



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 2023

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

Gz.: IX 1 - 0001176

7. September 2022

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

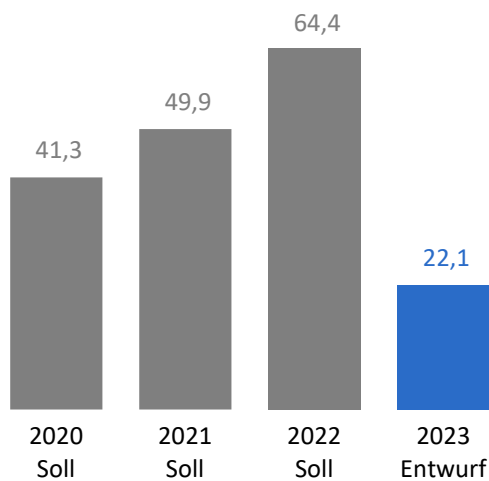
Haushaltsentwurf 2023

Einzelplan 15

Bundesministerium für Gesundheit

Ausgaben

22,1 Mrd. Euro



Soll-Entwicklung

Ausgaben in Mrd. Euro

**445,2
Mrd. Euro**

Gesamtentwurf des Bundeshaushalts 2023
Ausgabenverteilung nach Einzelplänen



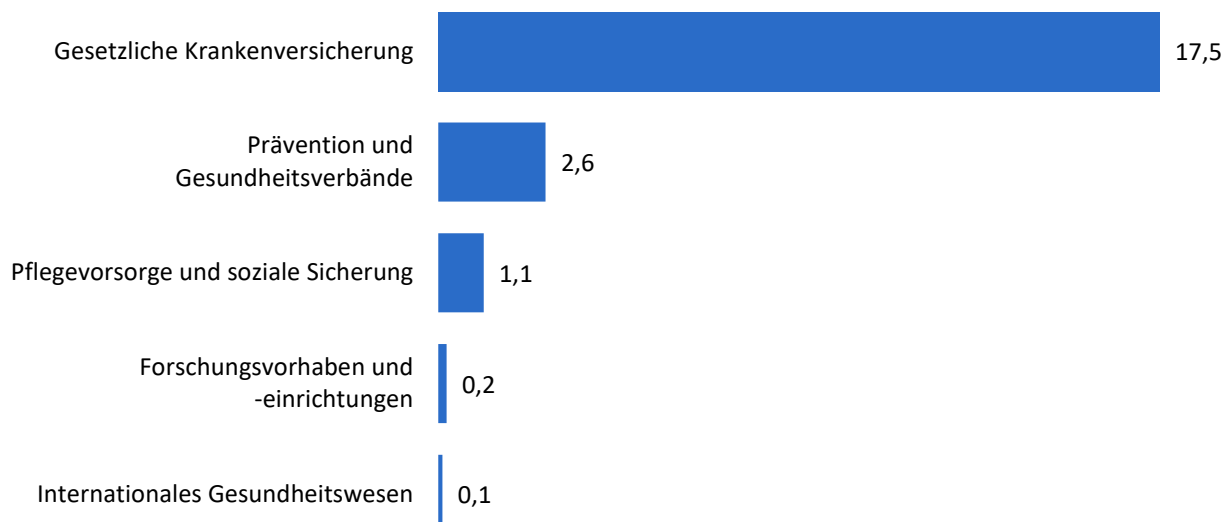
Planstellen und Stellen

Veränderung zum Vorjahr

3 299
+ 52

Wesentliche Ausgaben

in Mrd. Euro



Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	5
2	Haushaltsentwicklung in der Pandemie	7
2.1	Ausgabeschwerpunkte und Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofes	8
2.1.1	Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für verschobene oder ausgesetzte Behandlungen	8
2.1.2	Pandemiebedingte Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds	10
2.1.3	Pandemiebedingte Leistungen an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung	12
2.1.4	Prämie für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen	13
2.1.5	Zuschüsse zur Bekämpfung des Ausbruchs des neuen Coronavirus	13
2.1.6	Zuschüsse zur zentralen Beschaffung von Impfstoffen gegen das Coronavirus	15
2.1.7	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	15
2.1.8	Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen	16
2.2	Fazit	16
3	Wesentliche Ausgaben	17
3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	17
3.1.1	Entwicklung der Einnahmen und des Gesundheitsfonds	17
3.1.2	Entwicklung der Ausgaben	19
3.1.3	Entwicklung der strukturellen Deckungslücke	20
3.2	Pflegevorsorge und soziale Sicherung	23
3.3	Prävention und Gesundheitsverbände	25
3.4	Forschungsvorhaben und -einrichtungen	25
3.5	Internationales Gesundheitswesen	26
4	Wesentliche Einnahmen	27
5	Ausblick	28

Abkürzungsverzeichnis

A

ACT-A *Access to COVID-19 Tools Accelerator*

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BfArM *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BZgA *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

G

GKV *gesetzliche Krankenversicherung*

H

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

K

KHG *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)*

N

NRGS *Nationale Reserve Gesundheitsschutz*

O

ÖGD *Öffentlicher Gesundheitsdienst*

P

PEI *Paul-Ehrlich-Institut*

PSA *persönliche Schutzausrüstung*

R

RKI *Robert Koch-Institut*

S

SPV *soziale Pflegeversicherung*

W

WHO *Weltgesundheitsorganisation, World Health Organization*

Z

ZEPAI *Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika*

1 Überblick

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Aufgabe, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und 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 sowie beim Infektions- und Gesundheitsschutz und 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), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI).

Die Gesamtausgaben im Einzelplan 15 beliefen sich im Haushaltsjahr 2021 auf 48,4 Mrd. Euro – das entsprach 8,7 % der Gesamtausgaben des Bundeshaushalts. Davon entfielen 14,5 Mrd. Euro auf den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds und 28,9 Mrd. Euro auf Ausgaben im Zusammenhang mit der akuten Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Einnahmen betrugen 205,4 Mio. Euro und stammten vor allem aus Gebühren für die Zulassung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Für das Jahr 2022 sind Ausgaben von 64,4 Mrd. Euro und Einnahmen von 104,5 Mio. Euro geplant. Der Haushaltsentwurf für das Jahr 2023 sieht Ausgaben von 22,1 Mrd. Euro und Einnahmen von 104,2 Mio. Euro vor.

Der Bundesrechnungshof hält es für besonders wichtig, dass der Bund bei der Finanzierung von Maßnahmen aus dem Einzelplan 15 künftig wieder stärker die föderale Kompetenzverteilung beachtet. Insbesondere bei der Pandemie-Bekämpfung und den notwendigen Strukturreformen im Krankenhausbereich sollte das BMG darauf drängen, dass die Länder ihrer Verantwortung gerecht werden. Bei Beschaffungen, Zuschüssen und Fördermitteln gilt es, den jeweiligen Bedarf stets nachvollziehbar zu ermitteln und die Notwendigkeit der Leistungen transparent zu begründen. Überkompensationen und Mitnahmeeffekte sind zu vermeiden. Bei den anstehenden Reformen von GKV und SPV ist auf eine nachhaltige Finanzierung zu achten. Soweit hier Leistungen des Bundes einfließen, sollten diese auf eine verlässliche Basis gestellt werden und klar definierten Zielsetzungen, etwa beim Ausgleich gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, folgen.

Tabelle 1

Übersicht über den Einzelplan 15

Bundesministerium für Gesundheit

	2021 Soll	2021 Ist ^a	Differenz Ist-Soll ^b	2022 Soll	2023 Entwurf	Änderung zu 2022
	<i>in Mio. Euro</i>					<i>in %</i>
Ausgaben	49 896,4	48 396,2	-1 500,3	64 357,0	22 062,3	-65,7
darunter:						
• Gesetzliche Krankenversicherung	35 485,1	40 484,7	4 999,6	50 230,5	17 500,1	-65,2
• Pflegevorsorge und soziale Sicherung	84,9	1 081,3	996,3	3 282,6	1 084,1	-67,0
• Prävention und Gesundheitsverbände	13 996,5	5 740,5	-8 256,1	9 571,9	2 590,4	-72,9
• Forschungsvorhaben und -einrichtungen	160,2	125,4	-34,8	187,9	175,2	-6,7
• Internationales Gesundheitswesen	144,8	393,5	248,7	493,1	146,4	-70,3
• Ministerium	132,8	107,2	-25,7	150,0	147,1	-1,9
Einnahmen	102,7	205,4	102,7	104,5	104,2	-0,3
darunter:						
• Gebühren (Arzneimittel und Medizinprodukte)	96,743	101,325	4,6	96,5	96,5	0
• Sponsoring	0	11,0	11,0	0	0	0
• Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention	0	18,9	18,9	0	0	0
Verpflichtungsermächtigungen	4 700,6 ^c	9 871,0	5 170,4	3 565,5	1 050,9	-70,5
	Planstellen/Stellen					<i>in %</i>
Personal	3 065	2 693 ^d	-372	3 247	3 299	+1,6

Erläuterungen:

^a Bereinigt um haushaltstechnische Verrechnungen.

^b Aus den Ursprungswerten berechnet; Rundungsdifferenzen möglich.

^c Einschließlich über- und außerplanmäßiger Verpflichtungsermächtigungen.

^d Ist-Besetzung am 1. Juni 2021 ohne außerhalb der verbindlichen Stellenpläne geführtes wissenschaftsnahes Personal (Ist-Besetzung am 1. Juni 2021: 662).

Quellen:

Haushaltsrechnung 2021.

Haushaltsplan 2022.

Haushaltsentwurf 2023.

