

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 2026



3. September 2025

Geschäftszeichen: IX 1 - 0003248

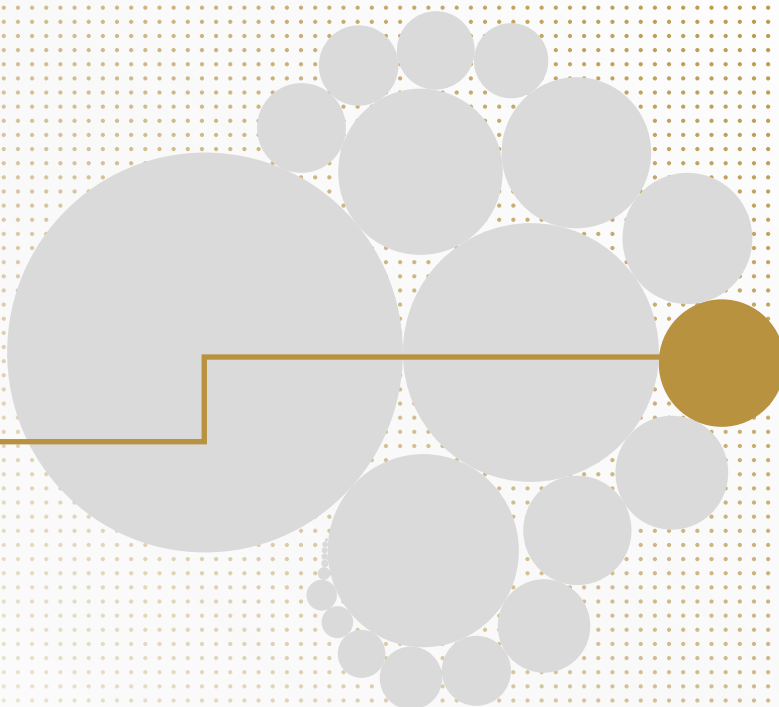
Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf www.bundesrechnungshof.de veröffentlicht.

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Bundesministerium für Gesundheit

Ausgaben

20,1 Mrd. Euro



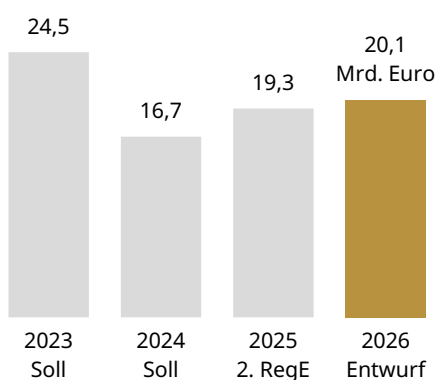
520,5 Mrd. Euro

Gesamtentwurf des Bundeshaushalts 2026

Ausgabenverteilung nach Einzelplänen

(ohne Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung)

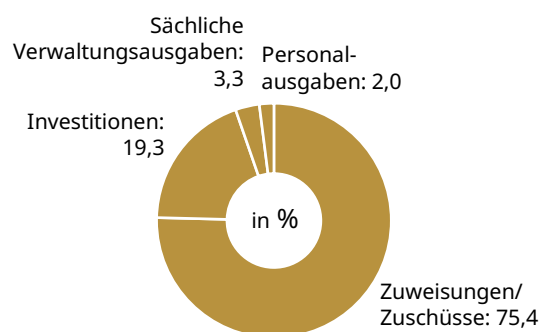
Soll-Entwicklung



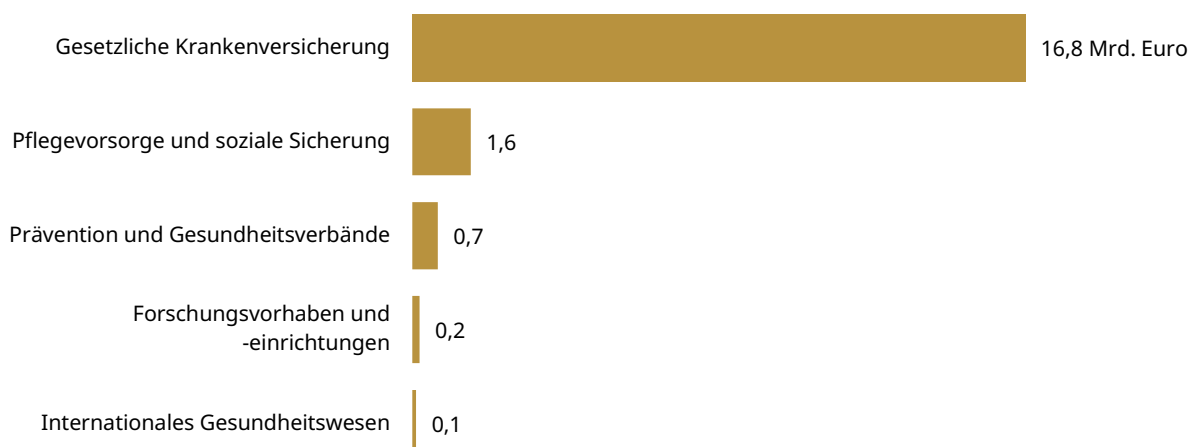
**Planstellen
& Stellen**
3 284

Veränderung
zum Vorjahr
+7

Ausgabenstruktur nach Hauptgruppen



Wesentliche Ausgaben



Inhaltsverzeichnis

1	Überblick.....	6
2	Haushaltsstruktur und -entwicklung	8
2.1	Einzelplan 15	8
2.2	Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität	8
3	Wesentliche Ausgaben	13
3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	13
3.2	Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung	19
3.3	Prävention und Gesundheitsverbände	24
3.4	Forschungsvorhaben und -einrichtungen.....	32
3.5	Internationales Gesundheitswesen.....	33
3.6	Bundesministerium und Geschäftsbereich	34
4	Wesentliche Einnahmen.....	35
5	Ausblick	36

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*

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

H

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

K

KI *Künstliche Intelligenz*

KV(en) *Kassenärztliche Vereinigung(en)*

M

MNS *Medizinische Mund-Nasen-Schutzmaske*

O

ÖGD *Öffentlicher Gesundheitsdienst*

P

PEI *Paul-Ehrlich-Institut*

PfH *Partikelfiltrierende Halbmaske*

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 2024 auf 16,7 Mrd. Euro – das entsprach 3,5 % der Ausgaben des Bundeshaushalts insgesamt. Davon entfielen 14,5 Mrd. Euro auf den Bundeszuschuss an die GKV und 1,1 Mrd. Euro auf Ausgaben im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Die Einnahmen betrugen 195,3 Mio. Euro und stammten überwiegend aus Gebühreneinnahmen für die Zulassung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten (119,7 Mio. Euro). Der zweite Regierungsentwurf für das Jahr 2025 sieht Ausgaben von 19,3 Mrd. Euro und Einnahmen von 106,2 Mio. Euro vor. Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 sind – bei gleicher Einnahmenprognose – Ausgaben von 20,1 Mrd. Euro veranschlagt.

Der Haushaltsgesetzgeber sollte in den kommenden Jahren vor allem auch die kreditfinanzierten Ausgaben im Blick behalten und für eine effiziente und zweckgerechte Mittelverwendung sorgen. Daneben steht die Aufgabe einer nachhaltig soliden Finanzierung der GKV und der SPV durch zeitnahe und wirksame Reformanstrengungen.

