

Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO
an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2027



2. September 2026

Geschäftszeichen: IX 1 - 0003740

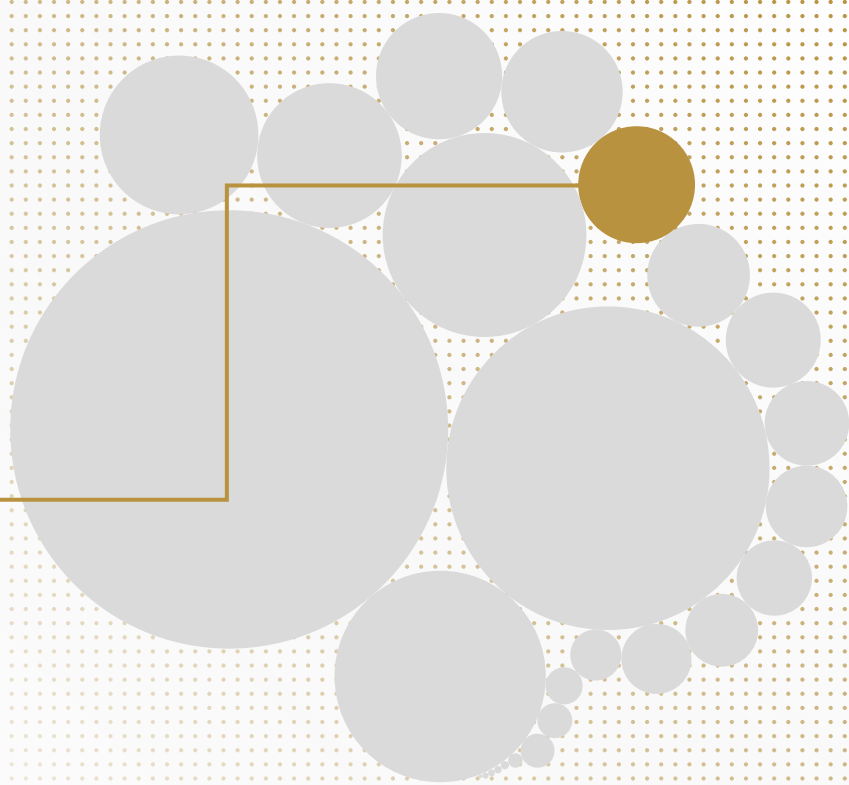
Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf www.bundesrechnungshof.de veröffentlicht.

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Bundesministerium für Gesundheit

Ausgaben

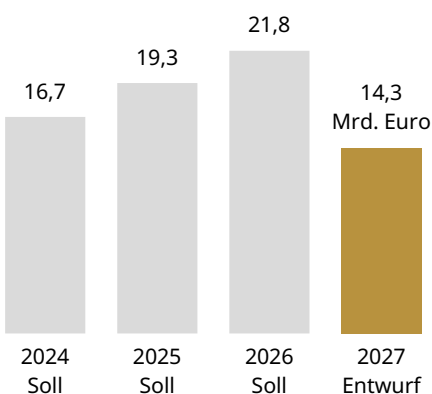
14,3 Mrd. Euro



555,4 Mrd. Euro

Gesamtentwurf des Bundeshaushalts 2027
Ausgabenverteilung nach Einzelplänen

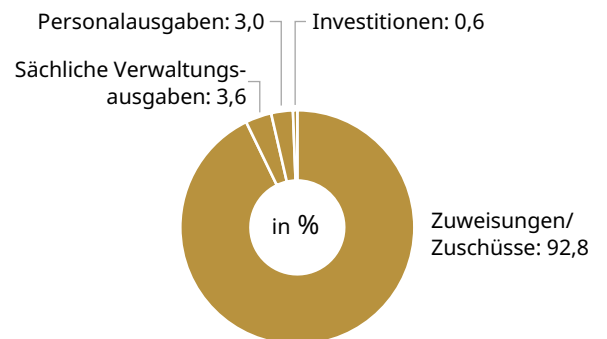
Soll-Entwicklung



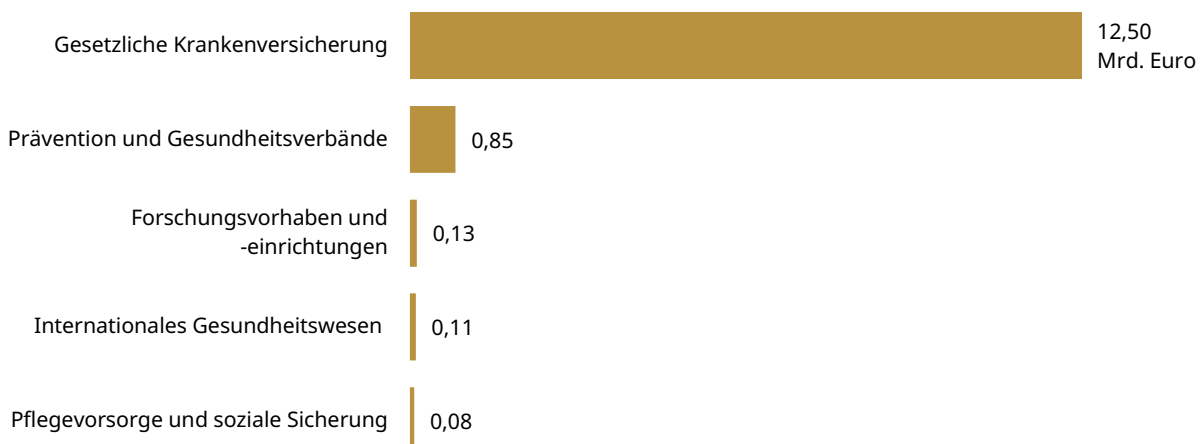
**Planstellen
& Stellen**
3 278

Veränderung
zum Vorjahr
+1

Ausgabenstruktur nach Hauptgruppen



Wesentliche Ausgaben



Inhaltsverzeichnis

1	Überblick.....	7
2	Haushaltsstruktur und -entwicklung	9
2.1	Einzelplan 15	9
2.2	Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität	10
3	Wesentliche Ausgaben	16
3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	16
3.2	Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung	27
3.3	Prävention und Gesundheitsverbände	37
3.4	Forschungsvorhaben und -einrichtungen.....	42
3.5	Internationales Gesundheitswesen.....	43
3.6	Bundesministerium und Geschäftsbereich	44
4	Wesentliche Einnahmen.....	45
5	Ausblick	46

Abkürzungsverzeichnis

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*
BfArM *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*
BIÖG *Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit*
BMDS *Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung*
BMF *Bundesministerium der Finanzen*
BMG *Bundesministerium für Gesundheit*
BWV *Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung*

F

FKG *FinanzKommission Gesundheit*

G

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*
GKV-BStabG *Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)*
GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

N

NIS-2-Richtlinie *Zweite EU-Richtlinie zur Netzwerk- und Informationssicherheit*

O

ÖGD *Öffentlicher Gesundheitsdienst*

P

PEI *Paul-Ehrlich-Institut*

R

RefE-PNOG *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz - PNOG)*
RKI *Robert Koch-Institut*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*
SGB XI *Elftes Buch Sozialgesetzbuch*
SPV *Soziale Pflegeversicherung*

SVIK Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität

SVIKG Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität

1 Überblick

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Aufgabe, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen und deren Rahmenbedingungen zu gestalten. Es bezuschusst über den Gesundheitsfonds die Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und über den Ausgleichsfonds die Pflegekassen, die die soziale Pflegeversicherung (SPV) durchführen. Regelungskompetenzen hat es auch bei den Heilberufen, Apotheken, Arzneimitteln und Medizinprodukten, Betäubungsmitteln, beim Infektions- und Gesundheitsschutz sowie bei der Krankheitsbekämpfung. Beim BMG angesiedelt sind außerdem die Geschäftsstellen des Drogenbeauftragten der Bundesregierung, des Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie der Bevollmächtigten für Pflege. Der Geschäftsbereich des BMG umfasst das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und das Robert Koch-Institut (RKI).

Der Haushaltsplan für das Jahr 2026 sah Einnahmen von 106,2 Mio. Euro und Ausgaben von 21,8 Mrd. Euro vor. Darin enthalten waren Darlehen, die der Bund im Jahr 2026 der GKV (2,3 Mrd. Euro) und SPV (3,2 Mrd. Euro) gewährte. Dem stehen im Haushaltsentwurf für das Jahr 2027 Ansätze von 119,2 Mio. Euro bei den Einnahmen und 14,3 Mrd. Euro bei den Ausgaben gegenüber. Die massive Reduktion geht darauf zurück, dass der Bundeszuschuss an die GKV zur Konsolidierung des Bundeshaushalts ab dem Jahr 2027 auf zunächst 12,5 Mrd. Euro sinken sollte. Mit Verabschiedung des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG)¹ wurde diese Absenkung gemindert. Der Bundeszuschuss beläuft sich nun auf 13,15 Mrd. Euro im Jahr 2027 und 12,95 Mrd. Euro ab dem Jahr 2028.

Diese Festlegung muss im parlamentarischen Haushaltsverfahren ebenso nachvollzogen werden wie die anstehende Reform der SPV. Der Haushaltsgesetzgeber sollte auf einen sachgerechten Ausgleich zwischen der angestrebten Haushaltskonsolidierung und dem Reformbedarf im Gesundheitswesen achten.

¹ Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 228).

Tabelle 1

Übersicht über den Einzelplan 15 Bundesministerium für Gesundheit

	2025 Soll	2025 Ist ^a	Differenz Ist-Soll ^b	2026 Soll	2027 Entwurf	Änderung zu 2026
	in Mio. Euro					in %
Ausgaben	19 282,6	19 080,7	-201,9	21 773,9	14 336,6	-34,2
darunter:						
→ Gesetzliche Krankenversicherung	16 800,0	16 640,2	-159,8	16 800,0	12 500,0	-25,6
→ Pflegevorsorge und soziale Sicherung	581,0	572,1	-8,9	3 281,0	79,1	-97,6
→ Prävention und Gesundheitsverbände	959,3	886,7	-72,6	728,2	851,0	16,9
→ Forschungsvorhaben und -einrichtungen	154,9	113,5	-41,3	146,8	131,0	-10,8
→ Internationales Gesundheitswesen	132,4	130,0	-2,4	114,9	106,4	-7,4
→ Ministerium	156,8	149,7	-7,0	168,5	170,3	1,1
Einnahmen	106,2	209,8	103,7	106,2	119,2	12,2
darunter:						
→ Gebühren (Arzneimittel und Medizinprodukte)	96,4	119,4	23,0	96,4	109,5	13,6
→ Zuschüsse der Europäischen Union	-	29,0	29,0	-	-	-
→ Sponsoring	-	5,2	5,2	-	-	-
→ Drittfinanzierte Aufgaben	2,4	37,3	34,9	2,4	2,4	0
Verpflichtungsermächtigungen	223,0 ^c	105,5	-117,5	1 163,6	497,4	-57,3
	Planstellen/Stellen					in %
Personal	3 286	2 961 ^d	-325	3 277	3 278	0

Erläuterung:

^a Bereinigt um haushaltstechnische Verrechnungen.

^b Aus den Ursprungswerten berechnet; Rundungsdifferenzen möglich.

^c Einschließlich über- und außerplanmäßiger Verpflichtungsermächtigungen.

^d Ist-Besetzung zum Stichtag 1. Oktober 2025 ohne außerhalb der verbindlichen Stellenpläne geführtes wissenschaftliches Personal (Ist-Besetzung am 1. Oktober 2025: 627).

Quelle: Haushaltsrechnung 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

2 Haushaltsstruktur und -entwicklung

2.1 Einzelplan 15

Die hohen Ausgaben für die Jahre 2025 und 2026 resultierten vor allem aus Maßnahmen zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV und SPV. Der Gesundheitsfonds erhielt in diesen Jahren Darlehen von insgesamt 4,6 Mrd. Euro. Dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen wurden über die beiden Jahre Kredite von insgesamt 3,7 Mrd. Euro gewährt. Dagegen bleibt – wie bereits seit dem Jahr 2024 – der gesetzlich verankerte jährliche Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro an die SPV noch mindestens bis zum Jahr 2027 zur Konsolidierung des Bundeshaushalts ausgesetzt. Ab dem Jahr 2027 soll auch der abgesenkte Bundeszuschuss an die GKV zu Einsparungen des Bundes beitragen.

Das Grundgesetz ermöglicht es, die für die Schuldenregel relevanten Krediteinnahmen u. a. um Ausgaben für den Schutz informationstechnischer Systeme zu bereinigen. Dies gilt, soweit diese Ausgaben zusammen mit anderen sicherheitsrelevanten Ausgaben 1 % des nominalen Bruttoinlandsprodukts überschreiten (sog. Bereichsausnahme, Artikel 115 Absatz 2 Satz 4 Grundgesetz). Dadurch steigt der Verschuldungsspielraum des Bundes. Die betroffenen Haushaltstitel sind mit einem B gekennzeichnet. Im Einzelplan 15 fallen darunter die geplanten Zuschüsse für Maßnahmen zur Erhöhung der Cybersicherheit für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im Gesundheitswesen (Kapitel 1503 Titelgruppe 03, insbesondere Titel 684 31, s. Tnr. 3.3.1) und Ausgaben für IT-Sicherheitsmaßnahmen im Geschäftsbereich des BMG (s. Tnr. 3.6).

Der Eckwertebeschluss der Bundesregierung für den Haushalt 2027 und den Finanzplan bis zum Jahr 2030 sieht eine Einsparung von 1 % über den Finanzplanzeitraum für alle Einzelpläne vor. Im Einzelplan 15 wurden dazu die in diesem Zeitraum geplanten Ausgaben für das Sofortprogramm Cybersicherheit im Gesundheitswesen von ursprünglich 2 auf 1,5 Mrd. Euro abgesenkt. Die Einsparung wurde somit bei einer noch nicht begonnenen Maßnahme innerhalb der Bereichsausnahme erbracht. Sie führt damit nicht zu einer strukturellen Ausgabenverminderung im Einzelplan 15 und endet mit dem Auslaufen des Förderprogramms.

Darüber hinaus wurde im Haushaltsentwurf zusätzlich zu den regulär in den Einzelplänen enthaltenen Globalen Minderausgaben eine Globale Minderausgabe Effizienzmaßnahmen von 1,2 Mrd. Euro ausgebracht. Davon entfallen 96 Mio. Euro, das sind 8 %, auf den Einzelplan 15. Sie sind in Kapitel 1511 Titel 972 02 veranschlagt. Durch diesen als Negativbetrag ausgewiesenen Ansatz beträgt das Ausgabesoll in Kapitel 1511 des Haushaltsentwurfs -20,5 Mio. Euro. Im parlamentarischen Verfahren soll diese Globale Minderausgabe unter Berücksichtigung kurzfristig zu erzielender Effizienzgewinne titelscharf umgesetzt werden. Dafür entwickelt das Bundesministerium für Digitales und

Staatsmodernisierung (BMDS) federführend ein Konzept für Effizienzmaßnahmen zur strukturellen Entlastung des Bundeshaushalts. Diese soll insbesondere bei den Ausgaben für Informationstechnik (Aufträge, Dienstleistungen und Anlagen), Öffentlichkeitsarbeit, Geschäftsbedarf, Fortbildung, Dienstreisen und Sachverständigen erreicht werden. Die Sollansätze im Haushaltsentwurf des Einzelplans 15 für diese Zwecke belaufen sich auf 100,7 Mio. Euro. Damit erscheinen Einsparungen in der angestrebten Größenordnung in diesem Bereich unerreichbar. Die Soll-Ansätze im Verwaltungshaushalt für den gesamten Geschäftsbereich des BMG, also die Ausgaben ohne die Programmkapitel, betragen für das Jahr 2027 insgesamt 765 Mio. Euro. Davon fällt der größte Teil für Personal und Mieten an. Die Globale Minderausgabe Effizienzmaßnahmen entspricht 12,5 % dieser Ausgaben. Es ist für den Bundesrechnungshof nicht ersichtlich, wie hier kurzfristige Effizienzgewinne in der notwendigen Höhe erzielt werden können. Da diese Einsparungen auch nicht aus der Bereichsausnahme finanziert werden dürfen, erscheinen Einschnitte in Programmkapiteln unumgänglich.

