

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 2025



3. Juli 2025

Geschäftszeichen: IX 1 - 0002661

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.

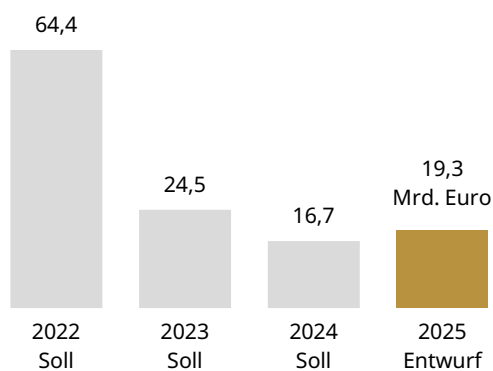
Bundesministerium für Gesundheit

Ausgaben
19,3 Mrd. Euro

503,0 Mrd. Euro

Gesamtentwurf des Bundeshaushalts 2025
Ausgabenverteilung nach Einzelplänen
(ohne Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung)

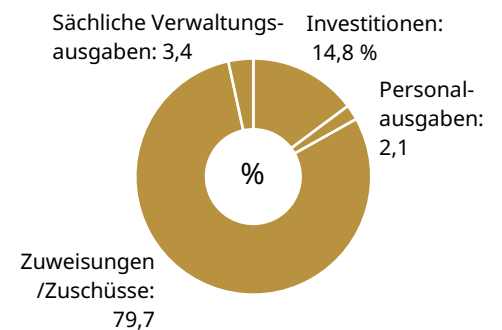
Soll-Entwicklung



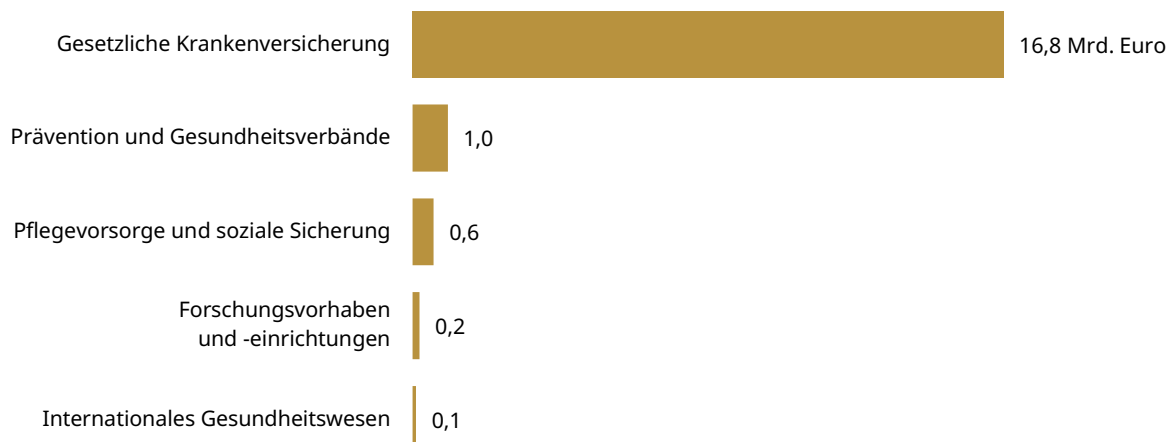
**Planstellen
& Stellen**
3 277

Veränderung
zum Vorjahr
+9

Ausgabenstruktur nach Hauptgruppen



Wesentliche Ausgaben



Inhaltsverzeichnis

1	Überblick.....	6
2	Haushaltsstruktur und -entwicklung	8
3	Wesentliche Ausgaben	8
	3.1 Gesetzliche Krankenversicherung	8
	3.2 Pflegevorsorge und Soziale Sicherung	17
	3.3 Prävention und Gesundheitsverbände	20
	3.4 Forschungsvorhaben und -einrichtungen.....	25
	3.5 Internationales Gesundheitswesen.....	26
4	Wesentliche Einnahmen.....	27
5	Ausblick	28

Abkürzungsverzeichnis

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BfArM *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*

BIÖG *Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit*

BMF *Bundesministerium der Finanzen*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

G

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

H

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

K

KI *Künstliche Intelligenz*

KV(en) *Kassenärztliche Vereinigung(en)*

O

ÖGD *Öffentlicher Gesundheitsdienst*

P

PEI *Paul-Ehrlich-Institut*

R

RKI *Robert Koch-Institut*

S

SPV *Soziale Pflegeversicherung*

W

WHO *World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation*

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).

Die Gesamtausgaben im Einzelplan 15 beliefen sich im Haushaltsjahr 2023 auf 22,8 Mrd. Euro – das entsprach 5 % der Ausgaben des Bundeshaushalts insgesamt. Davon entfielen 17,5 Mrd. Euro auf die Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds und den Ausgleichsfonds und 1 Mrd. Euro auf ein Darlehen an den Gesundheitsfonds. Hinzu kamen 3,2 Mrd. Euro im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Einnahmen betrugen 665,8 Mio. Euro. Den größten Anteil machte eine Rückzahlung von 500 Mio. Euro für ein Liquiditätsdarlehen an den Ausgleichsfonds aus. Der Rest stammte vor allem aus Gebühren für die Zulassung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Im Jahr 2024 fielen Ausgaben von 16,7 Mrd. Euro und Einnahmen von 203,1 Mio. Euro an. Der zweite Regierungsentwurf für das Jahr 2025 sieht Ausgaben von 19,3 Mrd. Euro und Einnahmen von 106,2 Mio. Euro vor.

Der Haushaltsgesetzgeber muss auch in den kommenden Jahren die solide und nachhaltige Finanzierung der GKV und der SPV im Blick behalten. Dabei sollte er – wie auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit allgemein – die Kompetenzverteilung zwischen Sozialversicherung und Staatsfinanzen einerseits und zwischen Bund, Ländern und Kommunen andererseits beachten. Das gilt für die Transformation des Krankenhauswesens wie auch für weitere, dringend notwendige Reformvorhaben.

Tabelle 1

Übersicht über den Einzelplan 15 Bundesministerium für Gesundheit

	2023 Soll	2023 Ist ^a	Differenz Ist-Soll ^b	2024 Soll	2025 Entwurf	Änderung zu 2024
	in Mio. Euro					in %
Ausgaben	24 483,5	22 807,8	1 675,7	16 708,5	19 299,3	+15,5
darunter:						
→ Gesetzliche Krankenversicherung	18 750,1	18 935,8	185,8	14 650,6	16 800,0	+14,7
→ Pflegevorsorge und soziale Sicherung	1 082,7	1 074,9	-7,8	79,6	581,0	+629,8
→ Prävention und Gesundheitsverbände	3 761,4	1 837,5	-1 923,9	1 090,1	959,3	-12,0
→ Forschungsvorhaben und -einrichtungen	174,4	140,7	-33,7	176,0	173,4	-1,5
→ Internationales Gesundheitswesen	152,4	150,2	-2,2	133,6	132,4	-0,9
→ Ministerium	145,3	143,3	-2,1	137,6	156,8	+13,9
Einnahmen	104,2	665,8	561,6	104,3	106,2	+1,8
darunter:						
→ Rückzahlung Darlehen SPV	0	500,0	500,0	0	0	0
→ Gebühren (Arzneimittel und Medizinprodukte)	95,0	102,8	7,9	95,2	96,4	+1,3
→ Zuschüsse der Europäischen Union	0	13,6	13,6	0	0	0
→ Sponsoring	0	5,7	5,7	0	0	0
Verpflichtungsermächtigungen	1 847,2 ^c	1 684,7	-162,5	330,5	273,0	-17,4
	Planstellen/Stellen					in %
Personal	3 351	2 921 ^d	-430	3 268	3 277	+0,3

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 2023 ohne außerhalb der verbindlichen Stellenpläne geführtes wissenschaftliches Personal (Ist-Besetzung am 1. Oktober 2023: 630). Ist-Besetzung von Planstellen und Stellen am 1. Oktober 2024: 2 948 (wissenschaftliches Personal: 612).

Quelle: Haushaltsrechnung 2023; Haushaltsplan 2024; Haushaltsentwurf 2025.