Tabelle 1

Übersicht über den Einzelplan 15 Bundesministerium für Gesundheit

	2024 Soll	2024 Ist ^a	Differenz Ist-Soll ^b	2025 Soll (2. RegE)	2026 Entwurf	Änderung zu 2025
	in Mio. Euro					in %
Ausgaben	16 708,5	16 698,5	-10,0	19 299,3	20 088,8	+4,1
darunter:						
→ Gesetzliche Krankenversiche- rung	14 650,6	14 570,4	-80,2	16 800,0	16 800,0	0
→ Pflegevorsorge und soziale Sicherung	79,6	72,8	-6,8	581,0	1 579,4	+171,8
→ Prävention und Gesundheits- verbände	1 090,1	1 115,7	25,6	959,3	720,8	-24,9
→ Forschungsvorhaben und -einrichtungen	176,0	118,2	-57,8	173,4	163,5	-5,7
→ Internationales Gesundheits- wesen	133,6	129,0	-4,6	132,4	122,1	-7,7
→ Ministerium	137,6	146,4	8,8	156,8	168,5	+7,5
Einnahmen	104,3	195,3	91,0	106,2	106,2	0
darunter:						
→ Gebühren (Arzneimittel und Medizinprodukte)	95,2	119,7	24,5	96,4	96,4	0
→ Zuschüsse der Europäischen Union	0	14,2	14,2	0	0	0
→ Sponsoring	0	5,0	5,0	0	0	0
→ Drittfinanzierte Aufgaben	1,8	27,2	25,4	2,4	2,4	0
Verpflichtungsermächtigungen	344,0 ^c	202,5	-141,5	273,0	1 154,4	+322,8
	Planstellen/Stellen					in %
Personal	3 268	2 948 ^d	-320	3 277	3 284	+0,2

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 2024 ohne außerhalb der verbindlichen Stellenpläne geführtes wissenschaftliches Personal (Ist-Besetzung am 1. Oktober 2024: 612).

Quelle: Haushaltsrechnung 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

2 Haushaltsstruktur und -entwicklung

2.1 Einzelplan 15

Der erhebliche Ausgabenzuwachs für die Jahre 2025 und 2026 gegenüber dem Jahr 2024 resultiert vor allem aus Maßnahmen zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV und der SPV. Der Gesundheitsfonds soll in diesen Jahren Darlehen von 4,6 Mrd. Euro erhalten. Dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen sollen über die beiden Jahre Kredite von insgesamt 2 Mrd. Euro gewährt werden. Dagegen bleibt – wie bereits im Jahr 2024 – der gesetzlich verankerte jährliche Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro an die SPV noch bis zum Jahr 2027 ausgesetzt. Dies soll der Konsolidierung des Bundeshaushalts dienen.

Der Anstieg der Verpflichtungsermächtigungen im Jahr 2026 beruht ausschließlich auf dem geplanten Sofortprogramm zur Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen (s. Tnr. 3.3.1). Dieses Programm soll ein Fördervolumen von 2 Mrd. Euro bis zum Jahr 2029 umfassen. Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 sind dafür Verpflichtungsermächtigungen von 1 Mrd. Euro für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehen. Ohne diese Maßnahmen würden sich die Verpflichtungsermächtigungen gegenüber dem Jahr 2025 um 43,5 % verringern.

Das Grundgesetz ermöglicht es, die für die Schuldenregel relevanten Krediteinnahmen u. a. um Ausgaben für den Schutz informationstechnischer Systeme zu bereinigen. Dies gilt, soweit diese Ausgaben zusammen mit anderen sicherheitsrelevanten Ausgaben 1 % des nominalen Bruttoinlandsprodukts überschreiten (sog. Bereichsausnahme, Artikel 115 Absatz 2 Satz 4 Grundgesetz). Dadurch steigt der Verschuldungsspielraum des Bundes. Die betroffenen Haushaltstitel sind mit einem B gekennzeichnet. Im Einzelplan 15 fallen darunter das Cybersicherheitsprogramm und geplante Ausgaben von 3,4 Mio. Euro für IT-Sicherheitsmaßnahmen im Geschäftsbereich des BMG (s. Tnr. 3.6).

2.2 Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität

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

Die Gesamt-Kreditermächtigung beläuft sich auf bis zu 500 Mrd. Euro. Davon sollen 100 Mrd. Euro den Ländern und Kommunen zur Verfügung gestellt und weitere

100 Mrd. Euro dem Klima- und Transformationsfonds zugeführt werden. Von den verbleibenden 300 Mrd. Euro soll das BMG nach derzeitiger Planung bis zu 33,9 Mrd. Euro und damit 11,3 % bewirtschaften.

2.2.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Insgesamt 650 Mio. Euro aus dem Sondervermögen will das BMG über zehn Jahre für den Aufbau einer vernetzten souveränen Gesundheitsdateninfrastruktur und die Förderung von Reallaboren für Künstliche Intelligenz (KI) in der Gesundheitsversorgung und Pflege sowie für Medizinprodukte aufwenden. Für das Jahr 2026 sind dafür Ausgaben von 65 Mio. Euro und Verpflichtungsermächtigungen von 59 Mio. Euro vorgesehen (Wirtschaftsplan 6093 Titel 894 53).

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

Hinzu kommt ein Programm für die Digitalisierung des Rettungsdienstes zur Flankierung der geplanten Notfallreform. Notwendig seien hier laut BMG der Anschluss des Rettungsdienstes an die Telematik-Infrastruktur und die digitale Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und des Notrufes. Dies solle mit einem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung im Herbst 2025 konkretisiert werden. Diese Maßnahmen würden derzeit je nach landesrechtlichen Strukturen überwiegend durch die Umlage in die Rettungsdienstentgelte von den Krankenkassen getragen. Für das Jahr 2026 sind noch keine Ausgaben im Haushaltsentwurf vorgesehen (Wirtschaftsplan 6093 Titel 894 62). Das BMG plant, in den Jahren 2027 bis 2031 insgesamt 225 Mio. Euro aus Bundesmitteln des Sondervermögens aufzuwenden. Darin sieht es einen Beitrag zu einer sachgerechten Entlastung der GKV von dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

2.2.2 Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds

Die Bundesregierung plant außerdem eine Entlastung der GKV-Financen ab dem Jahr 2026 durch eine Änderung der Krankenhausreform. Das Krankenhausversor-

gungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024¹ verpflichtete die GKV zur Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds. 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 Krankenhaustransformationsfonds 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 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.²

Nunmehr ist geplant, dass der GKV-Anteil durch den Bund übernommen werden soll, und zwar aus Mitteln des Sondervermögens gemäß Artikel 143h Grundgesetz (Wirtschaftsplan 6093 Titel 884 22). Dies setzt allerdings voraus, dass es sich um die Finanzierung von Investitionen handelt. Eine solche Regelung stellte zwar eine Durchbrechung der grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausinvestitionen dar.³ Auf diese Weise würden aber zumindest alle Steuerzahlerinnen und Steuerzahler in die Verantwortung genommen und keine GKV-Beitragsmittel für diesen Zweck eingesetzt.

Daneben hat sich die Bundesregierung in einer Protokollerklärung in der Bundessatzung am 11. Juli 2025 verpflichtet, die Länder zusätzlich zu entlasten, damit sie dem Gesetz für ein steuerliches Investitionssofortprogramm⁴ zustimmen. Unter anderem will die Bundesregierung danach in den Jahren 2026 bis 2029 nicht nur 2,5 Mrd. Euro jährlich, sondern zusätzlich je 1 Mrd. Euro in den Krankenhaustransformationsfonds einzahlen. Die Regelungen zur Kofinanzierung sollen dahin geändert werden, dass in den ersten vier Jahren nur ein Anteil von 1,5 Mrd. Euro auf die Länder entfällt. Werden die Mittel in dieser Zeit nicht voll abgerufen, sollen sie auch in den Folgejahren zur Verfügung stehen. Außerdem solle die Gesundheitsministerkonferenz prüfen, „inwieweit die Länder beim Einsatz der Mittel eine größere Flexibilität erhalten können“.⁵

¹ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024, BGBl. 2024 Nummer 400.