2.2 Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität

Das BMG plant darüber hinaus eine Reihe von Maßnahmen, die aus dem Sondervermögen gemäß Artikel 143h Grundgesetz geleistet werden sollen. Die notwendigen Mittel sind daher nicht im Einzelplan 15 veranschlagt, sondern im Wirtschaftsplan des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK), der zum Einzelplan 60 gehört (Kapitel 6002 Anlage 2, Wirtschaftsplan 6093).

Die Gesamt-Kreditermächtigung beläuft sich auf bis zu 500 Mrd. Euro. Davon werden 100 Mrd. Euro den Ländern und Kommunen zur Verfügung gestellt und weitere 100 Mrd. Euro dem Klima- und Transformationsfonds zugeführt. Von den verbleibenden 300 Mrd. Euro soll das BMG nach derzeitiger Planung bis zu 35,5 Mrd. Euro und damit 11,8 % bewirtschaften.

2.2.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Aufbau von KI-Reallaboren und souveräner Gesundheitsdateninfrastruktur

Insgesamt 650 Mio. Euro aus dem SVIK will das BMG über den Zeitraum von 2026 bis 2035 für den Aufbau einer vernetzten souveränen Gesundheitsdateninfrastruktur und die Förderung von Reallaboren für KI in der Gesundheitsversorgung und Pflege sowie für Medizinprodukte aufwenden. Für das Jahr 2027 sind dafür Ausgaben von 65 Mio. Euro vorgesehen (Wirtschaftsplan 6093 Titel 894 53).

Erforderlich sind hier nach Einschätzung des BMG Investitionen in den Aufbau von Infrastrukturen zur Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung, zur

Ermöglichung des rechtskonformen Datenzugangs und zur Durchsetzung von Betroffenenrechten. Die zu fördernde Gesundheitsdaten- und Forschungsinfrastruktur werde große Datenmengen sicher für die Gesundheitsforschung, die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen sowie eine bessere und effizientere Versorgung bereitstellen. Reallabore sind Instrumente zur Förderung des Innovationstransfers, in denen die Einhaltung rechtlicher Vorgaben, etwa zum Datenschutz oder KI-Einsatz mit Unterstützung einer zuständigen Behörde und weiterer Expertinnen und Experten erprobt werden kann. Hierfür bedürfe es der Investition in eine Infrastruktur zur Erprobung und fundierten Unterstützung von KI-Anwendungen im Gesundheitswesen.

Digitalisierung Rettungsdienst

Hinzu kommt ein Programm für die Digitalisierung des Rettungsdienstes zur Flankierung der geplanten Notfallreform.² Für das Jahr 2027 sind Ausgaben von 45 Mio. Euro im Haushaltsentwurf vorgesehen (Wirtschaftsplan 6093 Titel 894 62). Das BMG plant, bis zum Jahr 2031 insgesamt 225 Mio. Euro aus Mitteln des SVIK aufzuwenden.

Geplant ist die Förderung von Investitionen zur Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung in Form einer digitalen standardisierten Notrufabfrage und der ständigen Vernetzung der Rettungsleitstellen (Notruf 112) mit den Akutleitstellen (Rufnummer 116 117) zu Gesundheitsleitsystemen. Das umfasst auch Mittel für die Einrichtung einer interoperablen digitalen Notfalldokumentation aller Leistungserbringer, eines Nachweissystems für Versorgungskapazitäten digitaler Ersthelferalarmierungssysteme sowie eines bundesweiten Katasters für automatische externe Defibrillatoren zur Förderung der Laienreanimation.

Wesentliches Ziel der Notfallreform ist aus Sicht des BMG die digitale sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer (Rettungsdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen). Die Förderung solle zu bundesweit einheitlichen Standards beitragen. Durch eine Finanzierung aus dem SVIK könnten diese Ziele schneller erreicht werden als durch die Vergütungssystematik der GKV für den Rettungsdienst. Sie sei auch sachgerecht, da die digitalen Strukturen allen Bürgerinnen und Bürgern zugutekämen und die GKV dadurch von dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe entlastet werde.

2.2.2 Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024³ verpflichtete zunächst die GKV zur Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds. Darin

² Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, Bundestagsdrucksache 21/6808.

³ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024, BGBl. 2024 I Nummer 400.

sollten in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro bereitgestellt werden, um Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen der Krankenhausversorgung zu fördern. Eine Finanzierung aus dem Krankenhaustransformationsfonds setzt voraus, dass die Länder (gegebenenfalls gemeinsam mit dem jeweiligen Krankenhausträger) Fördermittel in gleicher Höhe einsetzen. Der Fonds sollte zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus dem Beitragsaufkommen gespeist werden. Der Präsident des Bundesrechnungshofes als Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) hatte diese Regelung kritisiert, weil die Finanzierung von Krankenhausstrukturen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht in die Verantwortung der GKV fällt. Auch privat Versicherte sowie Mitglieder anderer Versorgungssysteme profitieren von der neuen Kliniklandschaft.⁴

Im Krankenhausreformatanpassungsgesetz⁵ wurde schließlich geregelt, dass der zunächst vorgesehene GKV-Anteil durch den Bund übernommen und auf 29 Mrd. Euro aufgestockt wird, und zwar aus Mitteln des SVIK gemäß Artikel 143h Grundgesetz (Wirtschaftsplan 6093 Titel 884 22). In den ersten vier Jahren beläuft sich der Bundesanteil der Förderung jeweils auf 3,5 Mrd. Euro, während die Länder nur 1,5 Mrd. Euro zur Kofinanzierung einsetzen müssen.

Eine solche Regelung stellt zwar eine Durchbrechung der grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausinvestitionen dar.⁶ Zudem setzt sie falsche Anreize, denn die Länder sind seit vielen Jahren ihrer Investitionsverantwortung bei der Krankenhausfinanzierung nicht adäquat nachgekommen. Aber immerhin werden auf diese Weise alle Steuerzahlerinnen und Steuerzahler in die Verantwortung genommen und die GKV von der Übernahme einer weiteren versicherungsfremden Aufgabe wieder entbunden.

Die Bundesregierung hatte den Ländern darüber hinaus zugesagt, weitere Flexibilisierungen bei der Verwendung der Mittel aus dem Krankenhaustransformationsfonds zu prüfen. Das BMG stimmte mit dem Bundesrechnungshof überein, dass eine Aufweichung der Vorgaben für die Mittelverwendung die Verfassungsmäßigkeit ihrer Verwendung gefährden könne.⁷ Besonders kritisch sah es den Wunsch der Länder, auch den Erhalt bestehender Strukturen aus dem Krankenhaustransformationsfonds zu fördern. Dieser Vorschlag wurde letztlich nicht umgesetzt.

⁴ Siehe dazu Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024), S. 18 f.

⁵ Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformatanpassungsgesetz – KHAG) vom 9. April 2026, BGBl. 2026 I Nummer 98.

⁶ Der Bund hat keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese gestaltet sich vielmehr dual: Die Länder (gemeinsam mit den Krankenhausträgern) haben die Investitionskosten zu tragen. Die Betriebskosten sind aus den Erlösen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften, die ganz überwiegend von den Krankenkassen getragen werden.

⁷ Siehe Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Beratungen zum Entwurf des Wirtschaftsplans 2026 für das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK)“ (Gz.: V 1 - 0003279) vom 22. Oktober 2025, S. 23.

Aufgeweicht wurden die ursprünglichen Finanzierungsregelungen – neben einer Reihe von Verfahrensvereinfachungen – allerdings dadurch, dass die Länder nunmehr ihre Kofinanzierung vollständig aus Mitteln nach dem Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz bestreiten können. Dabei handelt es sich um die Mittel aus dem SVIK, die der Bund den Ländern zur Verfügung stellt. Im Ergebnis kann das dazu führen, dass die Ausgaben des Krankenhaustransformationsfonds in weit höherem Maß aus Bundesmitteln finanziert werden, als dies durch die vorgeschriebene Kofinanzierung durch die Länder suggeriert wird. Gemäß der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung⁸ obliegt die Prüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung eigenverantwortlich den Ländern. Der Bund verfügt demgegenüber nur über geringe, weitgehend formale Prüfbefugnisse.

Dass die Länder ihren Förderanteil nicht mehr aus ihren eigenen Haushalten aufbringen müssen, sondern dafür Bundesmittel einsetzen können, schwächt die disziplinierende Wirkung einer Kofinanzierung und den Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln. Das ist besonders problematisch, wenn eine Aufgabe von vornherein nicht in die Kompetenz des Bundes fällt, dieser aber wie hier die Finanzierung praktisch vollständig übernimmt. Die Verfügbarkeit der schuldenfinanzierten Mittel aus dem SVIK darf nicht dazu führen, dass grundlegende Finanzierungs Kompetenzen außer Acht gelassen und dem Wesen des Konnexitätsprinzips zuwidergehandelt wird.

Bei dem Einsatz von Mitteln aus dem SVIK ist die grundlegende Kompetenzordnung zwischen Bund und Ländern zu beachten. Das BMG sollte dafür Sorge tragen, dass die Prüfungskompetenzen des Bundes im Hinblick auf den Krankenhaustransformationsfonds strikt ausgeübt und nach Möglichkeit erweitert werden.

2.2.3 Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser

Aus dem SVIK flossen 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2025 und 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2026 für „Sofort-Transformationskosten Krankenhäuser“ (Wirtschaftsplan 6093 Titel 884 21). Die Mittel wurden gemäß § 221a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) als ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds geleistet. Die Gesetzesbegründung enthielt weder eine Definition dieser „Sofort-Transformationskosten“ noch einen Verweis auf die Zweckbindung des SVIK. Es wurde lediglich angeführt, bei Krankenhäusern bestehe eine „Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023, die gemäß dem Koalitionsvertrag aus Mitteln des Sondervermögens ‚Infrastruktur und Klimaneutralität‘ geschlossen werden soll“.⁹ Im Gegenzug wurden die Krankenhäuser ermächtigt, einen Rechnungszuschlag von 3,25 % für die voll- oder

⁸ Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nummer 113), die durch Artikel 4 des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nummer 98) geändert wurde.

⁹ Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025, Bundestagsdrucksache 21/778, S. 2.

teilstationäre Behandlung gesetzlich Versicherter zwischen dem 1. November 2025 und dem 31. Oktober 2026 zu erheben.

Der ergänzende Bundeszuschuss soll pauschal die Ausgaben abgelden, die den Krankenkassen durch diesen Zuschlag entstehen. Die Zahlungen erhöhen die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in den Auszahlungsjahren 2025 und 2026 entsprechend. Die aus diesen Rechnungszuschlägen resultierenden Kosten tragen die einzelnen Krankenkassen für ihre jeweils behandelten Versicherten. Ausweislich der Gesetzesbegründung nutzte dieser Weg „gut etablierte und in der Vergangenheit bereits praktizierte Verwaltungsverfahren und Zahlungswege“¹⁰; er war damit nach Auffassung der Bundesregierung besonders bürokratiearm.

Der Bundesrechnungshof hat diese Maßnahme und ihre Finanzierung beanstandet, da der Bund grundsätzlich nicht für die Krankenhausfinanzierung zuständig ist. Die Wirtschaftlichkeit der pauschalen und flächendeckenden Auszahlung ist fragwürdig. Der Zuschlag fließt völlig unabhängig von tatsächlichen Investitionsvorhaben an alle Krankenhäuser und wirkt nicht bedarfsbezogen, sondern nach dem Gießkannenprinzip. Begünstigt werden auch Kliniken, die nach den Vorgaben der Krankenhausreform nicht dauerhaft erhalten bleiben sollen oder überhaupt keine Investitionen bzw. nicht in der entsprechenden Höhe planen. Zudem entsteht ein sachfremder Anreiz für die Krankenhäuser zu mehr Behandlungen im Regelungszeitraum.

Der Bundesrechnungshof hat auch die verfassungsrechtliche Zulässigkeit dieser Regelung bezweifelt.¹¹ Denn die Mittel des SVIK dürfen ausschließlich zur Finanzierung und Förderung von öffentlichen Investitionen in Infrastruktur eingesetzt werden.¹² Weder stellt ein ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds eine Investition dar, noch ist sichergestellt, dass die Mittel am Ende für Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur eingesetzt werden. Die Krankenhäuser erhalten den Rechnungszuschlag zur freien Verfügung und ohne jeden Verwendungsnachweis. Dadurch ist nicht einmal ansatzweise eine Verbindung zwischen dem Einsatz der Mittel aus dem SVIK und irgendwelchen Investitionen seitens der Krankenhäuser als „Letztempfänger“ hergestellt. Der Bundesrechnungshof sieht daher die Zweckbindung des SVIK nicht gewahrt. Dadurch wurde ein Präzedenzfall geschaffen, politisch gewünschte Vorhaben auch ohne Rücksicht auf den Regelungsrahmen in Artikel 143h Grundgesetz aus dem SVIK zu finanzieren.

¹⁰ Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025, Bundestagsdrucksache 21/778, S. 18.

¹¹ Siehe Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Beratungen zum Entwurf des Wirtschaftsplans 2026 für das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK)“ (Gz.: V 1 - 0003279) vom 22. Oktober 2025, S. 24 f.

¹² Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 109, 115 und 143h), Bundestagsdrucksache 20/15096, S. 13.

Zudem ist es nicht möglich, für diese Maßnahme die nach dem Errichtungsgesetz für das SVIK (SVIKG)¹³ vorgeschriebene Erfolgskontrolle durchzuführen. § 10 SVIKG sieht vor, dass die aus Mitteln des Sondervermögens finanzierten Maßnahmen durch angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu unterlegen sind. Diese sind an den Zielen einer verbesserten Infrastruktur und eines höheren Wirtschaftswachstums zu orientieren. Dabei sind jeweils hinreichend konkretisierte Ziele zu formulieren und das methodische Vorgehen zur Erfolgskontrolle festzulegen. Auf diese Weise soll die vorherige, begleitende und nachgelagerte Kontrolle gewährleistet werden, ob die Ziele des Sondervermögens erreicht wurden. Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Erfolgskontrollen seien „ein entscheidender Baustein für eine nachhaltige und glaubwürdige Wachstumsperspektive“.¹⁴ An die Wirtschaftlichkeit der kreditfinanzierten Maßnahmen und ihre nachhaltige Wirkung auf Infrastruktur und Wirtschaftswachstum sind hohe Anforderungen zu stellen. Denn die Ausgaben für Zins und Tilgung belasten nicht nur den Bundeshaushalt, sondern damit auch künftige Generationen. Daher sind aus dem Sondervermögen nur solche Maßnahmen zu finanzieren, die nachweislich eine nachhaltige Wirkung entfalten und nicht nur kurzfristig Finanzlücken schließen.

