

COVID-19 und die finanziellen Folgen für die GKV

Aktualisierte Fassung – Stand 25. Mai 2020



COVID-19 und die finanziellen Folgen für die GKV

Aktualisierte Fassung – Stand 25. Mai 2020

Autoren

Steffen Hehner

Boris Körs

Florian Niedermann

Markus Gampert

Manuela Martin

Beatrice Pototzky

Michael Schmidt

Seit Februar 2020 greift die COVID-19-Epidemie dramatisch in unser Zusammenleben ein. Soziale und ökonomische Prozesse müssen an eine für die Bundesrepublik bisher nicht gekannte Situation angepasst werden. Gesetzgeber und Selbstverwaltungspartner haben noch im selben Monat reagiert und begonnen, umfassende Beschlüsse und Empfehlungen zu erarbeiten.

Zum einen wurden mit dem Kontaktverbot und einem weitgehenden Shutdown Maßnahmen ergriffen, um die Ausbreitung von COVID-19 zu verlangsamen bzw. einzudämmen. Infolgedessen hat sich die makroökonomische Situation spürbar eingetrübt, was sich mittelbar über die Einnahmen des Gesundheitsfonds auf die GKV auswirken wird und zu einem signifikanten Einnahmerückgang führen kann, je nach Entwicklung der BPE.

Zum anderen wurden umfassende Maßnahmen umgesetzt, die sich direkt auf das Gesundheitssystem auswirken. Den Auftakt machte der Beschluss vom 28. Februar, alle ärztlichen Leistungen für COVID-19-Patienten extrabudgetär zu vergüten. Es folgte eine Reihe von Beschlüssen und Empfehlungen, die das Gesundheitssystem besser auf die Herausforderung durch COVID-19 vorbereiten sollen (Schaubild 1).

Hervorzuheben ist insbesondere das Inkrafttreten des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes, ein „Rettungsschirm für Krankenhäuser“. Das Gesetz sieht weitreichende Eingriffe in die GKV-Finanzarchitektur vor, z.B. direkte Zahlungen an Krankenhäuser zur Kompensation von Einnahmefällen, die sich aus der Verschiebung nicht notwendiger Operationen und Prozeduren ergeben.

Durch das Ende Mai in Kraft getretene zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind zusätzliche, den Leistungsbereich Krankenhaus betreffende Implikationen zu erwarten. Diese umfassen u.a. das Verschieben der Einführung des Prüfquotensystems auf 2022 und die Kostenübernahme des Bundes für europäische Intensivpatienten, die in deutschen Krankenhäusern wegen mangelnder Kapazität im Heimatland behandelt werden. Darüber hinaus wird das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ermächtigt, nach Anhörung des GKV-Spitzenverbands durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats zu verfügen, dass die Kosten für bestimmte Testleistungen von der GKV zu tragen sind und ein allgemeiner Leistungsanspruch besteht.

All diese Maßnahmen werden eine Mehrbelastung der GKV nach sich ziehen. Wie sich diese ausgestalten wird, werden wir im vorliegenden Beitrag näher beleuchten. Wir haben dazu – auf Basis des aktuellen Kenntnisstands – folgende vier Hypothesen formuliert:

1. GKV-weite Mehrkosten belasten das Ergebnis der Einzelkassen.
2. Sowohl die unterjährige Liquiditätsentwicklung des Gesundheitsfonds (GF) als auch die der einzelnen Kassen werden massiv belastet.
3. Auf Basis der aktuellen RSA-Mechanik könnte sich eine verzerrte Abbildung der Morbiditätsdaten auf die Ausgleichsjahre 2020 und 2021 auswirken.
4. Die Beitragssatzstrategie 2020/21 muss überprüft und die Entwicklung der Liquidität genau überwacht werden.

Hinweis: Die im nachfolgenden Text präsentierten Zahlen basieren weitgehend auf externen Datenquellen und begründbaren Annahmen. Auf diese Weise werden Richtwerte hergeleitet, für die keine Haftung übernommen wird. Im Fokus der Analyse stehen die Effekte mit der größten Finanzwirkung, die sich teilweise gegenseitig kompensieren, z.B. Minderausgaben durch Fallrückgang im Krankenhaus (50 bis 60 EUR je Versicherten) und Mehrkosten durch Erhöhung der Pflegeentgelte (50 bis 60 EUR je Versicherten), was naturgemäß zu signifikanten Unsicherheiten im Saldo führt. Regulatorische Einzeleffekte mit Finanzwirkungen von unter 3 EUR je Versicherten wurden daher nicht explizit ausgewiesen.

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltungspartner haben mit umfassenden Maßnahmen reagiert

Auswahl



Beschluss



Empfehlung

- 28. Februar  Beschluss: extrabudgetäre Vergütung aller ärztlichen Leistungen für COVID-19-Patienten
- 9. März  Beschlüsse: telefonische AU-Feststellung für bis zu 7 Tage¹ Finanzierung der Schutzausrüstung der Praxen² durch die GKVn
- 12. März  Soll-Regelung bzgl. Absage planbarer Krankenhausaufenthalte³
- 16. März  Empfehlung des GKV-SV: erste Ausnahmeregeln für Heilmittel (Fristen)⁴
- 17. März  MDK-Beschluss zur Aussetzung der persönlichen Pflegebegutachtung
- 22./26. März  Empfehlung des GKV-SV zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung
- 24. März  Beschluss: Verordnungen z.T. ohne persönlichen Kontakt und Erstattung der Portokosten
- 25. März  Empfehlung des GKV-SV: „Direkteinweisung“ in die AHB möglich
- 25. März  Beschluss des G-BA: Aussetzen des Mammografie-Screenings
- 28. März  Inkrafttreten des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes
- 31. März  Anpassung zum Vertrag nach § 125 SGB V: Abweichung von Substitution möglich
- 31. März  Empfehlung des GKV-SV zu HKP
- 17. April  Aufforderung zur schrittweisen Wiederaufnahme des Regelbetriebs in Krankenhäusern ab Mai
- 22. April  Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung zu Substitution und Botendienst
- 5. Mai  Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (Rettungsschirm für Zahnärzte und Heilmittelerbringer)
- 23. Mai  Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite: Ausweitung von Tests⁵ und Verschiebung der Krankenhaus-Rechnungsprüfung gemäß MDK-Reform