² Siehe dazu etwa das [Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz \(KHVVG\)](#) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024), S. 18 f.

³ Der Bund hat keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese gestaltet sich vielmehr dual: Die Länder (gemeinsam mit den Krankenhausträgern) haben die Investitionskosten zu tragen. Die Betriebskosten sind aus den Erlösen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften, die ganz überwiegend von den Krankenkassen getragen werden.

⁴ Gesetz für ein steuerliches Investitionssofortprogramm zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland vom 14. Juli 2025, BGBl. 2025 I Nummer 161.

⁵ Bundesrat, Plenarprotokoll 1056, Sitzung vom 11. Juli 2025, S. 235 f.

Der Bundesrechnungshof hält die geplanten Maßnahmen für verfehlt. Der Wunsch der Länder nach mehr Flexibilität bedeutet nach den bisherigen Erfahrungen in der Praxis regelmäßig eine Aufweichung der Vorgaben zur Mittelverwendung und/oder eine Reduzierung der Pflichten zum Nachweis regelkonformer Mittelverwendung. Die Bestimmungen zum Krankenhaustransformationsfonds legen fest, wofür die Mittel eingesetzt werden können,⁶ und enthalten dazu bereits einen sehr weit gefassten Katalog. Hier würden nicht nur zusätzliche Bundesmittel, für die aus dem Bundeshaushalt Zins und Tilgung zu leisten sind, für genuine Länderaufgaben zur Verfügung gestellt. Es droht auch eine Aufweichung der Verwendungszwecke, die womöglich nicht mehr von der Zweckbindung des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität gemäß Artikel 143h Grundgesetz gedeckt wäre. Zudem sind die Länder seit vielen Jahren nicht annähernd ihrer Investitionsverantwortung bei der Krankenhausfinanzierung nachgekommen. Eine weitere finanzielle Entlastung ist darum nach Auffassung des Bundesrechnungshofes nicht angezeigt. Vielmehr sollte nach einem gesetzlichen Hebel gesucht werden, der künftig eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser durch die Länder gewährleistet.

2.2.3 Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser

Aus dem Sondervermögen sollen 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2025 und 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2026 für „Sofort-Transformationskosten Krankenhäuser“ (Wirtschaftsplan 6093 Titel 884 21) fließen. Die Mittel sollen gemäß Artikel 9 des Entwurfs eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025 als ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds geleistet werden. Die Gesetzesbegründung enthält weder eine Definition dieser „Sofort-Transformationskosten“ noch einen Verweis auf die Zweckbindung des Sondervermögens. Es wird lediglich behauptet, bei Krankenhäusern bestehe eine „Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023, die gemäß dem Koalitionsvertrag aus Mitteln des Sondervermögens ‚Infrastruktur und Klimaneutralität‘ geschlossen werden soll“.⁷ Die Krankenhäuser werden ermächtigt, einen Rechnungszuschlag von 3,45 % für die voll- oder teilstationäre Behandlung gesetzlich Versicherter zwischen dem 1. November 2025 und dem 31. Oktober 2026 zu erheben. Der Zuschlag wird in den Artikeln 10 und 12 des Gesetzentwurfs eingeführt. Der Bundeszuschuss soll pauschal die Ausgaben abgelden, die den Krankenkassen durch diesen Zuschlag entstehen. Durch den ergänzenden Bundeszuschuss erhöhen sich die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in den Auszahlungsjahren 2025 und 2026.

Die aus diesen Rechnungszuschlägen resultierenden Mehrkosten müssen die Krankenkassen für ihre jeweils behandelten Versicherten tragen. Ausweislich der Gesetzesbegründung nutzt dieser Weg „gut etablierte und in der Vergangenheit bereits praktizier-

⁶ § 12b Absatz 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

⁷ Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025, Bundestagsdrucksache 21/778, S. 2.

te Verwaltungsverfahren und Zahlungswege“⁸; er ist damit nach Auffassung der Bundesregierung besonders bürokratiearm.

Der Bundesrechnungshof sieht diese Maßnahme und ihre Finanzierung äußerst kritisch. Der Bund ist grundsätzlich nicht für die Krankenhausfinanzierung zuständig. Die Wirtschaftlichkeit der geplanten pauschalen und flächendeckenden Auszahlung ist fragwürdig. Der Zuschlag würde völlig unabhängig von tatsächlichen Investitionsvorhaben an alle Krankenhäuser fließen und damit nicht bedarfsbezogen wirken. Dies wäre eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip. Begünstigt würden auch Kliniken, die nach den Vorgaben der Krankenhausreform nicht dauerhaft erhalten bleiben sollen oder überhaupt keine Investitionen bzw. nicht in der entsprechenden Höhe planen.

Die Höhe der künftig tatsächlich abgerechneten Zuschläge lässt sich nicht präzise prognostizieren, weshalb der Bundeszuschuss ausdrücklich zur pauschalen Abgeltung gewährt wird. Das Verfahren birgt damit auch die Gefahr, dass letztlich mehr als die vorgesehenen 4 Mrd. Euro an die Krankenhäuser fließen. Die Finanzierung des etwaigen Mehrbetrages ist völlig offen. Damit wird auch ein klarer Anreiz für Krankenhäuser zu mehr Behandlungen im Regelungszeitraum gesetzt. Dies kann zu einer unbeabsichtigten finanziellen Ungleichbehandlung innerhalb der Kliniklandschaft führen, denn nicht alle Krankenhäuser können im gleichen Umfang ihre Behandlungsmengen steuern. Weil die Verteilung der erhöhten Zuweisungen dem Risikostrukturausgleich folgt und nicht den tatsächlich zu leistenden Zuschlägen, könnten auch die Krankenkassen dadurch ohne sachlichen Grund unterschiedlich belastet werden.

Der Bundesrechnungshof fordert zudem eine sorgfältige verfassungsrechtliche Prüfung, ob sich diese Maßnahme mit dem Zweck des Sondervermögens gemäß Artikel 143h Grundgesetz vereinbaren lässt. Denn die Mittel des Sondervermögens dürfen ausschließlich zur Finanzierung und Förderung von öffentlichen Investitionen in Infrastruktur eingesetzt werden.⁹ Weder stellt ein ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds eine Investition dar, noch ist sichergestellt, dass die Mittel am Ende für Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur eingesetzt werden. Nach dem Gesetzentwurf würden die Krankenhäuser die Hilfen als pauschalen Rechnungsaufschlag zur freien Verfügung und ohne jeden Verwendungsnachweis erhalten. Diese Konstruktion stellt nicht einmal ansatzweise eine Verbindung zwischen dem Einsatz der Mittel aus dem Sondervermögen und irgendwelchen Investitionen seitens der Krankenhäuser als „Letztempfänger“ her. Der Bundesrechnungshof sieht daher die Zweckbindung des Sondervermögens durch diese Konstruktion mehr als gefährdet. Es handelt sich letztlich um eine flächendeckende Subventionierung der gesamten Krankenhauslandschaft mit der Gießkanne. Dadurch würde ein Präzedenzfall geschaffen, politisch gewünschte

⁸ Bundestagsdrucksache 21/778, S. 18.

⁹ Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 109, 115 und 143h), Bundestagsdrucksache 20/15096, S. 13.

