

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/21769 –**

Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Kosten der COVID-19-Epidemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Die COVID-19-Pandemie führt zu erheblichen zusätzlichen Belastungen für die gesetzlichen Krankenkassen und für den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2020-03-corona-schutzschirme/gkv-finanzstabilitaet-corona.html>). Ausgabenseitig betrifft dies etwa die gesetzlich vorgesehenen Schutzschirme für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die nicht behandlungsbezogenen Kosten für asymptomatische Testungen gesetzlich und privat Versicherter auf eine Infektion mit COVID-19, pandemiebedingte Investitionskosten für zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sowie die Beschaffung von Schutzausrüstung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geht davon aus, dass diese Ausgaben die Liquiditätssituation der gesetzlichen Krankenkassen belasten werden (vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilung/en/2020/20200511_Positionspapier_GKV-Finzen.pdf).

Von diesen Maßnahmen profitieren alle Versicherten, auch die der privaten Krankenversicherung (PKV). Dennoch ist nach Kenntnis der fragstellenden Fraktion bisher nicht sichergestellt, dass sich auch die privaten Krankenversicherungen angemessen an den Kosten der genannten Maßnahmen beteiligen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Gemäß der Systematik der privaten Krankenversicherung (PKV) erstatten die privaten Versicherungsunternehmen diejenigen Kosten, die vertraglich vereinbart sind und im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung anfallen. Das Kostenerstattungsprinzip der PKV führt dazu, dass Leistungen in der PKV regelhaft einen Einzelleistungsbezug aufweisen. Auf der Grundlage dieser Versicherungssystematik hat die PKV im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie unter anderem zusätzliche Hygienezuschläge mit der Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer vereinbart, um Mehrausgaben ambulanter Leistungs-

erbringer zu finanzieren, die durch den Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung bei der Behandlung privat Versicherter anfallen. Im Krankenhausbereich finanziert die PKV analog zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die voll- und teilstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion sowie die Zusatzentgelte, die für SARS-CoV-2-Testungen abgerechnet werden.

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie hat die Bundesregierung durch gesetzliche Maßnahmen bei verschiedenen Gruppen ambulanter Leistungserbringer vorgesehen, dass Mindereinnahmen im Rahmen der Versorgung gesetzlich Krankensicherter teilweise ausgeglichen werden. Diese Ausgleichszahlungen beziehen sich auf vertragsärztliche und weitere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; private Leistungen bleiben dabei unberücksichtigt. Diese Maßnahmen zur Sicherstellung von Versorgungsstrukturen werden im Wesentlichen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt. Aus Bundesmitteln wurden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 zusätzlich 3,5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Steuerfinanzierung dieses Bundeszuschusses führt zu einer Beteiligung aller Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Dies erscheint sachgerecht, da von der Sicherung der Infrastruktur im Gesundheitswesen durch die genannten Maßnahmen grundsätzlich alle Bürgerinnen und Bürger – unabhängig von ihrem Versichertenstatus – profitieren. In welchem Umfang die GKV zusätzliche Zuschüsse des Bundes zur Stabilisierung des Beitragssatzes und damit zur Umsetzung der Sozialgarantie im Jahr 2021 erhalten soll, werden das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium der Finanzen (BMF) in der zweiten Hälfte des Jahres 2020 miteinander festlegen.

Die Bundesregierung hat zudem eine Pauschale für zugelassene Krankenhäuser eingeführt, die vorsorglich Intensivbetten für COVID-19-Behandlungsfälle freihalten. Mit dieser vom Bundeshaushalt finanzierten Maßnahme leistet der Bund einen wesentlichen Beitrag zur Vorhaltung der erforderlichen Infrastruktur im Krankenhausbereich, der sowohl privaten als auch gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht.

1. Wie hoch ist aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil privat Versicherter an der Bevölkerung (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Den Anteil von privat krankenversicherten Personen an der Bevölkerung je Land gibt der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) gemäß der nachstehenden Aufstellung wie folgt an (Stand: 31.12.2019).