1 Mehrere Verlängerungen durch den G-BA; zuletzt am 14. Mai bis 31. Mai 2020 verlängert.

2 Analoge Regelung für Zahnärzte am 17. März 2020 beschlossen.

3 Teilweise verstärkt durch Regelungen auf Bundeslandebene; ab Mai schrittweise Rückkehr zu normalem Betrieb entsprechend Klinikkonzept des BMG.

4 Ausweitung/Bestätigung am 18. und 27. März sowie am 5. Mai 2020.

5 Entsprechende Verordnung am 22. Mai für Mai 2020 angekündigt.

Quelle: BMG; GKV-Spitzenverband (GKV-SV); KBV; DAZ; McKinsey

GKV-weite Mehrkosten belasten das Ergebnis der Einzelkassen

Unsere erste Hypothese lautet, dass die Kassen auf Ebene des KJ1 2020 Ergebniseinbußen hinnehmen müssen. Sie entstehen durch Umlage der von COVID-19 verursachten Mehrausgaben über die mitgliederbezogenen Veränderungen (mbV).

Werfen wir zur Veranschaulichung einen detaillierten Blick auf die Leistungsausgaben (LA): Hier zeigt sich in unserer Modellrechnung eine direkte Kostenwirkung von COVID-19 in Höhe von 10 bis 15 EUR je Versicherten. Darin enthalten sind z.B. Mehrkosten für Schutzausrüstung und die erhöhte Nachfrage nach Krankengeld. Dennoch hält sich dieser Effekt von COVID-19 auf das Ergebnis der Einzelkassen in Grenzen, da die RSA-Zuweisungen der Kassen entsprechend steigen. Allerdings werden die Kosten über die mbV auf die Kassen umgelegt, so dass es in unserer Modellrechnung zu einer Belastung der KJ1 in Höhe von 10 bis 15 EUR je Versicherten kommt. Diesen Effekt müssen die Kassen kompensieren – entweder durch Erhöhen des Zusatzbeitrags, aktives Management der LA oder Abschmelzen von Vermögen.

Bricht man die Effekte der COVID-19-Epidemie auf die einzelnen Leistungsbereiche herunter¹, ergibt sich ein gemischtes Bild: Der größte Ausgabenanstieg wird für den Bereich Krankenhaus erwartet und dürfte sich auf 35 bis 40 EUR je Versicherten belaufen. Dieser Betrag errechnet sich in unserer Modellrechnung aus dem Saldo von:

- Minderausgaben, bedingt durch Fallrückgänge (50 bis 60 EUR je Versicherten)
- Mehrausgaben, z.B. durch das erhöhte Pflegeentgelt (50 bis 60 EUR je Versicherten), die Reduktion der Krankenhaus-Rechnungsprüfquote (25 bis 30 EUR je Versicherten), das Aussetzen der Strafzahlungen sowie die zusätzliche Schutzausrüstung (jeweils ca. 5 EUR je Versicherten).²

Die Effekte in den übrigen Leistungsbereichen bewegen sich in einer Größenordnung von plus/minus 5 bis 10 EUR pro Versicherten, z.B. im Arzneimittelbereich, wo die Kosten durch den Wegfall von Rabatteinnahmen und Mehrkosten für Botendienste in die Höhe getrieben werden. Eine Ausnahme bilden die Heilmittel: In diesem Bereich kommt es in unserer Modellrechnung zu deutlichen Ausgabenrückgängen in Höhe von minus 15 bis 20 EUR je Versicherten auf Grund von Nachfragerückgängen saldiert mit geringen Mehrkosten durch die Pauschale zur Abgeltung von Hygienemaßnahmen (Schaubild 2).

¹ Unserer Analyse liegen Nachfrageänderungen, Wirkzeitraum und Nachholeffekte zu Grunde, angewendet auf die relevante Kostenbasis.

² Auf Grund der Saldierung von signifikanten Effekten mit gegenteiligem Vorzeichen ist der sich ergebende Saldo naturgemäß mit hoher Unsicherheit behaftet.

Detallierterer Blick auf die Leistungsbereiche zeigt gemischtes Bild bezüglich Ausgaben- und Liquiditätseffekten

Erste Abschätzung – Stand 25. Mai 2020

	LA GKV 2018 in EUR je Versicherten	Liquiditäts- effekt ²	Ausgabeneffekt in EUR je Versicherten
Gesamt-bLA	3.108		
Krankenhaus	1.049	–	① 35 - 40
Ärzte	549	○	~ 0
Arzneimittel	527	–	< 5
Zahn ¹	199	+	(5 - 10)
Krankengeld	180	–	5 - 10
Hilfsmittel	116	+	< (5)
Heilmittel	104	+	(15 - 20)
HKP	91	+	< (5)
Fahrkosten	82	○	~ 0
Reha	15	○	~ 0
Sonstige LA	196	○	~ 0
Gesamt		–	10 - 15

①

Hohe Volatilität, da Saldo verschiedener Effekte; u.a.