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) wies entsprechend in seinem ersten Monitoringbericht zum SVIK¹⁵ darauf hin, die Methodik des titelbezogenen Fortschritts- und Wirkungsmonitorings sei auf diese Maßnahme nicht anwendbar: Die im Bericht festgestellte „vollständige Zielerreichung“ sei auf den Sondereffekt zurückzuführen, dass hier nur der Input gemessen werden könne. Es handle sich um eine „kurzfristige temporäre Überbrückungsmaßnahme [...], um den Krankenhäusern eine kurzfristige temporäre pauschalierte Unterstützungsleistung zu ermöglichen, bereits geplante und politisch beschlossene Investitionen nicht zu gefährden. [...] Die Maßnahme ‚Sofort-Transformationskosten‘ stellt [...] im Vergleich zu einer kontrafaktischen Situation ohne diese Maßnahme einen Beitrag zur Sicherung der Infrastruktur und Förderung des Wirtschaftswachstums dar.“¹⁶

Ohne dass ihre tatsächliche Verwendung festgestellt werden könnte, flossen mithin Gelder in den Krankenhausbereich. Die vage Formulierung, die pauschalierte Unterstützung ermögliche es, bereits geplante Investitionen nicht zu gefährden, steht in klarem Gegensatz zum eindeutigen verfassungsmäßigen Zweck des SVIK, nämlich der Finanzierung zusätzlicher Investitionen in die öffentliche Infrastruktur. Bereits die – gesetzlich festgeschriebene – Auszahlung der Mittel aus dem Bundeshaushalt wurde als Investitionsfortschritt und vollständige Zielerreichung bewertet. Damit untergräbt die Bundesregierung jeden Anspruch an eine Erfolgskontrolle.

¹³ Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIKG) vom 30. September 2025, BGBl. 2025 I Nummer 230.

¹⁴ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität, Bundestagsdrucksache 21/779, S. 12.

¹⁵ Bericht des BMF zum Monitoring des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität für den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 1. Juni 2026.

¹⁶ Ebenda, S. 47 f., 85.

2.2.4 Digitalisierung in der Langzeitpflege

Die Bundesregierung geht davon aus, dass bei Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege weiterhin ein hoher Investitionsbedarf in die digitale Infrastruktur besteht. Für die notwendigen Investitionen werden 1,6 Mrd. Euro aus dem SVIK zur Verfügung gestellt. Die Mittel sollen zugelassene ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten. Die Voraussetzungen und die maximale Höhe einer Förderung sowie das Verfahren zur Gewährung der Förderung sollen in Richtlinien geregelt werden. Sie sollen auch sicherstellen, dass Doppelförderungen ausgeschlossen sind. Die Richtlinien soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Verbänden der Leistungserbringer erlassen; sie bedürfen der Genehmigung durch das BMG. Die Bundesregierung erwartet, dass sich durch die Investitionen die Effizienz der pflegerischen Versorgung verbessert, die Kosten der Einrichtungen sinken, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen weniger stark ansteigen und das Pflegepersonal entlastet wird.

Die Fördermittel sollen in den Jahren 2027 bis 2031 aus dem SVIK (Wirtschaftsplan 6093 Titelgruppe 06 Titel 884 61) über den Ausgleichsfonds der Pflegekassen den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Die Auszahlung der Fördermittel sollen Pflegekassen übernehmen. Laut dem Entwurf des Wirtschaftsplans sollen die Ausgaben jedoch solange gesperrt bleiben, bis ein Konzept vorliegt, in dem auch die Verpflichtung der Länder zur Investitionsförderung ausreichend berücksichtigt ist.

Für die finanzielle Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen sind ausschließlich die Länder zuständig.¹⁷ Der Bundesrechnungshof kann nicht erkennen, worauf die Bundesregierung die Zuständigkeit des Bundes für die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen aus dem SVIK stützt.

3 Wesentliche Ausgaben

3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV ist das Kernstück des deutschen Gesundheitssystems. Im Jahr 2026 sind 74,6 Millionen Menschen – und damit rund 89 % der Bevölkerung – in den 93 gesetzlichen Krankenkassen (einschließlich der Landwirtschaftlichen Krankenkasse) versichert. Dem stehen 8,7 Millionen Menschen gegenüber, die über eine private Krankenversicherung abgesichert sind, davon mehr als die Hälfte Beihilfeberechtigte (Verbeamtete,

¹⁷ § 9 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsleistungen sowie deren Angehörige).¹⁸

3.1.1 Haushaltsentwicklung

Der in § 221 Absatz 1 SGB V festgeschriebene Bundeszuschuss, mit dem Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben pauschal abgegolten werden sollen, stellt traditionell den größten Ausgabeposten im Einzelplan 15 dar. Im Jahr 2027 wird der Bundeszuschuss von derzeit noch 14,5 auf 13,15 Mrd. Euro abgesenkt. Ab dem Jahr 2028 wird er auf 12,95 Mrd. Euro festgeschrieben, um auf diese Weise zur Konsolidierung des Bundeshaushalts zu beizutragen. Die so eingesparten Mittel des Bundes fehlen im Finanzsystem der GKV und erhöhen deren strukturelle Deckungslücke, die über Zusatzbeiträge zu schließen ist (s. Tnr. 3.1.2). Damit wird die finanzielle Belastung von der Gemeinschaft der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der GKV übertragen.

Tabelle 2

Übersicht Kapitel 1501

	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Ist	2026 Soll	2027 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	-	-	11,0	-	-	-	-	-
Bundeszuschuss GKV	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	12 500,0 ^a
Darlehen	-	-	-	1 000,0	-	2 300,0	2 300,0	-
Ergänzender Bundeszuschuss GKV	3 500,0	5 000,0	14 000,0	2 000,0	-	-	-	-
Zukunftsprogramm Krankenhäuser	-	3 000,0	-	-	-	-	-	-
Sonstige Aufgaben	0,1	-	-	-	-	-	-	-
Pandemieausgaben (ohne GKV-Zuschuss)	9 448,4	17 984,7	21 229,5	1 435,8	70,4	-159,8	-	-

Erläuterung: ^a Der Haushaltsentwurf berücksichtigt noch nicht die geringere Absenkung durch das GKV-BStabG.

Quelle: Haushaltsrechnungen 2020 bis 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

¹⁸ GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand Juni 2026.

Zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und ihrer Folgen wurden aus Kapitel 1501 verschiedene Maßnahmen finanziert. Dazu zählten die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für verschobene Behandlungen (Titel 632 01), der ebenfalls an Krankenhäuser geleistete Corona-Versorgungsaufschlag sowie Ausgaben für Impfungen und Testungen (jeweils Titel 636 03), die allesamt über den Gesundheitsfonds abgewickelt und aus dem Bundeshaushalt erstattet wurden.

Einnahmen aus Rückzahlungen fließen bei diesen Haushaltstiteln den Ausgaben zu und werden nicht gesondert im Haushaltsplan ausgewiesen. Für das Jahr 2025 weist die Haushaltsrechnung Einnahmen von 159,8 Mio. Euro aus. Bei den Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz verzeichnete der Haushalt im Jahr 2025 Rückflüsse von 37,3 Mio. Euro. Von den weiteren 122,5 Mio. Euro an Einnahmen resultierte der größte Anteil mit 118,9 Mio. Euro aus Abrechnungsprüfungen gemäß der Coronavirus-Testverordnung. Allerdings stellen diese Rückzahlungen nur einen Bruchteil der Ausgaben des Bundes dar, die sich allein für die Bürgertestungen auf über 8 Mrd. Euro beliefen. Der Bundesrechnungshof hatte die Abrechnungsprüfungen und ihre Datenbasis wiederholt als unzureichend kritisiert.¹⁹

3.1.2 Finanzielle Lage der GKV

Entwicklung der Einnahmen und des Gesundheitsfonds

Auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV zahlen diese paritätisch mit den Arbeitgebern und den anderen Sozialversicherungsträgern, insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung, den gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragsatz von 14,6 %. Die Beiträge werden von den Krankenkassen eingezogen und an den Gesundheitsfonds abgeführt, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet wird. Wichtigste Aufgabe des Gesundheitsfonds ist die Auszahlung der Zuweisungen, deren Höhe gemäß dem Risikostrukturausgleich berechnet wird: Die einzelnen Krankenkassen erhalten Zuweisungen, um ihre Verwaltungsausgaben und die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Diese richten sich nicht nach den konkreten Beitragseinnahmen der Krankenkasse, sondern nach der jeweiligen Risikostruktur ihrer Versicherten. Neben einer Grundpauschale pro Person erhalten die Krankenkassen Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheitslast ihrer Versicherten. Dabei werden auch regionale Ausgabenunterschiede berücksichtigt.

Grundlage für die Zuweisungen ist die jährliche Prognose des beim BAS gebildeten Schätzerkreises. Dieses Gremium besteht aus Fachleuten des BMG, des BAS und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband); seit dem Jahr 2022 nimmt auch das BMF als Gast an den Beratungen teil. Das Gremium schätzt bis zum

¹⁹ Siehe dazu vertiefend Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Ausgewählte Aspekte der Corona-Testungen und ihrer Abrechnungen“ (Gz.: IX 1 - 0001971) vom 5. Februar 2024.

15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr die voraussichtliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, der Einnahmen des Gesundheitsfonds, der Ausgaben der Krankenkassen sowie der Zahl der Versicherten und (beitragspflichtigen) Mitglieder der Krankenkassen. Dabei lässt sich der Schätzerkreis in Anhörungen von Expertinnen und Experten des BMG, des GKV-Spitzenverbandes sowie anderer Institutionen beraten. Für die Schätzung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen greift er beispielsweise auf aktuelle Konjunkturprognosen der Bundesregierung zurück.

Zu den Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds tritt der Bundeszuschuss hinzu, der aus dem Einzelplan 15 zur pauschalen Abgeltung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben (sog. versicherungsfremde Leistungen) gezahlt wird (Kapitel 1501 Titel 636 06). Von den bis zum Jahr 2026 gesetzlich auf 14,5 Mrd. Euro festgeschriebenen Zahlungen flossen (abzüglich des Anteils für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt) knapp 14,4 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. In den vergangenen Jahren kamen weitere Zuflüsse hinzu, etwa Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder Abgaben aus Rücklagen der Krankenkassen. Diese sollten den Anstieg der Zusatzbeitragssätze dämpfen. Zudem leistete der Bund in den Pandemiejahren ergänzende Zuschüsse und Darlehen zur Beitragsstabilisierung.

Mindereinnahmen bei den laufenden Beiträgen wirken sich aufgrund der Vorabfestsetzung der Zuweisungen unterjährig nicht auf die Höhe der Zahlungen an die Krankenkassen aus, sondern lediglich auf die Liquidität des Gesundheitsfonds. Allerdings kann es in diesen Fällen zu einer späteren Auszahlung als üblich kommen. Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Zum Ausgleich von Einnahmeschwankungen bei monatlich fest auszuzahlenden Zuweisungsbeträgen verfügt der Gesundheitsfonds über eine solche Reserve, die zum Ende seines Geschäftsjahres jeweils am 15. Januar des Folgejahres mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen muss (Mindestreserve). Im Jahr 2025 war die Liquiditätssituation im Gesundheitsfonds derart angespannt, dass der Bund bereits Mitte Mai aus der Dezemberrate des Bundeszuschusses 0,8 Mrd. Euro vorzeitig auszahlen musste.

Liegen die tatsächlichen Jahreseinnahmen des Gesundheitsfonds höher als die vom Schätzerkreis als Basis für die Zuweisungen an die Krankenkassen prognostizierten Werte, erzielt der Gesundheitsfonds einen Überschuss. Fallen sie geringer aus als die Schätzung oder sind zusätzliche Ausschüttungen vorgesehen, schließt der Gesundheitsfonds sein Geschäftsjahr mit einem Defizit ab. Im Jahr 2025 belief sich das Defizit auf 0,6 Mrd. Euro. Der Gesundheitsfonds verfügte zum Stichtag 15. Januar 2026 über eine Liquiditätsreserve von 7,2 Mrd. Euro.

Entwicklung der Ausgaben und des Zusatzbeitrags

Der Schätzerkreis prognostiziert auch die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen. Die Ausgaben überschreiten seit vielen Jahren die Einnahmeschätzung für das jeweilige Jahr. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen steigen regelmäßig stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder, auf denen die Beitragseinnahmen basieren. Gründe dafür sind unter anderem die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt sowie hiervon unabhängige Preissteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen. Der auf 14,6 % festgeschriebene Beitragssatz führt im Ergebnis zu einer bewussten Unterdeckung der Ausgaben, die nach dem Willen des Gesetzgebers durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge auszugleichen ist. Diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge sollen den Wettbewerb in der GKV stärken. Jeweils zum 1. November eines Jahres verkündet das BMG den sich aus der Prognose des Schätzerkreises für das Folgejahr rechnerisch ergebenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Dieses Defizit ist damit grundsätzlich in der Struktur der GKV-Finanzierung angelegt. Dass überhaupt Zusatzbeiträge erhoben werden, ist für sich genommen kein Krisensymptom. Allerdings steigen das Defizit und damit die Zusatzbeitragssätze seit Jahren dynamisch an.

Der tatsächlich erhobene kassenindividuelle Zusatzbeitrag richtet sich nach dem konkreten Finanzbedarf jeder einzelnen Krankenkasse. Der im Bundesanzeiger bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz lag für das Jahr 2024 bei 1,7 %, für das Jahr 2025 bei 2,5 % und für das Jahr 2026 bei 2,9 %.²⁰ Die tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze bei frei wählbaren Krankenkassen lagen am 1. Juli 2024 noch zwischen 0,9 und 2,7 % und am 1. Juli 2025 bereits zwischen 2,2 und 4,4 %. Auch am 1. Juli 2026 bewegten sie sich zwischen diesen Werten. Im Durchschnitt wird ein Zusatzbeitragssatz von 3,1 % ausgewiesen. Einige Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge nicht nur, um ihre Haushalte auszugleichen, sondern auch, um erforderliche Finanzreserven wieder aufzubauen.

Wenn in einem Jahr die Ausgaben geringer ausfallen als prognostiziert, können Krankenkassen Überschüsse verzeichnen, die zu einem Anstieg der Rücklagen führen. Liegen die Ausgaben einer Krankenkasse dagegen über ihren Einnahmen bzw. setzt sie zum Ausgleich fehlender Einnahmen vorhandene Rücklagen ein, beendet sie das Geschäftsjahr mit einem Defizit.

Nach dem endgültigen Finanzergebnis überstiegen im Jahr 2025 die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen von 355,8 Mrd. Euro ihre Ausgaben von 352,7 Mrd. Euro. Damit ergab sich ein Überschuss von 3,2 Mrd. Euro. Überschüsse ermöglichen es den Krankenkassen, ihre teilweise unter die gesetzlichen Vorgaben gesunkenen Mindestreserven wieder aufzufüllen. Die Leistungsausgaben wuchsen bei gegenüber dem

²⁰ Für die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen findet ein Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen statt (§ 270a SGB V). Dieser sorgt dafür, dass von Krankenkassen mit überdurchschnittlich einkommensstarker Mitgliedschaft Mittel an Krankenkassen mit finanzschwächeren Mitgliedern umverteilt werden.