2 Haushaltsstruktur und -entwicklung

Der erhebliche Ausgabenrückgang des Jahres 2024 gegenüber den Vorjahren resultiert vor allem aus dem Auslaufen vieler Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Der Bundesrechnungshof begrüßt dies, weil es sich hierbei vielfach um solche der Gefahrenabwehr und des Gesundheitsschutzes handelte, die in die Zuständigkeit der Länder fallen. Im Jahr 2025 bleibt – wie bereits im Vorjahr – zur Haushaltskonsolidierung der jährliche Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen vorübergehend ausgesetzt. Stattdessen sollen der SPV ebenso wie der GKV Darlehen zur Liquiditätssicherung gewährt werden, die die Ausgabenerhöhungen vor allem in den Kapiteln 1501 und 1502 ausmachen. Alle Behördenkapitel verzeichnen einen Anstieg bei den Personalausgaben um durchschnittlich 14,6 %, weil die im ersten Regierungsentwurf noch zentral im Einzelplan 60 getroffene Vorsorge für Tarifsteigerungen aufgelöst und auf die Einzelpläne verteilt wurde. Die weiteren Zuwächse in Kapitel 1512 (Bundesministerium) gehen auf erhöhte Ansätze für Mietkosten sowie IT-Ausgaben zurück.

3 Wesentliche Ausgaben

3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV ist das Kernstück des deutschen Gesundheitssystems. Am 1. Januar 2025 waren 74,3 Millionen Menschen – und damit rund 90 % der Bevölkerung – in den 94 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 gesetzlich auf 14,5 Mrd. Euro festgeschriebene Bundeszuschuss, mit dem Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben pauschal abgegolten werden sollen, stellt traditionell den größten Ausgabeposten im Einzelplan 15 dar. Vor dem Jahr 2020 machte er etwa 95 % der Gesamtausgaben des BMG aus.

3.1.1 Leistungen des Bundes im Zusammenhang mit der Pandemie

Zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und ihrer Folgen wurden aus Kapitel 1501 daneben 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. Im Jahr 2023 beliefen sich die saldierten Ausgaben hierfür auf 1,4 Mrd. Euro. Für das Jahr 2024 weist die Haushaltsrechnung des Bundes saldierte Ausgaben von 70 Mio. Euro aus.

Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser

Bei den Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz verzeichnete der Bundeshaushalt im Jahr 2023 Rückzahlungen von mehr als 62 Mio. Euro. Im Jahr 2024 weist die Haushaltsrechnung Rückflüsse von nur noch 405 000 Euro aus. Der Bundesrechnungshof hat die Ausgleichszahlungen in der Vergangenheit wiederholt kritisch betrachtet und auf Überkompensationen hingewiesen.¹ Er hat es für erforderlich gehalten, die Finanzierungsverantwortung der Länder künftig wieder stärker zu beachten. Der Bund hat keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese gestaltet sich vielmehr dual: Die Länder haben die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Die Betriebskosten sind aus den Erlösen der Krankenhäuser für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften, die ganz überwiegend von den Krankenkassen getragen werden.

Corona-Testungen

Einnahmen für den Bundeshaushalt entstanden durch Rückforderungen aufgrund der Überprüfung von Zahlungen an Teststellen nach der Coronavirus-Testverordnung. Voraussetzung dafür ist eine effektive Abrechnungsprüfung. Diese nehmen für Bürgertestungen, die seit 1. Juli 2022 erbracht wurden, drei Akteure wahr:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben die rechnerische Richtigkeit, die Einhaltung der Formvorgaben und die Vollständigkeit der erforderlichen Angaben in den Abrechnungsunterlagen der Teststellen-Betreiber zu prüfen.
- Das RKI analysiert die Abrechnungsdaten auf statistische Auffälligkeiten.
- Die insoweit identifizierten Fälle sollen die zuständigen Stellen der Länder intensiv prüfen.

¹ Vgl. zuletzt 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 2024“ (IX 1 - 0001739) vom 25. August 2023, Tnr. 2.1.1.

Im Haushaltsjahr 2024 flossen aufgrund dieser Prüfungen 27,8 Mio. Euro zurück in den Bundeshaushalt. Die für die Abrechnung zuständigen KVen hatten bis Jahresende 2024 insgesamt 375,2 Mio. Euro gegenüber den Teststellen zurückgefordert. Weitere 466,3 Mio. Euro haben KVen beim Gesundheitsfonds bereits abgerufen, aber aufgrund laufender Prüfungen noch nicht an Leistungserbringer ausgezahlt. Nach Angaben des BMG haben inzwischen alle Länder mit der vertieften Prüfung der Abrechnungen begonnen, sieben Länder hätten diese bereits abgeschlossen. Zudem hätten die nach Landesrecht zuständigen Stellen auffällige Teststellenbetreiber vielfach bei den Ermittlungsbehörden angezeigt.

Der Bundesrechnungshof hatte wiederholt die Umsetzung der Corona-Testverordnung und der Abrechnungsprüfung beanstandet.² Er hatte empfohlen, die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation durch Teststellen-Betreiber zu verlängern. Dem kam das BMG nach und verlängerte die Regelungen zur Abrechnung und Prüfung durch Rechtsverordnung bis 31. Dezember 2028.³ Der Bundesrechnungshof begrüßt dies, hält im Übrigen aber an seiner Kritik fest: Angesichts der zahlreichen Hinweise auf Betrug bleibt die Abrechnungsprüfung für die Bürgertestung, die den Bund mehr als 8 Mrd. Euro kostete, im Ergebnis weit hinter den Erwartungen zurück. Seit März 2023 werden keine neuen Testungen mehr aus Bundesmitteln finanziert. Die bis dahin erfolgten Testungen mussten bis Ende Mai 2023 abgerechnet werden. Dass mehr als zwei Jahre später neun Länder die vertiefte Prüfung noch immer nicht abgeschlossen haben, ist unbefriedigend. Seine Kritik an der nicht sachgerechten Organisation des Prüfverfahrens sieht der Bundesrechnungshof bestätigt: Eine Stelle – die KV – vergütet die Leistungen für Bürgertestungen, während weitere Akteure (RKI und zuständige Stellen der Länder) die Abrechnungen analysieren und überprüfen. Durch einen derart nachgelagerten und gestreckten dreistufigen Prüfungsablauf wurde eine wirkungsvolle Betrugsbekämpfung erschwert. Die Weitergabe von Informationen und Abstimmung der Prüfungsmethoden führte zu Verzögerungen und Reibungsverlusten. Insbesondere der zeitliche Abstand zwischen Auszahlung und Prüfung hätte vermieden werden können, wenn die Abrechnungsprüfung der Bürgertestungen bei den KVen verblieben wäre. Den Ländern fehlten zudem Anreize für eine wirksame vertiefte Prüfung, da der Bund die Kosten der Bürgertestung allein erstattete. Die vertieften Prüfungen der Länder sind alsbald abzuschließen. Realisierte Rückforderungen der KVen sind dem Gesundheitsfonds zu erstatten, genauso wie von KVen abgerufene, im Ergebnis aber nicht an Leistungserbringer ausgezahlte Mittel. Sämtliche Rückzahlungen bzw. Erstattungen gegenüber dem Gesundheitsfonds sind dem Bundeshaushalt zuzuführen.

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

³ Artikel 2 der Dritten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung vom 29. November 2024, BGBl. 2024 I Nummer 380 vom 4. Dezember 2024.

Versorgungsaufschlag für Krankenhäuser

Rückflüsse an den Bundeshaushalt ergaben sich auch aus der Überprüfung der Voraussetzungen des Versorgungsaufschlags für Krankenhäuser durch die Landesbehörden. In der Zeit vom November 2021 bis Juni 2022 erhielten Krankenhäuser einen Versorgungsaufschlag, um ihre finanzielle Belastung in der Pandemie zu dämpfen und wirtschaftliche Anreize für die Corona-Behandlung zu setzen. Bis heute verausgabte der Bund hierfür 3,1 Mrd. Euro. Dem standen Rückzahlungen von 6,5 Mio. Euro gegenüber, hiervon 0,1 Mio. Euro im Haushaltsjahr 2024.

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass die Ziele des Versorgungsaufschlags in Teilen zeitgleich auch von diversen anderen Instrumenten verfolgt wurden, z. B. durch die o. g. Ausgleichszahlungen, Zuschläge für nachgewiesene coronabedingte Mehrkosten und Zusatzentgelte für Corona-Testungen.⁴ Verlässliche Belastungsdaten lagen der Kalkulation des Versorgungsaufschlags nicht zugrunde. Die Länder waren zwar aufgerufen, die Mittelanforderungen der Krankenhäuser zu überprüfen und dazu Unterlagen anzufordern. Sie gaben aber frühzeitig zu erkennen, dass ihnen personelle Ressourcen und erläuternde Hinweise für eine einheitliche Umsetzung fehlten. Ein Landesrechnungshof hatte bei einer Prüfung zahlreiche Fälle beanstandet, die zu Korrekturen führten. Die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation des Versorgungsaufschlags erstreckte sich nur auf die Zeit bis zum Jahresende 2021. Für eine Fortsetzung fehlte auch hier notwendiges Datenmaterial.