- Minderausgaben: Fallrückgang (50 - 60 EUR je Versicherten)
- Mehrausgaben
 - Erhöhtes Pflegeentgelt (50 - 60 EUR je Versicherten)
 - Reduktion der Krankenhaus-Rechnungsprüfquote (25 - 30 EUR je Versicherten)
 - Aussetzen der Strafzahlungen (~ 5 EUR je Versicherten)
 - Zusätzliche Schutzausrüstung (~ 5 EUR je Versicherten)

¹ Zahnärzte und Zahnersatz.

² Negativer Liquiditätseffekt heißt Mehrausgaben für die Krankenkasse, positiver Liquiditätseffekt Minderausgaben.

Quelle: McKinsey

Seit der Schätzerkreis im Oktober letzten Jahres (vor der COVID-19-Epidemie) festgelegt hat, welchen Betrag der Gesundheitsfonds an die GKV zahlen muss (es wurde ein Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) um 3,8% prognostiziert), hat sich die Lage deutlich verändert: Aktuelle Gutachten zu den wirtschaftlichen Folgen von COVID-19 in Deutschland gehen von einer Rezession aus. So hält z.B. das Gutachten des Sachverständigenrats einen Rückgang des BIP um 2,8% in 2020 für wahrscheinlich. Eine Gemeinschaftsdiagnose im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie beziffert den möglichen Rückgang dieser Kennzahl sogar auf 4,2% und die Bundesregierung geht in der Frühjahrsprojektion von einem Rückgang von 6,3% aus. Stellt man die in den Gutachten ermittelten Werte für das Wachstum der Sozialbeiträge als Näherung für das Wachstum der BPE den Werten des Schätzerkreises gegenüber, dürften sich deutliche Korrekturen ergeben:

- Dem vom Schätzerkreis prognostizierten BPE-Wachstum von 3,8% stehen 1,5% im Gutachten des Sachverständigenrats und sogar nur 0,5% der Gemeinschaftsdiagnose gegenüber.

- Die Frühjahrsprojektion der Bundesregierung geht von einem Rückgang des BIP von 6,3% in 2020 aus, woraus sich ein BPE-Rückgang von ca. 0,5% abschätzen lässt.³
- Leitet man von den BPE-Wachstumskorrekturen ab, welche Einnahmen der Gesundheitsfonds aktuell noch erwarten kann, klafft eine zusätzliche Lücke von 5 bis 9 Mrd. EUR zwischen den erwarteten Einnahmen des Fonds und den zugesagten Zahlungen an die GKV (Schaubild 3).

Im Jahr 2020 lässt sich diese Lücke in unserer Modellrechnung aus der Liquiditätsreserve des Fonds decken. Sollte die Liquiditätsreserve nicht ausreichen, wäre ein Bundesdarlehen denkbar. Allerdings werden für 2021 geringere BPE prognostiziert – und damit verringert sich auch das Zahlungsvolumen des Fonds an die Kassen. Diese müssen die Lücke ab 2021 durch Erhöhung der Zusatzbeiträge finanzieren.

³ Ermittelt durch Regression über historische BIP- und BPE-Wachstumsdaten.

5-9+

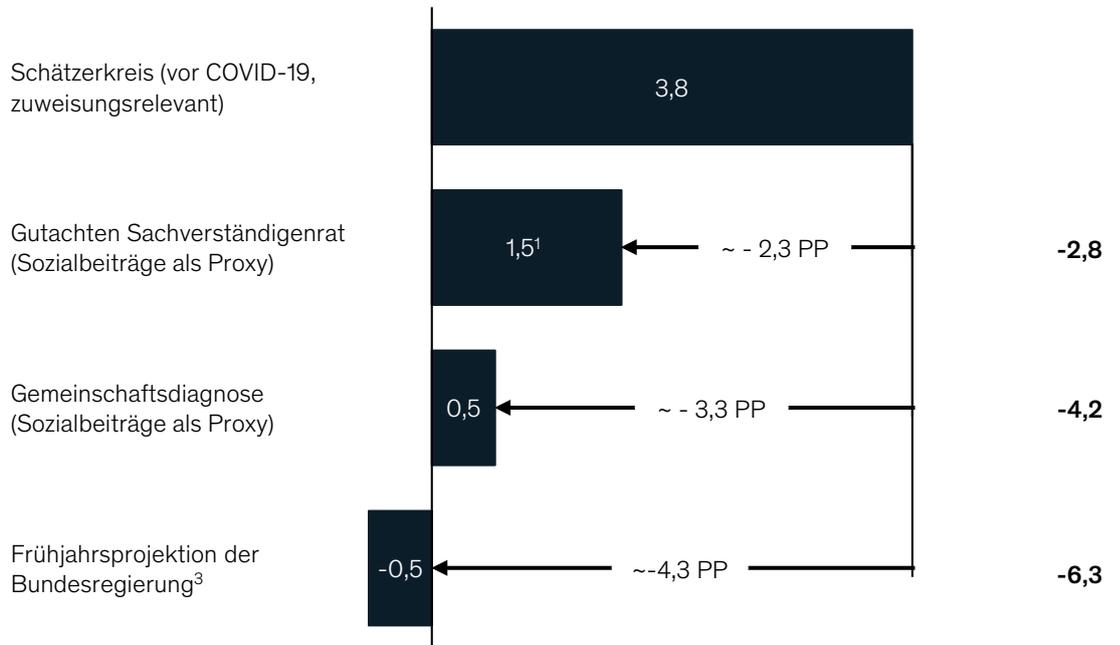
Mrd. EUR

geschätzter Einnahmeausfall des Gesundheitsfonds

Durch die Auswirkungen von COVID-19 auf die BPE ist mit einem Einnahmeausfall des Gesundheitsfonds von 5 - 9+ Mrd. EUR zu rechnen