Vorhaben auch ohne Rücksicht auf den Regelungsrahmen in Artikel 143h Grundgesetz aus dem Sondervermögen zu finanzieren.

Zudem ist fraglich, wie für diese Maßnahme die nach dem Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität¹⁰ vorgeschriebene Erfolgskontrolle durchgeführt werden könnte. § 10 des Gesetzentwurfs sieht vor, dass die aus Mitteln des Sondervermögens finanzierten Maßnahmen durch angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu unterlegen sind. Diese sind an den Zielen einer verbesserten Infrastruktur und eines höheren Wirtschaftswachstums zu orientieren. Dabei sind jeweils hinreichend konkretisierte Ziele zu formulieren und das methodische Vorgehen zur Erfolgskontrolle festzulegen. Auf diese Weise soll die vorherige, begleitende und nachgelagerte Kontrolle gewährleistet werden, ob die Ziele des Sondervermögens erreicht wurden. Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Erfolgskontrollen seien „ein entscheidender Baustein für eine nachhaltige und glaubwürdige Wachstumsperspektive“.¹¹ An die Wirtschaftlichkeit der kreditfinanzierten Maßnahmen und ihre nachhaltige Wirkung auf Infrastruktur und Wirtschaftswachstum sind hohe Anforderungen zu stellen. Denn die Ausgaben für Zins und Tilgung belasten nicht nur den Bundeshaushalt, sondern damit auch künftige Generationen. Damit sind aus dem Sondervermögen nur solche Maßnahmen zu finanzieren, die nachweislich eine nachhaltige Wirkung entfalten und nicht nur kurzfristig Finanzlücken schließen.

Der Bundesrechnungshof hält bei der hier gewählten Konstruktion über Pauschalzahlungen ohne Informationen über die tatsächliche Verwendung der Mittel die vorgeschriebenen Erfolgskontrollen und Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen für von vornherein unmöglich.

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 eine private Krankenversicherung abgesichert waren, davon mehr als die Hälfte Beihilfeberechtigte (Verbeamtete, Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsleistungen sowie deren Angehörige).

¹⁰ Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIKG), Bundestagsdrucksache 21/779.

¹¹ Bundestagsdrucksache 21/779, S. 12.

3.1.1 Haushaltsentwicklung

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.

Tabelle 2

Übersicht Kapitel 1501

	2019 Ist	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Soll	2026 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	-	-	-	11,0	-	-	-	-
Bundeszuschuss GKV	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0	14 500,0
Darlehen	-	-	-	-	1 000,0	-	2 300,0	2 300,0
Ergänzender Bundeszuschuss GKV	-	3 500,0	5 000,0	14 000,0	2 000,0	-	-	-
Zukunftsprogramm Krankenhäuser	-	-	3 000,0	-	-	-	-	-
Sonstige Aufgaben	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-
Pandemieausgaben (ohne GKV-Zuschuss)	-	9 448,4	17 984,7	21 229,5	1 435,8	70,4	-	-

Quelle: Haushaltsrechnungen 2019 bis 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

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 und werden nicht gesondert im Haushaltsplan ausgewiesen. Für das Jahr 2024 weist die Haushaltsrechnung des Bundes saldierte Ausgaben von 70,4 Mio. Euro aus. Bei den Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz verzeichnete der Bundeshaushalt im Jahr 2024 Rückflüsse von 405 000 Euro. Im Jahr 2024 flossen außerdem weitere 27,8 Mio. Euro zurück in den Bundeshaushalt, davon 21,6 Mio. Euro aufgrund von Abrechnungsprüfungen gemäß der Coronavirus-Testverordnung. Weitere Einnahmen sind möglich, weil die KVen Rückforderungen gegen Teststellen in dreistel-

liger Millionenhöhe geltend gemacht haben. Allerdings würde damit nur ein Bruchteil der Ausgaben des Bundes gedeckt, die sich allein für die Bürgertestungen auf über 8 Mrd. Euro beliefen. Der Bundesrechnungshof hatte die Abrechnungsprüfungen und ihre Datenbasis wiederholt als unzureichend kritisiert.¹²

3.1.2 Finanzielle Lage der GKV

Entwicklung der Einnahmen und des Gesundheitsfonds

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

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

¹² Siehe dazu vertiefend Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Ausgewählte Aspekte der Corona-Testungen und ihrer Abrechnungen“ (Gz.: IX 1 - 0001971) vom 5. Februar 2024.

Landwirtschaftliche Krankenversicherung, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt) knapp 14,4 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. In den vergangenen Jahren kamen weitere Zuflüsse hinzu, etwa Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder Abgaben aus Rücklagen der Krankenkassen. Diese sollten den Anstieg der Zusatzbeitragssätze dämpfen. Zudem leistete der Bund in den Pandemie Jahren ergänzende Zuschüsse und Darlehen zur Beitragsstabilisierung.

Mindereinnahmen bei den laufenden Beiträgen wirken sich aufgrund der Vorabfestsetzung der Zuweisungen unterjährig nicht auf die Höhe der Zahlungen an die Krankenkassen aus, sondern lediglich auf die Liquidität des Gesundheitsfonds. Allerdings kann es in diesen Fällen zu einer späteren Auszahlung als üblich kommen. Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Zum Ausgleich von Einnahmeschwankungen bei monatlich fest auszuzahlenden Zuweisungsbeträgen verfügt der Gesundheitsfonds über eine solche Reserve, die zum Ende seines Geschäftsjahres jeweils am 15. Januar des Folgejahres mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen muss (Mindestreserve). Im 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.

Liegen die tatsächlichen Jahreseinnahmen des Gesundheitsfonds 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. Der Gesundheitsfonds verzeichnete Ende des Jahres 2024 trotz leicht gestiegener Beitragseinnahmen ein Defizit von 3,7 Mrd. Euro, weil zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge Entnahmen aus der Liquiditätsreserve an die Krankenkassen ausgeschüttet wurden.

Entwicklung der Ausgaben und des Zusatzbeitrags

Der Schätzerkreis prognostiziert auch die zu erwartenden Ausgaben der Krankenkassen. Diese Prognose überschreitet seit vielen Jahren die Einnahmeschätzung für das jeweilige Jahr. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen steigen regelmäßig stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder, auf denen die Beitragseinnahmen basieren. Gründe dafür sind unter anderem die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt. Der auf 14,6 % festgeschriebene Beitragssatz führt im Ergebnis zu einer bewussten Unterdeckung der Ausgaben, die nach dem Willen des Gesetzgebers durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge auszugleichen ist. Diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge sollen den Wettbewerb in der GKV stärken. Jeweils zum 1. November eines Jahres verkündet das BMG den sich aus der Prognose des Schätzerkreises für das Folgejahr rechnerisch ergebenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Decken die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den konkreten Finanzbedarf einer Krankenkasse nicht, muss sie, soweit sie nicht noch auf vorhandene Rücklagen zurückgreifen kann, einen Zusatzbeitrag erheben. Der im Bundesanzeiger bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz lag für das Jahr 2024 bei 1,7 % und für das Jahr 2025 bei 2,5 %.¹³ Die tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze bei frei wählbaren Krankenkassen lagen am 1. Juli 2024 noch zwischen 0,9 und 2,7 % und am 1. Juli 2025 bereits zwischen 2,2 und 4,4 %. Einige Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge nicht nur, um ihre Haushalte auszugleichen, sondern auch, um erforderliche Finanzreserven wieder aufzubauen.

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

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 wuchsen bei etwas 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 nur leicht auf 12,6 Mrd. Euro.