Vorjahr etwa gleichgebliebenen Versichertenzahlen auf 336,4 Mrd. Euro. Das bedeutet einen Anstieg um 7,7 %. Die größten Posten waren dabei die Ausgaben für stationäre Behandlungen (+9,1 % auf 111,5 Mrd. Euro), für Arzneimittel (+5,7 % auf 58,3 Mrd. Euro) und für die vertragsärztliche Versorgung (+7,4 % auf 54,0 Mrd. Euro). Den höchsten Anstieg verzeichneten die Ausgaben für Heilmittel (+11,5 % auf 14,8 Mrd. Euro). Daneben stiegen auch die Netto-Verwaltungsausgaben um 6,4 % auf 13,4 Mrd. Euro.

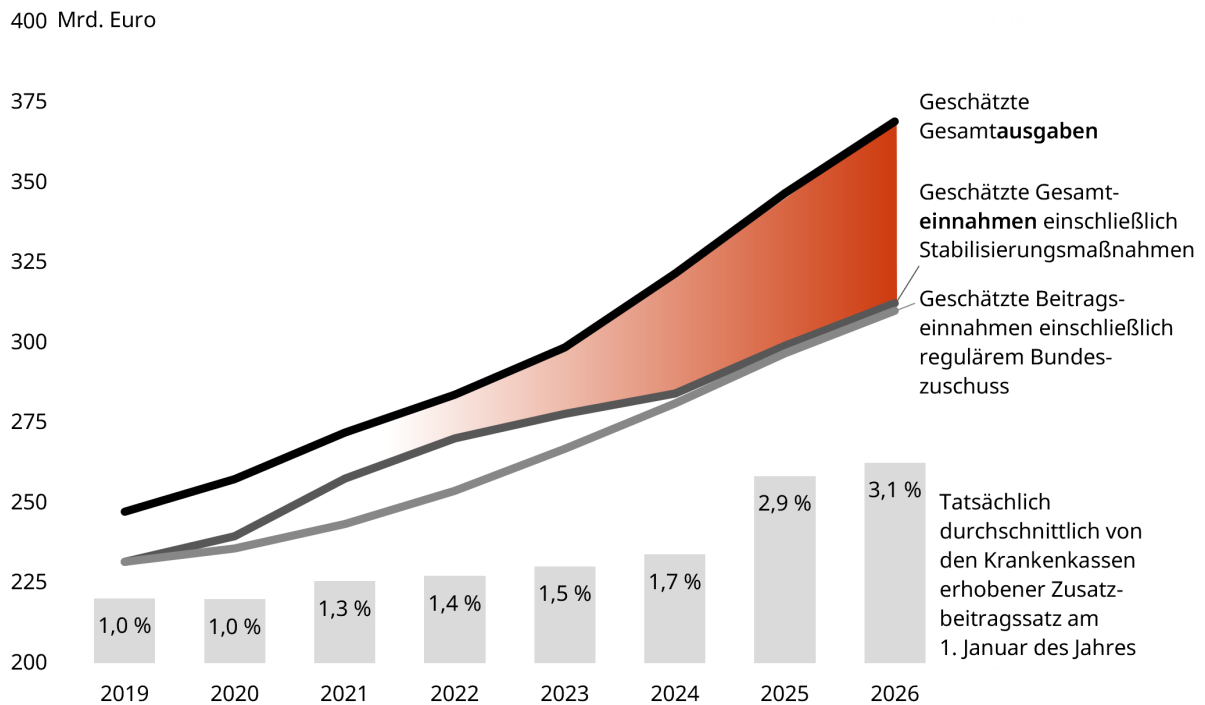
Entwicklung der strukturellen Deckungslücke

In den GKV-Financen schlägt sich der allgemeine Konjunkturverlauf ebenso nieder wie die demografische Entwicklung. Doch die rasante Ausgabensteigerung geht nicht allein auf inflationsbedingte Kostensteigerungen zurück, sondern auch auf eine höhere Grunddynamik. Hier wirkten sich nach Auffassung des BMG vor allem gesetzliche Maßnahmen der letzten 10 bis 15 Jahre aus, bei denen ausgabenbremsende Regelungen und Wirtschaftlichkeitsanreize in vielen Leistungsbereichen sukzessive reduziert wurden. In vielen Bereichen des Gesundheitswesens hätten sich daher Preis-, Lohn und Vergütungssteigerungen von der Einnahmeentwicklung der GKV entkoppelt. Hinzu kämen Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts, beispielsweise bei patentgeschützten Arzneimitteln. Die geltende gesetzliche Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 0,2 Monatsausgaben reiche nicht mehr aus, um unterjährige Einnahmeschwankungen und unvorhergesehene Belastungen auszugleichen. Der Bund musste dem Gesundheitsfonds daher in den Jahren 2023 bis 2026 Darlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro gewähren. Ohne weitere Maßnahmen würden die Ausgaben auch in den kommenden Jahren stärker wachsen als die Einnahmen.

Abbildung 1

Wachsende Deckungslücke führt zu höheren Zusatzbeiträgen

Die Unterdeckung der Ausgaben durch die Einnahmen der GKV (strukturelle Deckungslücke) sollen die Krankenkassen durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge ausgleichen. Deren Anstieg wurde, vor allem während der Corona-Pandemie, kurzfristig durch Stabilisierungsmaßnahmen in Milliardenhöhe gebremst, aber nicht dauerhaft verhindert.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: Schätztableaus des Schätzerkreises für die Jahre 2019 bis 2026; Bundeshaushalt 2025 und 2026; für die Zusatzbeitragssätze: BMG.

Die Bundesregierung prognostiziert für die kommenden Jahre eine rasante Steigerung. Sie verfolgt das Ziel, das strukturelle Defizit und damit die Zusatzbeiträge auf dem heutigen Stand zu stabilisieren. Die Finanzierungslücke, die dazu für das Jahr 2027 zu schließen ist, beträgt nach ihrer Einschätzung 18,8 Mrd. Euro. Ohne gesetzgeberische Eingriffe wächst sie weiter an und läge im Jahr 2030 bei 44 Mrd. Euro. Daraus würde sich ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von über 4,8 % ergeben.

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Um dem drohenden deutlichen Anstieg der strukturellen Deckungslücke und damit der Zusatzbeitragssätze kurzfristig entgegenzuwirken, beschloss der Deutsche Bundestag am 10. Juli 2026 das GKV-BStabG. Grundlage war unter anderem der erste Bericht der von der Bundesregierung im September 2025 eingesetzten FinanzKommission

Gesundheit (FKG).²¹ Die FKG hat den Auftrag, konkrete Maßnahmen vorzuschlagen, mit denen der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der GKV bereits ab dem Jahr 2027 dauerhaft bei 2,9 % stabilisiert werden kann. Der erste Bericht enthält dazu kurzfristige, bereits ab dem Jahr 2027 wirksame Empfehlungen. Ein zweiter, bis Dezember 2026 zu erstellender Bericht soll Reformoptionen für strukturelle, mittel- bis langfristig wirksame Anpassungen der GKV auf Einnahmen- und Ausgabenseite aufzeigen.

Zunächst war das BMG davon ausgegangen, dass die Finanzierungslücke zur Stabilisierung auf dem heutigen Niveau für das Jahr 2027 bei 15,3 Mrd. Euro liegen würde. Während ein erster Referentenentwurf zum GKV-BStabG noch eine Gesamtentlastung von 19,6 Mrd. Euro vorsah, reduzierte sich diese im Regierungsentwurf auf 16,3 Mrd. Euro. Mitte Juni 2026 lag schließlich die Statistik zu den Einnahmen und Ausgaben der GKV im 1. Quartal 2026 vor. Infolgedessen rechnete das BMG mit einer um 3,5 Mrd. Euro größeren Finanzierungslücke für das Jahr 2027, also 18,8 Mrd. Euro insgesamt. Dies sollte durch Änderungsanträge zum GKV-BStabG in der Schlussphase des parlamentarischen Verfahrens aufgefangen werden.

Als eine zentrale Maßnahme des GKV-BStabG soll die Ausgabenentwicklung in wesentlichen Leistungsbereichen weitgehend auf den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnrate) beschränkt werden, also auf die Einnahmeentwicklung der GKV. Der Bundesrechnungshof hält dies grundsätzlich für ein geeignetes Mittel, um das weitere ungebremste Anwachsen der strukturellen Deckungslücke zu verhindern.

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf eine Reihe von Maßnahmen, zu denen der BWV in einem Gutachten Stellung genommen hat.²² Insbesondere gehören dazu:

- Der jährliche Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen wird von derzeit 14,5 um 1,35 auf 13,15 Mrd. Euro im Jahr 2027 und um weitere 0,2 auf dann dauerhaft 12,95 Mrd. Euro ab dem Jahr 2028 abgesenkt. Diese Einsparung zur Konsolidierung des Bundeshaushalts steht im Widerspruch zu der Empfehlung der FKG, die eine dynamische Anhebung des Bundeszuschusses gemäß der jährlichen Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen vorsah.
- Daneben finanziert der Bund aus Kapitel 1101 Titel 681 12 die Ausgaben für das Grundsicherungsgeld. Darin enthalten sind Krankenversicherungsbeiträge, die die Jobcenter gemäß festgelegten Bezugsgrößen an die Krankenkassen zahlen. Die gezahlten GKV-Beiträge für das Jahr 2025 beliefen sich auf 6,5 Mrd. Euro²³ und machten mehr als 22 % der Gesamtausgaben für das Grundsicherungsgeld aus. Die FKG hatte vorgeschlagen, dass der Bund die Bemessungsgrundlage für diese Beiträge anpasst. Die Zahlungen an die GKV sollten ein Niveau erreichen, das die Kosten für die

²¹ Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit (abgerufen am 8. Juli 2026).

²² Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung zum Regierungsentwurf eines GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 145/2026) vom 8. Juni 2026.

²³ Diese setzen sich aus den Beiträgen für Grundsicherungsbeziehende (Konto 2013) und den dafür im Gesundheitsfonds verbuchten Zusatzbeiträgen (Konto 2902) zusammen (Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1) des Jahres 2025).

Gesundheitsversorgung der betroffenen Versicherten deckt. Sie bezifferte die notwendigen Mehrausgaben des Bundes auf 12 Mrd. Euro jährlich. Stattdessen erhöhte der Gesetzgeber die Bemessungsgrundlage in § 232a Absatz 1 Nummer 2 SGB V nur schrittweise und in deutlich geringerem Umfang. Dadurch sollen die Zahlungen des Bundes um 1 Mrd. Euro im Jahr 2027 steigen. Im Jahr 2028 sollen sie sich um zusätzliche 250 Mio. Euro erhöhen und in den Jahren 2029 bis 2031 um jeweils weitere 500 Mio. Euro. Damit würden im Jahr 2031 die GKV-Beiträge zum Grundsicherungsgeld rechnerisch um 2,75 Mrd. Euro über den heutigen Ausgaben im Einzelplan 11 liegen. Allerdings handelt es sich dabei um eine Schätzung. Unter Zugrundelegung dieser Annahmen würden die Zahlungen des Bundes an die GKV insgesamt erst im Jahr 2029 wieder den Stand des Jahres 2026 erreichen. Die erhöhten Aufwendungen für die Krankenversicherungsbeiträge auf das Grundsicherungsgeld werden im Übrigen in den ersten beiden Jahren durch die Absenkung des Bundeszuschusses überkompensiert. Sie gehen damit zunächst vollständig zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der GKV. Durch diese Maßnahmen werden der GKV in den ersten Jahren im Ergebnis Mittel entzogen. Dies konterkariert das eigentliche Ziel des Gesetzgebers, die Beitragssätze kurzfristig zu stabilisieren.

- Der Gesundheitsfonds erhielt in den Jahren 2023 bis 2026 mehrere zinsfreie Bundesdarlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro. Diese sollen nun statt bis zum Jahr 2033 erst bis zum Jahr 2039 zurückzuzahlen sein. Die Verschiebung macht deutlich, dass die Bundesregierung mittelfristig nicht mit einer besseren Finanzlage der GKV rechnet. Mit derartigen Darlehen lassen sich zudem strukturelle Probleme nicht beheben. Sie verlagern die notwendige Problemlösung in kommende Legislaturperioden.
- Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten stiegen in den vergangenen Jahren deutlich stärker als die Einnahmen der GKV. Ausgabenbudgets wurden immer weiter zurückgedrängt, zum Teil für ganze Arztgruppen aufgehoben. Der Gesetzgeber führte Zuschläge und Behandlungsleistungen ein, damit Versicherte schneller Behandlungstermine erhalten. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, dafür stiegen die Ausgaben deutlich. Nach der Neuordnung sollen die Ausgaben künftig im Wesentlichen nicht stärker steigen als die GKV-Einnahmen. Es soll deutlich weniger nicht ausgabenbegrenzte (extrabudgetäre) Leistungen geben. Sonderregelungen für schnellere Termine sollen entfallen. Der Bundesrechnungshof hält eine deutlich stärkere Ausgabenkontrolle für sachgerecht. Entbudgetierungen, also der Wegfall von Ausgabenbegrenzungen, sollten auf Regionen und Leistungen beschränkt werden, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen. Die Wirksamkeit von Entbudgetierungen ist regelmäßig zu evaluieren.
- Die Ausgaben der GKV für Krankengeld²⁴ haben sich binnen zehn Jahren beinahe verdoppelt. Künftig sollen Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 % ihrer Arbeitszeit ausüben können. Sie sollen dann ein Teilkrankengeld erhalten. Mit der Einführung von Teil-Arbeitsunfähigkeit und Teil-Krankengeld kommt der Gesetzgeber Empfehlungen von

²⁴ Einkommensersatzleistung für arbeitsunfähig erkrankte Versicherte.

Fachkreisen und des Bundesrechnungshofes nach. Jedoch ließen sich die Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsbereichen weiter optimieren und Abläufe harmonisieren. Angesichts der schwierigen Finanzsituation der GKV sieht es der Bundesrechnungshof kritisch, dass diese Maßnahmen statt zum 1. Januar 2027 erst ein Jahr später eingeführt werden sollen.

- Krankenkassen prüfen Krankenhausabrechnungen auf ihre Richtigkeit. Der Umfang ihrer Prüfungen wurde in den vergangenen Jahren zunehmend beschränkt, insbesondere durch Bestimmung von Prüfquoten. Diese begrenzen den Anteil der Krankenhausabrechnungen, die die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst kontrollieren lassen dürfen. Das System soll zwar grundsätzlich erhalten bleiben, die Prüfquoten jedoch zugunsten der Krankenkassen erhöht werden. Der BWV hatte die ursprünglich geplanten Regelungen als unzureichend kritisiert. Die im Gesetzgebungsprozess eingebrachten Änderungen dürften aus Sicht des Bundesrechnungshofes dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz in der GKV mehr Geltung verschaffen.
- Die kieferorthopädische Versorgung soll künftig auf Leistungskomplexe mit pauschalierter Vergütung umgestellt werden. Außerdem sollen die mehr als 20 Jahre alten Kieferorthopädie-Richtlinien, die Grundlage für die Leistungserbringung in der GKV, an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Das erscheint sachgerecht. In Deutschland wird ein – auch im internationalen Vergleich – hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt. An einer aussagekräftigen Datenlage und Versorgungsforschung zur kieferorthopädischen Versorgung fehlt es. Die Einführung von Leistungskomplexen kann geeignet sein, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen. Allerdings wissen Krankenkassen oft nicht, welche Leistungen mit welchem Nutzen ihre Versicherten konkret erhalten. Denn viele Leistungen zahlen Versicherte privat. Um die Kieferorthopädie-Richtlinie auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu bringen, ist daher eine umfassende unabhängige Versorgungsforschung und evidenzbasierte Nutzenbewertung kieferorthopädischer Maßnahmen notwendig.
- Bei geeigneten Hilfsmitteln soll der GKV-Spitzenverband künftig in einem neuen Verfahren Festbeträge bestimmen. Der Bundesrechnungshof hält das für sinnvoll. Er rät allerdings dazu, in Produktbereichen mit Festbetragsregelung die Entwicklung von (privat zu leistenden) Mehrkosten im Blick zu behalten.
- Krankenkassen sollen keine homöopathischen und anthroposophischen Leistungen mehr erstatten dürfen. Das ist konsequent, da es keine ausreichenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise für diese Leistungen gibt. Das Einsparpotenzial dürfte jedoch geringer sein als die von der Bundesregierung angenommenen 50 Mio. Euro jährlich.