Prognostiziertes BPE-Wachstum für 2020
in Prozent

BIP-Prognose 2020
in Prozent



Einnahmeausfall des Gesundheitsfonds (Schätzung)

	Sachverständigenrat	Gemeinschaftsdiagnose	Frühjahrsprojektion
BPE-Rückgang ⊗	~ -2,3 PP	~ -3,3 PP	~ -4,3 PP
BPE-Aufsatzwert 2019 ⊗	1.468 Mrd. EUR		
GKV-Beitragssatz =	14,6% ²		
Einnahmeausfall Gesundheitsfonds	~ 5+ Mrd. EUR	~ 7+ Mrd. EUR	~ 9+ Mrd. EUR

1 Sachverständigenrat erwartet bei einem BIP-Rückgang von 2,8% einen schwachen Anstieg der Sozialbeiträge von 1,5% im Jahr 2020; Annahme: Krankenkassenbeiträge entwickeln sich proportional zu den Sozialbeiträgen.

2 Zusatzbeitrag vernachlässigbar.

3 BPE-Wachstum über Regression des Zusammenhangs zwischen BPE und BIP ermittelt.

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Situation; Schätzerkreis Okt. 2019; McKinsey; Gemeinschaftsdiagnose #1-2020 des DIW Berlin, ifo Instituts, IfW, IWH, RWI im April 2020

Sowohl die Liquidität des Gesundheitsfonds als auch die der einzelnen Kassen werden massiv belastet

Im Hinblick auf die unterjährige Liquidität sind nach unserer aktuellen Hypothese zwei Effekte zu erwarten: Zum einen droht die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds durch COVID-19 unter die gesetzliche Mindestrücklage zu sinken. Zum anderen wird auf Einzelkassenebene in unserer Modellrechnung eine unterjährige Belastung der Liquidität in der Größenordnung von 170 EUR je Versicherten geschätzt (Schaubild 4).

Der Gesundheitsfonds verfügt derzeit über eine Liquiditätsreserve von ca. 10 Mrd. EUR. Die durch COVID-19 induzierten Belastungen bewegen sich mindestens in derselben Größenordnung. Im Vergleich: Die Rücklagen der GKV belaufen sich aktuell auf ca. 20 Mrd. EUR.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Belastungen: Die Rettungsschirme haben ein geschätztes Volumen von ca. 6 Mrd. EUR; davon werden ca. 4 Mrd. EUR den Einnahmefehlern kompensieren,

der durch Verschieben nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte⁴ entsteht. Weitere 1,5 Mrd. EUR kostet das Aufstellen neuer Intensivbetten⁵, 1 Mrd. EUR der Ausgleich finanzieller Belastungen für Heilmittelerbringer und mit 50 bis 100 Mio. EUR sollen die Einnahmefälle von Reha-Einrichtungen⁶ ausgeglichen werden. Zuletzt ergeben sich Kosten von ca. 1 Mrd. EUR für symptomunabhängige Testungen⁷. Zugleich ist mit einem signifikanten Einnahmefehlern auf Grund des wirtschaftlichen Abschwungs und dem damit verbundenen BPE-Rückgang zu rechnen. Wir gehen von einem Einnahmefehlern von mindestens 5 Mrd. EUR aus – unter der Annahme, dass das BIP um 2,8% zurückgeht (Schaubild 5).⁸

Die Einbußen des Gesundheitsfonds werden z.T. durch die Erstattungen des Bundes für den Krankenhausrettungsschirm kompensiert. Dennoch droht der Gesundheitsfonds in unserer Modellrechnung, bis Ende 2020 Liquidität in Höhe von

⁴ Es wird ein Rückgang um 20% für drei Monate bei 20 Mio. Fällen pro Jahr angenommen.

⁵ Angenommen wird eine Verdopplung der Kapazität von Intensivbetten, basierend auf einer Schätzung des BMG.

⁶ Angenommen wird ein 10%iger Fallrückgang bis September, basierend auf einer Schätzung des BMG.

⁷ Unter der Annahme, dass das BMG eine entsprechende Verordnung erlässt, die zur Verfügung stehende Testkapazität von ca. 860 Tsd. Tests pro Woche für sechs Monate ausgenutzt wird und Mehrausgaben von ca. 60 Mio. EUR pro 1 Mio. zusätzlicher ungebündelter Tests zu erwarten sind.

⁸ Vgl. hierzu das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Situation vom 22. März 2020 – bei einer pessimistischeren Einschätzung, wie sie z.B. in der Gemeinschaftsdiagnose #1-2020 des DIW Berlin, ifo Institut, IfW, IWH, RWI vom 8. April 2020 vertreten wird, kann der Einnahmefehlern durch geringere BPE deutlich höher ausfallen.

8,5 Mrd. EUR zu verlieren. Damit läge sein Volumen unter der Mindestreserve von 4 Mrd. EUR (20% der monatlichen Gesundheitsfonds-Ausgaben sind als Gesundheitsfonds-Mindestreserve vorzuhalten).

Im Jahr 2020 könnten insbesondere die anderen Rettungsschirme (1,5 Mrd. EUR für Intensivbetten und Fallrückgang bei Reha) sowie die Einnahmeausfälle durch geringere BPE (mindestens 5 Mrd. EUR) die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds aufzehren (Schaubild 5).