Der Bundesrechnungshof hat auf Überkompensationen für die Krankenhäuser in Milliardenhöhe hingewiesen. Damit wurde eine längst als strukturell defizitär erkannte Krankenhauslandschaft subventioniert. Das Potenzial zur wirksamen Kontrolle der Mittelverwendung wurde bei weitem nicht ausgeschöpft. Der Bund sollte künftige Leistungen auf Bereiche beschränken, in denen er eine originäre Finanzierungszuständigkeit hat. Dies ist bei Krankenhäusern nach dem oben beschriebenen Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung nicht der Fall. Geldleistungen auch an Krankenhäuser sind wirtschaftlich zu gestalten. Sie sollten sich auf bedarfsnotwendige Kliniken beschränken. Wirksame Kontrollen müssen jederzeit eine zweckentsprechende Mittelverwendung gewährleisten. Die dabei zu beachtenden Merkmale sind im Interesse einer bundeseinheitlichen Durchführung verbindlich zu bestimmen. Unter Handlungsdruck aufgesetzte und bewusst unbürokratisch ausgestaltete Geldleistungen wie der Versorgungsaufschlag sind zeitnah bzw. begleitend auf unbeabsichtigte Folgen zu evaluieren. Notwendige Daten dafür sind bereitzustellen.

⁴ Siehe dazu vertiefend den Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Corona-Versorgungsaufschlag in Konkurrenz mit weiteren Unterstützungsleistungen für Krankenhäuser“ (IX 1 - 0001738) vom 23. Mai 2025.

3.1.2 Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

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 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 GKV-Spitzenverbands; seit dem Jahr 2022 nimmt auch das Bundesministerium der Finanzen (BMF) als Gast an den Beratungen teil. Es 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 (sog. versicherungsfremde Leistungen) gezahlt 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. In den vergangenen Jahren kamen weitere Zuflüsse dazu, etwa Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder Abgaben aus Rücklagen der Krankenkassen. Zudem leistete auch der Bund in den Pandemie Jahren Sonderzuschüsse an die GKV (3,5 Mrd. Euro im Jahr 2020, 5 Mrd. Euro im Jahr 2021, 14 Mrd. Euro im Jahr 2022 und 2 Mrd. Euro im Jahr 2023). 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.

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 auszahlenden Zuweisungsbeträgen verfügt der Gesundheitsfonds über eine Liquiditätsreserve, die zum Ende seines Geschäftsjahres jeweils am 15. Januar mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds 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 oder sind zusätzliche Ausschüttungen vorgesehen, schließt der Gesundheitsfonds sein Geschäftsjahr mit einem Defizit ab.

Im Jahr 2024 betrug das Defizit des Gesundheitsfonds 3,7 Mrd. Euro. Um die Zusatzbeitragssätze zu stabilisieren, werden seit dem Jahr 2022 Mittel aus der Liquiditätsreserve herangezogen. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve nach der Prognose des Schätzerkreises die maximal zulässige Höhe, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.⁵ Die Obergrenze der Liquiditätsreserve wurde im November 2022 auf 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe abgesenkt. Die Zuweisungen an die Krankenkassen erhöhten sich dadurch im Jahr 2024 um insgesamt 3,1 Mrd. Euro. Die Liquiditätsreserve lag zum Geschäftsjahresende am 15. Januar 2025 bei 5,7 Mrd. Euro und damit nur etwa 1 Mrd. Euro über der Mindestreserve. Der Anstieg der Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge) fiel mit 5,6 % etwas höher aus, als in der Prognose des Schätzerkreises aus dem Jahr 2023 erwartet. Dies ist insbesondere auf inflationsbedingt kräftige Lohnsteigerungen zurückzuführen.

Im laufenden Jahr 2025 ist die Liquiditätssituation im Gesundheitsfonds derart angespannt, dass der Bund bereits Mitte Mai 0,8 Mrd. Euro aus der Dezemberrate des Bundeszuschusses vorzeitig ausgezahlt hat.

Entwicklung der Ausgaben

Der Schätzerkreis prognostiziert auch die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen. Diese Prognose überschreitet stets die Einnahmeschätzung 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

⁵ § 271 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

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.

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 Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite getragen. Der für das Jahr 2024 im Bundesanzeiger bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt bei 1,7 %. 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. Juli 2024 bei frei wählbaren Krankenkassen zwischen 0,98 und 2,80 %. Unterjährig hoben einige Krankenkassen in den vergangenen Monaten ihre Zusatzbeitragssätze teils deutlich an, da sich die Ausgaben zuletzt unerwartet dynamisch entwickelten.

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.

Im Jahr 2024 überstiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen mit 327,4 Mrd. Euro ihre Einnahmen von 320,8 Mrd. Euro. Damit ergab sich ein Defizit von 6,6 Mrd. Euro. Die Leistungsausgaben stiegen bei leicht gestiegenen Versichertenzahlen im Vergleich zum Vorjahr auf 312,3 Mrd. Euro. Das bedeutet einen Anstieg um 8,2 % absolut bzw. um 7,9 % je Versicherten. Überdurchschnittlich stiegen dabei die Ausgaben für stationäre Behandlungen (+8,8 % auf 102,2 Mrd. Euro) und für Arzneimittel (+10,0 % auf 55,2 Mrd. Euro). Die Netto-Verwaltungsausgaben stiegen dagegen leicht auf 12,6 Mrd. Euro.

Entwicklung der strukturellen Deckungslücke

Wenn der Schätzerkreis einen geringeren Anstieg der Beitragseinnahmen aufgrund konjunktureller Entwicklungen prognostiziert, und womöglich bei den Ausgaben ein überdurchschnittlicher Anstieg zu erwarten ist, kann sich die strukturelle Deckungslücke sprunghaft vergrößern. Dabei fallen nicht nur gesetzliche Änderungen im Bereich der GKV ins Gewicht. Auch andere Ereignisse mit Auswirkungen auf die allgemeine ökonomische Entwicklung schlagen sich in den GKV-Finanzen nieder.

Die rasante Ausgabenentwicklung geht nicht allein auf inflationsbedingte Kostensteigerungen zurück, sondern auch auf eine höhere Grunddynamik. Hier wirken 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 worden seien. Hinzu kämen Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts, vor allem bei patentgeschützten Arzneimitteln. Die geltende gesetzliche Mindestrücklage der Liquiditätsreserve von 0,2 Monatsausgaben des Gesundheitsfonds reiche nicht mehr aus, um unterjährige Einnamenschwankungen und unvorhergesehene Belastungen auszugleichen. Ohne weitere Maßnahmen werden die Ausgaben auch in den kommenden Jahren stärker wachsen als die Einnahmen und zu steigenden Zusatzbeitragssätzen um 0,3 Prozentpunkte pro Jahr führen.

Für das Jahr 2025 sieht der Haushaltsentwurf ein überjähriges Darlehen an den Gesundheitsfonds von 2,3 Mrd. Euro vor (Titel 856 01). Auch die Eckwerte für das Jahr 2026 enthalten noch einmal denselben Betrag. Das Darlehen von insgesamt 4,6 Mrd. Euro soll in den Jahren 2029 bis 2032 jeweils in Raten von 1 Mrd. Euro (bzw. 0,6 Mrd. Euro im Jahr 2033) an den Bund zurückgezahlt werden. Geplant ist außerdem, dass die Rückzahlung eines bereits im Jahr 2023 gewährten Darlehens von 1 Mrd. Euro, die eigentlich zum Jahresende 2026 fällig gewesen wäre, auf das Jahr 2033 verschoben wird.

Diese Maßnahme soll die Liquidität des Gesundheitsfonds in diesem und im nächsten Jahr stützen. Das würde aktuell die fristgerechte Auszahlung der Zuweisungen an die Krankenkassen sichern und könnte im Jahr 2026 den Anstieg der Zusatzbeitragssätze begrenzen helfen. Dem stehen jedoch Belastungen des Gesundheitsfonds durch die Rückzahlungsverpflichtungen ab dem Jahr 2029 gegenüber. Hinsichtlich des Darlehens aus dem Jahr 2023 hatte der Bundesrechnungshof bereits damals auf die Problematik der späteren Belastung der GKV-Finzen hingewiesen. Dem will das BMG nun begegnen, indem die Rückzahlungsverpflichtung um sieben Jahre gestreckt werden soll.