Entwicklung der strukturellen Deckungslücke

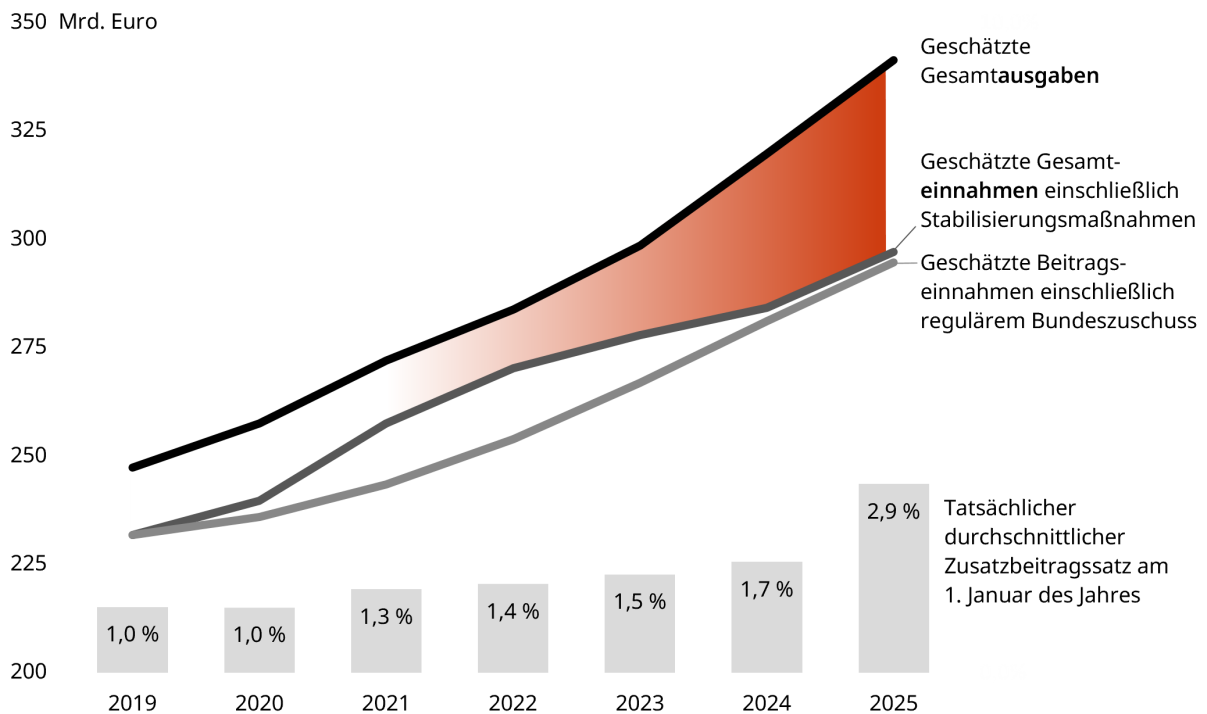
In den GKV-Finzen schlägt sich der allgemeine Konjunkturverlauf ebenso nieder wie die demografische Entwicklung. Doch die rasante Ausgabensteigerung geht nicht allein auf inflationsbedingte Kostensteigerungen zurück, sondern auch auf eine höhere Grunddynamik. Hier wirkten sich nach Auffassung des BMG vor allem gesetzliche Maßnahmen der letzten 10 bis 15 Jahre aus, bei denen ausgabenbremsende Regelungen und Wirtschaftlichkeitsanreize in vielen Leistungsbereichen sukzessive reduziert wurden. Hinzu kämen Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts, vor allem bei patentgeschützten Arzneimitteln. Die geltende gesetzliche Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 0,2 Monatsausgaben reiche nicht mehr aus, um unterjährige Einnahmeschwankungen und unvorhergesehene Belastungen auszugleichen. Ohne weitere Maßnahmen würden die Ausgaben auch in den kommenden Jahren stärker wachsen als die Einnahmen und zu steigenden Zusatzbeitragssätzen um 0,3 Prozentpunkte pro Jahr führen.

¹³ Für die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen findet ein Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen statt (§ 270a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Dieser sorgt dafür, dass von Krankenkassen mit überdurchschnittlich einkommensstarker Mitgliedschaft Mittel an Krankenkassen mit finanzschwächeren Mitgliedern umverteilt werden.

Abbildung 1

Strukturelle Deckungslücke wächst

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



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: Schätztableaus des Schätzerkreises für die Jahre 2019 bis 2025, 2. Regierungsentwurf zum Bundeshaushalt 2025, für die Zusatzbeitragsätze: BMG.

Geplante Stabilisierungsmaßnahmen

Für das Jahr 2026 sieht der Haushaltsentwurf wie schon für das Vorjahr ein überjähriges Darlehen an den Gesundheitsfonds von 2,3 Mrd. Euro vor (Titel 856 01). Diese insgesamt 4,6 Mrd. Euro sollen 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 Maßnahmen sollen 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 Zusatzbeitragsätze begrenzen helfen. Auch die geplante Finanzierung des

Krankenhaustransformationsfonds zur Umsetzung der Krankenhausreform durch den Bund (s. Tnr. 2.2.2) würde die GKV-Finanzen in den kommenden zehn Jahren entlasten. 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-Finanzen hingewiesen. Dem will das BMG nun begegnen, indem die Rückzahlungsverpflichtung um sieben Jahre verschoben werden soll.

Derartige kurzfristig wirksame Finanzspritzen tragen langfristig nicht zur Stabilisierung der GKV-Finanzen bei. Sie gelten zudem als finanzielle Transaktion und bleiben unberücksichtigt, wenn die Kreditobergrenze des Bundeshaushalts nach Artikel 115 Grundgesetz berechnet wird.¹⁴ 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 zuließe, liefe dies faktisch auf einen Zuschuss des Bundes hinaus. Letztlich löst der Bund durch das Darlehen ein aktuelles Finanzierungsproblem zulasten der Zukunft und verschiebt die Lösung auf künftige Legislaturperioden.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode sieht vor, eine Kommission aus Sachverständigen und Sozialpartnern einzurichten.¹⁵ 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 akuten kritischen Finanzlage der GKV nicht angemessen.

3.2 Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung

3.2.1 Haushaltsentwicklung

Kapitel 1502 umfasst Maßnahmen zur sozialen Entschädigung, zur Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge und zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Der Ausgabenanstieg bei der sozialen Entschädigung geht auf die Dynamisierung der Leistungen für Hepatitis-C-Opfer (Titel 632 01) sowie durch Blutprodukte HIV-Infizierte (Titel 685 01) zurück. Bei der Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge (Titel 681 01) rechnet das BMG künftig nicht mit höheren Vertragszahlen. Auch die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger (Titelgruppe 01) gehen nach dem Haushaltsentwurf im Jahr 2026 leicht zurück.

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

¹⁵ „Verantwortung für Deutschland“ – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, vom 5. Mai 2025, S. 105.

Daneben enthält Kapitel 1502 Zuschüsse und Darlehen an den Ausgleichsfonds der SPV. Die Zahlung des gesetzlich verankerten Bundeszuschusses von 1 Mrd. Euro wurde für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Dadurch sollte der Bundeshaushalt konsolidiert werden. Die Haushaltsentwürfe für die Jahre 2025 und 2026 enthalten stattdessen Darlehen von insgesamt 2 Mrd. Euro. Diese Mittel muss die SPV ab dem Jahr 2028, wenn der Bundeszuschuss wieder gezahlt wird, zurückerstatten. Bereits im Jahr 2023 zahlte die SPV mit 500 Mio. Euro die Hälfte eines Liquiditätsdarlehens des Bundes aus dem Jahr 2022 zurück. Im Jahr 2028 ist die zweite Hälfte zu tilgen, und ab dem Jahr 2029 würden fünf Tranchen für die aktuellen Darlehen anfallen.