2 Haushaltsentwicklung in der Pandemie

Gegenüber früheren Jahren, in denen der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds den Großteil der Ausgaben im Einzelplan 15 ausmachte, war dessen Entwicklung in den vergangenen zwei Jahren maßgeblich von der Pandemiebewältigung beherrscht. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe neuer Titel eingeführt, die in Tabelle 2 zusammengefasst sind.

Tabelle 2

Ausgaben zur Pandemiebekämpfung

Haushalts- stelle	Zweckbestimmung	Ist 2020	Ist 2021	Soll 2022	Soll 2023
		<i>in Mio. Euro</i>			
1501 632 01	Ausgleichszahlungen nach § 21 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	9 410,4	5 026,1	5 700,0	0
1501 636 03	Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen	3 537,9	17 958,6	30 030,4	0
1502 636 02	Leistungen des Bundes an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen	1 800,0	1 000,0	1 200,0	0
1502 681 02	Prämie für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen	–	–	1 000,0	0
1503 531 07	Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen	–	–	–	156,4
1503 531 08	Öffentlichkeitsarbeit für Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie	–	–	188,9	0
1503 684 03	Zuschüsse zur Bekämpfung des Ausbruchs des neuen Coronavirus	6 129,5	942,0	1 897,7	119,4
1503 684 05	Kosten der Einführung einer digitalen Einreiseanmeldung	7,7	30,0	18,8	0
1503 684 07	Zuschüsse zur zentralen Beschaffung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2	–	3 872,5	7 089,6	2 032,4
1503 892 01	Investitionszuschüsse zur Förderung der inländischen Entwicklung und Produktion von Impfstoffen	–	2,5	0	0
1503 Tgr. 02	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	–	84,1	307,7	220,7
Summe		20 885,5	28 915,8	47 433,1	2 528,9

Quellen:

Haushaltsplan 2022.

Haushaltsentwurf 2023.

Während für das Jahr 2022 noch hohe Ausgaben für unterschiedliche Maßnahmen zur akuten Pandemiebewältigung eingeplant wurden, sind im Haushaltsentwurf für das Jahr 2023 nur noch für wenige Zweckbestimmungen in deutlich reduziertem Maße Mittel veranschlagt.

2.1 Ausgabeschwerpunkte und Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofes

2.1.1 Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für verschobene oder ausgesetzte Behandlungen

Einen großen Ausgabeposten stellen im Jahr 2022 die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für verschobene oder ausgesetzte Behandlungen dar (Kapitel 1501 Titel 632 01). Der Haushaltsplan weist dafür ein Soll von 5,7 Mrd. Euro aus, nachdem in den Jahren 2020 und 2021 9,4 bzw. 5 Mrd. Euro verausgabt wurden.

Nach § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erhalten die Krankenhäuser dafür, dass sie planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, um freie Kapazitäten für die Behandlung von Corona-Fällen zu schaffen, einen finanziellen Ausgleich. Ursprünglich sollten durch diese Ausgleichszahlungen die Bettenkapazitäten erhöht werden, um die stationäre Versorgung von Corona-Patientinnen und -Patienten zu sichern. Defizite der Krankenhäuser und Erlösausfälle sollten vermieden werden.¹ Krankenhäuser waren unter anderem wegen Hygieneauflagen oder fehlenden Personals daran gehindert, mit der Nicht-Corona-Versorgung Erlöse wie in den Vor-Pandemie-Jahren zu erzielen. Der unter anderem mit der Überprüfung der Auswirkungen der Ausgleichszahlungen befasste Expertenbeirat gemäß § 24 KHG regte Ende 2021 an, dass Unterstützungsmaßnahmen für die Krankenhäuser – auch – einem pandemiebedingten ungesteuerten Strukturwandel entgegenwirken sollten.² In der Praxis haben die Ausgleichszahlungen in Milliardenhöhe damit die Zielrichtung ihrer Rechtsgrundlage in § 21 KHG verlassen und dienten in weiten Teilen nicht mehr dazu, etwa erforderliche Behandlungskapazitäten freizuhalten. Vielmehr stand deutlich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser im Vordergrund, die durch den Rückgang von Belegungszahlen gefährdet war.

¹ Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (Bundestagsdrucksache 19/18112, Seite 1).

² Empfehlung des Beirates nach § 24 KHG aus Dezember 2021 (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/beirat-nach-24-khg.html>).

Der Bundesrechnungshof hat die Ausgleichszahlungen wiederholt kritisch gewürdigt und auf Überkompensationen hingewiesen.³ So flossen von Januar bis Mai 2021 mehr staatliche Hilfen an Krankenhäuser als diese pandemiebedingt einbüßten. Zugleich waren die Behandlungszahlen geringer als im Vor-Pandemie-Zeitraum 2019. Lediglich 4 % der verfügbaren Bettentage entfielen von Januar bis Mai 2021 auf Corona-Behandlungsfälle. Durchschnittlich jedes achte intensivmedizinische Bett wurde für Corona-Patientinnen und -Patienten genutzt.⁴ Hohe Rückgänge waren insbesondere in Bereichen zu verzeichnen, die auch ambulant erbracht werden können. Dies wird als Hinweis dafür gewertet, dass der Rückgang bei den Fallzahlen nicht bloß darauf zurückzuführen ist, dass Kliniken Patientinnen und Patienten abwiesen, sondern dass diese – von sich aus – weniger Behandlungen nachfragten.⁵ Der Bundesrechnungshof merkt in diesem Zusammenhang an, dass die dargestellten Überkompensationen noch keine Aussage über die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser treffen. Dafür müssten die übrigen Erlösarten und die Kostenentwicklung der Krankenhäuser in den Blick genommen werden. Dem Bundesrechnungshof liegen dazu keine verlässlichen Erkenntnisse vor.

Für das Jahr 2023 sieht der Haushaltsentwurf keine Mittel mehr für Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser vor. Der Bundesrechnungshof begrüßt dies. Der Bund besitzt keine originäre Zuständigkeit im Bereich der Krankenhausfinanzierung, die sich dual gestaltet: Länder haben die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen, die Kostenträger für die jeweiligen Behandlungen mittels der Fallpauschalen die Betriebskosten. Angesichts der in weiten Teilen dysfunktionalen stationären Versorgungsstrukturen⁶ liegt es nicht im Interesse des Bundes, länger anhaltend und flächendeckend Krankenhäuser zu subventionieren. Eine entsprechende Förderung ist per se unwirtschaftlich.

Seit Jahren kommen die Länder ihrer Verpflichtung zu einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung und einer sachgerechten Krankenhausplanung nicht nach. Der Bund ist nicht verantwortlich dafür, diese Versäumnisse zu kompensieren. Der Bundesrechnungshof hält es für dringend erforderlich, die Finanzierungsverantwortung der Länder zu beachten. Soweit der Bundesgesetzgeber auch künftig eine finanzielle Beteiligung des Bundes im Bereich der Krankenhausfinanzierung für rechtlich möglich und erforderlich hält, sollten diesem nach Auffassung des Bundesrechnungshofes entsprechende Gestaltungs- bzw. Kontrollbefugnisse

³ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung des Einzelplans 15 für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2022 vom 12. April 2022; Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung ausgewählter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds vom 9. Juni 2021 (veröffentlicht unter <https://www.bundesrechnungshof.de>).

⁴ Boris Augurzky u. a., Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise, in: Krankenhaus-Report 2022 – Patientenversorgung während der Pandemie, hg. von Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers, Carina Mostert, Berlin 2022, Seiten 35 – 61, Seite 43.

⁵ Ebenda, Seite 60.

⁶ Eingehend dazu Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die GKV vom 10. September 2020 (veröffentlicht unter <https://www.bundesrechnungshof.de>). Vgl. zuletzt auch Sondergutachten der Monopolkommission vom 30. Mai 2022, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren (<https://www.monopolkommission.de/de/gutachten/gesamtliste-aller-gutachten.html>).

eingerräumt werden. Als notwendig erachtete Leistungen des Bundes zur Abwendung unbeabsichtigter Insolvenzen im stationären Sektor (sog. kalter Strukturwandel) müssten strikt auf versorgungsrelevante und akut notleidende Kliniken beschränkt bleiben.

2.1.2 Pandemiebedingte Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds

Der mit Abstand größte Teil der Corona-Ausgaben entfällt auf pandemiebedingte Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds (Kapitel 1501 Titel 636 03), für die im Haushalt für das Jahr 2022 mehr als 30 Mrd. Euro vorgesehen sind. Diese umfassen neben einem ergänzenden Bundeszuschuss von 14 Mrd. Euro an die GKV für pandemiebedingte Mehrbelastungen (s. dazu auch Tnr. 3.1.1) auch einen Zuschuss für das Kinderkrankengeld und die Erstattung von Aufwendungen beispielsweise für Testungen, Impfungen (Kostenübernahme der Leistungserbringung und Impfzentren anteilig) sowie Versorgungsaufschläge für Krankenhausbehandlungen aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus.

Der Bundesrechnungshof hat sich in seinen Prüfungen mit den Bürgertestungen und der Abrechnungsprüfung nach der Coronavirus-Testverordnung befasst.⁷ Unter Hinweis auf die zahlreichen strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wegen Betrugs, die in den vergangenen Monaten Gegenstand der Berichterstattung in den Medien sowie behördlicher Pressemitteilungen waren, hat der Bundesrechnungshof gefordert, die Abrechnungsprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken. Die Länder sollten an den Kosten der Testungen beteiligt werden. Die Leistungserbringer erhalten Pauschalen für selbst beschaffte Antigen-Tests und Personal. Diese Pauschalen müssen nachvollziehbar begründet werden. Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) hat die Bundesregierung mit Maßgabebeschluss vom 11. Mai 2022 aufgefordert, die Kostenübernahme des Bundes bei der – zum damaligen Zeitpunkt noch allen Personen zugänglichen – Bürgertestung über den 30. Juni 2022 hinaus nicht zu verlängern und für die Zeit danach mit den Ländern über eine angemessene Kostenverteilung in Verhandlungen zu treten.