Derartige kurzfristig wirksame Finanzspritzen tragen langfristig nicht zur Stabilisierung der GKV-Finzen bei. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass diese Darlehen als finanzielle Transaktion gelten und damit nicht berücksichtigt werden, wenn die Kreditobergrenze des Bundeshaushalts nach Artikel 115 Grundgesetz berechnet wird.⁶ Damit verschafft sich der Bund zunächst einen erhöhten Verschuldungsspielraum. Falls die – im Übrigen unverzinsten – Darlehen schließlich doch nicht zurückgezahlt bzw. niedergeschlagen würden, weil es die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds nicht anders zulässt, liefe dies faktisch auf einen Zuschuss des Bundes hinaus. Unabhängig davon, ob das Darlehen zurückgezahlt oder erlassen wird: Wenn dies geschieht, wird sich der Neuverschuldungsspielraum des Bundes in diesem Umfang reduzieren, da die finanzielle Transaktion damit rückabgewickelt wird. Letztlich

⁶ § 3 des Gesetzes zur Ausführung von Artikel 115 des Grundgesetzes.

löst der Bund durch das Darlehen das aktuelle Finanzierungsproblem zulasten der Zukunft.

Die Bundesregierung plant außerdem eine Entlastung der GKV-Finzen ab dem Jahr 2026 durch eine Änderung der Krankenhausreform. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024⁷ verpflichtete die GKV zur Finanzierung des Transformationsfonds. Darin sollen 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 Transformationsfonds setzt voraus, dass die Länder (gegebenenfalls gemeinsam mit dem jeweiligen Krankenhausträger) Fördermittel in gleicher Höhe einsetzen. Diese Mittel sollten zur Hälfte von den Ländern und zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Beitragsmitteln aufgebracht werden. Der Bundesrechnungshof hat diese Regelung von vornherein kritisch gesehen, 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.⁸ Nunmehr ist geplant, dass der GKV-Anteil durch den Bund übernommen werden soll, und zwar aus Mitteln des Sondervermögens gemäß Artikel 143h Grundgesetz. Dies setzt voraus, dass es sich um die Finanzierung von Investitionen handelt. Eine solche Regelung stellte zwar eine erneute Durchbrechung der grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausinvestitionen dar. Auf diese Weise würden zumindest alle Steuerzahlerinnen und Steuerzahler in die Verantwortung genommen und keine GKV-Beitragsmittel für diesen Zweck eingesetzt.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode sieht vor, eine Kommission aus Sachverständigen und Sozialpartnern einzurichten.⁹ Diese solle die gesundheitspolitischen Vorhaben der Koalition in ihrer Gesamtwirkung betrachten und bis zum Frühjahr 2027 konkrete Reformmaßnahmen vorschlagen. Aus Sicht des Bundesrechnungshofes ist dieser Zeitplan, wonach grundlegende Reformen frühestens im Jahr 2028 wirksam würden, der kritischen Finanzlage der GKV nicht angemessen. Die Entwicklung der GKV-Finzen ist im Übrigen Gegenstand einer laufenden Prüfung des Bundesrechnungshofes. Über die wesentlichen Ergebnisse dieser Prüfung beabsichtigt der Bundesrechnungshof, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) zu berichten.

⁷ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024, BGBl. 2024 Nummer 400.

⁸ Siehe dazu das Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024), S. 18 f.

⁹ „Verantwortung für Deutschland“ – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, vom 5. Mai 2025, S. 105.

3.2 Pflegevorsorge und Soziale Sicherung

3.2.1 Entwicklung der Haushaltsausgaben

Kapitel 1502 umfasst Maßnahmen zur sozialen Entschädigung, zur Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge und zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Die Ausgaben hierfür beliefen sich im Jahr 2023 auf 74,9 Mio. Euro und im Jahr 2024 auf 72,8 Mio. Euro. Für das Jahr 2025 sind hier 81,0 Mio. Euro eingeplant. Außerdem beteiligte sich der Bund im Jahr 2023 an den Aufwendungen der SPV pauschal mit 1 Mrd. Euro (Titel 636 03). Dieser Bundeszuschuss an den Ausgleichsfonds der SPV wurde für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Für das Jahr 2025 sieht der Haushaltsentwurf aber ein überjähriges Darlehen von 0,5 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds der SPV vor (Titel 856 02).

3.2.2 Finanzsituation der SPV

Die Finanzsituation der SPV ist weiterhin sehr angespannt. Das Haushaltsjahr 2024 schloss sie mit einem Defizit von 1,54 Mrd. Euro ab. Trotz einer zum Jahresanfang 2025 vorgenommenen Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte auf nunmehr 3,6 %¹⁰ wies die SPV auch zum Ende des ersten Quartals 2025 ein Defizit von 90 Mio. Euro aus. Für das Gesamtjahr rechnet das BMG mit einem Defizit von 500 Mio. Euro.

Auch die Finanzlage des Ausgleichsfonds der SPV bereitet Grund zur Sorge. Der Ausgleichsfonds ist ein Sondervermögen, das vom BAS verwaltet wird. Seine wichtigste Funktion ist es, einen monatlichen Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durchzuführen. Ein Finanzausgleich ist notwendig, weil für alle Pflegekassen ein einheitlicher Beitragssatz gilt, obwohl die Risiken zwischen den Pflegekassen nicht gleichmäßig verteilt sind. Deshalb werden die Leistungsausgaben und Verwaltungskosten von allen Pflegekassen gemeinsam getragen.

In den vergangenen Jahren war das BAS mehrere Male gezwungen, eine Absenkung der Ausgabendeckungsquote vorzunehmen, um die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds sicherzustellen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, liquide Mittel in Höhe einer Monatsausgabe vorzuhalten (Ausgabendeckungsquote), um Einnahmen- und Ausgabenschwankungen ausgleichen zu können. Droht der Ausgleichsfonds in

¹⁰ Kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, müssen grundsätzlich einen Beitragszuschlag von 0,6 Beitragssatzpunkten entrichten. Für Eltern reduziert sich der Beitragssatz für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils 0,25 Beitragssatzpunkten (maximal einen Beitragssatzpunkt) bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. 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 vor dem Geburtsjahr 1940, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bürgergeldempfänger.

Zahlungsschwierigkeiten zu geraten, ist das BAS berechtigt, die Ausgabendeckungsquote abzusenken. Von dieser Möglichkeit machte das BAS im Januar 2025 erneut Gebrauch und senkte die Ausgabendeckungsquote um 0,1 Punkte auf nunmehr 0,4 Monatsausgaben. Dadurch wurden bei den Pflegekassen liquide Mittel von etwa 620 Mio. Euro freigesetzt, die dem Ausgleichsfonds zugutekamen.

Allerdings führte die Absenkung dazu, dass zum ersten Mal seit Bestehen der SPV eine Pflegekasse auf eine Finanzhilfe angewiesen ist. Ihre liquiden Mittel reichen nicht mehr aus, um sämtliche Zahlungsverpflichtungen rechtzeitig erfüllen zu können. Seit Februar 2025 und voraussichtlich bis zum Jahresende erhält diese Pflegekasse vom BAS aus Mitteln des Ausgleichsfonds eine monatliche Finanzhilfe von 8,5 Mio. Euro. Die Finanzhilfe wird als Abschlagszahlung im Vorgriff auf die nächstfolgende Abrechnung im monatlichen Finanzausgleich gewährt.

Im Frühjahr dieses Jahres kündigte der Präsident des BAS an, dass aufgrund der Finanzlage der SPV weitere Absenkungen der Ausgabendeckungsquote möglich sind: Weitere Pflegekassen könnten in Zahlungsschwierigkeiten geraten und auf Finanzhilfen angewiesen sein.

Für die nächsten Jahre zeichnet auch das BMG ein düsteres Bild. Für das Jahr 2026 rechnet es mit einem Defizit der SPV von 3,5 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2029 erwartet es ein Anwachsen des Defizits auf 12,3 Mrd. Euro.

Wesentliche Gründe für das Defizit

Das BMG nennt als Gründe für das anhaltende Defizit der SPV den unerwartet starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen sowie die Ausgabensteigerungen im Bereich der vollstationären Pflege.

Im vergangenen Jahr veröffentlichte die damalige Bundesregierung einen Bericht zur zukunftsicheren Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Darin wird festgestellt, dass nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017¹¹ die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich stärker zugenommen habe als bei seiner Einführung – aufgrund empirischer Studien und anhand demografischer Daten – angenommen wurde.¹² Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes ist deshalb davon auszugehen, dass sich auch die Prognosen für die nächsten Jahre als unzutreffend erweisen werden und die Zahl der Pflegebedürftigen stärker steigen wird als vorausgesagt. In dem Bericht der Bundesregierung hat das BMG angekündigt, die Gründe für den Anstieg

¹¹ Das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz II führte einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein, der neben körperlichen auch geistige und psychische Einschränkungen berücksichtigt. Davor war der Pflegebedürftigkeitsbegriff auf körperliche Einschränkungen begrenzt. Gerontopsychiatrische und psychische Beeinträchtigungen fanden kaum Berücksichtigung, so dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen vergleichsweise geringe Leistungen erhielten.