Für 2021 sind aus heutiger Sicht keine direkten Auswirkungen von COVID-19 auf die Liquidität des Gesundheitsfonds zu erwarten. Allerdings könnten sich vom BMG vorgesehene Zahlungen an Leistungserbringer entlastend auswirken. So kann etwa die Gesamtvergütung für Zahnärzte in 2020 auf 90% der Vergütung aus dem Jahr 2019 festgelegt werden. Kommt es dadurch zu einer Überzahlung im Vergleich zu den tatsächlich erbrachten Leistungen, wird diese 2021/22 an die Kassen erstattet.⁹

Offen bleiben daher noch die Größenordnung eines möglichen Bundeszuschusses sowie die Frage, auf welchem Weg die Liquiditätsreserve bis zur Mindestreserve wieder aufzufüllen wäre.

Auf Einzelkassenebene ist durch COVID-19 für eine Kasse mit einer Versichertenstruktur ähnlich zur GKV ein unterjähriger Liquiditätsverlust von rund 170 EUR je Versicherten zu erwarten – das entspricht rund 60% der monatlichen Ausgaben einer Kasse. Dies erfordert ein besonderes Augenmerk auf die unterjährige Liquiditätsentwicklung, um die Zahlungsfähigkeit zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen.

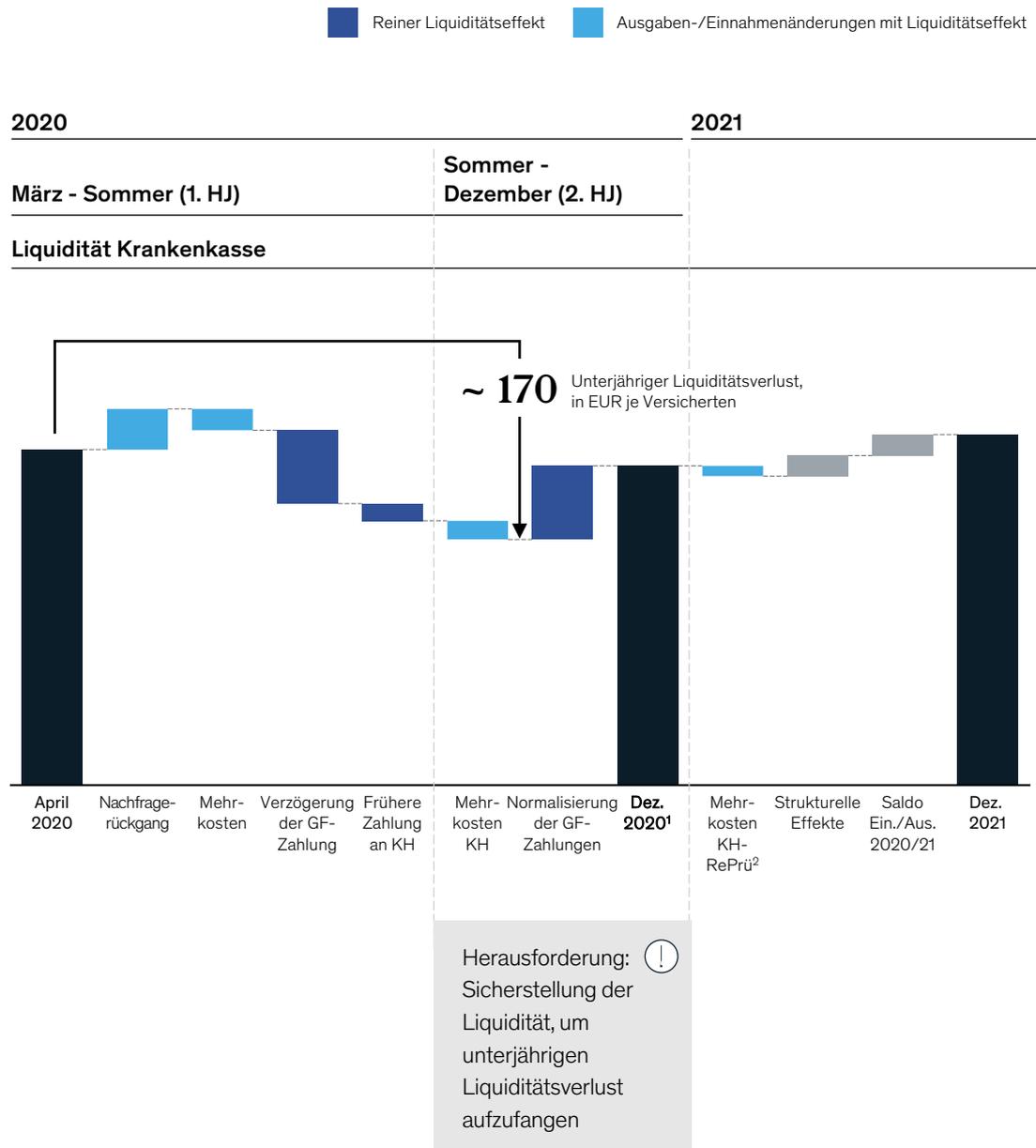
Den Liquiditätsverlust im laufenden Jahr 2020 lösen vor allem drei Faktoren aus:

- Verzögerung der Abschlagszahlungen des Gesundheitsfonds, die sich aus Stundungen bei Krankenkassenbeiträgen ergeben
- Mehrkosten, die z.B. durch Schutzausrüstung für Krankenhäuser, Erhöhung der Pflegeentgeltwerte und Kosten für Krankengeld verursacht werden
- Krankenhausrechnungen, die früher als bisher üblich bezahlt werden müssen.

Im Gegenzug wirkt sich der beobachtete (temporäre) Nettonachfragerückgang schonend auf die Liquidität aus. Dabei handelt es sich vor allem um Fallrückgänge im Krankenhaus, eine geringere Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Behandlungen und Zahnersatz sowie einen Fallrückgang bei Heil- und Hilfsmitteln. Ohnehin verbleibt als Saldo ein Liquiditätsverlust, der erst wieder kompensiert werden kann, wenn sich die Zahlungen des Gesundheitsfonds nach der Krise wieder normalisieren – und selbst dann nur zu einem Teil. Dazu muss sich aber erst einmal die wirtschaftliche Situation wieder bessern.