Mit Verordnung vom 29. Juni 2022 hat das BMG die Bestimmungen zur Bürgertestung und Abrechnungsprüfung – befristet bis 25. November 2022 – neu gefasst.⁸ Die unentgeltliche Bürgertestung wurde an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Sie richtet sich beispielsweise an vulnerable Personengruppen, die in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen behandelt werden bzw. untergebracht sind sowie Pflegepersonen und Personen, die mit Corona-Infizierten im selben Haushalt leben. Gegen einen Eigenanteil von 3 Euro können sich im Übrigen Personen testen lassen, wenn sie am selben Tag eine Veranstaltung in Innenräumen besuchen oder zu über 60 Jahre alten Personen oder Risiko-Patientinnen und -Patienten Kontakt haben werden. Eine verpflichtende Beteiligung der Länder an den Kosten für die

⁷ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Bürgertestungen und Abrechnungsprüfung vom 11. März 2022 (veröffentlicht unter <https://www.bundesrechnungshof.de>).

⁸ Dritte Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung, BAnz. AT 29. Juni 2022 V1.

Testungen ist nicht vorgesehen. Der notwendige Umfang einer stichprobenhaften vertieften Prüfung der Testung auf ihre Ordnungsmäßigkeit wurde zwar auf 2 % aller Abrechnungen in einem Abrechnungszeitraum verdoppelt. Mit Änderung der Coronavirus-Testverordnung vom 31. August 2022 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen aber zugleich von Prüfungsaufgaben bei der Abrechnung weitgehend entlastet.⁹ Sie haben nur noch die rechnerische Richtigkeit, die Einhaltung der Formvorgaben sowie die Vollständigkeit der erforderlichen Angaben in den Abrechnungsunterlagen zu prüfen. Der den Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Coronavirus-Testverordnung für die Abrechnung zustehende Verwaltungskostenersatz bleibt indes unverändert. Nachgelagert soll das RKI künftig kontrollieren, ob statistische Ausreißer im Hinblick auf die Zahl der erbrachten Testungen und positiven Testergebnisse zu erkennen sind. Dasselbe gilt für die angegebenen Testgründe bezogen auf den jeweiligen Leistungserbringer. Hierfür soll das RKI die von den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilten Daten über abgerechnete Testungen mithilfe von epidemiologischen und soziodemografischen Daten analysieren. Soweit diese Prüfungen und Analysen Auffälligkeiten ergeben, sollen die örtlichen Gesundheitsämter die identifizierten Fälle intensiv prüfen und die Kassenärztlichen Vereinigungen über nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachte Leistungen der Testzentren unterrichten. Ergibt sich aus der Prüfung ein strafrechtlicher Verdacht, sollen die Gesundheitsämter die Staatsanwaltschaften informieren.

Der Bundesrechnungshof sieht die neue Coronavirus-Testverordnung und die Änderungen bei der Abrechnungsprüfung kritisch. Die Voraussetzungen für die Bürgertestung beziehen sich zum Teil auf Absichten oder persönliche Verhältnisse der zu testenden Personen. Diese können die Test- und Abrechnungsstellen nicht oder nur bedingt überprüfen. Einsparpotenziale werden damit nicht ausgeschöpft. Einem Missbrauch kann auch künftig nicht entschieden im Rahmen der Abrechnungsprüfung entgegengetreten werden. Durch die zeitlich nachgelagerte und stark gestreckte, dreistufige Prüfung durch Behörden und Einrichtungen verschiedener (Gebiets-)Körperschaften erscheint eine wirkungsvolle Betrugsbekämpfung nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes kaum möglich. Bei Weitergabe von Informationen und Abstimmung der Prüfungsmethoden dürfte mit Verzögerungen und Reibungsverlusten zu rechnen sein. Die etwaige Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden ist zu einem sehr späten Zeitpunkt vorgesehen und nur als „Soll-Vorschrift“ ausgestaltet. Ob zu Unrecht ausgezahlte Gelder erfolgreich zurückgefordert werden können, erscheint fraglich. Inwieweit die örtlichen Gesundheitsämter in die Neuregelung einbezogen waren und ob sie über hinreichende Kenntnisse und geschultes Personal für diese Kontrollaufgaben verfügen, kann der Bundesrechnungshof nicht bewerten. Er gibt aber zu bedenken, dass Betrugsstaten aufgedeckt werden sollen, die nach Angaben der Strafverfolgungsbehörden teilweise in Strukturen organisierter Kriminalität bzw. banden- und gewerbsmäßig begangen werden. Der Bundesrechnungshof meint zudem, dass die mit der Änderung bewirkte Entlastung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Abrechnungsprüfung zu einer angemessenen Reduzierung ihres Verwaltungskostenersatzes führen sollte. Den Erwartungen des Haushaltsausschusses wird mit der Änderung der Coronavirus-Testverordnung im Ergebnis nicht entsprochen.

⁹ Vierte Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung, BAnz. AT 31. August 2022 V2.

Für das Jahr 2023 sieht der Haushaltsentwurf keine Leistungen mehr an den Gesundheitsfonds für durch Corona verursachte Belastungen vor. Die Versorgungsaufschläge an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus sind zum 30. Juni 2022 ausgelaufen. Die Coronavirus-Testverordnung und die Coronavirus-Impfverordnung gelten nach aktueller Rechtslage nur bis 25. November 2022.

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Planungen bei steigenden Infektionszahlen im Herbst und Winter als tragfähig erweisen. Allein aufgrund der Dauer von Abrechnungsverfahren können auch im Jahr 2023 hier noch Erstattungen aus Bundesmitteln anfallen. Der Bundesrechnungshof weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für zahlreiche der aus diesem Titel finanzierten Leistungen keine Bundesverantwortung besteht: Insbesondere die Testung von asymptomatischen Personen fällt als Maßnahme des allgemeinen Bevölkerungsschutzes nach dem Grundgesetz in die Zuständigkeit der Länder. Für die Finanzierung der Testung von Personen mit Symptomen sind an sich die Krankenkassen zuständig. Für Schutzimpfungen gilt ebenso, dass Versicherte darauf einen sozialrechtlichen Leistungsanspruch gegen ihre Krankenkasse haben. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen und zum Umfang dieser Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien, die er auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission erlässt. Die zur Impfung gegen COVID-19 eingerichteten Impfzentren werden von den Ländern betrieben. Und schließlich fehlt auch für die Versorgungsaufschläge der Krankenhäuser – ebenso wie schon für die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Ausgleichszahlungen – die Finanzierungsverantwortung des Bundes.

2.1.3 Pandemiebedingte Leistungen an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

Die pandemiebedingten Leistungen des Bundes an den Ausgleichsfonds der SPV belaufen sich im Jahr 2022 auf 1,2 Mrd. Euro (Kapitel 1502 Titel 636 02). Der Bund ist nach § 153 Elftes Buch Sozialgesetzbuch im Jahr 2022 – wie schon im Jahr 2021 – verpflichtet, der SPV einen Zuschuss in erforderlicher Höhe zu gewähren, wenn der Mittelbestand der SPV aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklage-soll der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Dazu erließ das BMG bereits im März 2022 die Pandemiekosten-Erstattungsverordnung.¹⁰ Der Zuschuss wurde im April 2022 an den Ausgleichsfonds ausgezahlt. Für das Jahr 2023 besteht keine gesetzliche Verpflichtung mehr für einen pandemiebedingten Sonderzuschuss, falls auch dann noch entsprechende Mehrausgaben anfallen sollten.

¹⁰ Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung – PKEV 2022) vom 30. März 2022, BAnz. AT 31. März 2022 V1.

2.1.4 Prämie für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Im Jahr 2020 erhielten Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine steuerfreie Corona-Prämie. Die besonderen Herausforderungen und Belastungen anlässlich der Corona-Pandemie sollten damit anerkannt werden. Während die Mittel für Beschäftigte in Krankenhäusern der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen wurden, übernahm der Bund im Einzelplan 15 die Mittel für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen (Kapitel 1502 Titel 636 02). Daneben hatten die Länder die Gelegenheit, die Prämien aufzustocken.

Die Pflegekassen zahlten die Bundesmittel an die Pflegeeinrichtungen aus, die dann ihren Beschäftigten die Corona-Prämie gewährten. Der Bundesrechnungshof hat die Corona-Prämie für Pflegeeinrichtungen geprüft und dabei festgestellt, dass das Verfahren fehler- und missbrauchsanfällig war. Die Prüfung ergab, dass zahlreiche Pflegeeinrichtungen keine Auszahlung der Bundesmittel bei den Pflegekassen beantragt hatten. Einige Pflegekassen hatten zu Unrecht gezahlte Bundesmittel nicht von den Pflegeeinrichtungen zurückgefordert. Inhaber von Pflegeeinrichtungen haben zu Unrecht Bundesmittel nicht nur für ihre Beschäftigten, sondern auch für sich selbst geltend gemacht. Der Bundesrechnungshof beabsichtigt, seine Feststellungen dem Haushaltsausschuss in einem Beratungsbericht mitzuteilen.