¹² Bericht der Bundesregierung, Zukunftsichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, S. 12 und 41.

wissenschaftlich untersuchen zu lassen.¹³ Dies erscheint dringend geboten. Denn in der Sozialpolitik sind verlässliche Zahlen unabdingbar. Nur mit fundierten Daten lässt sich die künftige Einnahmen- und Ausgabenentwicklung realistisch schätzen. Zum 31. Dezember 2024 waren über 5,6 Mio. Versicherte der SPV pflegebedürftig. Gegenüber dem Vorjahreszeitpunkt hat sich somit die Zahl um etwa 400 000 Personen (dies entspricht 7,7 %) erhöht.

Im Jahr 2024 entfielen 30 % der Leistungsausgaben der SPV auf die vollstationäre Pflege, obwohl nur 12,6 % der Pflegebedürftigen diese Leistung erhielten.¹⁴ Zu einem Ausgabentreiber entwickelt sich die vollstationäre Pflege seit dem Jahr 2022.¹⁵ Damals führte der Gesetzgeber die sogenannte Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen ein. Seitdem übernehmen die Pflegekassen einen Teil des Eigenanteils, den bis dahin ausschließlich die Pflegebedürftigen zu tragen hatten. Der Anteil, den die Pflegekasse übernimmt, steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Pflegeheim.¹⁶ Im Jahr 2024 beliefen sich die Ausgaben der SPV für die Begrenzung des Eigenanteils auf etwa 6,4 Mrd. Euro und waren damit 2,8 Mrd. Euro höher als noch im Jahr 2022. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung von über 77 % innerhalb von nur drei Jahren.¹⁷ Für das laufende Jahr wird ein weiterer Ausgabenanstieg auf 7,3 Mrd. Euro erwartet.¹⁸ Im ungünstigsten Fall könnten die Ausgaben für die Eigenanteilsbegrenzung bis zum Jahr 2029 auf bis zu 9,4 Mrd. Euro¹⁹ anwachsen. Verantwortlich für das stetige Anwachsen der Ausgaben ist vor allem der weiterhin ungebremsste Anstieg der Eigenanteile. Denn die Zahl der Pflegebedürftigen, die vollstationäre Pflege erhalten, steigt nicht im gleichen Maße wie die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Ende 2024 erhielten etwas mehr als 710 000 Pflegebedürftige vollstationäre Pflege. Die Zahl hat sich gegenüber dem Vorjahreszeitpunkt um lediglich 7 000 (dies entspricht etwa 1 %) erhöht. Die Begrenzung der Eigenanteile entwickelt sich für die SPV zu einem großen finanziellen Risiko.

Maßnahmen zur Bekämpfung des Defizits

Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode bekunden die Regierungsparteien ihren Willen, die schon seit langem angekündigte Pflegereform endlich auf den Weg zu bringen. Zuvor soll abermals eine Arbeitsgruppe eingesetzt werden, die die

¹³ Bericht der Bundesregierung, a. a. O., S. 12 und 41.

¹⁴ Die Leistungsausgaben der SPV beliefen sich im Jahr 2024 auf insgesamt über 63 Mrd. Euro. Für die vollstationäre Pflege gab die SPV mehr als 19 Mrd. Euro aus. Über 710 000 Versicherte erhielten Leistungen der vollstationären Pflege.

¹⁵ Zwischen den Jahren 2017 und 2021 lagen die jährlichen Ausgaben der SPV für die vollstationäre Pflege konstant bei ca. 13 Mrd. Euro.

¹⁶ Im ersten Jahr übernimmt die Pflegekasse 15 %, im zweiten Jahr 30 %, im dritten Jahr 50 % und ab dem vierten Jahr 75 % des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

¹⁷ Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass im Jahr 2024 die Prozentsätze angehoben wurden. Davor übernahm die Pflegekasse im ersten Jahr 5 %, im zweiten Jahr 25 %, im dritten Jahr 45 % und ab dem vierten Jahr 70 % des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

¹⁸ IGES Institut, Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege, Mai 2025, S. 8.

¹⁹ IGES Institut, a. a. O., S. 8.

Grundlagen der Reform erarbeiten soll. Dabei sind die Ursachen der gegenwärtigen Krise schon lange bekannt. Zahlreiche Reformvorschläge liegen auf dem Tisch. Es fehlt nicht an Erkenntnissen, sondern am Willen zur Umsetzung.

Auch wenn die Arbeitsgruppe ihre Reformvorschläge noch in diesem Jahr präsentieren würde, dürfte ein Gesetzgebungsverfahren frühestens im Jahr 2026 starten. Es würden viele Monate verstreichen, bis eine Reform Wirkung zeigt. Bis dahin müssen Maßnahmen ergriffen werden, um kurzfristig die Finanzen der SPV zu stabilisieren. Der Haushaltsentwurf sieht vor, dass der Bund dem Ausgleichsfonds der SPV im Jahr 2025 „lediglich“ ein überjähriges Darlehen von 500 Mio. Euro gewährt. Für das Jahr 2026 sehen die Eckwerte eine weitere Tranche von 1,5 Mrd. Euro vor. Diese Mittel sollen in den Jahren 2029 bis 2033 jeweils zu gleichen Teilen zurückgezahlt werden.²⁰

Der Bund ist somit weiterhin nicht bereit, der SPV deren Ausgaben für coronabedingte Mehrausgaben (Pflege-Rettungsschirm, Testkosten) von 5,2 Mrd. Euro zu erstatten. Das fordern Pflegekassen und deren Verbände schon seit Jahren.

Die Gewährung des Darlehens löst die Finanzprobleme der SPV nicht. Stattdessen verschafft sich der Bund einen zusätzlichen Verschuldungsspielraum, da auch dieses Darlehen als finanzielle Transaktion von der Schuldenregel ausgenommen ist. Bestenfalls gewinnt der Bund damit Zeit, um die notwendigen Reformen in die Wege zu leiten. Ohne diese wird die SPV in naher Zukunft erneut ins Minus rutschen. Für das Jahr 2029 erwartet das BMG ein Defizit von 12,3 Mrd. Euro. An einer durchgreifenden Reform der SPV führt somit kein Weg vorbei.

Fazit

Auch im Bereich der SPV sind entschlossene Schritte notwendig. Die Finanzlage muss zügig stabilisiert, die Reform der SPV in dieser Legislaturperiode endlich umgesetzt werden. Bei der vollstationären Versorgung ist das Problem der stetig steigenden Eigenanteile zu lösen. Dringend erforderlich ist, den Mittelbestand der Pflegekassen wieder aufzufüllen. Zudem müssen Antworten auf den rapiden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen gefunden werden.

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

²⁰ Der Bund hatte der SPV im Jahr 2022 schon einmal ein Darlehen über 1 Mrd. Euro gewährt. Davon zahlte die SPV 0,5 Mrd. Euro am 31. Dezember 2023 zurück. Die übrigen 0,5 Mrd. Euro muss sie bis zum 31. Dezember 2028 zahlen.

das BIÖG durchführt, aber auch durch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Die Ist-Ausgaben im Jahr 2023 für diese überwiegend seit vielen Jahren laufenden Maßnahmen beliefen sich auf 54,2 Mio. Euro. Im Jahr 2024 betrugen sie 58,3 Mio. Euro bei einem Soll-Ansatz von 78,9 Mio. Euro. Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 sind hierfür insgesamt 80,5 Mio. Euro veranschlagt.

Neu in das Kapitel aufgenommen wurden Ausgaben für den Schutz der informationstechnischen Systeme des Bundes (Titelgruppe 03) mit einem Ansatz von 2 Mio. Euro als Ausgabesoll für das Jahr 2025 und weiteren 8 Mio. Euro an Verpflichtungsermächtigungen. Diese Maßnahme soll unter die sogenannte Bereichsausnahme fallen, die Titel sind daher mit einem „B“ gekennzeichnet. 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 (Artikel 115 Absatz 2 Satz 4 Grundgesetz, Bereichsausnahme). Dadurch steigt der Verschuldungsspielraum des Bundes.