⁹ Quelle: COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung.

Einzelkassenebene: unterjähriger Liquiditätsverlust – geschätzt ~ 170 EUR je Versicherten bei Kassen zu erwarten

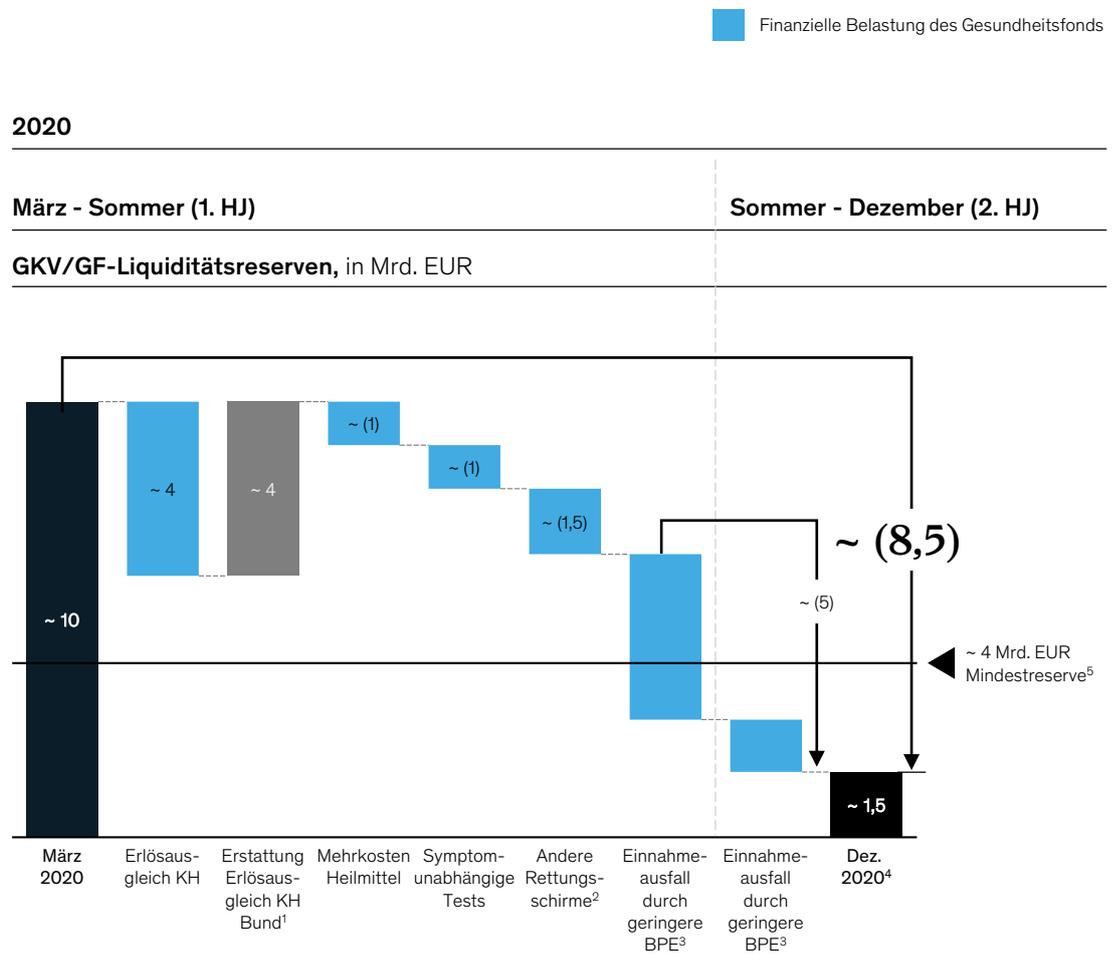


¹ Ohne Saldo Einnahmen/Ausgaben 2020.

² Umfasst z.B. Reduzierung Prüfquote und Aussetzung Strafzahlungen.

Quelle: McKinsey

Nach Berücksichtigung des Ausgleichs durch den Bund: ~ 8,5 Mrd. EUR Liquiditätsverlust im Gesundheitsfonds



1 Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des GF innerhalb von einer Woche nach Ende des Kalendermonats.

2 Intensivbetten, Reha-Fallrückgang etc.

3 Nach Wirtschaftseinbruch in H1 2020 einsetzende wirtschaftliche Erholung in H2.

4 Ohne Saldo Einnahmen/Ausgaben 2020.

5 20% der monatlichen GF-Ausgaben sind als GF-Mindestreserve vorzuhalten.

Quelle: McKinsey

Auf Basis der aktuellen RSA-Mechanik könnte sich eine verzerrte Abbildung der Morbidität auf die Ausgleichsjahre 2020 und 2021 auswirken

