesetzespakete-corona-epidemie.html>). Hinzu kommen die Ausgaben für Schutzkleidung, Impfdosen, Impfzentren und mobile Impfteams – deren Kosten zwischen Ländern und Krankenkassen geteilt wurden –, das erweiterte Kinderkrankengeld, vergünstigte oder kostenlose FFP2-Masken für bestimmte Personengruppen, Corona-Tests und der Ausgleich von Einnahmeausfällen bei Heilmittelerbringenden und Rehakliniken, um nur einige Maßnahmen zu nennen.

Teils werden die pandemiebedingten Ausgaben von dem System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lediglich vorfinanziert und die Ausgaben entweder pauschal oder per Spitzabrechnung aus Steuermitteln gedeckt. Teilweise ist aber eine Deckung aus den Reserven der Krankenkassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder durch eine Erhöhung der Zusatzbeiträge beabsichtigt. Die Bandbreite und der Umfang der pandemiebedingten Kosten und wer für diese Kosten aufkommt, ist nach Auffassung der Fragesteller nicht transparent erkennbar. Für die Öffentlichkeit und für eine politische Bewertung ist es nach Ansicht der Fragesteller allerdings wichtig, zu

wissen, welche Ausgaben entstanden sind und vor allem, von wem sie getragen wurden und getragen werden sollen. So stellt sich die Frage, welcher Teil der Kosten über den Gesundheitsfonds, von den Krankenkassen, von den Ländern, dem Bund oder anderen Kostenträgern übernommen wird. Unklar ist, ob (voraussichtliche) Defizite und Beitragssatzerhöhungen pandemiebedingt, durch andere gesetzliche Maßnahmen oder Veränderungen der Rahmenbedingungen zustande kamen bzw. kommen. Ebenso unklar ist, inwiefern durch den wirtschaftlichen Einbruch und dadurch bedingtes Absinken der Grundlohnsomme negative Effekte auf der Einnahmeseite der GKV zu beobachten waren, und wenn ja, in welcher Höhe. Ebenso ist für eine transparente Diskussion der gerechten Verteilung der Lasten die Frage, in welcher Art und in welchem Maß die privaten Krankenversicherungen (PKV) an den Kosten beteiligt sind, wo sie nicht beteiligt sind und wo ihre Mitglieder dennoch von pandemiebedingten Leistungen profitieren. Es ist nach Presseberichten zu befürchten, dass die PKV nicht angemessen an den Kosten beteiligt wird (https://www.deutschlandfunk.de/privat-und-gesetzlich-versicherte-gerechtigkeitsproblem-e.766.de.html?dram:article_id=479107).

Für privat Versicherte werden etwa die Kosten in folgenden Fällen nicht über die PKV übernommen, sondern – überwiegend auf Grundlage der Coronavirus-Testverordnung vom 27. Januar 2021 – vom jeweils im folgenden aufgeführten Träger:

- Vom Öffentlichen Gesundheitsdienst angeordnete, durchgeführte oder beauftragte Test werden über den Gesundheitsfonds abgerechnet.
- Tests aufgrund einer entsprechenden Meldung der Corona-Warn-App werden über den Gesundheitsfonds abgerechnet.
- Tests im Rahmen von ambulanten Operationen werden vom Gesundheitsfonds übernommen (<https://www.pkv.de/wissen/versorgung/corona-tests-fuer-privatversicherte/> 10. Februar 2021).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte epidemische Lage von nationaler Tragweite führt zu vielfältigen Herausforderungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Die daraus resultierenden notwendigen gesetzgeberischen Maßnahmen ebenso wie die wirtschaftliche Gesamtsituation gehen mit finanziellen Belastungen für das deutsche Krankenversicherungssystem einher.

Die Bundesregierung hat daher frühzeitig dafür Sorge getragen, die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch einen zusätzlichen Bundeszuschuss zu stabilisieren. Im Jahr 2020 leistete der Bund zusätzlich zum Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Höhe von 14,5 Mrd. Euro einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Dieser diente sowohl dem Ausgleich der Aufwendungen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für pandemiebedingte Zahlungen an Leistungserbringer als auch der Kompensation der pandemiebedingten konjunkturellen Beitragsmindereinnahmen der GKV. Der Bundeszuschuss an die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2020 in Höhe von 1,8 Mrd. Euro deckte den finanziellen Aufwand für die Zahlung der sogenannten Corona-Prämie sowie einen Teil der in diesem Jahr entstandenen pandemiebedingten Mehrausgaben ab.