Bundesland	Anteil der Vollversicherten an der Bevölkerung
Schleswig-Holstein	11,6 %
Hamburg	11,6 %
Niedersachsen	9,9 %
Bremen	7,4 %
Nordrhein-Westfalen	10,6 %
Hessen	10,8 %
Rheinland-Pfalz	11,8 %
Baden-Württemberg	11,8 %
Bayern	12,5 %
Saarland	10,0 %
Berlin	10,1 %
Brandenburg	9,2 %

Bundesland	Anteil der Vollversicherten an der Bevölkerung
Mecklenburg-Vorpommern	7,1 %
Sachsen	6,1 %
Sachsen-Anhalt	5,8 %
Thüringen	6,5 %
Insgesamt	10,5 %

Quelle: PKV-Verband

- Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an der Gesamtzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte?

Nach Kenntnis der Bundesregierung sind in der ambulanten Versorgung insgesamt 159.846 Ärztinnen und Ärzte tätig (Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, Stand: 31.12.2019). Hiervon nehmen 93,7 Prozent (149.710 Ärztinnen und Ärzte) an der vertragsärztlichen Versorgung teil (Quelle: Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand: 31.12.2019).

- Teilt die Bundesregierung die Auffassung der fragestellenden Fraktion, dass eine hinreichende Versorgung mit Schutzausrüstung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gleichermaßen privat und gesetzlich Versicherten zugutekommt, und wenn nein, warum nicht?

In Zeiten einer SARS-CoV-2-Pandemie ist es wichtig, auf die entstehenden Herausforderungen zeitnah zu reagieren. Die Bundesregierung hat frühzeitig gemeinsam mit weiteren Verantwortlichen in Bund und Ländern Maßnahmen ergriffen, um ein hohes Schutzniveau zu erhalten. Dazu gehören auch Maßnahmen, um für ausreichende Persönliche Schutzausrüstung (PSA) zu sorgen. Für die tägliche Arbeit ist eine sachgerechte Ausstattung notwendig. Nur so können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihre wichtige Arbeit für Patientinnen und Patienten ausüben.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

- Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung bislang die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für die zentrale Beschaffung der Schutzausrüstung über das Beschaffungsamt des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte?
- Hat sich die private Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung an den Kosten der zentralen Beschaffung von Schutzausrüstung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn nein, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Versichertenanteil der PKV entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Zusammenhang mit der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie wurde zur Beschaffung von Schutzausrüstung gemäß einer Vereinbarung im Krisen-

stab der Bundesregierung am 3. März 2020 im Rahmen der Amtshilfe das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg), hier das Bundesamt für Ausrüstung, Informationstechnik und Nutzung der Bundeswehr (BAAINBw), beauftragt, für das BMG die Beschaffung von Schutzausrüstung zu übernehmen. Unterstützt wurde das BAAINBw vom Beschaffungsamt des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI) sowie der Generalzolldirektion im Geschäftsbereich des BMF. Das BMG hat sich am 14. März 2020 zur Intensivierung der Prozesse entschieden, zusätzlich eigenständig Schutzausrüstung zu beschaffen. Nach Beginn der eigenen Beschaffung des Bundes folgte kurze Zeit später die Auslieferung an die zu Beginn 34 Warenempfänger (Länder, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (insgesamt 85 Prozent der Gesamtbeschaffungsmenge) sowie – für den Bund – an das Technische Hilfswerk (THW) (15 Prozent). Mit Beschluss der Bundesregierung vom 3. Juni 2020 wurden aufgrund der von den Empfängern gemeldeten Bedarfsdeckung die Beschaffungsmaßnahmen eingestellt.

Mögliche zusätzliche Kosten der GKV in diesem Zusammenhang sind derzeit nicht quantifizierbar. Die hierfür notwendigen Verfahren und Verfahrensschritte sowie Beratungen unter Berücksichtigung der Rolle der PKV sind noch nicht abschließend erfolgt.