Im Jahr 2022 sollen die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegekräfte erneut eine finanzielle Anerkennung für ihren Einsatz während der Pandemie erhalten, den sogenannten Pflegebonus. Dazu steht im Einzelplan 15 insgesamt 1 Mrd. Euro bereit (Kapitel 1502 Titel 681 02), die jeweils etwa zur Hälfte für Prämienzahlungen im Krankenhaus- und im Pflegebereich aufgewendet werden soll. Im Krankenhausbereich erfolgt die Auszahlung durch den GKV-Spitzenverband anhand von Berechnungen für die einzelnen Kliniken. Die Auszahlung an die rund 1,2 Millionen Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erfolgt entsprechend dem bereits im Jahr 2020 bei der Corona-Prämie praktizierten Verfahren. Der Bundesrechnungshof befürchtet, dass sich damit die Anfälligkeit des bisherigen Verfahrens für Fehler und Missbrauch nun auch beim Pflegebonus fortsetzt. Er beabsichtigt, diesen Bereich zu prüfen.

2.1.5 Zuschüsse zur Bekämpfung des Ausbruchs des neuen Coronavirus

Der Sammeltitel für Zuschüsse zur Bekämpfung des Ausbruchs des neuen Coronavirus (Kapitel 1503 Titel 684 03) beinhaltet unterschiedliche Maßnahmen. Nach Ausgaben von 6,1 Mrd. bzw. 942 Mio. Euro in den Jahren 2020 und 2021 sind für das Jahr 2022 weitere 1,9 Mrd. Euro veranschlagt. Die größten Ausgaben entfielen dabei auf die Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA), insbesondere Schutzmasken. Aus dem Titel wurden jedoch auch die Corona-Warn-App, Aufklärungs- und Impfkampagnen, Forschungsvorhaben, Personalverstärkungen für die Gesundheitsämter sowie die Beschaffung von Influenza-Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln finanziert. Für das Jahr 2023 sollen für den Sammeltitel weitere 119 Mio. Euro bereitstehen.

Der Bundesrechnungshof hat auf Bitte des Haushaltsausschusses die Beschaffung von PSA durch das BMG geprüft. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen und wird fortgesetzt. In einem ersten Beratungsbericht hat der Bundesrechnungshof auf eine massive Überbeschaffung hingewiesen.¹¹ Diese resultiert aus einer unzureichenden Mengensteuerung und der Nichtbeachtung der im BMG ursprünglich erarbeiteten Bedarfsermittlung. Dabei sind nicht nur Ausgaben in Milliardenhöhe für nicht benötigte Schutzmasken angefallen. Auch der Verwaltungsaufwand ist zwei Jahre nach dem offiziellen Ende der Beschaffung noch immer hoch. Neben dem zuständigen Referat des BMG werden allein für die Betriebsführung über 40 Vollzeitäquivalente an externer Beratung eingesetzt. Das entspricht zusammen dem Personalbestand einer Unterabteilung im Ministerium. Für den Bund ergeben sich aus der Überbeschaffung auch Folgekosten für die Lagerung, die Verteilung und – nach Ablauf der Haltbarkeit – die Vernichtung insbesondere der Schutzmasken. Allein für die sogenannten Annexkosten der eigentlichen Beschaffung, das heißt für Logistik, Qualitätsprüfungen, externe Beratung und anwaltliche Vertretung, wurden in den Jahren 2020 und 2021 insgesamt 309 Mio. Euro verausgabt. Für das Jahr 2022 sind hierfür erneut 112 Mio. Euro eingeplant. Dabei sind die Risiken sowie die Zins-, Anwalts- und Gerichtskosten aus den knapp 100 anhängigen Zivilprozessen im Zusammenhang mit dem Open-House-Verfahren noch nicht einbezogen. Es ist derzeit schwer abzuschätzen, welche Haushaltsmittel allein hierfür in kommenden Jahren noch anfallen werden. Der Bundesrechnungshof wird dem Haushaltsausschuss über neue wesentliche Erkenntnisse zu gegebener Zeit berichten.

Der Bundesrechnungshof hat sich bei einer Prüfung mit den aus Bundesmitteln finanzierten Containment Scouts befasst. Diese stellte das RKI befristet ein, um die Gesundheitsämter bei der Kontaktnachverfolgung zu unterstützen. Das RKI verteilte sie nach einem Einwohner-schlüssel auf die Länder. Im Laufe des Projekts stieg die Zahl der Containment Scouts von 500 auf 2 000. Ihre Vertragslaufzeit beträgt sechs Monate. Das RKI veranschlagte für die Bezahlung der Containment Scouts in den Jahren 2020 bis 2022 knapp 140 Mio. Euro. Der Bundesrechnungshof hat anerkannt, dass der Einsatz der Containment Scouts geeignet war, die Gesundheitsämter bei der Kontaktnachverfolgung zu unterstützen. Es ist jedoch nicht die Aufgabe des RKI, eigeninitiativ die Länder bei der Ausführung des Infektionsschutzgesetzes personell zu unterstützen. Das RKI hat hiermit die allgemeinen Voraussetzungen der Amtshilfe im Sinne des § 5 Verwaltungsverfahrensgesetz missachtet. Amtshilfe ist keine Kompensation dauerhafter Ausstattungsdefizite, sondern muss sich auf ergänzende Hilfe in Einzelfällen beschränken. Der Bundesrechnungshof hat auf die Gefahr hingewiesen, dass das RKI mit der zwei Jahre andauernden Unterstützung Anreize bei Ländern und Kommunen geschaffen haben könnte, auf die erforderliche personelle Verstärkung der Gesundheitsämter langfristig zu verzichten. Er hat empfohlen, das Projekt mit Auslaufen der Verträge zu beenden und freie Stellen nicht mehr nachzubersetzen.

¹¹ Bericht nach § 88 Absatz 2 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von PSA für das Gesundheitswesen vom 16. Juni 2021 (veröffentlicht unter <https://www.bundesrechnungshof.de>).

2.1.6 Zuschüsse zur zentralen Beschaffung von Impfstoffen gegen das Coronavirus

Zu den wenigen Corona-Maßnahmen im Einzelplan 15, die im Jahr 2023 ausweislich des Haushaltsentwurfs fortgesetzt werden sollen, zählt die zentrale Beschaffung von Impfstoffen gegen das Coronavirus (Kapitel 1503 Titel 684 07). Dafür wurden im Jahr 2021 3,9 Mrd. Euro ausgegeben. Für das Jahr 2022 wurden 7,1 Mrd. Euro veranschlagt. Für das Jahr 2023 sind Ausgabemittel von 2 Mrd. Euro geplant. Dabei setzt das BMG sowohl auf die im Zuge gemeinsamer Verträge der Europäischen Union beschafften, bereits zugelassenen Impfstoffe als auch auf Neuentwicklungen, die sowohl gegen das ursprüngliche Virus als auch gegen eine Version der derzeit vorherrschenden Omikron-Variante (bivalent) oder auch spezifisch gegen einzelne Omikron-Varianten wirken sollen. Je nach der Entwicklung im Herbst und Winter kann dies dazu führen, dass nicht eingesetzte Impfstoffe auch vernichtet werden müssen, weil eine Abgabe an Drittländer mangels Nachfrage derzeit nur noch in geringem Ausmaß erfolgt.

Die Beschaffung von Impfstoffen außerhalb einer absoluten Notlage fällt nach bisheriger Kompetenzverteilung beim Infektionsschutz nicht in die Zuständigkeit des Bundes. Der Bundesrechnungshof behält sich im Übrigen vor, ausgewählte Aspekte des Themas zu prüfen, etwa die der Beschaffung zugrunde liegende Bedarfsabschätzung.

2.1.7 Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Auch die Leistungen im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Kapitel 1503 Titelgruppe 02) will der Bund im kommenden Jahr fortsetzen. Er beteiligt sich im Rahmen des Paktes mit insgesamt 4 Mrd. Euro an Maßnahmen zur Beseitigung von während der Pandemie aufgedeckten Defiziten des ÖGD. Den größten Teil davon – 3,1 Mrd. Euro – stellt der Bund in Form von Festbeträgen aus Umsatzsteueranteilen den Ländern in sechs Jahrestanchen 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 zu finanzieren. Daneben leistet der Bund ebenfalls im Rahmen des Paktes für den ÖGD Zuschüsse aus dem Einzelplan 15. Nach Ausgaben von 84 Mio. Euro im Jahr 2021 sind im Jahr 2022 307,7 Mio. Euro veranschlagt. Für das Jahr 2023 ist ein Soll von 220,7 Mio. Euro geplant. Mit diesen Zuschüssen sollen insbesondere eine Software für ein bundesweites Meldewesen aufgebaut und betrieben sowie bundeseinheitliche digitale Verfahren zum effektiven Infektionsschutz entwickelt und erprobt werden. Der Bund dringt auch hier in einen Bereich als Kostenträger ein, der nach geltendem Recht grundsätzlich von den Ländern und Kommunen zu finanzieren ist. Diese sind für Aufgaben des lokalen Gesundheitsschutzes zuständig. Der Bundesrechnungshof prüft die Ausgaben des Bundes für den ÖGD. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

2.1.8 Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen

Für die Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen sind in Kapitel 1503 Titel 531 07 im Jahr 2023 156,4 Mio. Euro veranschlagt. Darüber hinaus bestehen hier im Jahr 2022 Verpflichtungsermächtigungen von 2,9 Mrd. Euro bis zum Jahr 2029. Diese Verträge wurden im Jahr 2022 ausgeschrieben und sollen in Zukunft die rasche Versorgung mit Impfstoffen gegen Coronavirus-Varianten und andere Infektionskrankheiten sicherstellen. Das BMG beauftragte das PEI am 14. September 2021 mit der Einrichtung des Zentrums für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI). Es soll die Pandemiebereitschaftsverträge verwalten und die Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen sowie deren Verteilung im Pandemiefall unterstützen und koordinieren. Das ZEPAI soll auch entsprechende Infrastrukturen in Deutschland aufbauen und sich national wie international vernetzen. Für den Betrieb des ZEPAI sind in Kapitel 1515 Titelgruppe 07 für die Jahre 2022 und 2023 insgesamt 14 bzw. 13,8 Mio. Euro vorgesehen. Im Jahr 2023 sollen davon 9 Mio. Euro auf Personalausgaben entfallen. Allerdings sind im Bundeshaushalt auch ein Jahr nach dessen Einrichtung noch immer keine Planstellen und Stellen für das ZEPAI enthalten. Der Bundesrechnungshof behält sich vor, ausgewählte Aspekte dieses Themas zu gegebener Zeit zu prüfen.