Darüber hinaus leistet der Bund im Jahr 2021 einen weiteren ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Mrd. Euro zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV. Weitere Bundesmittel wurden insbesondere auch für die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und seit dem 18. November 2020 an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für pandemiebedingt freigehaltene Bettenkapazitäten zur Verfügung gestellt sowie für die Versorgung von besonders ge-

fährdeten Personengruppen mit FFP-2-Masken und im Rahmen der Corona-Testungen und -Impfungen.

Damit übernimmt der Bund in hohem Maße Ausgaben für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die sonst vor allem von den Kranken- und Pflegekassen zu tragen wären. Die Finanzierung dieser Bundesmittel erfolgt durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler. Somit werden sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte an der Finanzierung dieser Maßnahmen über ihre Steuerabgaben beteiligt.

Darüber hinaus haben sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie durch zusätzliche freiwillige Maßnahmen an der Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben beteiligt. Dies umfasst unter anderem:

- die Finanzierung von coronabedingten Zusatzausgaben im Bereich der Krankenhäuser, die über einen Zuschlag oder mit einem Zusatzentgelt je voll- oder teilstationärem Behandlungsfall direkt von den Krankenhäusern und somit auch bei privatversicherten Patientinnen und privatversicherten Patienten abgerechnet werden;
- die finanzielle Beteiligung an der Sonderleistung für besonders belastete Pflegekräfte und andere Beschäftigte in Krankenhäusern nach § 26a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Höhe von 7 Mio. Euro;
- die Beteiligung an der Refinanzierung für durch den Bund beschaffte Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir nach § 26b KHG;
- die Mitfinanzierung der Kosten der Impfzentren gemäß ihres Versichertenteils, soweit die Kosten nicht vom Bund oder den Ländern getragen werden;
- die Finanzierung von SARS-CoV-2-Testungen symptomatischer Personen im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung im ambulanten und stationären Bereich;
- die Finanzierung von Botendiensten im Arzneimittelbereich;
- die Finanzierung einer zusätzlichen Hygienepauschale für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte von rund 6 Euro (bis 30. September 2020 von rund 15 Euro) je Arztbesuch;
- die Finanzierung von Hygienepauschalen im Bereich der Heilmittelerbringer;
- die Finanzierung eines erweiterten Einsatzes von telemedizinischen Behandlungen im ambulanten Bereich, z. B. Videosprechstunde.

Auch die private Pflegeversicherung wurde und wird auf gesetzlicher Grundlage (§ 150 Absatz 4 Satz 5 SGB XI) sowohl an den Kosten für Erstattungen pandemiebedingter Mindereinnahmen als auch für außerordentliche Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag mit sieben Prozent beteiligt.

Mithin finanzieren die privat Krankenversicherten über ihre Steuerzahlungen sowie über die beschriebenen pandemiebedingten Mehrausgaben ihrer privaten Krankenversicherungsunternehmen die Lasten anteilmäßig mit und tragen zur finanziellen Bewältigung der Pandemie bei.

1. Welche Kosten, die durch die Corona-Pandemie entstanden sind, wurden nach Kenntnisstand der Bundesregierung im Jahr 2020 vom Gesundheitsfonds bezahlt?

Wie hoch ist die Gesamtsumme dieser Kosten?

Aus welchen Ausgabeposten setzt sie sich zusammen?

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds hat nach den vorläufigen Finanzergebnissen der GKV im Jahr 2020 insgesamt rund 2,2 Mrd. Euro für pandemiebedingte Ausgleichszahlungen an Leistungserbringer und weitere Maßnahmen zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie verausgabt. Hierunter fallen unter anderem Ausgleichszahlungen für neu geschaffene intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten, Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und für Heilmittelerbringer sowie Aufwendungen für Corona-Tests und die Sonderleistung für Pflegekräfte. Die Höhe der Ausgaben je Einzelposten kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Pandemiebedingte Ausgaben des Gesundheitsfonds im Jahr 2020

	Ausgaben in Mio. Euro
Intensivbetten nach § 21 Abs. 5 KHG	701
Ausgleichszahlungen Heilmittelerbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV	814
Ausgleichszahlungen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V	335
Corona-Tests nach TestV	286
Corona-Prämie (Sonderleistung für Pflegekräfte) nach § 26a KHG	93
Soziale Dienstleister nach § 9 SodEG	7
Summe pandemiebedingter Ausgaben des Gesundheitsfonds	2.235

Quelle: KV45-Statistik der GKV

2. Wie hoch war der Anteil des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds im Jahr 2020 zur expliziten Deckung pandemiebedingter Mehrausgaben des Gesundheitsfonds (nicht zum Ausgleich von Mindereinnahmen)?