6. Welche Kosten sind den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nach Kenntnis der Bundesregierung bislang für die dezentrale Beschaffung von Schutzausrüstung entstanden (bitte nach Kassenärztlichen Vereinigungen aufschlüsseln)?
7. Hat sich die private Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung an den Kosten der dezentralen Beschaffung von Schutzausrüstung beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe (bitte nach KV-Bezirken darstellen)?

Wenn nein, warum nicht, und befürwortet die Bundesregierung eine anteilige Kostenbeteiligung der privaten Krankenversicherung an den Kosten der dezentralen Beschaffung von Schutzausrüstung?

Die Fragen 6 und 7 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auch die KVen haben in den letzten Monaten Persönliche Schutzausrüstung (PSA) beschaffen können, um den bestehenden Bedarf an PSA zu decken. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergeben sich aufgrund einer Abfrage bei den KVen mit Stand 29. Juli 2020 die nachfolgenden Finanzvolumen.

Kassenärztliche Vereinigung	Finanzvolumen der von der KV beschafften PSA in Euro
Baden-Württemberg	27.717.221
Bayern	34.398.036
Berlin	22.583.626
Brandenburg	-
Bremen	501.166
Hamburg	29.879.424
Hessen	29.877.406
Mecklenburg-Vorpommern	2.350.735
Niedersachsen	13.170.313
Nordrhein	6.360.877
Rheinland-Pfalz	9.829.989
Saarland	2.248.751

Kassenärztliche Vereinigung	Finanzvolumen der von der KV beschafften PSA in Euro
Sachsen	8.822.635
Sachsen-Anhalt	2.454.887
Schleswig-Holstein	11.546.478
Thüringen	20.315.793
Westfalen-Lippe	11.139.673
Summe	233.152.010

Eine Beteiligung der PKV an diesen dezentralen Beschaffungen von PSA erfolgte vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nach Kenntnis der KBV nicht.

Dem gegenüber steht, dass die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfekostenträger mit der Bundesärztekammer vereinbart haben, dass ein wegen der SARS-CoV-2-Pandemie in der privatärztlichen Versorgung entstandener erhöhter Hygieneaufwand – zum Beispiel für von der privatärztlich tätigen Ärztin oder dem privatärztlich tätigen Arzt beschafften Schutzausrüstung – in Rechnung gestellt werden kann. Die Vereinbarungen sehen hierfür eine Vergütung von rund 15 Euro pro Arztbesuch vor und gelten zunächst bis zum 30. September 2020. Der PKV-Verband geht nach eigener Aussage hierfür von einer Summe von voraussichtlich 360 Millionen Euro bis Ende September 2020 aus.

8. Welche Kosten sind der gesetzlichen Krankenversicherung für die Liquiditätshilfen für Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer entstanden?

Nach Mitteilung des Bundesamts für Soziale Sicherung sind durch die Ausgleichszahlungen an die Heilmittelerbringer nach der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) Kosten in Höhe von 813,8 Millionen Euro entstanden, die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wurden.

9. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der fragstellenden Fraktion, dass diese Liquiditätshilfen gleichermaßen der Erhaltung der Versorgung gesetzlich und privat Versicherter dienen, und wenn nein, warum nicht?

Der für die nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Heilmittelerbringer gespannte „Schutzschirm“ dient der Sicherstellung der Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Heilmittelleistungen sowie der Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen im Heilmittelbereich über die SARS-CoV-2-Pandemie hinaus. Dies ist wichtig, weil Heilmittel eine erhebliche Bedeutung für die Heilung von Krankheiten, für die Verhütung ihres Voranschreitens und die Linderung von Krankheitsbeschwerden haben. Die Bundesregierung geht davon aus, dass von der Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen alle Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Versicherungsstatus, profitieren.