Das BMG plant hier ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen mit einem Gesamtvolumen von 2 Mrd. Euro bis zum Jahr 2029. In der Zukunft sollen für diesen Zweck 190 Mio. Euro im Jahr 2026, jeweils 700 Mio. Euro in den Jahren 2027 und 2028 sowie 400 Mio. Euro im Jahr 2029 zur Verfügung gestellt werden. Gefördert werden sollen moderne IT-Schutzmaßnahmen in der stationären Akutversorgung durch Krankenhäuser und systemrelevante Gesundheitseinrichtungen. Das BMG zählt das deutsche Gesundheitswesen zu den am häufigsten von Cyberangriffen betroffenen Bereichen. Derartige Angriffe auf Einrichtungen der kritischen Infrastruktur im Gesundheitswesen könnten lebensbedrohliche Auswirkungen haben und gegebenenfalls zu erheblichen Versorgungseinbußen führen.

Finanziell am stärksten ins Gewicht fallen daneben noch immer die nachfolgend angeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung, sodass der Haushaltsentwurf für die Ausgaben in Kapitel 1503 einen Gesamtansatz von 959,3 Mio. Euro vorsieht.

3.3.1 Pandemiebereitschaftsverträge

Für die Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen wurden aus Kapitel 1503 Titel 531 07 in den Jahren 2023 und 2024 jeweils 15,8 bzw. 404,3 Mio. Euro verausgabt. Der Haushaltsentwurf sieht für das Jahr 2025 Ausgaben von 336,1 Mio. Euro vor. Das sind 268,5 Mio. Euro weniger als bislang geplant, weil zwei der fünf abgeschlossenen

Verträge während der sogenannten Qualifizierungsphase²¹ vorzeitig beendet wurden, in der noch keine Zahlungen zu leisten waren. Die Pandemiebereitschaftsverträge sollen in Zukunft die rasche Versorgung mit Impfstoffen gegen Coronavirus-Varianten und andere Infektionskrankheiten sicherstellen. Dazu vereinbarte der Bund mit in Deutschland ansässigen pharmazeutischen Unternehmen, Produktionskapazitäten vorzuhalten und Vorsorge für eine erneute Engpasssituation zu treffen. Die Laufzeit beträgt ab der nunmehr in allen drei verbliebenen Verträgen erreichten Bereitschaftsphase zunächst fünf Jahre. Sie kann bis zu dreimal um ein weiteres Jahr verlängert werden.

3.3.2 Beschaffung von Schutzmasken

Das BMG beschaffte für die Zwecke der 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 2024 allein 5,9 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat diese Maßnahme geprüft und seine Feststellungen in zwei Berichten an den Haushaltsausschuss zusammengefasst.²² Er rügte darin eine massive Überbeschaffung. Letztlich wurden nur 1,7 Milliarden Schutzmasken im Inland verteilt, mehr als die Hälfte der Beschaffungsmenge musste bzw. muss noch vernichtet werden. Für die noch nutzbaren Restbestände von 800 Millionen Schutzmasken im Jahr 2024 fehlt es an einem Verteilungskonzept.

Die sogenannten Annexkosten, also die Folgekosten für die Verwaltung der Überbeschaffung, erhöhten sich im Jahr 2024 um weitere 57 Mio. Euro auf nunmehr 517 Mio. Euro. Zum Vergleich: Für Modellmaßnahmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long-COVID sind im Einzelplan 15 über fünf Jahre 52 Mio. Euro veranschlagt. Das entspricht 10 % der bislang aufgelaufenen Annexkosten. Für das Jahr 2025 sind für Annexkosten erneut 45 Mio. Euro vorgesehen. Für die Jahre 2026 und 2027 rechnet das BMG weiterhin mit Ausgaben allein für konkret absehbare Verpflichtungen (Lager, Logistik, Vernichtung, externe Beratung sowie Rechtsberatung) von insgesamt 67,3 Mio. Euro.

²¹ Die Verträge unterscheiden die Qualifizierungs-, die Bereitschafts- sowie die Herstellungs- und die Lieferphase. Zunächst mussten die Vertragspartner die erforderlichen Herstellungskapazitäten, die gegebenenfalls erst aufzubauen waren, qualifiziert nachweisen. Dann tritt die Bereitschaftsphase ein, in der der Bund für die Bereithaltung der vereinbarten Kapazitäten zahlt. Sollte es zu einer Pandemie kommen, kann der Bund aus den Pandemiebereitschaftsverträgen Lieferaufträge für von ihm ausgewählte Impfstoffe auslösen. In dieser Phase entfiel das Bereitschaftsentgelt, stattdessen würden die bestellten Liefermengen zu dann auszuhandelnden Preisen bezahlt.

²² Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen (IX 1 - 2020 - 0946) vom 16. Juni 2021 und 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 (IX 1 - 0000625) vom 28. März 2024.

Für das Jahr 2025 sieht der Haushaltsentwurf einen Ansatz von 60 Mio. Euro vor.²³ Dieser Betrag deckt jedoch nur die Annexkosten ab. Daneben rechnet das BMG für das Jahr 2025 mit Abwicklungsrisiken von bis zu 120 Mio. Euro aus Verträgen zur Direktbeschaffung von Schutzmasken und 360 Mio. Euro aus Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit dem Open-House-Verfahren. In diesem 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 2,3 Mrd. Euro. Wenn und soweit das BMG rechtskräftig zu Zahlungen verurteilt würde, kämen noch Verfahrenskosten und gegebenenfalls Zinsen in beträchtlicher Höhe hinzu.

Das BMG berücksichtigte bei seiner Risikoprognose zu den Open-House-Streitigkeiten für das Jahr 2025 lediglich eine bestimmte Fallkonstellation mit einem Streitwert von insgesamt 270 Mio. Euro, zuzüglich geschätzter Zins- und Verfahrenskosten von bis zu 90 Mio. Euro. Mögliche Zahlungsverpflichtungen aus diesen Abwicklungsrisiken sollen über Ausgabereste gedeckt werden und sind daher im Haushaltsentwurf nicht abgebildet. Grundsätzlich dürfen Ausgaben allerdings nur zwei Jahre übertragen werden. Soweit das BMG aus dem Haushaltsansatz für das Jahr 2022 gebildete Reste auch im Jahr 2025 noch in Anspruch nehmen muss, bedarf es einer Ausnahmeregelung des BMF.²⁴ Alle auf diese Weise eingesetzten Mittel sind im Gesamthaushalt einzusparen. Das heißt, in gleicher Höhe dürften parlamentarisch für andere Zwecke bewilligte Ausgaben im Jahr 2025 nicht geleistet werden. Damit drohen aus der Beschaffungstätigkeit des BMG aus dem Jahr 2020 weiterhin hohe Risiken, neben den ohnehin fortlaufenden Annexkosten.

Bereits im Haushalt 2024 waren allein 15 Mio. Euro für Ausgaben für das Abwassermonitoring zur epidemiologischen Lagebewertung veranschlagt. Sämtliche Zahlungen im Zusammenhang mit der Beschaffung von Schutzausrüstung waren aus Ausgaberesten zu leisten. Das BMG setzte hierfür im Rahmen der Haushaltsrechnung kassenmäßig Minderausgaben vor allem aus Programmtiteln der Kapitel 1503 und 1504 ein. Darunter fielen z. B. 12,9 Mio. Euro aus den Titeln für Aufklärungsmaßnahmen zu Gesundheit, sexuell übertragbaren Krankheiten und Drogenmissbrauch oder für Patientensicherheit. Deren Ansätze waren zuvor im parlamentarischen Verfahren um 18,5 Mio. Euro aufgestockt worden. Dem BMG war es aber nur gelungen, einen Teil dieser Mittel zu verausgaben. Letztlich wurden so mehr als zwei Drittel dieser Mittelerhöhung nicht für die vorgesehenen Zwecke, sondern für die Abwicklung der Maskenbeschaffung eingesetzt.

²³ Dieser Soll-Ansatz enthält auch 15 Mio. Euro für Maßnahmen zum Abwassermonitoring, die ab dem Jahr 2026 aus Kapitel 1517 finanziert werden sollen.

²⁴ § 45 Absatz 2 BHO.