Der Bund hat im Jahr 2020 zusätzlich zum Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 SGB V in Höhe von 14,5 Mrd. Euro einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds geleistet. Dieser diente sowohl dem Ausgleich der – in der Antwort zu Frage 1 dargestellten – Aufwendungen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für pandemiebedingte Zahlungen an Leistungserbringer (u. a. Förderung von Intensivbetten, Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Schutzschirm für Heilmittelerbringer, Corona-Tests etc.) als auch der Kompensation der pandemiebedingten konjunkturellen Beitragsmindereinnahmen.

3. Welche Ausgaben im Gesundheitswesen im Jahr 2020, die durch die Corona-Pandemie entstanden sind, wurden direkt aus dem Bundeshaushalt bezahlt?

Aus dem Bundeshaushalt wurden Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG und seit dem 18. November 2020 nach § 111d SGB V sowie Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds und den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung geleis-

tet. Weiter wurden u. a. der Kauf von Schutzausrüstungen, Arzneimitteln, Beatmungs- und Laborgeräten aus dem Bundeshaushalt bezahlt und Deutschland hat sich an der Aufstockung der Impfstoff-Initiative der EU-Kommission ESI (Emergency Support Instrument) beteiligt.

4. Welche Leistungen erhielten nach Kenntnisstand der Bundesregierung privat Krankenversicherte, die durch den Gesundheitsfonds im Jahr 2020 finanziert wurden?

Welche Kosten entstanden dem Gesundheitsfonds dadurch (wenn keine Zahlen vorliegen, bitte auf Basis des Versichertenanteils der PKV schätzen)?

Welche dieser Kosten wurden durch Bundesmittel ausgeglichen?

Für SARS-CoV-2-Testungen bei asymptomatischen Personen nach der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) sind der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 Aufwendungen in Höhe von insgesamt rund 286 Mio. Euro entstanden. Anspruch auf SARS-CoV-2-Testungen bei asymptomatischen Personen hatten neben gesetzlich Krankenversicherten auch privat Krankenversicherte. Die Aufwendungen für diese Leistung für privat Krankenversicherte betragen gemäß ihrem Versichertenanteil nach Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) rund 20 Mio. Euro.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu den Kosten der asymptomatischen Testungen in der Antwort zu Frage 15 verwiesen.

5. An welchen Kosten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung die privaten Krankenversicherungen auf gesetzlich vorgeschriebener Grundlage beteiligt, und in welcher Höhe?

Im Bereich der Krankenhäuser werden alle coronabedingten Zusatzausgaben, die über einen Zuschlag oder mit einem Zusatzentgelt je voll- oder teilstationärem Behandlungsfall direkt von den Krankenhäusern abgerechnet werden, gleichsam für Behandlungsfälle von privatversicherten Patientinnen und Patienten erhoben und die private Krankenversicherung (PKV) in entsprechender Höhe beteiligt. Hierzu zählen insbesondere Zusatzentgelte für Testungen auf das SARS-CoV-2-Virus im Krankenhaus nach § 26 KHG, PSA-Zuschlag nach § 21 Absatz 6 KHG und Zuschläge für coronabedingte Mehrkosten nach § 5 Absatz 3i des Krankenhausentgeltgesetzes, Ausgleich für Erlösrückgänge im Jahr 2020 (§ 21 Absatz 11 KHG) und 2021 (§ 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021) jeweils gegenüber dem Jahr 2019, Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes und das Aussetzen des Fixkostendegressionsabschlags. Belastbare Informationen zur Höhe der einzelnen Ausgaben der PKV liegen dem BMG nicht vor. Außerdem wurden die privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Sonderleistung für Pflegekräfte nach § 26a KHG in Höhe von 7 Mio. Euro und an der Refinanzierung für durch den Bund beschaffte Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir nach § 26b KHG beteiligt.