10. Hat sich die private Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung an den Liquiditätshilfen für Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn nein, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Versichertenanteil der PKV entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Die Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer beziehen sich nur auf Mindererlöse im Rahmen der Versorgung gesetzlich Krankensicherter. Eine unmittelbare Beteiligung der PKV an den Ausgleichszahlungen, die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, erfolgt nicht. Die GKV erhält für die pandemiebedingt angefallenen versicherungsfremden Leistungen einen erhöhten Zuschuss aus Bundesmitteln, an dessen Steuerfinanzierung auch Privatversicherte beteiligt sind.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

11. Welche Kosten werden den gesetzlichen Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung nach heutiger Perspektive voraussichtlich für die Ausgleichszahlungen für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entstehen, bei denen es aufgrund der Pandemie zu einer Verringerung des Gesamthonorars von mindestens 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal kommt?
12. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der fragstellenden Fraktion, dass auch diese Zahlungen gleichermaßen der wirtschaftlichen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von gesetzlich und privat Versicherten dienen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 11 und 12 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV und des Gesundheitsfonds für das 1. Halbjahr 2020 vor. Demnach haben die Krankenkassen für Ausgleichszahlungen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz rund 148 Millionen Euro aufgewendet. Privatärztliche Leistungen bleiben dabei unberücksichtigt.

13. Wird sich die private Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung an den Kosten dieser Zahlungen beteiligen, oder auf welche Weise unterstützt bzw. wird sie die wirtschaftliche Sicherung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Falle von pandemiebedingter Mindererlöse unterstützen?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und auf die Antwort auf Frage 12 verwiesen.

14. Welche Kosten sind der gesetzlichen Krankenversicherung bislang für den teilweisen Ausgleich von pandemiebedingten Mindererlösen bei Frühförder-Einrichtungen entstanden (insbesondere Sozialpädiatrische Zentren und Frühförder-Stellen)?
15. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der fragstellenden Fraktion, dass von diesen Ausgleichszahlungen zur finanziellen Absicherung die-

ser Einrichtungen gesetzlich und privat Versicherte gleichermaßen profitieren?

16. Beteiligt sich die private Krankenversicherung an den Kosten dieses teilweisen Mindererlösausgleichs bei Frühförder-Einrichtungen, und wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn nein, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Versichertenanteil der PKV entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Die Fragen 14 bis 16 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Soziale Dienstleister, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nr. 2 und § 46 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erhalten nach § 3 i. V. m. § 9 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz einen Zuschuss von der GKV in Höhe der im Vorjahreszeitraum geleisteten Zahlungen. Die Krankenkassen kompensierten also daher Einnahmenausfälle der Leistungserbringer aus der – ausgefallenen – Versorgung gesetzlich Versicherter. Ausfälle wegen nicht erfolgter Versorgung nicht-gesetzlich Krankensversicherter bleiben bei der Berechnung des Zuschusses außer Acht und werden von der GKV auch nicht kompensiert. Die Zuschüsse werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt und betragen bis einschließlich 8. September 2020 rund 2,7 Millionen Euro.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Die PKV-Unternehmen zahlen – unter Berücksichtigung tariflicher Besonderheiten – grundsätzlich Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen, wenn eine Vereinbarung mit der GKV vorliegt. Sofern landesspezifische pandemiebedingte Regelungen zur Abrechnung von Video- und Telefonsprechstunden vorgenommen wurden, erstattet die PKV entsprechend der Verfahrensbeschreibung.

17. a) Für welche weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Leistungsbereiche ist ein Ausgleich pandemiebedingter Mindererlöse bzw. Mehrausgaben vorgesehen, und welche Kosten entstehen hieraus für die gesetzliche Krankenversicherung (bitte einzeln darstellen)?
- b) In welcher Höhe beteiligt sich an den jeweiligen Kosten auch die private Krankenversicherung (bitte einzeln darstellen)?

Zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der infolge der SARS-CoV-2-Pandemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen sind nach § 1 Covid-19-VSt-SchutzV Liquiditätshilfen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte vorgesehen. Sofern diese von den Krankenkassen gezahlten Liquiditätshilfen die im Jahr 2020 erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen übersteigen, sind die entstandenen Überzahlungen der Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig auszugleichen. Mehrkosten entstehen der GKV im Zusammenhang mit den Liquiditätshilfen daher nicht.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen erhalten nach § 111d SGB V für die Einnahmehilfen, die dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war,

Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Bis einschließlich 8. September 2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung hierfür ein Gesamtvolumen in Höhe von rund 317,8 Millionen Euro ausgezahlt.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

18. Welche Kosten sind der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung bislang für die Finanzierung von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nach § 21 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) entstanden?