2.2 Fazit

Die Mittel zur Pandemiebekämpfung in Milliardenhöhe wurden teilweise für eine von der Pandemie unabhängige Subventionierung von Krankenhäusern verwendet (Ausgleichszahlungen, vgl. Tnr. 2.1.1). In weiten Teilen wurde und wird absehbarem Missbrauch bei der Mittelverwendung nicht durch Verfahrensregelungen effektiv gegengesteuert (Testkosten, Corona-Prämie, Pflegebonus, vgl. Tnrn. 2.1.2 und 2.1.4). Insgesamt betrachtet finanziert der Bund in diesem Bereich – inzwischen nicht mehr lediglich als kurzfristige Notlösung – Maßnahmen, für die originär die Länder zuständig sind.

Der Bundesrechnungshof befürwortet daher, dass der Bund sein finanzielles Engagement zur Pandemiebekämpfung im kommenden Jahr deutlich begrenzen will. Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung vor Ort obliegen regelmäßig den Ländern und Kommunen. Der Bund legt nur einen rechtlichen Rahmen fest. Langjährige Prüfungserfahrungen des Bundesrechnungshofes belegen, dass ein Auseinanderfallen von Vollzugs- und Aufsichtsverantwortung einerseits und Finanzierungsverantwortung andererseits auf unterschiedliche Ebenen immer wieder unwirtschaftliche Effekte zeitigt. Der Bundesrechnungshof hält es deshalb für sachgerecht, bei diesen Aufgaben auf die Finanzierungsverantwortung der Länder zu achten.

Für unabsehbare Mittelbedarfe im kommenden Jahr besteht grundsätzlich die Möglichkeit, auf eine im Einzelplan 60 veranschlagte Globale Mehrausgabe von 5 Mrd. Euro zurückzugreifen (Kapitel 6002 Titel 971 12). Allerdings ist hier anders als in den Vorjahren keine Zweckbindung mehr für pandemiebedingte Ausgaben vorgesehen.

3 Wesentliche Ausgaben

3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV ist das Kernstück des deutschen Gesundheitssystems. Am 1. Januar 2022 waren mit 73,1 Millionen Menschen 88 % der Bevölkerung in den 97 gesetzlichen Krankenkassen versichert. Dem standen 8,7 Millionen Menschen gegenüber, die über die private Krankenversicherung abgesichert waren, davon mehr als die Hälfte Beihilfeberechtigte (Verbeamtete, Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsleistungen sowie deren Angehörige).

Der Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro, mit dem Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben pauschal abgegolten werden sollen, stellt traditionell den größten Ausgabeposten im Einzelplan 15 dar. In den Jahren vor der Pandemie machte er etwa 95 % der Gesamtausgaben des BMG aus.

3.1.1 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 Beitragssatz 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 der Risikostrukturausgleich: Die einzelnen Krankenkassen erhalten Zuweisungen, um ihre Verwaltungsausgaben und die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Diese Zuweisungen richten sich nicht nach den konkreten Beitragseinnahmen der Krankenkasse, sondern nach der jeweiligen Risikostruktur ihrer Versicherten. Neben einer Grundpauschale pro Person erhält eine Krankenkasse Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheitslast. Dabei werden auch regionale Ausgabenunterschiede berücksichtigt.

Grundlage für die Zuweisungen ist die jährliche Prognose des beim BAS gebildeten Schätzerkreises. Dieses Gremium aus Fachleuten des BMG, des BAS und des GKV-Spitzenverbands (künftig auch des Bundesministeriums der Finanzen) schätzt bis zum 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-Spitzenverbands sowie von externen 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 geleistet

wird (Kapitel 1501 Titel 636 06). Von den gesetzlich festgeschriebenen 14,5 Mrd. Euro fließen (abzüglich des Anteils für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt) knapp 14,4 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Der Bundesrechnungshof hat im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, dass der Begriff der versicherungsfremden Leistungen nicht definiert ist. Aus Transparenzgründen hat er empfohlen gesetzlich festzulegen, welche versicherungsfremden Leistungen mit dem Bundeszuschuss pauschal abgegolten werden sollen.¹² In den vergangenen Jahren kamen weitere Zuflüsse dazu, etwa Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder Abgaben aus Rücklagen der Krankenkassen. Insbesondere leistete auch der Bund Sonderzuschüsse an die GKV für pandemiebedingte Belastungen (3,5 Mrd. Euro im Jahr 2020, 5 Mrd. Euro im Jahr 2021 und 14 Mrd. Euro im Jahr 2022). Die prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds abzüglich seiner beim BAS anfallenden Verwaltungskosten bilden die Gesamtheit der Mittel im Folgejahr, die nach den Maßstäben des Risikostrukturausgleichs auf die einzelnen Krankenkassen verteilt werden.

Die vom BAS für jedes Jahr im Voraus festgesetzten Zuweisungen werden in Abschlägen geleistet, jeweils ab dem 16. eines Monats. Die Krankenkassen erhalten die Mittel arbeitstäglich je nach Höhe der zur Verfügung stehenden Einnahmen des Gesundheitsfonds. 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. Zum Ausgleich von Einnahmeschwankungen bei monatlich fest auszuzahlenden Zuweisungsbeträgen verfügt der Gesundheitsfonds über eine Liquiditätsreserve, die zum Ende seines Geschäftsjahres jeweils am 15. Januar mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen muss.

Liegen die tatsächlichen Einnahmen eines Jahres höher als die vom Schätzerkreis prognostizierten Werte als Basis für die Zuweisungen an die Krankenkassen, erzielt der Gesundheitsfonds einen Überschuss. Fallen sie geringer aus als die Schätzung, schließt der Gesundheitsfonds sein Geschäftsjahr mit einem Defizit ab.

Im Jahr 2021 betrug der Überschuss des Gesundheitsfonds 1,4 Mrd. Euro, da der Anstieg der Beitragseinnahmen mit 3,4 % einen Prozentpunkt höher ausfiel als in der Prognose des Schätzerkreises von Oktober 2020 erwartet. Allerdings blieb die Einnahmenentwicklung deutlich hinter den Veränderungsraten früherer Jahre zurück, in denen durchschnittlich ein Zuwachs von über 4 % zu verzeichnen war. Über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wurden viele Leistungen zur Bewältigung der Pandemie abgerechnet. Dafür leistete der Gesundheitsfonds im Jahr 2021 insgesamt 17,4 Mrd. Euro, von denen 17,2 Mrd. Euro aus Bundesmitteln erstattet wurden. Die Liquiditätsreserve belief sich am Geschäftsjahresende auf 7,9 Mrd. Euro, von denen jedoch aufgrund gesetzlicher Sonderzahlungen 2,1 Mrd. Euro

¹² Bericht nach § 88 Absatz 2 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung) vom 1. Februar 2021 (veröffentlicht unter <http://www.bundesrechnungshof.de>).

im Jahresverlauf 2022 wieder entnommen werden. Sie lag damit klar über der Mindestreserve, die am Stichtag (15. Januar 2022) etwa 4,2 Mrd. Euro betragen musste.

3.1.2 Entwicklung der Ausgaben

Der Schätzerkreis trifft auch eine Prognose zu den erwarteten Ausgaben der Krankenkassen. Diese überschreitet stets die Einnahmenschätzung für das jeweilige Jahr. Die Unterdeckung ist im System angelegt. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen steigen regelmäßig stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder, auf denen die Beitragseinnahmen basieren. Gründe dafür sind die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt. Der auf 14,6 % festgeschriebene Beitragssatz führt 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 gesetzlichen Krankenversicherung stärken.¹³

Vor der Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen sollten die Krankenkassen auch überschüssige Finanzreserven einsetzen, um die sich ergebenden kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze gering zu halten. Auf diese Weise konnte in den vergangenen Jahren der bei Verabschiedung der gesetzlichen Regelung erwartete Anstieg der Zusatzbeiträge in Folge steigender Gesundheitsausgaben begrenzt werden. Jeweils zum 1. November eines Jahres verkündet das BMG den sich aus der Prognose des Schätzerkreises für das Folgejahr rechnerisch ergebenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Nach dem gesetzlich vorgegebenen Abschmelzen sowohl der Rücklagen der Krankenkassen als auch der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist absehbar, dass dieses Instrument alsbald an seine Grenzen stößt. Die gesetzlichen Mindestreserven und deren zulässige Obergrenzen wurden in den vergangenen Jahren abgesenkt,¹⁴ um die Rücklagen schneller abzubauen. Gesetzliche Regelungen minderten zudem die Einnahmen und erhöhten die Ausgaben. Beispiele hierfür sind die Beitragsentlastung von Betriebsrenten, die Vergütung von zusätzlichem Pflegepersonal durch die Kostenträger außerhalb der Fallpauschalen oder die extrabudgetäre Vergütung bestimmter ärztlicher Behandlungen.¹⁵

¹³ Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bundestagsdrucksache 18/1307, Begründung Seite 25.

¹⁴ Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) vom 21. Dezember 2019, BGBl. I Seite 2913 ff.; Gesetz für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) vom 22. März 2020, BGBl. I Seite 604 ff.; Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22. Dezember 2020, BGBl. I Seite 3299 ff.