Die PKV ist gemäß § 10 Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) an der Finanzierung der Kosten der Impfzentren beteiligt. Die notwendigen Kosten für die Errichtung, Vorhaltung und den laufenden Betrieb von Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams werden hälftig von den Ländern sowie hälftig von GKV und PKV getragen. Von diesen hälftig zu tragenden Kosten entfällt auf die PKV ein Finanzierungsanteil gemäß ihrem Versichertenanteil in

Höhe von sieben Prozent. Eine Quantifizierung der Kosten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Durch die Finanzierung von Botendiensten im Arzneimittelbereich entstanden der PKV im Jahr 2020 nach Schätzungen des BMG Kosten in Höhe eines hohen, einstelligen Millionenbetrages.

Weitere pandemiebedingte Ausgaben der PKV entstehen unter anderem durch die Finanzierung von SARS-CoV-2-Testungen symptomatischer Personen im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung im ambulanten Bereich. Laut dem Verband der Privaten Krankenversicherung führte dies im Jahr 2020 schätzungsweise zu Kosten in Höhe von 56 Mio. Euro.

Die private Pflegeversicherung wurde und wird auf gesetzlicher Grundlage (§ 150 Absatz 4 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) sowohl an den Kosten für Erstattungen pandemiebedingter Mindereinnahmen als auch für außerordentliche Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag mit sieben Prozent (rund 127 Mio. Euro) beteiligt. Auf eine Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am finanziellen Aufwand für die Zahlung der sogenannte Corona-Prämie nach § 150a SGB XI wurde verzichtet, da dieser Aufwand im Ergebnis aus Bundesmitteln finanziert wurde. Es wird zudem auf die Antwort zu den Fragen 19 und 20 verwiesen.

6. In welcher Art und in welchem finanziellen Umfang haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die privaten Krankenversicherungen an den Kosten im Rahmen der Pandemie im Gesundheitssystem im Jahr 2020 freiwillig beteiligt?

Die PKV erstattet im Rahmen der ambulanten privatärztlichen Behandlung eine zusätzliche Hygienepauschale für Ärztinnen und Ärzte von 6,41 Euro (bis 30. September 2020 von 14,75 Euro) je Arztbesuch. Mit dem vorgesehenen Betrag soll den Ärztinnen und Ärzten der zusätzlich entstandene Aufwand, insbesondere für Schutzkleidung oder zusätzliche Reinigungsmaßnahmen, abgegolten werden. Die Maßnahme führte nach Schätzungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung zu Kosten in Höhe von 466 Mio. Euro im Jahr 2020.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte beträgt die Hygienepauschale im Rahmen der ambulanten privat Zahnärztlichen Behandlung 6,19 Euro (bis 30. September 2020 14,23 Euro) je Zahnarztbesuch. Die Kosten der PKV betragen nach Schätzungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung 151 Mio. Euro im Jahr 2020.

Für das erste Quartal 2021 schätzt der Verband der Privaten Krankenversicherung die Kosten für die Hygienepauschale in der privatärztlichen und privat Zahnärztlichen Behandlung auf insgesamt ca. 126 Mio. Euro.

Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer erhalten ebenfalls je Behandlung eine Hygienepauschale in Höhe von 1,50 Euro. Laut Angabe des Verbands der Privaten Krankenversicherung entstanden hierdurch Kosten für die PKV in Höhe von schätzungsweise 28 Mio. Euro.

Der erweiterte Einsatz von telemedizinischer und fernmündlicher Behandlung im ambulanten Bereich verursachte nach Schätzungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung Kosten in Höhe von 19 Mio. Euro im Jahr 2020.

7. Auf welche Höhe schätzt die Bundesregierung die Einnahmeausfälle der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Corona-Pandemie?

Gegenüber dem Jahr 2019 sind die Beitragseinnahmen in der GKV im Jahr 2020 um 1,9 Prozent gestiegen. In den Jahren 2017 bis 2019 sind die Beitragseinnahmen im Durchschnitt um ca. 4 Prozent jährlich gewachsen. Die Entwicklung der Beitragseinnahmen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Eine isolierte Schätzung der durch die SARS-CoV-2-Pandemie verursachten Einnahmeausfälle ist daher nicht möglich. Es ist davon auszugehen, dass die Abflachung der Zuwächse bei den Beitragseinnahmen im Jahr 2020 im Wesentlichen auf die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie zurückzuführen ist.