Angestrebte Entlastungswirkung ungewiss

Das GKV-BStabG beinhaltet lediglich Maßnahmen zur kurz- und bestenfalls mittelfristigen Sicherung der GKV-Finzen. Einige Regelungen belasten die Beitragszahlerinnen

und Beitragszahler sogar in den kommenden Jahren. Zudem bestehen erhebliche Prognoseunsicherheiten sowohl auf Einnahmen- als auch auf Ausgabenseite.

Der ursprüngliche Gesetzentwurf ging davon aus, dass für einen stabilen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,9 % eine Finanzierungslücke von zunächst 15,3 Mrd. Euro zu schließen war. Diese sollte durch die vorgeschlagenen Maßnahmen mit einer geschätzten Entlastungswirkung von 16,3 Mrd. Euro mehr als gedeckt werden. Nach aktuellen Berechnungen beträgt diese Lücke im Jahr 2027 jedoch 18,8 Mrd. Euro. Die Entlastungen durch das GKV-BStabG sollen im ersten Jahr genau diesen Betrag erreichen.²⁵ Es besteht damit keinerlei Puffer mehr, jede Schätzunsicherheit wirkt sich voll auf die GKV-Finanzen aus.

Der Deutsche Bundestag forderte die Bundesregierung außerdem am 10. Juli 2026 auf, Ausnahmeregelungen für die extrabudgetäre Vergütung der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, schwer psychisch Kranken und dringlichen Fällen vorzulegen.²⁶ Damit wurden bereits bei der Verabschiedung des GKV-BStabG Änderungen bzw. Einschränkungen der Konsolidierungsmaßnahmen angekündigt. Im Zuge der Beratung des GKV-BStabG im Bundesrat gab die Bundesregierung darüber hinaus eine Protokollerklärung ab.²⁷ Darin kündigte sie unter anderem an, der Zuschlag für die besondere Vorhaltung der Universitätskliniken werde ab dem Jahr 2027 um 100 Mio. Euro erhöht. Für Krankenhäuser, die davon nicht profitieren, würden weitere 450 Mio. Euro durch die Erhöhung eines Rechnungszuschlags gewährt. Die Kosten für diese Zuschläge würden von der GKV aufgebracht. Entsprechende Maßnahmen kann jedoch nicht die Bundesregierung treffen, sie erfordern Neuregelungen durch den Gesetzgeber. Diese Ankündigung läuft den parlamentarisch beschlossenen Einsparzielen zuwider und kann die strukturelle Deckungslücke der GKV weiter vergrößern. Der Bundesrechnungshof kann daher nicht einschätzen, ob das Ziel, die Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2027 und 2028 auf dem heutigen Stand zu stabilisieren, erreicht werden kann.

Spätestens ab dem Jahr 2029 zeichnen sich erneut Finanzierungslücken ab, die durch die Regelungen des GKV-BStabG sogar vergrößert werden. Langfristig sind daher grundlegende Strukturreformen notwendig, das betont auch die Gesetzesbegründung zum GKV-BStabG. Vorschläge dafür soll die FKG bis Ende 2026 unterbreiten. Strukturreformen müssen aus Sicht des Bundesrechnungshofes insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen und die Kostentreiber der GKV in den Blick nehmen. Wesentliche Ansatzpunkte hierbei sind unter anderem:

²⁵ Bericht des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) gemäß § 96 der Geschäftsordnung, Bundestagsdrucksache 21/7023, S. 5.

²⁶ Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Bundestagsdrucksache 21/7016, S. 10 f.

²⁷ Plenarprotokoll der 1067. Sitzung des Bundesrates, S. 402.

- Eine spezialisiertere und damit qualitativ hochwertigere Krankenhausversorgung, deren Finanzierung sich anders als bisher weniger nach der Zahl der Behandlungsfälle richtet und so Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung vermeidet,²⁸
- Maßnahmen zur Ambulantisierung einschließlich der Überwindung starrer Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung,
- Strategien gegen die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Arzneimittelkosten,²⁹
- die Umsetzung einer grundlegenden Reform der Notfallversorgung,
- die umfassende Erschließung von Digitalisierungspotenzialen.

3.2 Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung

3.2.1 Haushaltsentwicklung

Kapitel 1502 umfasst Maßnahmen zur sozialen Entschädigung, zur Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge und zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Der Ausgabenanstieg bei der sozialen Entschädigung geht auf die Dynamisierung der Leistungen für Hepatitis-C-Opfer (Titel 632 01) sowie durch Blutprodukte HIV-Infizierte (Titel 685 01) zurück. Bei der Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge (Titel 681 01) rechnet das BMG künftig nicht mit höheren Vertragszahlen. Auch die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger (Titelgruppe 01) sollen nach dem Haushaltsentwurf im Jahr 2027 leicht sinken.

Daneben enthält Kapitel 1502 Zuschüsse und Darlehen an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen. Die Zahlung des gesetzlich verankerten Bundeszuschusses von 1 Mrd. Euro ist für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Wie bereits im Haushalt für das Jahr 2022 enthielten auch die Haushaltspläne für die Jahre 2025 und 2026 Darlehen des Bundes an die SPV. Insgesamt belaufen sich die in den Haushaltsjahren 2022, 2025 und 2026 gewährten Darlehen auf 4,7 Mrd. Euro. Für das Jahr 2027 ist kein weiteres Darlehen an den Ausgleichsfonds vorgesehen.

²⁸ Gegenwärtig führt das Vergütungssystem nach Einschätzung von Fachleuten zu Leistungsausweitungen, da Krankenhäuser für jede zusätzliche oder aufwendiger kodierte Behandlung feste Fallpauschalen erhalten. Um Einnahmen zu sichern, besteht ein Anreiz, vermehrt lukrative Eingriffe durchzuführen und Diagnosen wirtschaftlich zu optimieren, statt rein medizinisch notwendige Behandlungen vorzunehmen.

²⁹ Haupttreiber dieser Kostensteigerungen sind vor allem patentgeschützte Medikamente, die trotz ihres geringen Anteils an der verordneten Menge mehr als die Hälfte der gesamten Ausgaben ausmachen.

Tabelle 3

Übersicht Kapitel 1502

	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Ist	2026 Soll	2027 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	1,8	0,2	0,1	501,3	10,2	1,4	0,2	0,2
Bundeszuschuss SPV	-	-	1 000	1 000	-	-	-	-
Darlehen SPV	-	-	1 000	-	-	500,0	3 200,0	-
Soziale Sicherung	13,8	13,1	12,9	13,0	13,1	13,5	15,8	16,3
Fördermaßnahmen und Pflegevorsorge	63,4	68,2	63,9	62,0	59,7	58,6	65,2	62,8
Pandemieausgaben	1 800	1 000,0	3 200,0 ^a	-	-	-	-	-

Erläuterung: ^a Darin enthalten sind 1 Mrd. Euro für Prämienzahlungen, von denen 0,5 Mrd. Euro an Pflegekräfte in Krankenhäusern und 0,5 Mrd. Euro im Bereich der Langzeitpflege ausgezahlt wurden.

Quelle: Haushaltsrechnungen 2020 bis 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

3.2.2 Finanzielle Lage der SPV

Finanzierungssystem

Die Mittel für die SPV werden größtenteils durch Beiträge aufgebracht. Die Beiträge werden nach einem bestimmten Prozentsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben.

Die Höhe des Beitragssatzes wird entweder durch Gesetz oder, in engen Grenzen, durch Rechtsverordnung für sämtliche Pflegekassen einheitlich festgesetzt. Zum 1. Januar 2025 wurde der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte erhöht. Er beträgt aktuell 3,6 %.

In der SPV besteht die Besonderheit, dass kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,6 Beitragssatzpunkten entrichten müssen. Demgegenüber reduziert sich für Eltern der Beitragssatz für jedes Kind ab dem zweiten bis zum fünften Kind um jeweils 0,25 Beitragssatzpunkten (maximal einen Beitragssatzpunkt). Die Reduzierung gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet. Der Beitragssatz von 3,6 % gilt somit nur

- für Mitglieder, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- für Eltern mit einem Kind bzw. für Eltern, deren Kinder bereits das 25. Lebensjahr vollendet haben,

- für Mitglieder, die vor dem Jahr 1940 geboren wurden,
- für Wehr- und Zivildienstleistende sowie
- für Mitglieder, die Grundsicherungsgeld erhalten.

Die Pflegekassen weisen in Bezug auf das Alter und den Gesundheitszustand ihrer Versicherten eine unterschiedliche Risikostruktur auf. Die unterschiedliche Risikostruktur wirkt sich auf die Leistungsausgaben und somit auf den Finanzbedarf der Pflegekassen aus. Um trotz der unterschiedlichen Risikostruktur einen einheitlichen Beitragssatz zu ermöglichen, werden die Ausgaben der SPV von allen Pflegekassen gemeinsam und solidarisch getragen. Dazu findet ein monatlicher Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen statt. Der Finanzausgleich wird über einen zentralen Ausgleichsfonds gesteuert. Den Finanzausgleich führt das BAS durch.

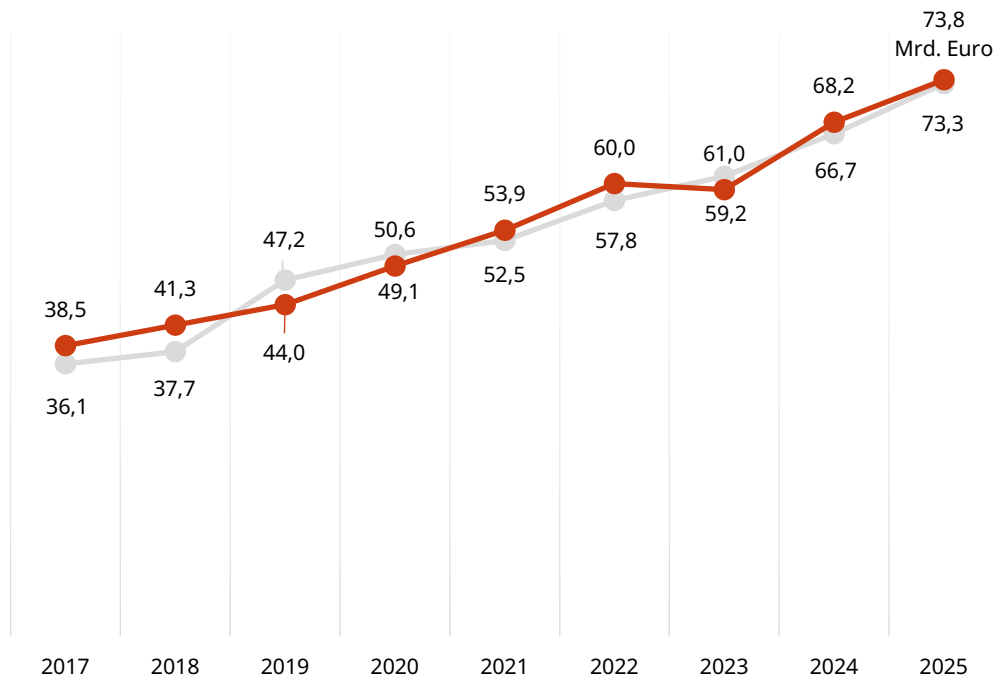
Aktuelle Entwicklung

Die letzten Jahre waren davon geprägt, dass die Ausgaben der SPV regelmäßig höher ausfielen als ihre Einnahmen. Auch das Jahr 2025 schloss sie mit einem Defizit von 0,5 Mrd. Euro ab, obwohl am Jahresanfang der Beitragssatz angehoben worden war und der Bund ein Darlehen über 0,5 Mrd. Euro gewährte. Zudem senkte das BAS zu Beginn des Jahres die Ausgabendeckungsquote ab.

Abbildung 2

Ausgaben der SPV seit 2017 regelmäßig über deren Einnahmen

Seit 2017 waren die Ausgaben (rot) der SPV (einschließlich Verwaltungskosten) regelmäßig höher als deren Einnahmen (grau). Nur in den Jahren 2019, 2020 und 2023 erzielte sie einen Einnahmenüberschuss.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

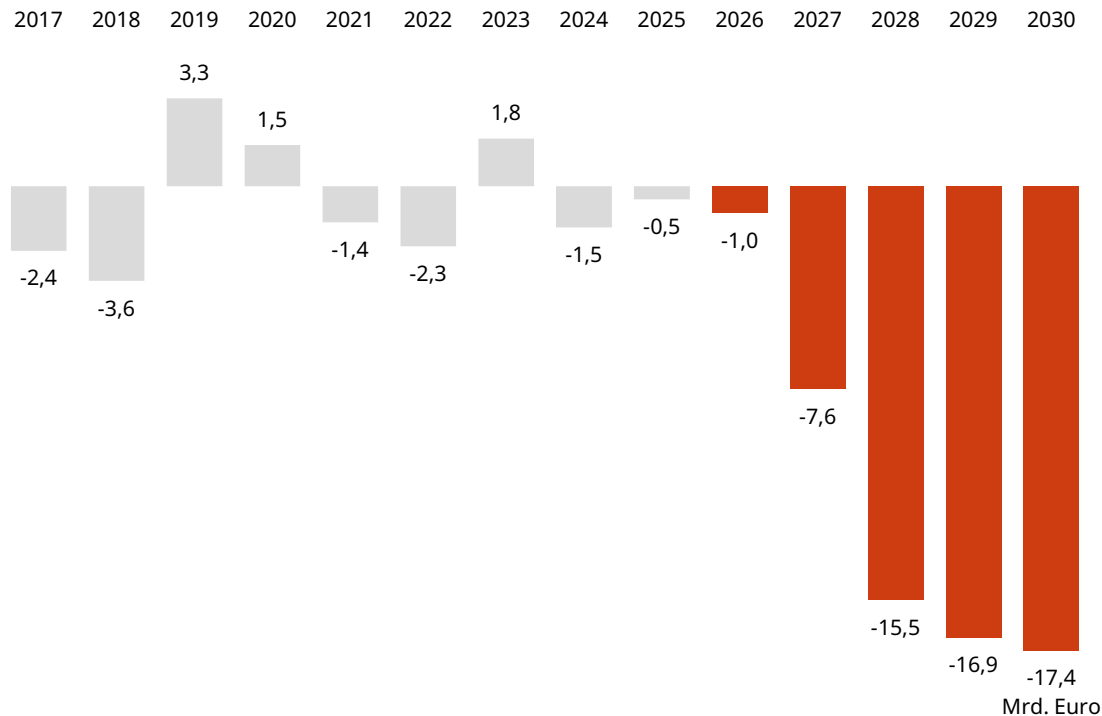
Die regelmäßigen Ausgabenüberschüsse führten trotz der seit dem Jahr 2020 geleisteten Bundesmittel zu einer Verfestigung des Defizits. Für das laufende Jahr erwartet der GKV-Spitzenverband ein Defizit von 1 Mrd. Euro.³⁰ Er weist darauf hin, dass ohne das Darlehen des Bundes das Defizit 4,2 Mrd. Euro betragen hätte. Für nächstes Jahr geht das BMG davon aus, dass das Defizit ohne Gegenmaßnahmen auf 7,6 Mrd. Euro anwachsen und sich bis zum Jahr 2029 auf 16,9 Mrd. Euro erhöhen wird. Es würde damit deutlich höher ausfallen als vom BMG noch vor einem Jahr prognostiziert. Damals ging es noch von einem Defizit von 12 Mrd. Euro im Jahr 2029 aus. Für das Jahr 2030 erwartet es bei gleichbleibenden Bedingungen ein Defizit von 17,4 Mrd. Euro.