¹⁵ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonalstärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I Seite 2394 ff.; Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019, BGBl. I Seite 646 ff.; GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz vom 21. Dezember 2019, BGBl. I Seite 2913 ff.

Wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den konkreten Finanzierungsbedarf einer Krankenkasse nicht decken, muss sie, soweit sie nicht zunächst auf vorhandene Rücklagen zurückgreift, einen Zusatzbeitrag erheben. Dieser wird seit dem Jahr 2019 wieder paritätisch von Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern getragen. Der für das Jahr 2022 im Bundesanzeiger bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt bei 1,3 %. Für die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen findet ein Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen statt. Dieser sorgt dafür, dass von Krankenkassen mit überdurchschnittlich einkommensstarken Mitgliedern Mittel an Krankenkassen mit finanzschwächerer Mitgliedschaft umverteilt werden. Die tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze lagen am 1. Januar 2022 bei frei wählbaren Krankenkassen zwischen 0,4 und 2,5 %.

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 vorhandene Rücklagen ein, beendet sie das Geschäftsjahr mit einem Defizit.

Im Jahr 2021 überstiegen die Ausgaben der Krankenkassen mit 285 Mrd. Euro ihre Einnahmen von 278,3 Mrd. Euro. Damit ergab sich ein Defizit von 6,7 Mrd. Euro. Dieses beruhte in erster Linie auf einer gesetzlich normierten Vermögensabgabe der Krankenkassen im Umfang von 8 Mrd. Euro. Die Leistungsausgaben stiegen bei nahezu unveränderten Versicherungszahlen um 5,8 % auf 263,4 Mrd. Euro. Die Verwaltungsausgaben sanken leicht auf 11,7 Mrd. Euro.

3.1.3 Entwicklung der strukturellen Deckungslücke

In den Jahren 2018 bis 2020 erhöhte sich die Prognose des Schätzerkreises für die durch Zusatzbeiträge zu schließende Lücke zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen von 13,9 auf 16,6 Mrd. Euro. Das entsprach einem Anstieg des vom BMG verkündeten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für diese Jahre von 0,9 auf 1,1 %.

Wenn der Schätzerkreis in seiner Prognose zu dem Ergebnis kommt, dass mit einem geringeren Anstieg der Beitragseinnahmen aufgrund konjunktureller Entwicklungen zu rechnen ist, und er womöglich bei den Ausgaben sogar einen überdurchschnittlichen Anstieg erwartet, kann sich diese Deckungslücke sprunghaft vergrößern. Dabei fallen nicht nur gesetzliche Änderungen im Bereich der GKV ins Gewicht. Besonders die mit der Pandemie einhergehenden wirtschaftlichen Folgen haben sich hier in den letzten Jahren ausgewirkt. Auch Ereignisse wie der Krieg in der Ukraine werden sich perspektivisch über ihre Effekte auf die allgemeine ökonomische Entwicklung in den GKV-Finzen niederschlagen.

Für das Jahr 2021 rechnete der Schätzerkreis mit einer Differenz zwischen den regulären Einnahmen des Gesundheitsfonds (Beiträge sowie Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgabenwahrnehmung) und den erwarteten Ausgaben der Krankenkassen von 33,8 Mrd. Euro. Um einen übermäßigen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes

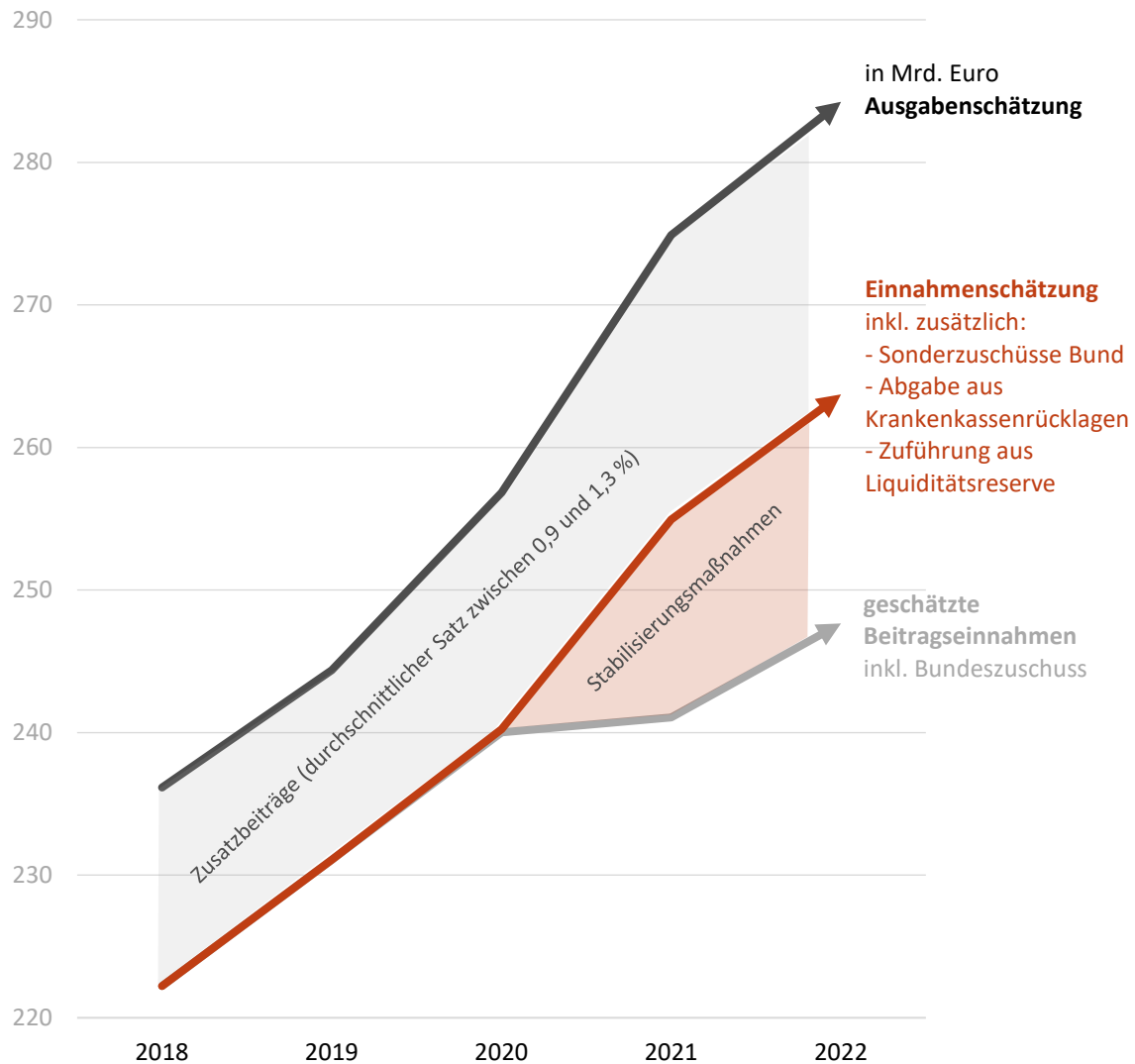
zu vermeiden, wurden ein pandemiebedingter Sonderzuschuss des Bundes von 5 Mrd. Euro und eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 900 Mio. Euro herangezogen. Zusätzlich wurden die Krankenkassen verpflichtet, aus ihrem Rücklagevermögen eine Abgabe von 8 Mrd. Euro zu leisten. Gegen diese Maßnahme laufen Klageverfahren einzelner Krankenkassen, die die Verfassungsmäßigkeit dieser Vermögensabgabe anzweifeln. Auf diese Weise wurde die prognostizierte Unterdeckung auf 19,9 Mrd. Euro verringert, was zu einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3 % führte.

Bei der Schätzung für das Jahr 2022 hatte der Gesetzgeber erneut als Ziel vorgegeben, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bei 1,3 % stabilisiert werden sollte. Dies gelang trotz einer geschätzten Differenz zwischen den voraussichtlichen regulären Einnahmen und den erwarteten Ausgaben von 36,6 Mrd. Euro. Zum einen leistete der Bund einen pandemiebedingten Sonderzuschuss von 14 Mrd. Euro. Zum anderen wurden weitere 2,1 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen und den Zuweisungen an die Krankenkassen zugeführt.

Abbildung 1

Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes

In den letzten beiden Jahren waren umfangreiche Stabilisierungsmaßnahmen erforderlich, um die Deckungslücke in der GKV zu schließen, ohne den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz über 1,3 % anwachsen zu lassen.



Quelle: Schätztableau des Schätzerkreises für die Jahre 2018 bis 2022.

Grafik: Bundesrechnungshof.

Für das Jahr 2023 gehen Fachleute derzeit von einer Unterdeckung aus, die um etwa 17 Mrd. Euro höher liegt als der Betrag, der mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3 % erzielt würde. Das würde einen Anstieg des Zusatzbeitragssatzes um einen ganzen Prozentpunkt nach sich ziehen. Die Bundesregierung strebt an, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,6 % zu begrenzen. In ihrem Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁶ sieht sie dazu unter anderem eine

¹⁶ Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKVFinStG), Bundesratsdrucksache 366/22.

erneute Vermögensabgabe der Krankenkassen von 4 Mrd. Euro aus deren Rücklagen vor, eine Erhöhung des Herstellerabschlags insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel im Jahr 2023, eine Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel, erhöhte Abschläge bei Vergütungen für Apotheken, ein Ende der extrabudgetären Vergütung von Erstbehandlungen sowie Veränderungen bei der Abrechnung von Pflegeleistungen im Krankenhaus. Hinzu treten ein einmaliger Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro und ein zinsfreies Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds von 1 Mrd. Euro, das bis zum 31. Dezember 2026 zurückzuzahlen ist.