8. Ist aus den Antworten zu den Fragen 34 und 35 auf Bundestagsdrucksache 19/21742, dass eine „nachträgliche Beteiligung der PKV an der Finanzierung der zusätzlichen Intensivkapazitäten“ nicht geplant sei, zu schließen, dass auch PKV-Versicherte von dieser Vorhalteleistung profitieren konnten und die PKV zugleich nichts finanziell im Jahr 2020 dazu beigetragen hat?

Die durch die Förderung nach § 21 Absatz 5 KHG geschaffenen zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten können auch für die Behandlung privat Krankenversicherter genutzt werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt wurde, unter anderem zum Ausgleich der Kosten zur Förderung von Intensivbetten. Da diese Bundesmittel aus Steuereinnahmen aufgebracht werden, beteiligen sich auch die privat Krankenversicherten an der Finanzierung dieser Maßnahme.

9. Welche Kosten sind dem Gesundheitsfonds durch den in Frage 8 dargestellten Sachverhalt entstanden, und wie hoch wäre – sofern der Bundesregierung entsprechende Berechnungen vorliegen oder nach Schätzung – der finanzielle Beitrag der PKV gewesen, wenn sie entsprechend ihres Versichertenanteils an der Bevölkerung beteiligt gewesen wäre?

Der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sind im Jahr 2020 Kosten in Höhe von rund 701 Mio. Euro für die Finanzierung von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Absatz 5 KHG entstanden (Stand 31. Dezember 2020). Mit Stand 29. April 2021 beliefen sich die Kosten für Zahlungen nach § 21 Absatz 5 KHG aufgrund nachträglicher Korrekturen seitens der Länder auf rund 686 Mio. Euro. Wie in der Antwort auf Frage 8 ausgeführt, wurde der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt, unter anderem zum Ausgleich der Kosten zur Förderung von Intensivbetten. Die privat Krankenversicherten wurden aufgrund ihrer Steuerbeiträge somit an der Finanzierung dieser Maßnahme beteiligt.

10. In welcher Höhe haben Belegrückgänge in Krankenhäusern im Jahr 2020 nach Kenntnis der Bundesregierung Einsparungen für die PKV ergeben?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über Einsparungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen im Krankenhausbereich vor. Nach Angaben des Verbands der Privaten Krankenversicherung habe es im Jahr 2020 keine Einsparungen gegeben und die Ausgaben für allgemeine Krankenhausleistungen seien im Vergleich zu 2019 schätzungsweise um 2,23 Prozent gestiegen.

11. In welcher Höhe haben nach Kenntnis der Bundesregierung Rückgänge bei der Leistungsanspruchnahme bei
- niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
 - Zahnärztinnen und Zahnärzten und
 - Heilmittelerbringenden
- im Jahr 2020 Einsparungen für die PKV ergeben?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über Einsparungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen in den genannten Leistungsbereichen vor. Basierend auf vorläufigen Schätzungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung für das Jahr 2020 sind die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen um 2,68 Prozent und die Ausgaben im Heilmittelbereich um 2,10 Prozent gestiegen. Im Bereich der zahnärztlichen Leistungen sind die Ausgaben laut Verband der Privaten Krankenversicherung um 0,7 Prozent gesunken, wobei alle Segmente außer Zahnersatz Ausgabenerhöhungen zeigten.

12. Wurde 2020 die PKV an folgenden Kosten beteiligt, wenn ja, in welcher Höhe, und was ist diesbezüglich für das Jahr 2021 geplant:
- Ausgleichszahlungen, die Reha-Einrichtungen für wegfallende Einnahmen erhalten,
 - Ausgleichszahlungen für verschobene Operationen an Krankenhäuser,
 - Ausgleichszahlungen an Zahnärztinnen und Zahnärzte,
 - Ausgleichszahlungen an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte?

Die Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 kalkulieren sich gemäß § 111d SGB V. Aufgrund der Refinanzierung der Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln werden diese durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und damit sowohl durch gesetzlich als auch durch privat Krankenversicherte getragen.

Durch Ausgleichszahlungen aus Mitteln des Bundeshaushalts für die Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe sind privat Krankenversicherte an der Aufbringung dieser Mittel in gleicher Weise beteiligt wie gesetzlich Krankenversicherte.