³⁰ Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 26. Mai 2026, „Die Pflege lebt auf Pump“, zuletzt abgerufen am 10. August 2026.

Abbildung 3

BMG erwartet massiven Anstieg des Defizits

Das BMG geht davon aus, dass das Defizit der SPV bis 2030 auf 17,4 Mrd. Euro anwachsen wird, wenn sich am Status quo – also auch an der Höhe des bundeseinheitlichen Beitragssatzes von derzeit 3,6 % – nichts ändert.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

Seit dem Jahr 2022 beteiligt sich der Bund an der Finanzierung der SPV, indem er dem Ausgleichsfonds Mittel zur Verfügung stellt. Insgesamt erhielt der Ausgleichsfonds Mittel von insgesamt 6,7 Mrd. Euro. Der Betrag setzt sich zusammen aus 2 Mrd. Euro an Zuschüssen zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der SPV nach § 61a Elf-tes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und 4,7 Mrd. Euro an Darlehen.³¹

Die Gründe für die angespannte Finanzsituation der SPV sind bekannt:

Ganz wesentlich ist sie darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 ansteigt. Der bis dahin geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff bezog sich insbesondere auf körperliche Einschränkungen. Menschen mit demenziellen Erkrankungen erhielten deshalb seltener

³¹ Von den gewährten Darlehen hat der Ausgleichsfonds dem Bund bereits 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt. Die Ausgleichszahlungen des Bundes für die pandemiebedingten Mehrausgaben der SPV (Pandemieausgaben) sind hier nicht berücksichtigt.

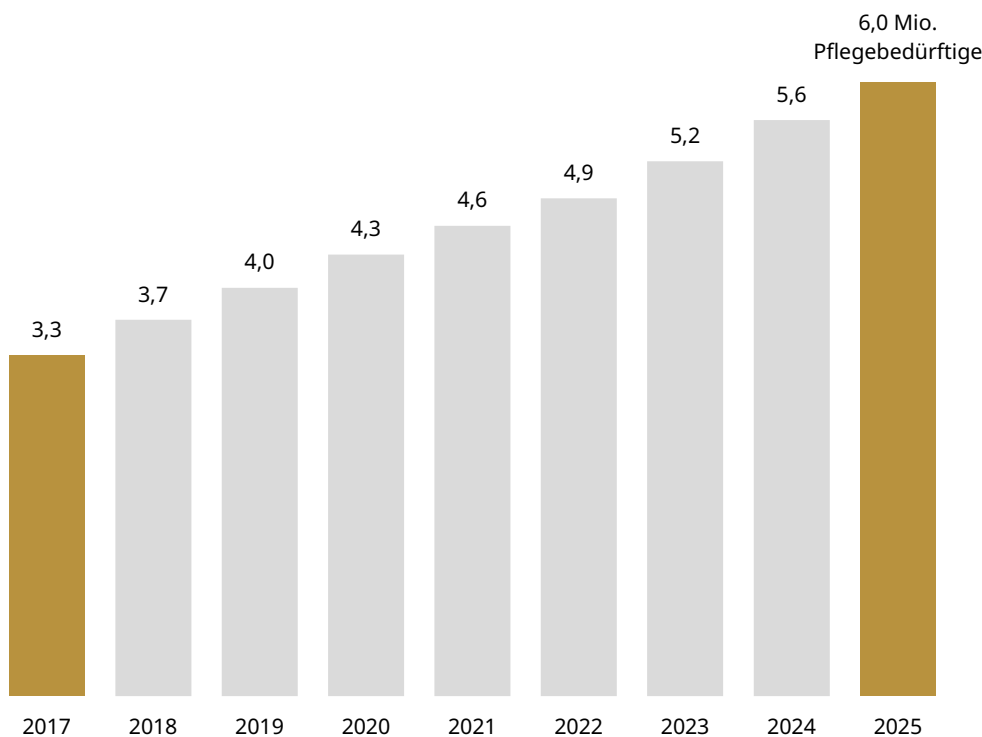
Leistungen der Pflegeversicherung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gleichermaßen berücksichtigt.

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen von zuvor 3,3 auf über 6 Millionen Versicherte im Jahr 2025 erhöht. Dies entspricht einem Anstieg um 81 %.

Abbildung 4

Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 stark gestiegen

2017 führte der Gesetzgeber eine neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Seitdem stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von damals 3,3 auf 6 Millionen im Jahr 2025.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

Einen solch starken Anstieg hatte man bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht erwartet. Der GKV-Spitzenverband nahm die Entwicklung zum Anlass, die Gründe für den Anstieg untersuchen zu lassen. Das kürzlich veröffentlichte Gutachten sah eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung in dem im Jahr 2017

eingeführten Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.³² Dieses neue Begutachtungsinstrument wurde mit Hilfe von Expertenbeiräten entwickelt. Mit ihm soll festgestellt werden, inwieweit eine Person noch in der Lage ist, ihr Leben selbständig zu führen. Die Feststellung dient als Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad. Bei der Begutachtung werden sechs verschiedene Lebensbereiche untersucht.³³ Jeder Lebensbereich wird hinsichtlich der individuellen diesbezüglichen Einschränkungen mit einer Punktzahl bewertet. Diese Punkte werden anschließend entsprechend ihrer Bedeutung gewichtet und zu einer Gesamtpunktzahl zusammenge-rechnet. Aus der Gesamtpunktzahl ergibt sich der Pflegegrad. Das damalige Gesetzge-bungsverfahren führte abweichend von der Expertenempfehlung zu einer Absenkung der für die einzelnen Pflegegrade erforderlichen Gesamtpunktzahl.

Der Zuwachs an Pflegebedürftigen wirkt sich zwangsläufig auf die Leistungsausgaben aus. Diese haben sich seit dem Jahr 2017 nahezu verdoppelt. Beliefen sie sich damals noch auf 35,5 Mrd. Euro, so sind sie bis zum Jahr 2025 auf 70,4 Mrd. Euro angewach-sen.

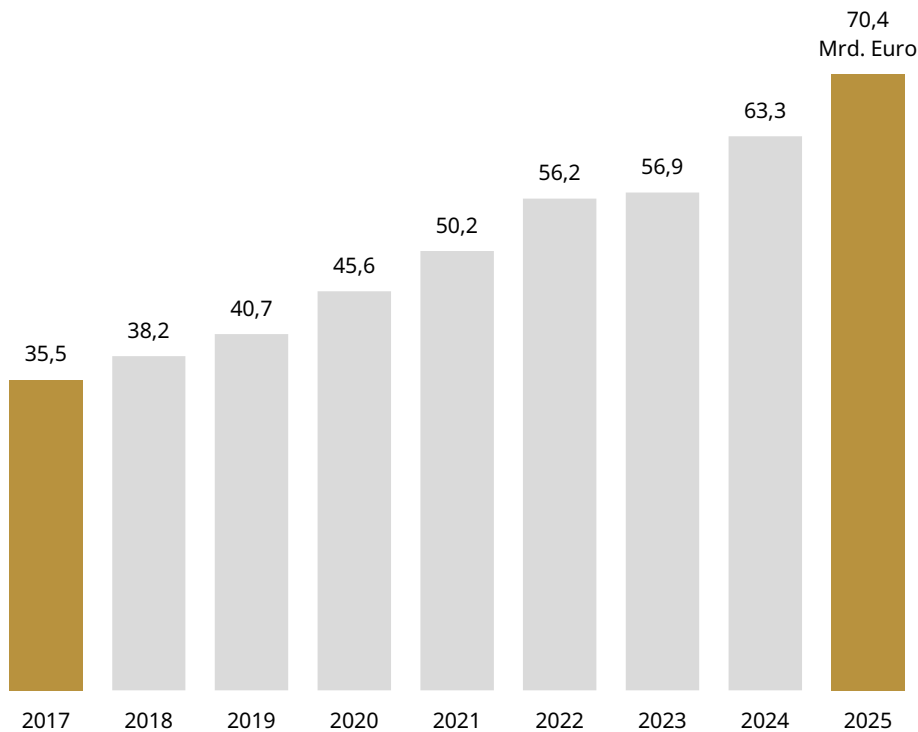
³² IGES Institut, Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments. Star-ker Anstieg Pflegebedürftigkeit – Zugang zur Pflege in den Blick nehmen, GKV-Spitzenverband, zuletzt aufgerufen am 6. Juli 2026.

³³ Die sechs Lebensbereiche sind: 1. Mobilität, 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Abbildung 5

Leistungsausgaben der SPV seit 2017 nahezu verdoppelt

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die Leistungsausgaben der SPV von 35,5 auf 70,4 Mrd. Euro gestiegen.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

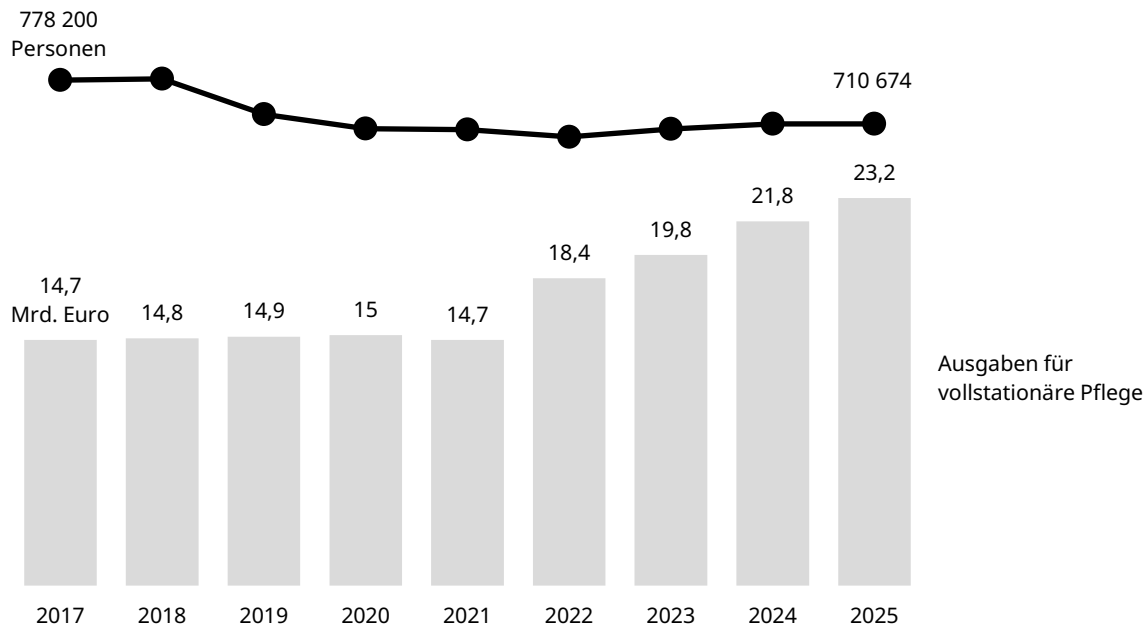
Eine gegenläufige Entwicklung lässt sich im Bereich der stationären Pflege beobachten. Trotz des starken Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen ist die Zahl der Heimbewohner rückläufig. Seit dem Jahr 2017 hat sich deren Zahl von damals 778 000 auf 710 000 im Jahr 2025 reduziert. Dies entspricht einem Rückgang von fast 10 %.

Dennoch erhöhten sich die Ausgaben der Pflegekassen für stationäre Pflege in diesem Zeitraum von 14,7 auf 23,2 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anstieg von 57 %. Dieser Anstieg der Ausgaben für diesen Leistungsbereich begann mit dem Jahr 2022. Denn seitdem übernehmen die Pflegekassen bei einer vollstationären Pflege einen prozentualen Anteil an den pflegebedingten Aufwendungen, die bis dahin die Pflegebedürftigen selbst zu tragen hatten.

Abbildung 6

Zahl der Heimbewohner sinkt, Ausgaben der SPV steigen

Die Ausgaben der SPV für vollstationäre Leistungen sind seit 2021 von 14,7 auf 23,2 Mrd. Euro in 2025 gestiegen. Seit 2017 ist die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von 778 200 auf 710 674 gesunken.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

Der Anteil an den Kosten für die stationäre Pflege, den die Pflegekassen übernehmen, steigt mit der Dauer des Heimaufenthaltes. Gegenwärtig übernehmen sie im ersten Jahr 15 %, im zweiten Jahr 30 %, im dritten Jahr 50 % und ab dem vierten Jahr 75 % des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Ein weiterer Grund für die finanziellen Schwierigkeiten stammt noch aus der Coronazeit. Während der Pandemie wurden Beitragsmittel über 5,2 Mrd. Euro zur Finanzierung des Pflegerettungsschirms, zur Erstattung der Testkosten in den Pflegeeinrichtungen sowie zur Finanzierung der Sonderzahlungen an die Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen verwendet. Die Verbände der Pflegekassen fordern schon seit Jahren, dass der Bund der SPV diese Ausgaben erstattet. Laut einer im Internet veröffentlichten Pressemitteilung eines Sozialverbandes haben inzwischen zahlreiche seiner Mitglieder vor den Sozialgerichten mit dem Ziel geklagt, den Bund zu einer Erstattung zu verpflichten.³⁴

³⁴ Update: VdK klagt gegen Zweckentfremdung von Pflege-Beiträgen, Sozialverband VdK Deutschland e.V., abgerufen am 6. Juli 2026.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

Das BMG hat am 3. Juni 2026 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (RefE-PNOG) vorgestellt. Damit reagiert es auf die tiefgreifende, strukturelle Krise, in der sich die SPV befindet. Diese Krise zeigt sich darin, dass die Ausgaben in den vergangenen Jahren regelmäßig höher waren als die Einnahmen.

Der RefE-PNOG sieht vor, die Zahlung des Bundeszuschusses auch im Jahr 2028 aussetzen und erst im Jahr 2029 mit einem zunächst auf 0,5 Mrd. Euro reduzierten Betrag wieder aufzunehmen. Der volle Betrag soll erst ab dem Jahr 2030 gezahlt werden.

Um den Anstieg bei der Zahl der Pflegebedürftigen abzuschwächen, plant der RefE-PNOG Veränderungen beim Begutachtungsinstrument. Die Gesamtpunktzahl soll auf die vom Expertenbeirat seinerzeit empfohlene angehoben werden. Dies soll zu einer spürbaren Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit führen. Diese Maßnahme soll bis zum Jahr 2030 zu Einsparungen von 11,4 Mrd. Euro führen.