Viele dieser Maßnahmen stellen nur eine einmalige oder kurzfristige Entlastung der GKV-Finanzen dar. Das gilt insbesondere für die Vermögensabgabe aus Rücklagen und den einmaligen zusätzlichen Bundeszuschuss. Damit würden nach dem Gesetzentwurf die GKV-Finanzen im Wesentlichen nur für das Jahr 2023 stabilisiert. Die mittelfristige Entwicklung der strukturellen Deckungslücke wird dadurch kaum positiv beeinflusst. Sie wird sogar belastet durch eine Rückzahlungsverpflichtung für das Bundesdarlehen im Jahr 2026.

Die entsprechende Ausgabe von 1 Mrd. Euro ist im Einzelplan 15 als Investition ausgewiesen und wird als sogenannte finanzielle Transaktion nicht bei der Berechnung der Obergrenze für die Kreditaufnahme des Bundes im Jahr 2023 berücksichtigt. Ihr Zweck ist aber nach der Begründung des Entwurfs des Haushaltsgesetzes 2023 identisch mit dem Zweck des Sonderzuschusses von 2 Mrd. Euro: Der Anstieg des Zusatzbeitragssatzes soll ausschließlich für das Jahr 2023 begrenzt werden. Damit stellt das Darlehen aus Sicht des Bundesrechnungshofes keine sachgerechte Lösung dar, um der strukturellen Deckungslücke der GKV nachhaltig zu begegnen. Im Übrigen ist das Darlehen, das ausdrücklich nur einen kurzfristigen, einmaligen Entlastungseffekt haben soll, zwar haushaltstechnisch als Investition zu werten, weil ihm formal ein Rückzahlungsanspruch gegenübersteht. Der Bundesrechnungshof sieht aber insoweit den Grundsatz von Haushaltswahrheit und Haushaltsklarheit gefährdet. Es ist derzeit nicht abzusehen, wie sich die finanzielle Situation der GKV ohne nachhaltige Strukturreform verbessern soll. Es steht deshalb zu befürchten, dass dieses Darlehen am Ende aus künftig zu erhöhenden Bundeszuschüssen zurückgezahlt werden muss.

3.2 Pflegevorsorge und soziale Sicherung

Seit dem Jahr 2022 beteiligt sich der Bund pauschal mit 1 Mrd. Euro jährlich an den Aufwendungen der SPV (Kapitel 1502 Titel 636 03). Der beim BAS angesiedelte Ausgleichsfonds der SPV dient einem Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen, bei denen am 1. Januar 2022 73,5 Millionen Menschen versichert waren.

Auch bei der SPV führte die Corona-Pandemie zu geringeren Beitragseinnahmen bei gleichzeitigen Mehrausgaben. Nachdem der Ausgleichsfonds im Jahr 2020 erstmals einen Sonderzuschuss von 1,8 Mrd. Euro erhalten hatte, leistete der Bund für das Jahr 2021 überplanmäßig 1 Mrd. Euro und für das Jahr 2022 – neben der pauschalen Beteiligung in Kapitel 1502 Titel 636 03 – nochmals 1,2 Mrd. Euro (Kapitel 1502 Titel 636 02, vgl. dazu Tnr. 2.1.3). Damit

wurde verhindert, dass das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben unterschritten wird.

In den ersten sieben Monaten des Jahres 2022 betrug das Defizit der SPV 1,95 Mrd. Euro. Als Hauptursache des Defizits nannte das BMG die pandemiebedingten Ausgaben. Zu den pandemiebedingten Ausgaben zählen insbesondere der zum 30. Juni 2022 ausgelaufene Pflegeschutzschirm und die Testkosten. Die Ausgaben (Gesamtnettokosten) für den Pflegeschutzschirm belaufen sich bis einschließlich Juni 2022 auf 1,15 Mrd. Euro. Die Erstattung von Testkosten verursachte in den ersten sechs Monaten Ausgaben von rund 1,18 Mrd. Euro.

Ende Juli 2022 betrug der Mittelbestand der SPV 4,9 Mrd. Euro. Dies entspricht rund 1,1 Monatsausgaben der Pflegekassen. Der Mittelbestand liegt damit nur noch knapp über dem derzeitigen Betriebsmittel- und Rücklagesoll bei abgesenkter Ausgabendeckungsquote. Um die Liquidität sicherzustellen, erhielt die SPV im August 2022 vom Bund ein Darlehen von 1 Mrd. Euro. Bei Liquiditätsengpässen sind nach den Bestimmungen des Haushaltsgesetzes 2022 unterjährige Darlehen des Bundes an die SPV möglich.¹⁷ Die Liquiditätshilfen sind jeweils auf 1 Mrd. Euro begrenzt. Der Ermächtigungsrahmen kann aber wiederholt in Anspruch genommen werden. Die Darlehen sind grundsätzlich mit dem Ende des Haushaltsjahres zurückzuzahlen. Sie können bis Ende des Folgejahres zinsfrei gestundet werden, wenn eine Rückzahlung im laufenden Haushaltsjahr nicht möglich ist.

Neben den Belastungen im Zusammenhang mit der Pandemie kommen auf die SPV künftig weitere Mehrausgaben zu. Mit höheren Ausgaben als geplant muss durch die Begrenzung des Eigenanteils an den Pflegekosten gerechnet werden. In der Vergangenheit mussten Pflegebedürftige, die vollstationäre Pflegeleistungen erhielten, einen erheblichen Teil der Pflegekosten selbst bezahlen. Seit diesem Jahr übernimmt die SPV bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 einen Teil ihres pflegebedingten Eigenanteils. Je länger die stationäre Pflege andauert, umso mehr wird von der SPV übernommen. Zu Beginn reduziert sich der pflegebedingte Eigenanteil bereits um 5 %. Nach 36 Monaten stationärer Pflege zahlt die SPV schließlich 70 % des pflegebedingten Eigenanteils. Die Bundesregierung ging bei Verabschiedung der Regelung davon aus, dass die Ausgaben der SPV dafür in diesem Jahr 2,75 Mrd. Euro betragen werden. In den ersten drei Monaten hat die SPV für diese Leistung bereits 822 Mio. Euro gezahlt. Auf das Jahr hochgerechnet ergibt dies Ausgaben von fast 3,3 Mrd. Euro. Die Ausgaben dürften dieses Jahr somit um etwa 550 Mio. Euro über der ursprünglichen Schätzung liegen.

Aus Sicht des Bundesrechnungshofes ist fraglich, ob die bisherigen Zahlungen des Bundes an den Ausgleichsfonds ausreichen, um die finanziellen Auswirkungen der Pandemie auf die SPV im Jahr 2022 auszugleichen. Der Bundesrechnungshof weist darauf hin, dass sich strukturelle Probleme der SPV nicht über Darlehen lösen lassen, die im Folgejahr zurückzuzahlen sind. Er begrüßt deshalb, dass das BMG angekündigt hat, noch in diesem Jahr Reformvorschläge vorzulegen, um die Finanzen der SPV langfristig zu sichern. Dabei ist auch der

¹⁷ § 12 Absatz 4a Haushaltsgesetz 2022.

Beschluss des Bundesverfassungsgerichts¹⁸ zu beachten, dass die Kinderzahl bei der Berechnung der Beiträge von Eltern zur SPV künftig berücksichtigt werden muss.

3.3 Prävention und Gesundheitsverbände

Finanziell stark ins Gewicht fallen in Kapitel 1503 viele Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, die bereits oben (Tnr. 2) betrachtet wurden. Der Aufgabenbereich erfasst im Übrigen 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 die BZgA durchführt, aber auch durch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Für diese überwiegend seit vielen Jahren laufenden Maßnahmen sieht der Haushaltsentwurf für das Jahr 2023 insgesamt 56,5 Mio. Euro vor, nach 64,4 Mio. Euro im Jahr 2022. Die Ist-Ausgaben im Jahr 2021 beliefen sich auf 56,4 Mio. Euro.

Die Idee einer Nationalen Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) geht auf einen Kabinettsbeschluss vom 3. Juni 2020 zurück. Sie sollte dazu dienen, dass es in künftigen Gesundheitskrisen nicht wieder zu kritischen Mangelsituationen vor allem bei PSA und anderen wichtigen Materialien kommt. Zwei Jahre später fehlt es jedoch noch immer an einem abschließenden Konzept. Weder die künftige Rechtsform der Reserve oder ihre Trägerschaft noch die Beteiligung der Länder mit ihrer primären Zuständigkeit für das Gesundheitswesen und den Katastrophenschutz sind geklärt. Das BMG hat bisher lediglich einen Teil der von ihm zu Beginn der Pandemie beschafften, aber nicht benötigten Schutzmasken an das Technische Hilfswerk übergeben. Eine erste Bedarfsberechnung für die NRGS soll erst im Herbst 2022 vorgelegt werden. Dementsprechend existiert noch keine gesetzliche Grundlage für die NRGS. Für die Jahre 2022 und 2023 sind keine Mittel eingeplant. Dennoch hat das BMG im Jahr 2021 aus Kapitel 1503 Titel 684 06 fast 750 Mio. Euro verausgabt. Der Bundesrechnungshof sieht eine mögliche dauerhafte Beschaffung und Bevorratung von PSA und ähnlicher Ausrüstung durch den Bund für das dezentral organisierte Gesundheitswesen kritisch. Er wird die Verwendung der verausgabten Mittel im Rahmen der Prüfung der PSA-Beschaffung betrachten.