Bis einschließlich 8. September 2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung insgesamt 21 Ausgleichszahlungen an die Länder überwiesen. Auf die Finanzierung von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Absatz 5 KHG entfiel dabei ein Betrag in Höhe von rund 556,0 Millionen Euro.

19. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der fragstellenden Fraktion, dass diese Finanzierung gleichermaßen der bedarfsgerechten Versorgung gesetzlich und privat Versicherter dient?

Eine Differenzierung der auf Basis der Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Absatz 5 KHG zusätzlich eingerichteten Intensivkapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit in Intensivbetten für gesetzlich bzw. privat Versicherte ist nicht vorgesehen. Somit stehen alle Intensivbetten für die Behandlung für alle Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihrem Versichertenstatus – in gleicher Weise zur Verfügung.

20. Beteiligt sich die private Krankenversicherung an der Finanzierung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach § 21 Absatz 5 KHG, und wenn ja, in welcher Höhe, und in welcher Weise?

Wenn nein, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Versichertenanteil der PKV entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Wie bereits in der Beantwortung der Kleinen Anfrage vom 18. August 2020 (Bundestagsdrucksache 19/21453) ausgeführt, ist eine nachträgliche Beteiligung der PKV an der Finanzierung der zusätzlichen Intensivkapazitäten nicht vorgesehen.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

21. Welche Kosten sind der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung für die Finanzierung von Corona-Tests auf Grundlage der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ bislang entstanden?

Der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sind bis zum 8. September 2020 Kosten in Höhe von rund fünf Millionen Euro zur Finanzierung der Testungen

von asymptomatischen Personen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden.

22. Trifft es zu, dass den Anspruch auf Testungen nach der genannten Verordnung auch Personen haben, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (§ 1 Absatz 2 dieser Verordnung)?

Ja, das trifft zu.

23. In welcher Weise beteiligt sich die private Krankenversicherung an den für Tests nach der genannten Verordnung entstehenden Kosten?

Wenn sich die PKV nicht beteiligt, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Versichertenanteil der PKV entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Die Kosten für die Testung von asymptomatischen Personen gemäß der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert und vom Bund über den erhöhten Zuschuss zur GKV übernommen.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

24. Wird die Rückzahlung eines aufgrund nicht ausreichender Mittel im Gesundheitsfonds bzw. in dessen Liquiditätsreserve notwendigen Liquiditätsdarlehens des Bundes durch die Beiträge der gesetzlich Versicherten aufgebracht?

Ein zinsloses Liquiditätsdarlehen des Bundes nach § 271 Absatz 3 SGB V gleicht vorübergehende Liquiditätsengpässe des Gesundheitsfonds aus, die nicht über laufende Beitragseinnahmen, den Bundeszuschuss oder die Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve ausgeglichen werden können. Es ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Rückzahlung eines Liquiditätsdarlehens bis zum Ende des Haushaltsjahres erfolgt. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds und umfasst damit sowohl Beitragseinnahmen als auch Mittel des Bundeszuschusses.

25. Wird die Wiederauffüllung einer pandemiebedingt aufgebrauchten Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten finanziert?

Der Gesundheitsfonds hat gemäß § 271 Absatz 2 SGB V eine Liquiditätsreserve vorzuhalten, die nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen muss. Sofern der Schätzerkreis der gesetzlichen Krankenversicherung in seiner Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben nach § 220 SGB V feststellt, dass die voraussichtliche Höhe der Liquiditätsreserve am Ende des Geschäftsjahres die gesetzliche Mindestreserve unterschreitet, ist nach § 17 Absatz 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen für das Folgejahr um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve erforderlichen Mittel zu bereinigen. Die Mittel für die Zuweisungen des Gesundheitsfonds speisen sich aus den Beitragseinnahmen sowie den Mitteln des Bundeszuschusses.

26. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass auch Versicherte der privaten Krankenversicherung im Zuge der Corona-Epidemie den ärztlichen Notruf 116 117 in Anspruch nehmen – beispielsweise im Rahmen der von der Bundesregierung empfohlenen Konsultation der 116 117 beim Auftreten von COVID-19-Krankheitssymptomen (vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/corona-test-vo.html>)?

Wenn ja, in welchem Umfang nehmen Versicherte der privaten Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung den aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten finanzierten ärztlichen Notruf 116 117 in Anspruch?

Die Fragen 26 und 28 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eingerichteten Terminservicestellen sowie der ärztliche Bereitschaftsdienst erreichbar. Während für die Förderung der Terminservicestellen Mittel der Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V zur Verfügung stehen, wird der ärztliche Bereitschaftsdienst grundsätzlich über die Haushalte der KVen finanziert. In der besonderen Situation der SARS-CoV-2-Pandemie für die vertragsärztliche Versorgung wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vorgesehen, dass die Krankenkassen den KVen über § 105 Absatz 3 SGB V die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erforderlich sind, zu erstatten haben. Dies betrifft auch den personellen Ausbau der Terminservicestellen, der aufgrund einer erheblich höheren Inanspruchnahme über die Servicenummer 116 117 erforderlich wurde. Seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie können Personen, bei denen Symptome einer Covid-19-Infektion auftreten oder die Kontakt zu einer mit Covid-19-infizierten Person hatten, sowie Reiserückkehrer neben Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch die Rufnummer 116 117 konsultieren. Hierbei wird nicht zwischen gesetzlich oder privat Krankenversicherten unterschieden. Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, zu welchem Anteil die Rufnummer 116 117 von privat Krankenversicherten genutzt wird. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) berichten die KVen, dass sich das Nutzungsverhalten von Privatversicherten grundsätzlich nicht von dem der gesetzlich Versicherten unterscheidet und der Anteil von Privatversicherten unter den 116 117-Nutzern (ohne Terminservicestellen) in etwa dem Anteil an Privatversicherten in der Bevölkerung entspricht.

Bei der Rufnummer 116 117 handelt es sich um einen Service der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den sie im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages erbringen. Eine Beteiligung der PKV an den dabei entstehenden Kosten ist der Bundesregierung nicht bekannt. Seitens der niedergelassenen Privatärztinnen und -ärzte bestehen von der Rufnummer 116 117 unabhängige Angebote mit einem Bereitschaftsdienst für Privatversicherte.

27. Welche Kosten sind den Kassenärztlichen Vereinigungen seit 2013 für die Finanzierung des Arzt-Notrufes 116 117 entstanden (bitte nach KV-Bezirken und Jahr aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegt keine systematische Übersicht über die auf die Rufnummer 116 117 bezogenen Aufwendungen der KVen seit Einführung im Jahre 2012 vor. Für den Betrieb der Bundescallcenter sowie der Netzkosten der 116 117 (einschließlich der Leitungskosten bzw. Gesprächsminuten der KVen, die

diesen von der KBV in Rechnung gestellt werden) wurden nach Auskunft der KBV im Jahr 2018 4,07 Millionen Euro und im Jahr 2019 4,37 Millionen Euro aufgewendet. Nach Angaben der KBV sind nach Hochrechnungen auf der Grundlage des ersten Halbjahres 2020 für das Jahr 2020 Kosten in Höhe von 15,4 Millionen Euro zu erwarten. In diesen Kosten sind die regionalen Kosten für Mitarbeiter im Telefondienst, Organisation und Infrastruktur nicht enthalten.

28. Beteiligt sich die private Krankenversicherung an den Kosten des ärztlichen Notrufes 116 117, und wenn ja, in welcher Höhe, und in welcher Weise?

Wenn nein, warum nicht, und was hat die Bundesregierung unternommen, bzw. was wird sie unternehmen, um auf eine dem Nutzungsanteil der privat Versicherten entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken?

Es wird auf die Antwort auf Frage 26 verwiesen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.