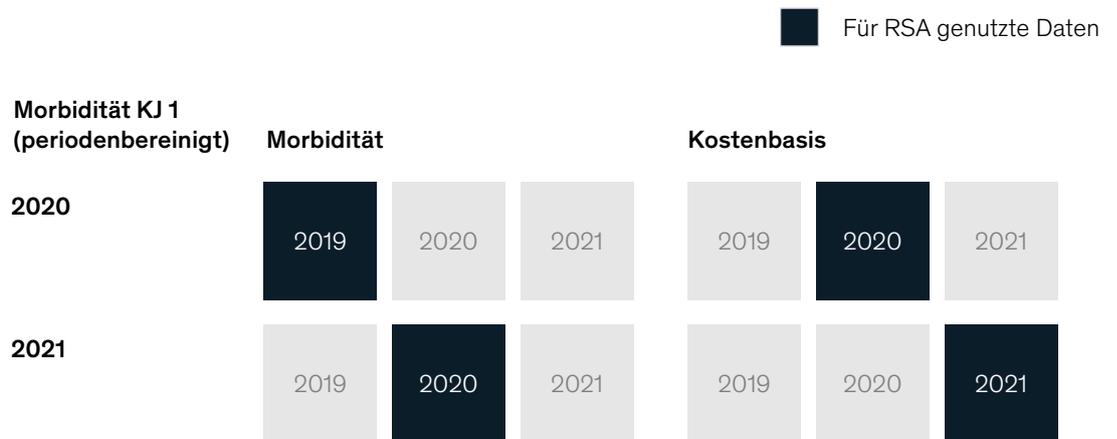
Auf Grund der Ausgestaltung des RSA als prospektiver, morbiditätsbasierter Finanzausgleich kommt es durch COVID-19 zu Beeinflussungen, die sich auf die Ausgleichsjahre 2020 und insbesondere 2021 auswirken werden.

COVID-19 führt 2020 zu Fallrückgängen im stationären und ambulanten Sektor. Dies bewirkt einerseits Verzerrungen in der Abbildung der Morbidität in 2020, was durch den prospektiven Charakter des RSA Verwerfungen im Ausgleichsjahr 2021 nach sich ziehen kann. Andererseits verzerrt der Fallrückgang die Kostenbasis in 2020 und beeinflusst damit die Risikogruppenzuschläge, was Verwerfungen im Ausgleichsjahr 2020 bewirken kann.

Die Auswirkungen in 2021 rühren daher, dass bei einem Fallrückgang 2020 weniger Diagnosen dokumentiert werden und daher im RSA 2021 potenziell weniger Risikozuschläge für Krankheiten ausgelöst werden, z.B. weil das Kriterium, dass bestimmte Diagnosen in mindestens zwei Quartalen vorliegen müssen, nicht erfüllt wird. Konkret kann das bedeuten, dass 2021 Krankenkassen die Kosten für Versicherte mit hohen Leistungsausgaben tragen müssen, da ihnen morbiditätsbasierte Zuweisungen entgehen.

Zusätzlich greift ab 2021 auch die RSA-Reform im Zuge des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (FKG), was zu weiteren Beeinflussungen führen kann (Schaubild 6).

RSA-Architektur führt zwangsläufig zu finanziellen Auswirkungen in 2020 und 2021



COVID-19-Wirkung auf RSA über

- Kostenbasis in RSA-Regression (z.B. LA beeinflusst durch Nachfrageänderungen)
- Abbildung der Morbidität (z.B. Fallrückgang in Krankenhäusern und bei Vertragsärzten führt zu fehlenden Morbi-Daten)

Quelle: McKinsey

Die Beitragssatzstrategie muss überprüft und die Entwicklung der Liquidität genau überwacht werden

Zweifellos wird sich durch COVID-19 und Maßnahmen wie etwa Kontaktverbote die makroökonomische Lage eintrüben. Dadurch werden sich die beitragspflichtigen Einnahmen von Beschäftigten verringern, z.B. infolge von Kurzarbeit und Kündigungen. Der daraus resultierende Einnahmeausfall des Gesundheitsfonds könnte 5 bis 9 Mrd. EUR betragen¹⁰.

Was den GKV-weiten, kostendeckenden Zusatzbeitrag betrifft, war bereits ohne COVID-19 davon auszugehen, dass er im Laufe des Jahres 2020 um ca. 0,1 Prozentpunkte auf 1,09% steigen würde. Ausschlaggebend dafür war die Entwicklung der BPE und der LA, da letztere stärker wachsen als die Löhne. So entsteht eine Lücke, die die Kassen über einen höheren Zusatzbeitrag finanzieren müssen. Hinzu kommen die GKV-weiten Mehrkosten durch COVID-19, so dass wir mit einem weiteren Anstieg um 0,05 Prozentpunkte in 2020 rechnen; es ist also von einem kostendeckenden Zusatzbeitrag von ca. 1,14% auszugehen.

Eine nochmalige Erhöhung in 2021 wird sich nicht umgehen lassen, denn dann wirkt sich das Zurückbleiben der BPE hinter der ursprünglichen Erwartung durch COVID-19 erstmalig aus. Die Folge: Der Bei-

trag wird in unserer Modellrechnung um mindestens weitere 0,33 Prozentpunkte auf rund 1,5% steigen – bei einer ungünstigeren wirtschaftlichen Entwicklung möglicherweise sogar deutlich höher (Schaubild 7).