3.3.3 Beschaffung von Corona-Impfstoff

Auch für die Beschaffung von Corona-Impfstoff aus den auf europäischer Ebene verhandelten Verträgen fallen im Jahr 2025 noch Ausgaben an. Die Ist-Ausgaben für das Jahr 2023 in Kapitel 1503 Titel 684 07 lagen mit 1,2 Mrd. Euro deutlich unter dem Soll-Ansatz von 3 Mrd. Euro.²⁵ Das ging überwiegend auf nachträgliche Verhandlungen zu noch ausstehenden Lieferungen zurück. So wurde mit zwei Unternehmen vereinbart, dass Liefermengen teils reduziert,²⁶ in jedem Fall aber zeitlich gestreckt wurden. Im Jahr 2024 verausgabte das BMG hierfür 450 Mio. Euro. In dem Haushaltsansatz von 427,4 Mio. Euro für das Jahr 2025 sind neben den Ausgaben für diese Lieferungen jedoch auch Annexkosten enthalten. Um die Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen in der frühen Phase der Pandemie im Jahr 2020 zu fördern und die von den Herstellern hierbei eingegangenen finanziellen Risiken zu reduzieren, sehen die von der EU-Kommission nach belgischem Recht geschlossenen Verträge grundsätzlich vor, dass die EU-Mitgliedstaaten die Anwalts- und Gerichtskosten der Unternehmen tragen, wenn diese wegen Impfschäden in Haftung genommen werden. Dafür sind aus dem Haushaltsansatz 2025 zunächst 33,5 Mio. Euro vorgesehen. Aus der Verpflichtung, diese Verfahrenskosten zu tragen und noch Restlieferungen abzunehmen, können auch in den Folgejahren Ausgaben entstehen.

3.3.4 Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Auch die Ausgaben im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Kapitel 1503 Titelgruppe 02) laufen weiter. Der Bund beteiligt sich bei dem Pakt 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 er in Form von Festbeträgen aus Umsatzsteueranteilen den Ländern in sechs Jahrest tran-chen von 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 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 zukunfts-fähiger Strukturen nur schleppend vorankamen.²⁷

Auf die Kritik des Bundesrechnungshofes gab der Haushaltsausschuss dem BMG auf, jährlich zum 1. April über die Umsetzung des Paktes zu berichten. Während der Bund

²⁵ Siehe dazu auch die Mitteilung der Bundesregierung über die Haushaltsführung 2023 vom 25. Mai 2023, Bundestagsdrucksache 20/7005.

²⁶ Im Ergebnis führte dies zu höheren Stückpreisen pro Impfdosis, jedoch zu insgesamt geringeren Ausgaben für den Bundeshaushalt aufgrund der verringerten Abnahme.

²⁷ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (IX 1 - 0000489) vom 17. März 2023.

im Jahr 2023 auf einen Anteil von 500 Mio. Euro am Umsatzsteueraufkommen zugunsten der Länder verzichtete, verausgabten diese nach eigenen Angaben nur 438 Mio. Euro für Zwecke des Paktes. Die Meldungen der Länder wiesen nach Einschätzung des BMG „Limitationen“ auf. Sie beruhten zum Teil nur auf Pauschalen oder Schätzungen. Schon in den Jahren 2021 und 2022 waren Mittel in beträchtlichem Umfang nicht zweckentsprechend eingesetzt worden. Während die Länder für diesen Zeitraum zusätzlich 550 Mio. Euro aus dem Umsatzsteueranteil erhielten, verausgabten sie nur 466 Mio. Euro für den ÖGD.²⁸ Auch im Jahr 2024 blieben die nachgewiesenen Ausgaben der Länder für diesen Zweck mit 486 Mio. Euro deutlich, nämlich um 19 %, unter dem Zuweisungsbetrag von 597 Mio. Euro. Wofür die Länder die in den Jahren 2021 bis 2024 zusätzlich erhaltenen 257 Mio. Euro stattdessen einsetzten, ist nicht bekannt. Der Bundesrechnungshof sieht sich in seiner Kritik umfänglich bestätigt. Eine Verlängerung des Paktes über das Jahr 2026 hinaus sollte nicht in Betracht gezogen werden.

Daneben leistet der Bund im Rahmen des Paktes für den ÖGD Zuschüsse aus dem Einzelplan 15. Die Ist-Ausgaben betrugen 84,1 Mio. Euro im Jahr 2021, 297,6 Mio. Euro im Jahr 2022 und 204,2 Mio. Euro im Jahr 2023. Im Jahr 2024 fielen Ausgaben von 153,3 Mio. Euro an. Der Haushaltsentwurf sieht für das Jahr 2025 weitere 54,2 Mio. Euro vor. 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 übernimmt hier wiederum in einem Bereich Kostenverantwortung, der nach geltendem Recht grundsätzlich von den Ländern und Kommunen zu finanzieren ist. Diese sind für Aufgaben des lokalen Gesundheitsschutzes zuständig.

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.

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. Die Ausgaben des Bundes hierfür betrugen im Jahr 2023 insgesamt 57,4 und 53,1 Mio. Euro im Jahr 2024. Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 sind 71 Mio. Euro veranschlagt. Vor allem bei den zweckgebundenen

²⁸ Zwischenbericht zur Umsetzung des Paktes für den ÖGD vom 12. Dezember 2023, S. 23.

Investitionszuweisungen an die Länder (Titel 882 01) wurden die Soll-Ansätze dabei nur zu 33 % im Jahr 2023 und zu 22 % im Jahr 2024 ausgeschöpft.

Der Gesamtansatz des Kapitels 1504 für Forschungsvorhaben und geförderte Einrichtungen sinkt von 176 Mio. im Jahr 2024 auf 173,4 Mio. Euro für das Jahr 2025. Einsparungen sind vor allem bei der Ressortforschung (Titel 544 01) und den experimentellen Pilotprojekten (Titel 686 06) vorgesehen. Erstmals im Haushaltsentwurf sind Fördermittel als Anreize für Ansiedlung und Erhalt von Wirkstoffherstellungsstätten in Deutschland veranschlagt (Kapitel 1504 Titel 683 01). Hier sind für das Jahr 2025 zunächst 16,7 Mio. Euro eingeplant. Für die Jahre 2026 bis 2028 sollen Verpflichtungsermächtigungen von insgesamt 50 Mio. Euro hinzukommen. Parallel sieht der Haushaltsentwurf für den Einzelplan des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie in Kapitel 0910 einen neuen Titel 683 10 vor. Dieser hat die Flankierung von Maßnahmen zur Ansiedlung und zum Erhalt der Produktion von kritischen Arzneimitteln in Deutschland zum Gegenstand. Der Haushaltsentwurf enthält auch für das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt zusätzliche Mittel in Kapitel 3004 Titel 685 32. Zweck sind flankierende Maßnahmen im Rahmen der Sicherstellung der Versorgung mit kritischen Arzneimitteln. Die Mittelausstattung für Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen in den Einzelplänen 09 und 30 für diesen Zweck entspricht exakt den Ansätzen im Einzelplan 15. Die Bundesregierung beabsichtigt hier, sich mit insgesamt 200 Mio. Euro an entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen. Die Mittel für die Jahre 2025 bis 2028 sind auf die drei Einzelpläne verteilt. Der Bundesrechnungshof regt an zu prüfen, inwieweit diese Maßnahmen denselben Zweck verfolgen. In diesem Fall sollten die Mittel entsprechend der Vorgabe des § 17 Absatz 4 BHO nicht in verschiedenen Titeln bzw. Einzelplänen veranschlagt werden. Soweit es sich hier um eine Maßnahme der Wirtschaftsförderung handelt, weist er darauf hin, dass diese grundsätzlich nicht zum Aufgabenbereich des BMG gehört.

3.5 Internationales Gesundheitswesen

Die Ausgaben für internationale Aufgaben im Einzelplan 15 waren in den letzten Jahren deutlich angestiegen auf 507,6 Mio. Euro im Jahr 2022. In der Folgezeit sanken sie demgegenüber auf 150,2 Mio. Euro im Jahr 2023 und 129 Mio. Euro im Jahr 2024. Der Grund waren vor allem höhere freiwillige Leistungen Deutschlands zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit, nicht zuletzt auch für Maßnahmen der Pandemiebekämpfung (Kapitel 1505 Titel 686 01). Diese freiwilligen Leistungen sollen deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik stärker zur Geltung bringen und die multilaterale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen globalen Akteuren unterstützen. Der Haushaltsentwurf sieht beim Ausgaben-Soll für internationale Aufgaben im Jahr 2025 einen geringfügigen Rückgang von 133,6 Mio. Euro im Jahr 2024 auf nunmehr 132,4 Mio. Euro vor. Der Haushaltsansatz für freiwillige Leistungen bleibt dabei mit 59,3 Mio. Euro knapp unter dem Vorjahresniveau

von 60,2 Mio. Euro. Für Pflichtbeiträge an internationale Organisationen fielen im Jahr 2023 insgesamt 30,4 Mio. Euro und im Jahr 2024 34,8 Mio. Euro an (Kapitel 1505 Titel 687 01). Der Soll-Ansatz bleibt mit 36,3 Mio. Euro auf Vorjahresniveau. Die exakte Höhe der überwiegend in US-Dollar und Schweizer Franken zu zahlenden Beiträge hängt von der Wechselkursentwicklung ab.

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 im Jahr 2025 mit 30 Mio. Euro (Kapitel 1505 Titel 687 02).