Tabelle 3

Übersicht Kapitel 1502

	2019 Ist	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Soll	2026 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	0,4	1,8	0,2	0,1	501,3	10,2	0,2	0,2
Bundeszuschuss SPV	-	-	-	1 000	1 000	-	-	-
Darlehen SPV	-	-	-	-	-	-	500,0	1 500,0
Soziale Sicherung	11,9	13,8	13,1	12,9	13,0	13,1	15,6	15,8
Fördermaßnahmen und Pflegevorsorge	58,2	63,4	68,2	63,9	62,0	59,7	65,4	63,6
Pandemieausgaben	-	-	1 000,0	3 200,0	-	-	-	-

Quelle: Haushaltsrechnungen 2019 bis 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

3.2.2 Finanzielle Lage 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 %¹⁶ 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.

¹⁶ 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.

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 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 sein könnten: 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 im Lichte früherer Annahmen 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 zukunftssicheren Finanzierung der SPV. Darin wird festgestellt, dass nach Einführung

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017¹⁷ die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich stärker zugenommen habe als bei seiner Einführung – aufgrund empirischer Studien und anhand demografischer Daten – angenommen wurde.¹⁸ Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes ist deshalb davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen weiterhin stärker steigen wird als ursprünglich angenommen. In dem Bericht der Bundesregierung hat das BMG angekündigt, die Gründe für den Anstieg wissenschaftlich untersuchen zu lassen.¹⁹ 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 die Zahl um etwa 400 000 Personen (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.²⁰ Zu einem Ausgabetreiber entwickelt sich die vollstationäre Pflege seit dem Jahr 2022.²¹ Damals führte der Gesetzgeber die sogenannte Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen ein. Seitdem übernehmen die Pflegekassen einen Teil des pflegebedingten Eigenanteils, den bis dahin ausschließlich die Pflegebedürftigen zu tragen hatten. Der Anteil, den die Pflegekasse übernimmt, steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Pflegeheim.²² 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.²³ Für das laufende Jahr wird ein weiterer Ausgabenanstieg auf 7,3 Mrd. Euro erwartet.²⁴ Im ungünstigsten Fall könnten die Ausgaben für die Eigenanteilsbegrenzung bis zum Jahr 2029 auf bis zu 9,4 Mrd. Euro²⁵ anwachsen. Verantwortlich für das stetige Anwachsen der Ausgaben ist vor allem der weiterhin ungebremste Anstieg der Eigenanteile. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die vollstationäre Pflege erhalten, steigt dagegen nicht im gleichen Maße wie die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Ende des Jahres 2024 erhielten etwas mehr als 710 000

¹⁷ 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, sodass Menschen mit demenziellen Erkrankungen vergleichsweise geringe Leistungen erhielten.

¹⁸ Bericht der Bundesregierung, Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen, S. 12 und 41.

¹⁹ Bericht der Bundesregierung, a. a. O., S. 12 und 41.

²⁰ 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.

²¹ Zwischen den Jahren 2017 und 2021 lagen die jährlichen Ausgaben der SPV für die vollstationäre Pflege konstant bei ca. 13 Mrd. Euro.

²² 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.

²³ 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.

²⁴ IGES Institut, Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege, Mai 2025, S. 8.

²⁵ IGES Institut, a. a. O., S. 8.

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

Die im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode vereinbarte Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ konstituierte sich am 7. Juli 2025. Bis in den Herbst dieses Jahres sollen die beiden Facharbeitsgruppen zu Finanzierung und Versorgung tagen und auch Verbände und Organisationen anhören. Im Dezember 2025 sollen sie Eckpunkte vorlegen, auf deren Basis ab dem Jahr 2026 Gesetzgebungsverfahren beginnen können. Bei der Finanzierung sollen vor allem der Umfang der Versicherungsleistungen, Optionen zu einer weiterentwickelten Kapitaldeckung und der künftigen Aufteilung der Finanzierung auf Beitragsmittel, Steuern und individueller Beteiligung und Vorsorge geprüft werden. Im Hinblick auf die Versorgung soll es um die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention sowie eine sichergestellte pflegerische Versorgung und die Unterstützung pflegender Angehöriger gehen. Auch Aspekte von Steuerung, Digitalisierung und Innovationen sollen betrachtet werden.²⁶

Nach diesem Zeitplan laufen Gesetzgebungsverfahren frühestens im Jahr 2026 an. Es würden viele Monate verstreichen, bis eine Reform Wirkung zeigt. Bis dahin müssen Maßnahmen ergriffen werden, um kurzfristig die Finanzen der SPV zu stabilisieren. Die vorliegenden Haushaltsentwürfe sehen vor, dass der Bund dem Ausgleichsfonds der SPV im Jahr 2025 ein überjähriges Darlehen von 500 Mio. und im Jahr 2026 von 1,5 Mrd. Euro gewährt. Diese Mittel sollen in den Jahren 2029 bis 2033 jeweils zu gleichen Teilen zurückgezahlt werden.

Der Bund ist 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.

²⁶ Arbeitsaufträge „Zukunftspakt Pflege“ vom 7. Juli 2025, zuletzt abgerufen am 29. August 2025.

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 das BIÖG durchführt, aber auch durch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Außerdem enthält das Kapitel das neue Förderprogramm Cybersicherheit und – nach wie vor – eine Vielzahl pandemiebezogener Maßnahmen. Diese machen im Haushaltsentwurf 2026 noch immer den größten Anteil an dem Kapitelansatz von 720,8 Mio. Euro aus.

Tabelle 4

Übersicht Kapitel 1503

	2019 Ist	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Soll	2026 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	0,5	1,1	0,6	2,0	1,0	1,4	2,0	2,0
Prävention	47,5	45,4	55,7	78,9	50,9	53,8	61,5	58,6
Gesundheitsverbände	3,5	3,1	3,7	3,3	3,3	3,2	4,0	4,3
Cybersicherheit im Gesundheitswesen	-	-	-	-	-	-	2,0	190,0
Pandemieausgaben	-	6 137,2	5 681,8	9 050,7	1 783,3	1 058,7	891,8	467,8

Quelle: Haushaltsrechnungen 2019 bis 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

3.3.1 Förderprogramm Cybersicherheit im Gesundheitswesen

Neu in das Kapitel aufgenommen wurden Ausgaben für den Schutz der informationstechnischen Systeme des Bundes (Titelgruppe 03). Diese Maßnahme fällt unter die Bereichsausnahme, die Titel sind im Haushaltsentwurf daher mit einem „B“ gekennzeichnet (s. dazu Tnr. 2.1). Die Bezeichnung der Titelgruppe ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes irreführend, denn es geht dabei nicht um den Schutz bundeseigener IT-Systeme, sondern um Projektfördermaßnahmen für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Das BMG plant hier ein Sofortprogramm zur Verbesserung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen mit einem Gesamtvolumen von 2 Mrd. Euro bis zum Jahr 2029. 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 Cyberattacken betroffenen Bereichen. Derartige Angriffe auf Einrichtungen der kritischen Infrastruktur im Gesundheitswesen könnten lebensbedrohliche Auswirkungen haben und gegebenenfalls zu erheblichen Versorgungseinbußen führen.

Für das Jahr 2026 sieht der Haushaltsentwurf Verwaltungsausgaben von 0,8 Mio. Euro (Personal- und Sachaufwand) und 189,2 Mio. Euro für Projektzuschüsse vor. Es soll zudem eine Verpflichtungsermächtigung von 1 Mrd. Euro für diesen Zweck ausgebracht werden. In den Jahren 2027 und 2028 sollen hier jeweils 700 Mio. Euro sowie 400 Mio. Euro im Jahr 2029 zur Verfügung stehen.