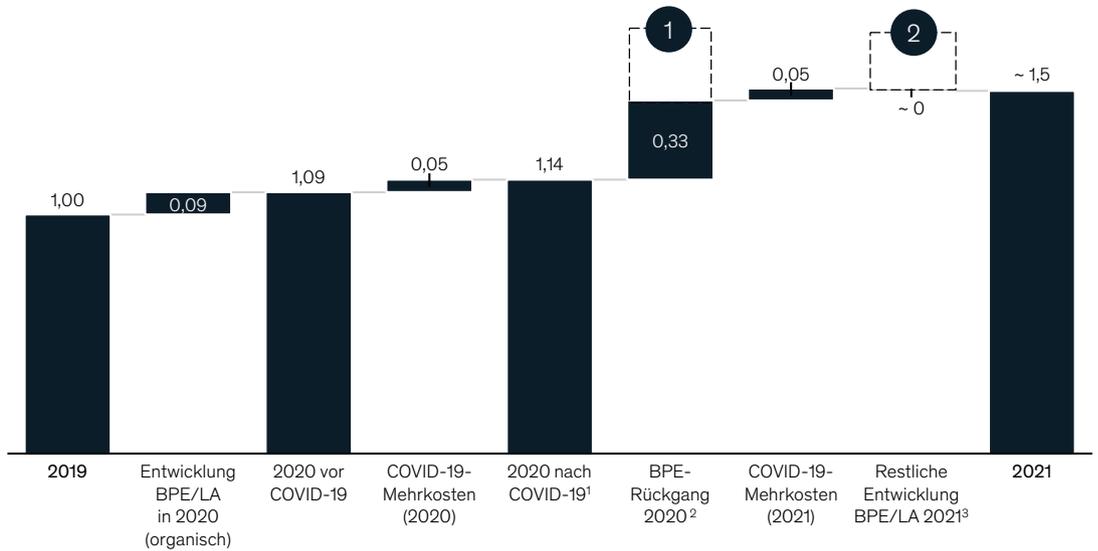
Wir gehen davon aus, dass der zusätzliche Anstieg durch die organische Entwicklung von LA und Löhnen in 2021 sich mit dem Nachholeffekt des COVID-19-induzierten BPE-Einbruchs in etwa die Waage halten wird. Dann würde sich die restliche BPE-/LA-Entwicklung nicht auf den Zusatzbeitrag auswirken. Wir weisen allerdings darauf hin, dass trotz des Nachholeffekts die LA durchaus schneller steigen könnten, so dass der Zusatzbeitrag überdies belastet würde.

Die signifikante Steigerung des Zusatzbeitrags wirft einige Fragen auf, von denen die zwei wichtigsten lauten: Muss der allgemeine Beitragssatz angehoben werden, um den Gesundheitsfonds zu stützen und seine Liquiditätsreserve aufzufüllen bzw. ein mögliches Darlehen zurückzuzahlen? Und: Wie können sich insbesondere diejenigen Kassen neu positionieren, deren Zusatzbeitrag derzeit deutlich vom Durchschnitt (nach oben oder unten) abweicht? Dies zu klären, zählt zu den vordringlichen Aufgaben der Krankenkassen in dieser Zeit.

¹⁰ Die genaue Höhe ist abhängig von den zu Grunde gelegten Gutachten und den darin getroffenen Annahmen sowie der Dauer der Epidemie.

Zu erwartender Anstieg des GKV-weiten kostendeckenden Zusatzbeitrags wirft weitere Fragen auf

Entwicklung des GKV-weiten, kostendeckenden Zusatzbeitrags in Prozentpunkten



1 Bei ungünstigerer BPE-Entwicklung (stärkerer Rückgang, schwächerer Nachholeffekt) weitere Steigerung

2 Organische Entwicklung der BPE/LA wird durch teilweise nachgeholtene BPE-Rückgang durch wirtschaftliche Erholung kompensiert (Mixeffekt)

1 Annahme: pragmatische Lösung für Unterschreitung der Mindestreserve des Fonds, z.B. Absenkung oder Zuschuss aus Bundesmitteln.

2 Führt zu basiswirksamer Absenkung des BPE-Absprungpunkts im Schätzerkreis 2020 (~ 5 Mrd. EUR Einnahmen für GF).

3 Annahmen: 4,8% BPE-Wachstum vs. 4,6% bLA-Wachstum.

Quelle: McKinsey

Die hier dargestellten Effekte der COVID-19-Epidemie basieren auf einer Momentaufnahme. Folgerichtig ist es noch zu früh für konkrete Handlungsempfehlungen; diese werden sich erst definieren lassen, wenn das gesamte Ausmaß der Krise und ihrer Folgen feststeht. Ebenso sollte über Mechanismen nachgedacht werden, mit deren Hilfe sich die Wirkung von Ausnahmejahren wie 2020 auf die Finanzen der Kassen abmildern ließe, etwa eine Umlage der Belastungen auf mehrere Jahre.

Derartige Mechanismen könnten allerdings erst bei künftigen Krisen greifen. Aktuell werden in finanzieller Hinsicht erhebliche Herausforderungen auf die Krankenkassen zukommen – z.B. Management der Liquidität und proaktive Aufstellung in Bezug auf die Zusatzbeitragsstrategie. Gleichwohl sehen wir auch Chancen, aus der Krise gestärkt hervorzugehen: Die Kassen haben bereits während der Krise ihre Versorgungsstrukturen und Arbeitsprozesse durch Einsatz von Telemedizin und Apps sowie Digitalisierung von Services in bewundernswerter Weise angepasst. Dieses Momentum gilt es nun aufrechtzuerhalten.

Autoren

Steffen Hehner, Senior-Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Steffen_Hehner@mckinsey.com

Boris Körs, Senior-Partner im Münchner Büro von McKinsey
Boris_Koers@mckinsey.com

Florian Niedermann, Senior-Partner im Stuttgarter Büro von McKinsey
Florian_Niedermann@mckinsey.com

Markus Gampert, Partner im Düsseldorfer Büro von McKinsey
Markus_Gampert@mckinsey.com

Manuela Martin, Partnerin im Berliner Büro von McKinsey
Manuela_Martin@mckinsey.com

Beatrice Pototzky, Projektleiterin im Münchner Büro von McKinsey
Beatrice_Pototzky@mckinsey.com

Michael Schmidt, Projektleiter im Münchner Büro von McKinsey
Michael_Schmidt@mckinsey.com

Mai 2020

Copyright © McKinsey & Company

Designed by Visual Media Europe

www.mckinsey.com

 @McKinsey

 @McKinsey