4 Wesentliche Einnahmen

Der größte Einnahmeposten des Jahres 2023 stammt aus der Rückzahlung eines Darlehens an den Ausgleichsfonds der SPV von 500 Mio. Euro. Die übrigen Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten. Im Jahr 2023 vereinnahmten das PEI hierfür 21,8 und das BfArM 81 Mio. Euro. Diese erhöhten sich im Jahr 2024 auf 28,9 bzw. 90,7 Mio. Euro. Hinzu kamen Fördermittel der Europäischen Union (13,6 Mio. Euro im Jahr 2023). Weitere Einnahmen resultierten vor allem aus Rückzahlungen von Zuwendungen und Zuschüssen, Erlösen aus Veräußerungen, Publikationen oder Aufträgen Dritter (20,2 Mio. Euro im Jahr 2023) und Erstattungen für einnahme- oder drittfINANZIerte Aufgaben. Dazu zählen etwa die Prüfung der Spitzenverbände im Gesundheitswesen (805 000 Euro), Leistungen des BfArM für die Datentransparenz (9,4 Mio. Euro), das Beschäftigtenverzeichnis (5,5 Mio. Euro) und die Cannabis-Agentur (4,1 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 2023 flossen 5,7 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15 (Kapitel 1511 Titel 282 09). Daneben standen zu Beginn des Jahres 2023 noch Ausgabereste von 3,6 Mio. Euro zur Verfügung. Der größte Anteil stammt vom Verband der privaten Krankenversicherung und dient der Finanzierung von Präventionskampagnen der vormaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (heute 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 Bericht zur Integrität in der Bundesverwaltung aus, der zuletzt am 9. September 2024 veröffentlicht wurde.²⁹ Er verzeichnet für das BMG im Jahr 2023 Sponsoringleistungen im Wert von 26,2 Mio. Euro (59 % des Gesamt-Sponsoring-Aufkommens). Davon entfielen 25,9 Mio. Euro auf Plakatflächen, die unentgeltlich für Aufklärungsmaßnahmen zur Organspende, HIV/AIDS-Prävention und Impfkampagnen zur Verfügung gestellt wurden.

5 Ausblick

Eine Übersicht über die vorgesehenen Ausgaben und Einnahmen im Einzelplan 15 gemäß dem Eckwertebeschluss für den Bundeshaushalt 2026 gibt Tabelle 2.

Tabelle 2

Finanzplanung Einzelplan 15

	2025	2026	2027	2028	2029
<i>in Mio. Euro</i>					
Einnahmen	106,2	106,2	106,2	606,2	1 506,2
Ausgaben	19 299,3	20 090,0	16 573,7	17 462,3	17 054,2

Quelle: Bundesregierung.

Diese Ansätze berücksichtigen einerseits das Auslaufen pandemiebezogener Maßnahmen wie der Beschaffung von Corona-Impfstoff und des Paktes für den ÖGD. Auf der anderen Seite erhöhen sich die Ausgaben zunächst um die geplanten Darlehen an die GKV und die SPV sowie um die Mittel für das Cybersicherheitsprogramm im Gesundheitswesen. Der Anstieg im Jahr 2028 berücksichtigt den dann gesetzlich wieder zu leistenden Bundeszuschuss an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen von 1 Mrd. Euro jährlich. Nicht abgebildet sind auch in diesen Jahren drohende Zahlungsverpflichtungen im Zusammenhang mit der Abwicklung der Schutzmasken-Beschaffung aus dem Jahr 2020. Bei den Einnahmen sind die Rückzahlung der Darlehen durch den

²⁹ Integrität in der Bundesverwaltung – Jahresbericht 2023 – des Bundesministeriums des Innern und für Heimat vom 9. September 2024.

Gesundheitsfonds bzw. den Ausgleichsfonds ab dem Jahr 2029 berücksichtigt. Allerdings zeigt die geplante Verschiebung der Rückzahlungsverpflichtung des GKV-Darlehens aus dem Jahr 2023, dass diese Einnahmeprognosen unter einem gewissen Vorbehalt stehen.

Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sieht für weite Teile der Bundesverwaltung einen kontinuierlichen Personalabbau von 8 % über die 21. Legislaturperiode vor. Der Haushaltsentwurf enthält für den Einzelplan 15 noch keine Verminderung von Planstellen und Stellen. Entsprechende Streichungen sind erst für das Verfahren zur Feststellung des Bundeshaushalts für das Jahr 2026 geplant.

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, der zu Einzelplan 60 gehört.

Insgesamt 500 Mio. Euro aus dem Sondervermögen will das BMG über zehn Jahre für den Aufbau einer vernetzten souveränen Gesundheitsdateninfrastruktur aufwenden. Erforderlich seien Investitionen in den Aufbau von Infrastrukturen zur Datenverfügbarkeit, 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.

Dazu zählt auch ein Programm für die Digitalisierung des Rettungsdienstes zur Flankierung der geplanten Notfallreform. Notwendig ist hier laut BMG der Anschluss des Rettungsdienstes und die digitale Vernetzung der Akutleitstellen und des Notrufes sowie bundeseinheitliche Schnittstellen. Diese Maßnahmen würden derzeit je nach landesrechtlichen Strukturen teilweise durch die Umlage der Rettungsdienstentgelte von den Krankenkassen getragen. Das BMG will hier in den Jahren 2027 bis 2031 insgesamt 225 Mio. Euro aus Bundesmitteln des Sondervermögens beitragen und damit auch zu einer sachgerechten Entlastung der GKV von dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe beitragen.

Mit weiteren 150 Mio. Euro aus dem Sondervermögen sollen ab dem Jahr 2026 bis zum Jahr 2025 Reallabore für Künstliche Intelligenz (KI) in der Gesundheitsversorgung und Pflege sowie für Medizinprodukte gefördert werden. Reallabore sind Experimentierräume für Innovationen. Darin kann eine Einrichtung die Einhaltung von rechtlichen Vorgaben, etwa zum Datenschutz oder von Vorschriften zum KI-Einsatz, im laufenden Betrieb erproben. Hierfür bedürfe es Investitionen in eine Infrastruktur zur Erprobung und fundierten Unterstützung von KI-Anwendungen im Gesundheitswesen.

Schließlich plant das BMG, den Krankenhäusern insgesamt 4 Mrd. Euro auszus zahlen. Dafür sollen aus dem Sondervermögen 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2025 und 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2026 zur Verfügung gestellt werden. Damit solle gemäß den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag die „Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023“ geschlossen werden. Das BMG versteht dies als temporäre Überbrückungsmaßnahme. Ohne diese pauschalisierte Unterstützungsleistung sieht es bereits geplante und politisch beschlossene Investitionen zur Umsetzung der Krankenhausreform als gefährdet an. Die Auszahlung soll möglichst zeitnah und bürokratiearm erfolgen, indem auf die Abrechnungen Krankenhäuser für die Behandlung gesetzlich Versicherter zwischen dem 1. November 2025 und dem 31. Oktober 2026 pauschal ein Zuschlag gewährt wird. Erstattet würden die so entstehenden Mehrausgaben der Krankenkassen dann aus einem ergänzenden Zuschuss des Bundes aus dem Sondervermögen.

Der Bundesrechnungshof sieht diese Maßnahme kritisch. Erstens ist der Bund grundsätzlich nicht für die Krankenhausfinanzierung zuständig (s. o. Tnr. 3.1.1). Zweitens ist die Wirtschaftlichkeit der geplanten pauschalen und flächendeckenden Auszahlung fragwürdig. Sie flösse völlig unabhängig von tatsächlichen Investitionsvorhaben an alle Krankenhäuser. Sie wirkte damit nicht bedarfsbezogen, sondern wäre eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip. Begünstigt würden auch Kliniken, die nach den Vorgaben der Krankenhausreform nicht dauerhaft erhalten bleiben sollen oder keine Investitionen in der entsprechenden Höhe planen. Drittens ist eine sorgfältige verfassungsrechtliche Prüfung zu fordern, ob sich diese Maßnahme mit dem Zweck des Sondervermögens gemäß Artikel 143h Grundgesetz vereinbaren lässt. Nach derzeitiger Planung würden die Krankenhäuser die Hilfen als pauschalen Rechnungsaufschlag zur freien Verfügung erhalten. Sie bräuchten zudem keinerlei Verwendungsnachweis zu führen. Der Bundesrechnungshof sieht daher die konkrete Gefahr, dass die strikte Zweckbindung des Sondervermögens ausschließlich für Investitionen durch diese Konstruktion unbemerkt durchbrochen wird.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Schmidt-Koch, AI`n

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.