Auf Grundlage der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30. April 2020 wurden zur Sicherung der finanziellen Liquidität der vertragszahnärztlichen Praxen die von den Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) zu zahlenden Gesamtvergütungen auf 90 Prozent der gezahlten Gesamtvergütungen des Jahres 2019 festgesetzt. Die Regelung wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) in § 85a SGB V übernommen und in das Jahr 2021 verlängert. Da nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, dass Zahnarztpraxen in allen Vertragsregionen gleichermaßen von Liquiditätsengpässen betroffen sind, konnten die KZVen sowohl für das Jahr 2020 als auch für das Jahr 2021 gegenüber den Krankenkassen erklären, auf die Festsetzung der Gesamtvergütungen zu verzichten. Von dieser Opt-Out-Regelung haben im Jahr 2020 acht und im Jahr 2021 neun der 17 KZVen – eine weitere KZV in beiden Jahren jeweils nur für den Ersatzkassenbereich – Gebrauch gemacht. Soweit es in einer KZV durch die Festsetzung der Gesamtvergütung im Jahr 2020 und/oder im Jahr 2021 zu Überzahlungen über die tatsächlich erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen hinaus kommt, sind diese von der

jeweiligen KZV bis zum Jahr 2023 vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen. In der Folge entstehen der GKV durch die Festsetzung der Gesamtvergütungen keine Mehrausgaben. Folglich ist eine finanzielle Beteiligung der PKV nicht vorgesehen. Im Hinblick auf die im Rahmen der ambulanten privat-zahnärztlichen Behandlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen aufgewandten Beträge für Hygienepauschalen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

Ausgleichszahlungen nach dem SGB V für vertragsärztliche Leistungserbringer wurden bzw. werden aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen getätigt. Eine finanzielle Beteiligung der PKV ist nicht vorgesehen. Im Hinblick auf die im Rahmen der ambulanten privatärztlichen Behandlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen aufgewandten Beträge für Hygienepauschalen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

13. Welche Kosten sind durch folgende Leistungsanspruchnahmen von PKV-Versicherten dem Gesundheitsfonds entstanden (wenn keine Zahlen vorliegen, bitte auf Basis des Versichertenanteils der PKV schätzen), und wurden oder werden sie durch explizit dafür vorgesehene Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds komplett gedeckt:
 - a) vom Öffentlichen Gesundheitsdienst angeordnete, durchgeführte oder beauftragte Tests,
 - b) Tests aufgrund einer entsprechenden Meldung der Corona-Warn-App,
 - c) Tests im Rahmen von ambulanten Operationen?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen zu den vom Öffentlichen Gesundheitsdienst angeordneten, durchgeführten oder beauftragten Corona-Testungen vor.

Gemäß der Transparenzdaten nach § 16 TestV wurden bis einschließlich April 2021 171 972 labordiagnostische Leistungen im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Testung aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Die Gesamtkosten hierfür betragen rund 8,7 Mio. Euro. Hinzu kamen Kosten für die Vergütung der ärztlichen Leistung bei der Abstrichnahme, die sich für die o. g. Zahl von Testungen auf insgesamt 2,6 Mio. Euro belaufen. Zur Leistungsanspruchnahme privat Krankenversicherter liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Ausgehend von einem Versichertenanteil in Höhe von 7 Prozent kann nach Schätzungen des BMG von Kosten für die SARS-CoV-2-Testung sowie die Abstrichnahme von insgesamt rund 0,8 Mio. Euro für privat Krankenversicherte ausgegangen werden.

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen zu den Corona-Testungen im Rahmen des ambulanten Operierens vor.

Es wird im Übrigen auf die Ausführungen zu den Kosten der asymptomatischen Testungen in der Antwort zu Frage 15 verwiesen.

14. Warum werden die PKVen nur mit 7 Prozent an den Kosten einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) beteiligt und damit weniger, als es ihrem Versichertenanteil an der Gesamtbevölkerung entspricht, und wer bezahlt die übrigen 93 Prozent der Kosten?