3.3.2 Pandemiebezogene Maßnahmen

Die meisten Vorhaben, die zum Zweck der Pandemiebekämpfung und -vorsorge in den Jahren ab 2020 begonnen wurden, laufen langsam aus. Die im Jahr 2022 abgeschlossenen Pandemiebereitschaftsverträge (Titel 531 07) sollen eine rasche Versorgung mit Impfstoffen gegen Corona-Virusvarianten oder andere pandemische Infektionskrankheiten sicherstellen. Für die drei laufenden Verträge sind im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 Ausgaben von 336,1 Mio. Euro vorgesehen. Auch für die Beschaffung der Corona-Impfstoffe (Titel 684 07) sind im Jahr 2026 noch 59,1 Mio. Euro für Restlieferungen sowie mögliche Anwalts- und Gerichtskosten aus Rechtsstreitigkeiten um mögliche Impfschäden veranschlagt. Modellmaßnahmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID (Titel 686 24) sollen im Jahr 2026 mit 15 Mio. Euro gefördert werden.

Massive Überbeschaffung 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 des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) zusammengefasst.²⁷ Er rügte darin eine massive Überbeschaffung. Letztlich wurden nur 1,7 Milliarden Schutzmasken im Inland verteilt. Mehr als die Hälfte der Beschaffungsmenge wurde bereits vernichtet.

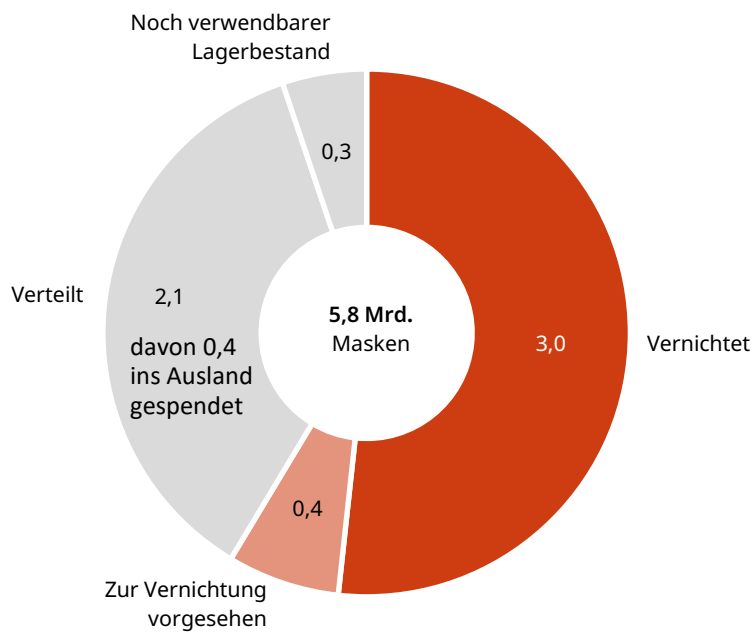
Für die zu Beginn des Jahres 2024 noch nutzbaren Restbestände von 800 Millionen Schutzmasken fehlte es an einem wirksamen und realistischen Verteilungskonzept. Das BMG konnte seit dem Jahr 2023 nur noch 55 Millionen Stück kostenlos an Krankenhäuser, Sozialverbände oder Behörden abgeben. Bei großen Mengen ist inzwischen das Mindesthaltbarkeitsdatum abgelaufen, sodass sie ebenfalls vernichtet wurden. Weitere 377 Millionen Schutzmasken sind bereits konkret zur Vernichtung vorgesehen oder werden lediglich deshalb noch länger eingelagert, weil sie in den laufenden Verfahren streitbefangen sind. Aktuell verfügt das BMG noch über 332 Millionen auslieferungsfähige Schutzmasken.

²⁷ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen (Gz.: IX 1 - 2020 - 0946) vom 16. Juni 2021 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 (Gz.: IX 1 - 0000625) vom 28. März 2024.

Abbildung 2

Mehr als die Hälfte der Masken bereits vernichtet

Von den durch das BMG zur Bekämpfung der Corona-Pandemie beschafften Schutzmasken ist inzwischen mehr als die Hälfte vernichtet. Nur 1,7 Milliarden Schutzmasken (30 %) wurden in Deutschland verteilt, weitere 0,4 Milliarden Stück ins Ausland gespendet.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: BMG.

Kein Mandat für Jahresmenge eines gesamten Wirtschaftssektors

Das BMG weist die Feststellungen des Bundesrechnungshofes bis heute zurück: Eine Überbeschaffung liege aus damaliger Sicht nicht vor. Das BMG habe seine Aufgabe in der kritischen Weltmarktlage im Frühjahr 2020 darin gesehen, einen Jahresbedarf für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen zu beschaffen. Dazu multiplizierte es den Personalbestand (nach Köpfen und ungeachtet der konkreten Aufgabe) mit einer Verbrauchsempfehlung aus der klinischen Versorgung von zwei partikelfiltrierenden Halbmasken (PfH) für ein Drittel der Belegschaft und vier medizinische Mund-Nasen-Schutzmasken (MNS) für zwei Drittel pro Tag. Demzufolge wären bei 250 Werktagen für die 5,7 Millionen Beschäftigten in der Gesundheitsverwaltung, in Arzt-, Zahnarzt- und sonstigen Praxen, Apotheken, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Reha-Kliniken, Rettungsdiensten, Sozialversicherungen und privaten Krankenversicherungen, medizinischen Einzelhandels-, Handwerks- und Industriebetrieben und Laboren insgesamt 0,9 Milliarden PfH und 3,8 Milliarden MNS benötigt worden. An diesem Mengengerüst habe das BMG seine Beschaffung ausgerichtet und 1 Milliarde PfH sowie 1,6 Milliarden MNS kurzfristig überwiegend aus Importen

bezogen. Weitere 0,7 Milliarden PfH und 2,4 Milliarden MNS kamen aus deutscher Produktion ab dem zweiten Halbjahr 2020 hinzu.

Der Bundesrechnungshof hat in seinen Berichten ausführlich dargelegt, warum eine Menge von 4,7 Milliarden Schutzmasken weder sachlich angemessen ermittelt noch dringlich zu beschaffen war.²⁸ Für eine derartige Berechnung ist zudem weder eine Leitungsentscheidung des BMG noch ein Gremienbeschluss der Bundesregierung dokumentiert.²⁹ Vielmehr beschloss das Corona-Kabinett am 30. März 2020 zum Umfang der Beschaffungstätigkeit ausdrücklich: Der Bund sollte lediglich ergänzend zu Bemühungen der Länder und Bedarfsträger zur kurzfristigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Kassenarztpraxen und Akutkrankenhäusern Schutzausrüstung beschaffen. Dies entsprach den Beschlüssen des Krisenstabs.³⁰ Gemäß diesen Vorgaben wurden Preise mit den Ländern und KVen vereinbart und die Verteilung von März bis Juni 2020 organisiert.