3.4 Forschungsvorhaben und -einrichtungen

Das BMG unterstützt Modellmaßnahmen und Forschungsvorhaben, beispielsweise zum Drogen- und Suchtmittelgebrauch, zu HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zur Kindergesundheit. In den letzten Jahren ist als neuer Schwerpunkt die Modernisierung und Digitalisierung der Gesundheitsversorgung hinzugekommen.

¹⁸ Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 7. April 2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 2824/17, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 717/16.

Das BMG fördert sechs Wissenschaftsinstitute der Leibniz-Gemeinschaft und mit der Stiftung Georg-Speyer-Haus eine weitere Forschungseinrichtung jeweils zur Hälfte (in einem Fall zu 30 %). Die übrigen Kosten trägt das jeweilige Sitzland. Daneben erhält die Cochrane Deutschland Stiftung eine institutionelle Zuwendung. Die Ausgaben des Bundes hierfür betrugen im Jahr 2021 insgesamt 64,7 Mio. Euro. Sie sollen im Jahr 2023 auf 69,4 Mio. Euro anwachsen.

Die Gesamtausgaben des Kapitels 1504 für Forschungsvorhaben und geförderte Einrichtungen sollen von 187,9 Mio. Euro im Jahr 2022 auf 175,2 Mio. Euro für das Jahr 2023 zurückgehen. Zuwächse in den letzten Jahren gingen im Wesentlichen auf neue Projekte und Maßnahmen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen zurück. Die Ist-Ausgaben blieben deutlich hinter den Haushaltsansätzen zurück und beliefen sich im Jahr 2021 auf insgesamt 125,4 Mio. Euro. Hinzu kamen Verrechnungen für die Aufgabenwahrnehmung durch Geschäftsbereichsbehörden von 6,7 Mio. Euro.

3.5 Internationales Gesundheitswesen

Die Ausgaben für internationale Aufgaben im Einzelplan 15 sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Der Grund sind vor allem höhere freiwillige Leistungen Deutschlands zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit (Kapitel 1505 Titel 686 01). Sie sollen deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik stärker zur Geltung bringen und die multilaterale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen globalen Akteuren unterstützen. Hinzu kommen die Pflichtbeiträge an internationale Organisationen, für die im Jahr 2021 28,3 Mio. Euro anfielen (Kapitel 1505 Titel 687 01).

Auch auf internationaler Ebene prägte die Corona-Pandemie maßgeblich die Ausgaben des BMG. Im Jahr 2021 verausgabte es 260 Mio. Euro zur Unterstützung der WHO im Rahmen der multilateralen Plattform „Access to COVID-19 Tools Accelerator“ (ACT-A); hierfür sind im Jahr 2022 weitere 320 Mio. Euro veranschlagt. Diese Mittel sollen für Impfstoffe, Therapeutika, Diagnostik, Gesundheitssystemstärkung und organisatorische Maßnahmen eingesetzt werden. Damit stehen im Jahr 2022 für die Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit 420 Mio. Euro zur Verfügung. Der Ansatz im Einzelplan 15 für das Jahr 2023 beläuft sich auf 81,5 Mio. Euro und enthält keine Mittel mehr für ACT-A.

Am 1. September 2021 wurde in Berlin der WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence eröffnet. Sein Ziel ist es, die Kapazitäten der WHO und ihrer Mitglieder in der Prävention und Erkennung von Epidemie- und Pandemie-Risiken sowie in der Reaktion darauf vor allem durch bessere Daten und Auswertungen auszubauen und zu stärken. Das BMG unterstützt den Betrieb der Einrichtung in den Jahren 2022 bis 2025 mit jährlich 30 Mio. Euro (Kapitel 1505 Titel 687 02).

4 Wesentliche Einnahmen

Die Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten. Im Jahr 2021 vereinnahmten das PEI hierfür 22,2 Mio. Euro und das BfArM 79 Mio. Euro. Bei den übrigen Einnahmen handelt es sich zumeist um Fördermittel der Europäischen Union sowie die Rückzahlung von Zuwendungen.

Daneben ist der Geschäftsbereich traditionell der größte Empfänger von Sach-, Geld- und Dienstleistungen, die der Bund als Sponsoring erhält. Im Jahr 2021 flossen 11 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15 (Kapitel 1511 Titel 282 09). Daneben standen zu Beginn des Jahres 2022 noch Ausgabereste von 8,6 Mio. Euro zur Verfügung. Der größte Anteil stammt vom Verband der privaten Krankenversicherung und dient der Finanzierung von Präventionskampagnen der BZgA (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 PSA und Medikamente. Diese weist die Bundesregierung in ihrem jährlichen Bericht zur Integrität in der Bundesverwaltung aus, der am 31. August 2021 erstmals in dieser Form veröffentlicht wurde. Er erfasst die Jahre 2019 und 2020 und verzeichnet für das BMG Sponsoringleistungen im Gesamtwert von 130,8 Mio. Euro.

Die BZgA erhielt seit dem Jahr 2016 Mittel vom GKV-Spitzenverband für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten im Auftrag der Krankenkassen. Sie soll die Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen, vor allem um die gesundheitliche Chancengleichheit sozial benachteiligter und besonders vulnerabler Gruppen zu erhöhen. Angestrebt wurde damit eine Konzentration auf qualitätsgesicherte und wirksame Präventionsmaßnahmen jenseits der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen. Der Einzelplan 15 weist auch hier in Kapitel 1513 Titel 236 01 allein die Ist-Einnahmen aus. Nachdem die gesetzlich festgelegten Zahlungen an die BZgA im Jahr 2019 auf 35 Mio. Euro angestiegen waren, wurden sie für das Jahr 2020 ausgesetzt, um die GKV in der Corona-Pandemie zu entlasten. Die Mittel wurden für die zwischen der BZgA und dem GKV-Spitzenverband jeweils in Jahresaufträgen vereinbarten Maßnahmen und Förderprogramme bei weitem nicht verausgabt. Die ins Haushaltsjahr 2022 übertragenen Ausgabereste in Kapitel 1513 Titelgruppe 01 beliefen sich auf 66,3 Mio. Euro.

Das Präventionsgesetz verpflichtet den GKV-Spitzenverband zur Beauftragung der BZgA. Auf eine Klage des GKV-Spitzenverbands gegen eine Aufsichtsmaßnahme des BMG bewertete das Bundessozialgericht diesen Zwang als verfassungswidrig. Die GKV stellte daraufhin die entsprechenden Zahlungen ein. Das BMG prüft derzeit die verfassungskonforme Fortentwicklung der Grundlagen für das gesetzliche Auftragsverhältnis. Der GKV-Spitzenverband und die BZgA haben sich auf eine Änderung ihrer vertraglichen Vereinbarung verständigt, die

übergangsweise die Zusammenarbeit bis längstens 31. März 2023 sicherstellt. Bis dahin zu erfüllende Aufgaben bestreitet die BZgA aus Ausgaberesten. Darüber hinausgehende Verpflichtungen wird sie nicht eingehen. Beide Parteien prüfen eine Verlängerung der Änderungsvereinbarung, sofern bis zu deren Laufzeitende noch keine gesetzliche Neuregelung in Kraft getreten sein sollte.

5 Ausblick

Nach dem Finanzplan für die kommenden Jahre sollen die Ausgaben insgesamt zurückgehen. Eine Übersicht über die vorgesehenen Ausgaben im Einzelplan 15 gibt Tabelle 3.

Tabelle 3

Finanzplanung Ausgaben Einzelplan 15

2023	2024	2025	2026
<i>in Mio. Euro</i>			
22 062,3	17 266,0	17 169,0	17 112,0

Quelle: Bundesregierung.

Noch nicht in der mittelfristigen Finanzplanung berücksichtigt ist die künftige Entwicklung der GKV-Finanzierung. So ist in der Koalitionsvereinbarung vorgesehen, den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds regelhaft zu dynamisieren. Notwendige strukturelle Reformen bei den Finanzierungsgrundlagen der GKV und der SPV machen es unwahrscheinlich, dass der Einzelplan 15 ab dem Jahr 2024 dauerhaft mit geringeren Haushaltsmitteln auskommt. Der Bundesrechnungshof hat sich in einem umfassenden Beratungsbericht mit den Finanzrisiken für den Bundeshaushalt aus seiner Beteiligung an der Finanzierung der Sozialversicherungen befasst und dabei nachhaltige Reformen der Finanzgrundlagen der GKV und der SPV angeregt.¹⁹ Es gilt, die Systeme an die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung anzupassen und dabei die finanzielle Unterstützung durch den Bund zu begrenzen, beispielsweise durch die Ausweitung der Versichertenkreise oder der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Weltbank hat am 30. Juni 2022 die Gründung eines Finanzvermittlungsfonds zur Vorsorge und Reaktion auf Pandemien (Financial Intermediary Fund for Pandemic Prevention, Preparedness and Response) bewilligt. Im Rahmen eines Treffens der Gesundheitsministerinnen und -minister der G-20-Staaten hat auch Deutschland hierfür Finanzmittel von 50 Mio. Euro für das Jahr 2022 zugesagt. Es ist noch nicht abzusehen, ob es sich hierbei um

¹⁹ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, den Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages und den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über die Demografische Entwicklung: Finanzrisiken des Bundes aus seiner Beteiligung an der Finanzierung der Sozialversicherungen vom 23. Mai 2022. Der Bundesrechnungshof beabsichtigt, den Bericht nach erfolgter Beratung in den Ausschüssen im Internet (<http://www.bundesrechnungshof.de>) zu veröffentlichen. Den Zeitpunkt der Beratung bestimmen die jeweiligen Ausschüsse.

eine einmalige Leistung oder eine jährliche Verpflichtung handeln soll, die noch nicht in der Finanzplanung erfasst ist.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Krüger, Amtsinspektorin

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.