Im Hinblick auf den Ausgabenanstieg für stationäre Pflege plant der RefE-PNOG, den Anteil der Pflegekassen an den pflegebedingten Aufwendungen künftig jeweils erst sechs Monate später anzuheben. Eine 75-prozentige Übernahme des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen soll nicht mehr schon nach drei, sondern erst nach viereinhalb Jahren erreicht werden. Dadurch soll es bis zum Jahr 2030 zu Einsparungen von insgesamt 9,7 Mrd. Euro kommen.

Der RefE-PNOG sieht zudem vor, die von der SPV gezahlten Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zu reduzieren. Dadurch sollen sich die Ausgaben der SPV bis zum Jahr 2030 um weitere 9,2 Mrd. Euro verringern.

Die in den vergangenen Jahren gewährten Darlehen sollten ursprünglich in den Jahren 2028 bis 2033 zurückgezahlt werden.³⁵ Der RefE-PNOG sieht einen Zahlungsaufschub vor. Danach wären die Darlehen erst in den Jahren 2035 bis 2039 zurückzuzahlen.

Der RefE-PNOG sieht neben Einsparungen auf der Ausgabenseite auch eine Verbesserung der Einnahmen der SPV vor. Dies soll erreicht werden durch

- eine Anhebung des Beitragszuschlages für kinderlose Mitglieder auf 0,7 Prozentpunkte,
- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der SPV auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze der GKV,
- die Zahlung von Arbeitgeberbeiträgen zur Pflegeversicherung auch für Minijobs sowie
- eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern.

³⁵ 0,5 Mrd. Euro hat der Ausgleichsfonds dem Bund bereits zurückgezahlt.

Daraus sollen sich bis zum Jahr 2030 Mehreinnahmen von 17,2 Mrd. Euro ergeben. Das Bundeskabinett hat sich mit dem RefE-PNOG bisher noch nicht befasst. Es ist geplant, den Entwurf nach der Sommerpause ins Kabinett einzubringen.

Fazit

Der RefE-PNOG lässt erkennen, dass die dringend notwendige Reform der SPV eingeleitet werden soll. Die Entscheidungen der Bundesregierungen der vergangenen Jahre waren insoweit widersprüchlich. So führte der Bund im Jahr 2022 einen Bundeszuschuss ein, um dessen Zahlung nur zwei Jahre später wieder auszusetzen (wenn auch nur vorübergehend). Anschließend reagierte er mehrfach auf die finanziellen Schwierigkeiten der SPV mit der Gewährung von Darlehen in Milliardenhöhe. Das im Haushaltsplan 2026 enthaltene Darlehen über 3,2 Mrd. Euro hat der Bund im laufenden Jahr in vier gleichen Teilen zu Beginn eines Quartals an den Ausgleichsfonds zu leisten. Noch bevor er das Darlehen vollständig ausgezahlt hat, sieht er sich angesichts des RefE-PNOG offenbar gezwungen, die Rückzahlung für mehrere Jahre zu stunden.

Das Aussetzen des Bundeszuschusses ist vor diesem Hintergrund für den Bundesrechnungshof nicht nachvollziehbar. Die Finanzprobleme der SPV und ihre voraussichtliche weitere Entwicklung sind schon lange bekannt. Der Bundesrechnungshof bleibt bei seiner Auffassung, dass die Darlehen nicht geeignet sind, die Probleme zu lösen, sondern sie lediglich in die Zukunft verschieben. Auch eine zeitnahe Rückzahlung der Darlehen aus eigenen Mitteln der SPV erschien von Anfang an unrealistisch. Die nun mit dem RefE-PNOG angestrebte Stundung der Darlehensrückzahlung bis in das Jahr 2039 zeigt, dass auch die Bundesregierung davon ausgeht, dass die SPV in absehbarer Zeit hierzu nicht in der Lage sein wird.

Die Hauptursachen für die Finanzprobleme liegen in

- der erheblichen Erhöhung der Zahl der Leistungsberechtigten seit dem Jahr 2017 sowie
- in der deutlichen Erweiterung des Leistungsumfangs im Bereich der vollstationären Pflege im Jahr 2022,

ohne dass eine ausreichende Gegenfinanzierung dauerhaft sichergestellt wäre. Die Pflegekassen selbst können nur einen geringen Beitrag dazu leisten, ihre finanziellen Schwierigkeiten zu beseitigen. Sie sind weder berechtigt, ihre Einnahmen zu erhöhen noch sind sie befugt, den Leistungsumfang einzuschränken.

3.3 Prävention und Gesundheitsverbände

Dieser Aufgabenbereich beinhaltet traditionell die allgemeine gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung sowie die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten

und über Drogen- und Suchtmittelmissbrauch im Besonderen. Das BMG fördert die gesundheitliche Prävention beispielsweise durch Informationskampagnen, die vor allem das BIÖG durchführt, aber auch durch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Außerdem enthält das Kapitel das neue Förderprogramm Cybersicherheit und nach wie vor einige pandemiebezogene Maßnahmen. Für diese sind im Haushaltsentwurf 2027 noch 238,7 Mio. Euro eingeplant.

Tabelle 4

Übersicht Kapitel 1503

	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Ist	2026 Soll	2027 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	1,1	0,6	2,0	1,0	1,4	0,9	2,0	2,0
Prävention	48,3	55,7	78,9	50,9	53,8	56,8	66,0	66,5
Gesundheitsver- bände	3,1	3,7	3,3	3,3	3,2	2,8	4,4	4,3
Cybersicherheit im Gesundheitswesen	-	-	-	-	-	2,0	190,0	541,4
Pandemieausgaben	6 137,2	5 681,8	9 050,7	1 783,3	1 058,7	827,2	467,8	238,7

Quelle: Haushaltsrechnungen 2020 bis 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

3.3.1 Sofortprogramm Cybersicherheit im Gesundheitswesen

Titelgruppe 03 enthält das Förderprogramm Cybersicherheit im Gesundheitswesen. Diese Maßnahme fällt unter die Bereichsausnahme, die Titel sind im Haushaltsentwurf daher mit einem „B“ gekennzeichnet (s. dazu Tnr. 2.1). Entgegen der Bezeichnung der Titelgruppe geht es dabei nicht um den Schutz bundeseigener IT-Systeme, sondern um Fördermaßnahmen für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Das BMG plante hier ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen mit einem Gesamtvolumen von ursprünglich 2 Mrd. Euro bis zum Jahr 2030. Der Mittelansatz über den Finanzplanzeitraum wurde jedoch mit dem Haushaltsentwurf für das Jahr 2027 auf knapp 1,5 Mrd. Euro verringert. Damit kam das BMG der Vorgabe des Eckwertebeschlusses zum Haushaltsentwurf 2027 nach, 1 % der Gesamtausgaben des Einzelplans 15 über den Finanzplanzeitraum einzusparen.

Gefördert werden sollen moderne IT-Schutzmaßnahmen in versorgungskritischen Gesundheitseinrichtungen im Sinne der Zweiten EU-Richtlinie zur Netzwerk- und

Informationssicherheit (NIS-2-Richtlinie).³⁶ Dazu zählen insbesondere Akutkrankenhäuser (Gruppe 1) und große Medizinische Versorgungszentren, große medizinische Labore und radiologische Praxen wie Einrichtungen zur Versorgung mit Medikamenten bzw. Blut und Blutplasma (Gruppe 2). Das BMG plant, Einrichtungen der Gruppe 1 über zweckgebundene Zuschläge zu fördern. Es stimmt derzeit die Berechnung, die konkreten Voraussetzungen, das Monitoring und die Verwendungsnachweise mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab. Wer Gruppe 2 angehört, könne gemäß einer noch auszuarbeitenden Förderrichtlinie Zuschüsse beantragen. Bereits ab August 2026 solle ein Self-Assessment angeregt werden, in der die relevanten Einrichtungen ihre „IT-Sicherheitsreife“ bestimmen sollen, sodass eine zielgerichtete Förderung bewilligt werden könne. Das BMG erwarte, dass die für das Jahr 2026 zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel vollständig ausgezahlt würden.

Für das Jahr 2026 sind im Haushaltsplan Verwaltungsausgaben von 0,8 Mio. Euro (Personal- und Sachaufwand) und 189,2 Mio. Euro an Fördermitteln veranschlagt. Es wurde zudem eine Verpflichtungsermächtigung von 1 Mrd. Euro für diesen Zweck eingebracht. Der Haushaltsentwurf sieht für das Sofortprogramm im Jahr 2027 Fördermittel von 540,7 Mio. Euro vor. Für die Jahre 2028 und 2029 sind Ansätze von 528,8 und 230,7 Mio. Euro im Finanzplan enthalten.

Da bislang weder die Förderrichtlinie noch eine Rechtsgrundlage für die Gewährung von Zuschlägen vorliegt, hat der Bundesrechnungshof Zweifel, dass die Mittel in der veranschlagten Höhe im laufenden Jahr vollständig verausgabt werden können. Zuschläge für Krankenhäuser, die über die GKV ausgezahlt würden, bergen darüber hinaus das Risiko, dass eine konkrete Mittelverwendung für Zwecke der IT-Sicherheit nur schwer nachgewiesen werden kann. Das BMG muss sicherstellen, dass die Voraussetzungen der Bereichsausnahme strikt eingehalten und aus dem Fördertitel ausschließlich versorgungskritische IT-Schutzmaßnahmen finanziert werden.

3.3.2 Pandemiebezogene Maßnahmen

Die meisten Vorhaben, die zur Pandemiebekämpfung und -vorsorge seit dem Jahr 2020 begonnen wurden, laufen langsam aus. Die im Jahr 2022 abgeschlossenen Pandemiebereitschaftsverträge (Titel 531 07) sollen einer möglichst raschen Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen im Falle einer erneuten Pandemie dienen. Für die drei laufenden Verträge sind im Haushaltsentwurf für das Jahr 2027 Ausgaben von 175,2 Mio. Euro vorgesehen. Auch im Zusammenhang mit der Beschaffung der Corona-Impfstoffe (Titel 684 07) sind im Jahr 2027 noch Ausgaben von 48,1 Mio. Euro eingeplant. Dabei

³⁶ Dazu zählen Einrichtungen entlang des akutstationären Versorgungspfades, die der Zweiten EU-Richtlinie zur Netzwerk- und Informationssicherheit (Richtlinie (EU) 2022/2555 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Dezember 2022 über Maßnahmen für ein hohes gemeinsames Cybersicherheitsniveau in der Union – NIS-2-Richtlinie, ABl. L 333/80) und dem Gesetz zur Umsetzung der NIS-2-Richtlinie und zur Regelung wesentlicher Grundzüge des Informationssicherheitsmanagements in der Bundesverwaltung vom 2. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nummer 301) unterfallen.

handelt es sich nicht mehr um Zahlungen für Impfstoffe. Vielmehr sind hier Mittel zur Erstattung von Anwalts- und Gerichtskosten veranschlagt. Die Bundesrepublik Deutschland ist laut den Impfstoffbeschaffungsverträgen der Europäischen Union nach belgischem Recht verpflichtet, den Impfstoffherstellern Kosten aus Rechtsstreitigkeiten um mögliche Impfschäden zu erstatten. Modellmaßnahmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID (Titel 686 24) sollen im Jahr 2027 mit 10 Mio. Euro gefördert werden.

Folgekosten der massiven Überbeschaffung von Schutzmasken

Das BMG beschaffte zur Pandemiebekämpfung im Jahr 2020 persönliche und medizinische Schutzausrüstung für 6,7 Mrd. Euro (Kapitel 1503 Titel 684 03). Für 5,8 Milliarden Schutzmasken verausgabte es davon bis zum Jahr 2025 allein 5,9 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat diese Maßnahme geprüft und seine Feststellungen in zwei Berichten an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages und einer Stellungnahme für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ zusammengefasst.³⁷

Der Bundesrechnungshof rügte darin eine massive Überbeschaffung im klaren Widerspruch zu der nachvollziehbaren, deutlich niedrigeren Bedarfsanalyse, die das BMG zu Beginn der Beschaffungsmaßnahmen durchgeführt hatte. Er legte ausführlich dar, warum das BMG nicht den Auftrag hatte, zu Beginn der Pandemie einen vermeintlichen Jahresbedarf für sämtliche Beschäftigte des Wirtschaftssektors Gesundheit zu beschaffen. Das BMG beabsichtigte zu keiner Zeit eine Auslieferung der beschafften Ware an diesen weit gefassten Empfängerkreis. Es versäumte auch in der Folgezeit, wirksame Verteilungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Letztlich wurden nur 1,8 Milliarden Schutzmasken im Inland verteilt. Der weit überwiegende Teil der Beschaffungsmenge wurde inzwischen vernichtet.

Die sogenannten Annexkosten, also die Folgekosten für die Verwaltung der Überbeschaffung, erhöhten sich im Jahr 2025 um weitere 41 auf nunmehr 558 Mio. Euro. Für das Jahr 2026 rechnet das BMG für Lagerung, Logistik, Vernichtung, externe Beratung und Rechtsberatung erneut mit Ausgaben von 19 Mio. Euro. Im Haushaltsplan 2026 ist jedoch wie auch im Haushaltsentwurf 2027 nur ein Ansatz von 5,4 Mio. Euro vorgesehen. Für weitere Ausgaben will das BMG Ausgabereste einsetzen. Grundsätzlich dürfen Ausgaben allerdings nur zwei Jahre übertragen werden. Soweit das BMG gebildete

³⁷ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen (Gz.: IX 1 - 2020 - 0946) vom 16. Juni 2021; Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Beschaffung und Verteilung von Schutzmasken durch das Bundesministerium für Gesundheit (Gz.: IX 1 - 0000625) vom 28. März 2024; Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse – Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 15. Dezember 2025 (Gz.: IX 1 - 0000625) vom 12. Dezember 2025.

Reste aus dem Haushaltsansatz für das Jahr 2022 auch in den Jahren 2026 und 2027 noch in Anspruch nehmen muss, bedarf es einer Ausnahmeregelung des BMF.³⁸ Alle auf diese Weise eingesetzten Mittel sind im Gesamthaushalt einzusparen. Das heißt, in gleicher Höhe dürften parlamentarisch für andere Zwecke bewilligte Ausgaben in diesen Jahren nicht geleistet werden.

Aus der Beschaffungstätigkeit des BMG im Jahr 2020 drohen weiterhin hohe Risiken aus Rechtsstreitigkeiten. Im sogenannten Open-House-Verfahren, das nur einer von mehreren Beschaffungswegen des BMG war, hatte es hohe Festpreise für Schutzmasken ausgelobt und Zuschläge in einem mengenmäßig nicht steuerbaren Umfang erteilen müssen. Daraus resultierte eine hohe Zahl an Rechtsstreitigkeiten mit Lieferanten. Aktuell sind noch rund 100 Klagen anhängig mit einem Gesamtstreitwert von 2,6 Mrd. Euro. Wenn und soweit das BMG rechtskräftig zu Zahlungen verurteilt würde, kämen noch Verfahrenskosten und gegebenenfalls Zinsen in beträchtlicher Höhe hinzu. In vier Verfahren vor dem Bundesgerichtshof ist am 16. September 2026 eine mündliche Verhandlung angesetzt.

Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Ausgaben für den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Kapitel 1503 Titelgruppe 02) laufen im Jahr 2026 aus. Der Bund beteiligte sich bei dem Pakt mit insgesamt 4 Mrd. Euro an Maßnahmen zur Beseitigung von während der Corona-Pandemie aufgedeckten Defiziten des ÖGD. Davon stellte er den Ländern 3,1 Mrd. Euro in Form von Festbeträgen aus Umsatzsteueranteilen in sechs Jahrestanchen für die Jahre 2021 bis 2026 im Wege des vertikalen Finanzausgleichs zur Verfügung. Diese reichen die Mittel an die Kommunen als Träger des ÖGD weiter, um damit neue Stellen für medizinisches und administratives Personal in den Gesundheitsämtern, Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des ÖGD sowie Aus- und Fortbildung zu finanzieren. Der Bundesrechnungshof hat in diesem Zusammenhang beanstandet, dass der zwischen Bund und Ländern vereinbarte Personalaufwuchs im ÖGD an keine konkret festgestellten Personalbedarfe anknüpft, die Länder unzulässig aus ihrer finanziellen Eigenverantwortung entlassen wurden und notwendige Maßnahmen zur Schaffung zukunftsfähiger Strukturen nur schleppend vorankamen.³⁹ Zwar schufen die Länder inzwischen mehr als die angestrebten 5 000 Vollzeitstellen, ihre diesbezüglichen Ausgaben lagen jedoch deutlich unter dem vom Bund überlassenen Umsatzsteueranteil. Der Bund konnte in dieser Konstruktion die Länder weder wirksam verpflichten, die Mittel vollständig für eine bestimmte Maßnahme zu verwenden, noch kann er jemals Rückforderungen geltend machen. Daher sollte dieser Weg künftig nicht wieder zur Finanzierung konkreter Vorhaben genutzt werden.

³⁸ § 45 Absatz 2 BHO.

³⁹ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gz.: IX 1 - 0000489) vom 17. März 2023.

Daneben leistet der Bund im Rahmen des Paktes für den ÖGD auch Zuschüsse aus dem Einzelplan 15. Die Ist-Ausgaben in den Jahren 2021 bis 2025 betrugen insgesamt 781 Mio. Euro. Im Jahr 2026 stehen letztmalig 52,2 Mio. Euro bereit. Mit diesen Mitteln sollen insbesondere eine Software für ein bundesweites Meldewesen aufgebaut und betrieben sowie bundeseinheitliche digitale Verfahren zum effektiven Infektionsschutz entwickelt und erprobt werden. Für den lokalen Gesundheitsschutz sind grundsätzlich Länder und Kommunen zuständig. Der Bundesrechnungshof begrüßt daher, dass eine Fortsetzung des Paktes nicht geplant ist.

3.4 Forschungsvorhaben und -einrichtungen

Das BMG unterstützt Modellmaßnahmen und Forschungsvorhaben, beispielsweise zum Drogen- und Suchtmittelgebrauch, zu sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zur Kindergesundheit. In den letzten Jahren ist als neuer Schwerpunkt die Modernisierung und Digitalisierung der Gesundheitsversorgung hinzugekommen. Der Rahmenplan Ressortforschung des BMG hat zudem die Schwerpunkte übertragbare Erkrankungen, Gesundheit und Umwelt sowie das Querschnittsthema Long bzw. Post-COVID neu aufgenommen. Weitere Themen sind Gesundheitsversorgung, Demografischer Wandel und Pflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention.

Das BMG fördert fünf Wissenschaftsinstitute der Leibniz-Gemeinschaft und mit der Stiftung Georg-Speyer-Haus eine weitere Forschungseinrichtung jeweils zur Hälfte. Die übrigen Kosten trägt das jeweilige Sitzland. Daneben erhält die Cochrane Deutschland Stiftung eine institutionelle Zuwendung.

Tabelle 5

Übersicht Kapitel 1504

	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Ist	2026 Soll	2027 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	1,1	4,8	7,5	3,0	3,8	4,6	3,0	3,0
Ressortforschung und Modellmaßnahmen	32,2	34,6	34,1	38,4	34,6	44,1	67,7	53,1
Digitalisierung, Telemedizin	12,4	26,1	41,8	45,0	30,5	12,9	7,2	6,0
Förderung Wissenschaftseinrichtungen	58,0	64,7	56,9	57,4	53,1	56,6	71,9	71,9

Quelle: Haushaltsrechnungen 2020 bis 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

Die gegenüber den Soll-Ansätzen deutlich geringeren Ist-Ausgaben für Forschung und Modellmaßnahmen gehen traditionell vor allem auf Minderausgaben im Bereich der Ressortforschung (Titel 544 01) zurück. Das BMG verweist hier zur Begründung auf Verzögerungen bei der Durchführung von Forschungsprojekten. Auch bei den zweckgebundenen Investitionszuweisungen an die Leibniz-Institute werden seit Jahren die Haushaltsansätze nur verhältnismäßig gering ausgeschöpft.

Der Gesamtansatz des Kapitels 1504 im Haushaltsentwurf für das Jahr 2027 liegt mit 131 Mio. Euro fast 16 Mio. Euro unter dem Vorjahressoll. Dazu wurden der Ansatz für die Ressortforschung verringert und der Zuschuss zur Errichtung eines innovativen Zentrums für Präventionsarbeit „Welt der Versuchungen“ (Titel 894 03) gestrichen.

3.5 Internationales Gesundheitswesen

Die Ausgaben für internationale Aufgaben im Einzelplan 15 waren in der Vergangenheit deutlich höher als in den letzten Jahren. Im Jahr 2022 lagen die Ausgaben sogar bei über 0,5 Mrd. Euro. Der Grund lag vor allem in höheren freiwilligen Leistungen Deutschlands zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit (Titel 686 01), nicht zuletzt aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die freiwilligen Leistungen sollen deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik stärker zur Geltung bringen und die multilaterale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und anderen globalen Akteuren unterstützen. In den vergangenen Jahren sind die Ausgaben deutlich zurückgegangen. Der Haushaltsansatz für freiwillige Beiträge und Kooperationen sinkt dabei mit 69,2 Mio. Euro unter des Vorjahresniveau von 77,7 Mio. Euro. Das geht auf Einsparungen bei Titel 686 01 zurück.

Tabelle 6

Übersicht Kapitel 1505

	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Ist	2026 Soll	2027 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	0,2	0,8	0,8	1,2	0,2	0,9	0,2	0,2
Pflichtbeiträge	29,1	28,3	29,1	30,4	34,8	36,3	37,1	37,2
Freiwillige Beiträge, Kooperationsmaß- nahmen	76,8	365,2	478,5	119,8	94,2	93,7	77,7	69,2

Quelle: Haushaltsrechnungen 2020 bis 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

Der Ansatz für die überwiegend in US-Dollar und Schweizer Franken zu zahlenden Pflichtbeiträge bleibt in etwa gleich. Deren exakte Höhe hängt auch von der Wechselkursentwicklung ab.

3.6 Bundesministerium und Geschäftsbereich

Die geplanten Ausgaben für das Bundesministerium und die vier Geschäftsbereichsbehörden steigen im Haushaltsentwurf für das Jahr 2027 gegenüber den Ansätzen im Haushaltsplan 2026 leicht an. In allen Behördenkapiteln wurde jeweils eine neue Titelgruppe 09 ausgebracht für Ausgaben zum Schutz der informationstechnischen Systeme des Bundes, die von der Bereichsausnahme (s. Tnr. 2.1) erfasst werden und damit den Verschuldungsspielraum des Bundes vergrößern. Für das Jahr 2027 sieht der Haushaltsentwurf bislang Ausgaben von insgesamt 8,4 Mio. Euro für Dienstleistungen sowie für Anlagen, Geräte und Software vor. Neu ausgebracht wurden in diesen Titelgruppen Personaltitel, jedoch noch ohne Haushaltsansatz. Alle Ressorts konnten zur Umsetzung der NIS-2-Richtlinie weitere Personal- und Sachmittel anmelden, die zunächst das BMDS fachlich prüft und wertet. Vorsorglich wurden dafür 500 Mio. Euro (einschließlich Personalausgaben) sowie 900 zusätzliche Planstellen im Einzelplan 60 eingestellt. Auch das BMG hat für diesen Zweck Personal und Sachmittel beantragt. Die konkrete Ausbringung in den Einzelplänen soll im parlamentarischen Haushaltsverfahren auf Basis der Prüfung des BMDS erfolgen.

Die Differenz zwischen den Ist-Ausgaben 2025 und den Soll-Ansätzen im BIÖG (Kapitel 1513) und im BfArM (Kapitel 1516) geht darauf zurück, dass hier teilweise drittfinanzierte Aufgaben wahrgenommen wurden (s. Tnr. 4).

Tabelle 7

Übersicht Kapitel 1512 bis 1517

	2025 Ist			2026 Soll		2027 Soll	
	Personal	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
	Anzahl	in Mio. Euro					
Bundesministerium	937	0,3	149,7	1,7	168,5	1,7	170,3
BIÖG	190	0,6	30,0	0,2	21,7	0,2	23,3
PEI	540	31,7	105,3	22,2	97,8	29,2	114,8
BfArM	1 034	128,9	182,5	76,5	142,1	82,5	154,0
RKI	894	0,6	181,5	0,1	210,2	0,1	227,2

Quelle: Haushaltsrechnung 2025; Haushaltsplan 2026; Haushaltsentwurf 2027.

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, jährlich 2 % an Planstellen und Stellen einzusparen (ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Personals aus der Bereichsausnahme). Der Haushalt 2026 enthält im Einzelplan 15 ein Soll von 3 277 Planstellen und Stellen, das ist eine Reduktion gegenüber dem Jahr 2025 von 0,3 %. Davon sind Planstellen und Stellen im finanziellen Umfang von 2,2 % des jeweiligen Stellenkegels bis zum Jahresende einzusparen.⁴⁰ Der Haushaltsentwurf sieht für das Jahr 2027 noch keine Personalreduzierung vor. § 17 Absatz 5 des Entwurfs des Haushaltsgesetzes 2027 bestimmt, dass entsprechende Einsparungen im Haushaltsvollzug bis zum 31. Dezember 2027 erbracht werden müssen.

4 Wesentliche Einnahmen

Die Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten (s. Tabelle 1). Im Jahr 2025 vereinnahmten das PEI hierfür 27,3 und das BfArM 92,1 Mio. Euro. Hinzu kamen Fördermittel der Europäischen Union (29,0 Mio. Euro im Jahr 2025). Weitere Einnahmen resultierten vor allem aus Rückzahlungen von Zuwendungen und Zuschüssen, Erlösen aus Veräußerungen, Publikationen oder Aufträgen Dritter (18,9 Mio. Euro im Jahr 2025) und Erstattungen für einnahme- oder drittfinanzierte Aufgaben. Dazu zählen etwa die Prüfung der Spitzenverbände im Gesundheitswesen (0,3 Mio. Euro), das Prüflabor für In-vitro-Diagnostika des PEI (2,5 Mio. Euro) und Leistungen des BfArM für die Datentransparenz (28,9 Mio. Euro), das Beschäftigtenverzeichnis (4,5 Mio. Euro) und die Cannabis-Agentur (1,1 Mio. Euro).

Daneben ist der Geschäftsbereich des BMG traditionell der größte Empfänger von Sach-, Geld- und Dienstleistungen, die der Bund als Sponsoring erhält. Im Jahr 2025 flossen 5,2 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15 (Kapitel 1511 Titel 282 09). Daneben standen Anfang 2026 noch Ausgabereste von 4,2 Mio. Euro zur Verfügung (Kapitel 1511 Titel 547 09). Der größte Anteil stammt vom Verband der privaten Krankenversicherung und dient der Finanzierung von Präventionskampagnen des BIÖG (Kapitel 1511 Titel 547 09, Kapitel 1513 Titelgruppe 03). Im Haushalt ausgewiesen werden nur die tatsächlichen Einnahmen, ein Soll-Ansatz wird aufgrund der Haushaltssystematik auch bei länger laufenden Sponsoringvereinbarungen nicht dargestellt.

Ebenfalls nicht abgebildet ist der Wert gewährter Sach- und Dienstleistungen wie unentgeltlich zur Verfügung gestellte Plakatwände oder Sendezeiten, gespendete Schutzausrüstung oder Medikamente. Diese weist die Bundesregierung in ihrem jährlichen

⁴⁰ § 17 Absatz 1 des Gesetzes über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2026.

Bericht zur Integrität in der Bundesverwaltung aus, der zuletzt am 15. September 2025 veröffentlicht wurde.⁴¹ Er verzeichnet für das BMG im Jahr 2024 Sponsoringleistungen im Wert von 17,9 Mio. Euro (65 % des Gesamt-Sponsoring-Aufkommens). Davon entfielen 17,7 Mio. Euro auf Plakatflächen, die unentgeltlich für Aufklärungsmaßnahmen über die Organspende und Erhöhung der Impfbereitschaft zur Verfügung gestellt wurden.

5 Ausblick

Eine Übersicht über die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben im Einzelplan 15 gemäß der mittelfristigen Finanzplanung gibt Tabelle 8.

Tabelle 8

Finanzplanung Einzelplan 15

	2026	2027	2028	2029	2030
	<i>in Mio. Euro</i>				
Einnahmen	106,2	119,2	619,2	859,2	859,2
Ausgaben	21 773,9	14 432,6	15 309,7	14 919,8	14 663,9

Quelle: Bundesregierung.

Diese Ansätze berücksichtigen einerseits das Auslaufen pandemiebezogener Maßnahmen. Dazu zählen die Impfstoffbeschaffung, der Pakt ÖGD sowie die auslaufenden Pandemiebereitschaftsverträge. Nicht abgebildet sind drohende Zahlungsverpflichtungen aus der Abwicklung der Schutzmasken-Beschaffung und den laufenden Rechtsstreitigkeiten.

Nach Inkrafttreten des GKV-BStabG muss die beschlossene Absenkung des Bundeszuschusses zur GKV noch in den Haushalt 2027 und die Finanzplanung integriert werden. Der abgebildete Anstieg im Jahr 2028 beinhaltet den nach geltender Rechtslage dann wieder zu leistenden Bundeszuschuss an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen von

⁴¹ Integrität in der Bundesverwaltung – Jahresbericht 2024 – des Bundesministeriums des Innern vom 15. September 2025.

1 Mrd. Euro jährlich. Der derzeitige Stand des RefE-PNOG sieht jedoch vor, dass dieser erst später und nicht sofort in vollem Umfang wieder gezahlt werden soll.

Bei den Einnahmen ist die Rückzahlung von Darlehen berücksichtigt. Im Jahr 2028 steht für das im Jahr 2022 gewährte Darlehen die Rückzahlung von 500 Mio. Euro aus. Nach geltender Rechtslage muss die SPV außerdem die ihr in den Jahren 2025 und 2026 gewährten Darlehen von insgesamt 3,7 Mrd. Euro zurückzahlen. Dies soll in fünf gleichen Raten ab dem Jahr 2029 geschehen. Der RefE-PNOG sieht dagegen vor, alle Rückzahlungspflichten auf die Jahre 2035 bis 2039 zu verschieben. Damit würden dem Bund die bislang eingeplanten Einnahmen nicht im aktuellen Finanzplanzeitraum zufließen.

Die Bundesregierung hat zudem beschlossen, ihre Aufgabenkritik und den Prozess zur Umsetzung einer ziel- und wirkungsorientierten Haushaltsführung fortzusetzen. Mit den Eckwerten zum Haushaltsentwurf 2028 sollen die Plafonds der Einzelpläne im Finanzplanzeitraum über die bestehenden Einsparvorgaben hinaus um weitere 2 % abgesenkt werden.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Trimborn, Amtsinspektorin

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.