Die PKV wird nach § 20i Absatz 3 Satz 8 SGB V mit 7 Prozent an den Kosten für Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 beteiligt, soweit diese nicht von Bund oder Ländern getragen werden, da dies ihrem rechnerischen Anteil an allen gesetzlich und privat Krankenversicherten entspricht. Der Anteil setzt sich zusammen aus der Anzahl der privat Krankenversicherten abzüglich des Beihilfeanspruchs der beihilfeberechtigten Versicherten. Die weiteren 93 Prozent der Kosten für Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 trägt die GKV, soweit diese nicht von Bund oder Ländern getragen werden.

15. Wurden und werden die PKVen nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2020 und 2021 auch an den Kosten von asymptomatischen Testungen und Schutzmasken (nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b und c SGB V) beteiligt?

Testungen bei asymptomatischen Personen erfolgen nach den Vorgaben der TestV. Schutzrichtung der TestV ist die Verhinderung der weiteren Ausbreitung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Nach der TestV haben asymptomatische Personen, nach Maßgabe der einzelnen Tatbestände, einen Anspruch auf Testung. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in der GKV versichert sind. Die entsprechenden Kosten werden von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Seit der Neufassung der TestV vom 8. März 2021 werden die Ausgaben des Gesundheitsfonds, insbesondere für die Bürgertestungen (Durchführung von Antigen-Schnelltests durch geschultes Personal und die Sachkosten der Tests) nach § 15 TestV unmittelbar aus Bundesmitteln refinanziert. Die Finanzierung dieser Bundesmittel erfolgt durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und damit durch gesetzlich und privat Krankenversicherte.

Aus Bundesmitteln wurden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 zusätzlich 3,5 Mrd. Euro und im Jahr 2021 5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Steuerfinanzierung dieser Bundesmittel führt zu einer Beteiligung aller Bürgerinnen und Bürger – und somit auch der privat Krankenversicherten – an der Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben.

Gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV) vom 14. Dezember 2020 haben Personen mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Corona-Infektion einen Anspruch auf insgesamt 15 Schutzmasken mit FFP2-Standard oder vergleichbarem Standard. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der SchutzmV vom 4. Februar 2021 wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten um Arbeitslosengeld II-Beziehende und mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebende Personen erweitert. Die nach der SchutzmV abgegebenen Schutzmasken werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert und nach § 10 SchutzmV aus Bundesmitteln erstattet. Die Finanzierung der im Rahmen der SchutzmV aufgebrauchten Bundesmittel erfolgt durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und damit durch gesetzlich und privat Krankenversicherte.

16. Wie werden die Kosten für Impfungen, Testungen und Schutzmasken (nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, b und c SGB V) finanziert, wenn sie die Gesamtsumme der dafür vorgesehenen Bundeszuschüsse überschreiten (Haushaltsausschuss Ausschussdrucksache 8409 19. Wahlperiode; Vorlage des Bundesministeriums der Finanzen Nummer 18/2021)?

Sowohl die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaImpfV) als auch die TestV und die SchutzmV sehen die Finanzierung bestimmter Leistungen aus Bundesmitteln vor. Hierfür wurden vom BMG auf Basis von Prognosen zur Höhe des Finanzierungsbedarfs Haushaltsmittel beantragt, die vom Haushaltsausschuss anschließend bewilligt wurden. Prognosen sind naturgemäß mit gewissen Unsicherheiten verbunden, wie beispielsweise dem Inanspruchnahmeverhalten der Anspruchsberechtigten, dem weiteren Verlauf der Pandemie oder der Verfügbarkeit von Impfstoffen. Sollte der Finanzierungsbedarf die bisher für das Jahr 2021 zur Verfügung gestellten Mittel überschreiten, wird das BMG entsprechende Anträge zur Deckung der Mehrbedarfe aus der im Einzelplan 60 getroffenen Vorsorge für pandemiebedingte Mehrausgaben beim BMF stellen.

17. Welche pandemiebedingten Ausgaben und Mindereinnahmen für den Gesundheitsfonds werden von der Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung von anderen relevanten Akteuren für 2021 und für 2022 prognostiziert?

Eine isolierte Einschätzung zu den pandemiebedingten Ausgaben sowie Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds für die Jahre 2021 und 2022 ist derzeit nicht möglich, da diese unmittelbar vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig sind. Prognosen anderer Akteure zu pandemiebedingten Ausgaben und Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds für die Jahre 2021 und 2022 liegen der Bundesregierung nicht vor.

Die zuletzt im Rahmen des GKV-Schätzerkreises vom Oktober 2020 erfolgten Prognosen zur GKV-Finanzentwicklung in den Jahren 2020 und 2021 sehen keine gesonderte Differenzierung nach pandemie- und nicht pandemiebedingten Einnahmen- und Ausgabenkomponenten vor (zu den Ergebnissen des GKV-Schätzerkreises aus dem Oktober 2020, vgl. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20201027_SK_2021_Abschlussbericht.pdf). Die nächste Prognose des GKV-Schätzerkreises zur Finanzentwicklung der GKV in den Jahren 2021 und 2022 erfolgt im Oktober 2021.

18. Falls im Laufe des Jahres ein negatives Ergebnis des Gesundheitsfonds zum Jahresende 2021 erwartet wird, wie soll dieser gedeckt werden?
Ist eine komplette oder teilweise Deckung mit Steuerzuschüssen geplant?
Wie ist die Antwort zu beiden Fragen in Bezug auf das Jahr 2022?

Sollte der Gesundheitsfonds zum Jahresende ein Defizit ausweisen, reduzieren sich die liquiden Mittel des Gesundheitsfonds, die zum Stichtag 15. Januar 2021 (Ende des Geschäftsjahres 2020) bei 5,9 Mrd. Euro lagen. Sofern die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Jahresende die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve in Höhe von 20 Prozent der monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds unterschreitet (2020: 4,2 Mrd. Euro), ist diese auf Basis des geltenden Rechts durch eine Kürzung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen im Folgejahr wieder aufzufüllen.

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 nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel, die bis zum Ende des Haushaltsjahres zurückzuzahlen sind (§ 271 Absatz 3 SGB V). Das Liquiditätsdarlehen des Bundes ist gemäß § 12 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes für 2021 auf insgesamt 4 Mrd. Euro begrenzt. Zur Vermeidung eines solchen Liquiditätsdarlehens kann nach § 12 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes für 2021 die monatliche Tranche des Bundeszuschusses nach § 221 SGB V im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) vorgezogen werden.

19. Ist es zutreffend, dass für die soziale Pflegeversicherung (SPV) rund 1,8 Mrd. Euro Kosten aufgrund des Corona-Rettungsschirmes für Heime und Pflegedienste im Jahr 2020 entstanden sind?

Und ist der Bundeszuschuss von 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2020 allein für die Deckung dieser Ausgabeposten gedacht gewesen?

20. Sind der sozialen Pflegeversicherung darüber hinaus pandemiebedingt Kosten im Jahr 2020 entstanden?

Die Fragen 19 und 20 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundeszuschuss an die soziale Pflegeversicherung in Höhe von 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2020 deckte den finanziellen Aufwand für einen Teil der durch die SARS-CoV-2-Pandemie in diesem Jahr entstandenen pandemiebedingten Mehrausgaben u. a. für den Pflegerettungsschirm und auch die Zahlung der sogenannten Corona-Prämie gemäß § 150a SGB XI.

21. Wurden die privaten Pflegeversicherungen bzw. die PKV nach Kenntnis der Bundesregierung an den Kosten für die Corona-Prämien für Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Jahr 2020, auf rechtlicher und/oder freiwilliger Grundlage, beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe?

Oder wurden entsprechende Corona-Prämien allein von der SPV in Höhe von 900 Mio. Euro geleistet (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Der-sozialen-Pflegeversicherung-droht-eine-finanzielle-Schieflage-417478.html> vom 28.02.21)?

Auf eine Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am finanziellen Aufwand für die Zahlung der sogenannte Corona-Prämie wurde verzichtet, da dieser Aufwand im Ergebnis mittelbar aus Bundesmitteln finanziert wurde (vgl. Antwort zu den Fragen 19 und 20).

22. Welche pandemiebedingten Ausgaben und Mindereinnahmen für die soziale Pflegeversicherung werden von der Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung von anderen relevanten Akteuren für 2021 und für 2022 prognostiziert?

Aufgrund der weiter anhaltenden dynamischen Entwicklung der Pandemie sind derzeit belastbare Prognosen über künftige pandemiebedingte Ausgaben und Mindereinnahmen für die soziale Pflegeversicherung bis ins Jahr 2022 nicht möglich und hängen von der Entwicklung in den kommenden Monaten ab. Zu Prognosen anderer relevanter Akteure liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.