In diesem Sinne wurde auch der Haushaltsausschuss unterrichtet. In den einschlägigen Sitzungen vom 4. März und 22. April 2020 wurde er jeweils über die Einwilligung des BMF in überplanmäßige Ausgaben für die Pandemiebekämpfung informiert. Dabei sprach die Hausleitung des BMG ausdrücklich und ausschließlich von Krankenhäusern und Arztpraxen als Empfänger der Schutzausrüstung neben der Bundesverwaltung selbst. Zu keiner Zeit war die Rede von einer Jahresmenge, erst recht nicht für einen ganzen Wirtschaftssektor. Der Haushaltsausschuss machte damals deutlich, dass er die Versorgung des Gesundheitswesens primär als Länderaufgabe betrachtete und dem Einsatz von Bundesmitteln skeptisch gegenüberstand. Entsprechend forderte er das BMG in einem Maßgabebeschluss auf, nicht auf eine Erstattung von Ausgaben durch die Länder und KVen zu verzichten.

Auf der Basis dieser Beschlusslage hatte das BMG in mehrfach fortgeschriebenen Leistungsvorlagen im März und April 2020 kurzfristig aus Importen zu beschaffende Be-

²⁸ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen (Gz.: IX 1 - 2020 - 0946) vom 16. Juni 2021, S. 43 ff., 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 (Gz.: IX 1 - 0000625) vom 28. März 2024, S. 21ff.

²⁹ Ein Kabinettsbeschluss vom 3. Juni 2020 führt lediglich nach Abschluss der Beschaffungen ohne weiteren Nachweis zum Rechenweg an, dass ein Gesamtjahresbedarf für den Gesundheitssektor von maximal 6,4 Milliarden Schutzmasken bestehe, von denen aufgrund nicht näher unterlegter Annahmen über Eigenbevorratungen und Länderbeschaffungen 1,4 Milliarden abzuziehen seien: „Als Maximalwert für eine Beschaffung des Bundes errechnet sich somit ein Wert von 5 Mrd. Masken“, zu einem Drittel PfH und zu zwei Dritteln MNS.

³⁰ Der Krisenstab der Bundesregierung hatte in seiner Sitzung am 3. März 2020 unter anderem beschlossen, dass das BMG innerhalb der Bundesregierung zentral die Bedarfsmeldungen sammeln und die Beschaffungsämter des Bundes mit der Beschaffung von Schutzausrüstung beauftragen sollte. Dabei ging er zunächst von einer Mindestbeschaffung von 150 Millionen MNS und 15 Millionen PfH für geschätzte 200 Mio. Euro aus, die für Krankenhäuser, Arztpraxen und die Bundesverwaltung benötigt würden.

darfsmengen von zuletzt 75 Millionen PfH und 200 Millionen MNS ermittelt.³¹ Mittelfristige Bedarfe (etwa für eine befürchtete zweite Welle ab Herbst 2020) sollten möglichst aus den im April 2020 abgeschlossenen Verträgen mit deutschen Herstellern oder auf einem wieder funktionierenden Markt gedeckt werden. Die Bezugnahme auf einen vermeintlich dringlich zu beschaffenden Jahresbedarf von 4,7 Milliarden Schutzmasken stellt sich damit nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes als der (untaugliche) Versuch dar, die massive Überbeschaffung nachträglich zu rechtfertigen.

Mit der Auslieferung von 123 Millionen PfH und 300 Millionen MNS bis zum 1. Juli 2020 wurde eine drohende Versorgungskrise in der Akutmedizin erfolgreich abgewehrt. Eine Verteilung an den in der Beschäftigtenstatistik für den Gesundheitssektor genannten weiten Kreis oder gar deren Versorgung mit einem gesamten, aus Bundesmitteln finanzierten Jahresbedarf an Schutzmasken, war dagegen zu keiner Zeit geplant. Sie wurde auch im Nachhinein, als die massive Überbeschaffung zu hohen Lagerbeständen geführt hatte, nicht ins Auge gefasst. Nicht einmal die von der Pandemie besonders hart getroffenen Pflegeeinrichtungen erhielten auch nur annähernd eine Jahresmenge an Schutzmasken für ihr Personal. Stattdessen wurde ihnen im Winter 2020/2021 lediglich ein sogenanntes Masken-Hilfspaket mit einem nur im Notfall zu nutzenden Bestand an Import-PfH und zu Alltagsmasken deklarierten, nicht labor-geprüften MNS übersandt.

Die geringe Bereitschaft des BMG, sich mit seinem Vorgehen bei der Beschaffung von Schutzausrüstung kritisch auseinanderzusetzen, bietet wenig Anlass zur Hoffnung, dass im Fall einer erneuten Krise die entsprechenden Lehren gezogen werden. Bis heute ist die Frage der Beschaffung und Bevorratung von kritischem Material für die Gesundheitsversorgung nicht geregelt. Das BMG hat die Auffassung vertreten, die – inzwischen überwiegend vernichteten – Überbestände aus der Maskenbeschaffung stellten bereits eine „Nationale Reserve Gesundheitsschutz“ dar. Die gesetzlichen Voraussetzungen dafür wurden aber niemals geschaffen. Konzeptionelle Überlegungen für eine marktnahe, praxistaugliche und bedarfsorientierte Pandemie- und Krisenvorsorge brachte die Bundesregierung bis heute nicht zu einem Ergebnis.

Annexkosten und Prozessrisiken

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

³¹ Selbst die im Nachhinein von einem externen Beratungsunternehmen entworfenen Vergabevermerke für die vom BMG direkt abgeschlossenen Maskenkäufe bezogen sich hinsichtlich des Beschaffungsbedarfs ausdrücklich auf diese Bedarfsermittlung und nicht auf eine vermeintliche Jahresverbrauchsschätzung, s. dazu den Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Beschaffung und Verteilung von Schutzmasken durch das Bundesministerium für Gesundheit (Gz.: IX 1 - 0000625) vom 28. März 2024, S. 27 f.

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.

Für das Jahr 2025 sieht der Haushaltsentwurf einen Ansatz von 60 Mio. Euro vor.³² Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 sind 5,4 Mio. Euro veranschlagt, also weniger als die Ausgabenprognose des BMG. Diese Beträge sollen höchstens die Annexkosten decken. 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 in den Haushaltsentwürfen für die Jahre 2025 und 2026 nicht abgebildet. Grundsätzlich dürfen Ausgaben allerdings nur zwei Jahre übertragen werden. Soweit das BMG aus dem Haushaltsansatz für das Jahr 2022 gebildete Reste auch in den Jahren 2025 und 2026 noch in Anspruch nehmen muss, bedarf es einer Ausnahmeregelung des BMF.³³ Alle auf diese Weise eingesetzten Mittel sind im Gesamthaushalt einzusparen. Das heißt, in gleicher Höhe dürften parlamentarisch für andere Zwecke bewilligte Ausgaben in diesen Jahren nicht geleistet werden. Damit drohen aus der Beschaffungstätigkeit des BMG aus dem Jahr 2020 weiterhin hohe Risiken, neben den ohnehin fortlaufenden Annexkosten.

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 Jahrestan-

³² Dieser Soll-Ansatz enthält auch 15 Mio. Euro für Maßnahmen zum Abwassermonitoring, die ab dem Jahr 2026 aus Kapitel 1517 finanziert werden sollen, s. Tnr. 3.6.

³³ § 45 Absatz 2 BHO.

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 zukunftsfähiger Strukturen nur schleppend vorankamen.³⁴

Über die Laufzeit des Paktes sollen Länder und Kommunen einen Personalaufwuchs von 5 000 Vollzeitäquivalenten bis Ende des Jahres 2025 gewährleisten. Bereits im Jahr 2024 übertrafen sie die Vorgabe. Sie schufen und besetzten nach einer Datenerhebung des BMG 5 210 Vollzeitstellen, 90 % davon unbefristet. Allerdings bezifferten sie die tatsächlichen Ausgaben für diesen Zweck in den Jahren 2021 bis 2024 nur auf 1,4 Mrd. Euro. Dagegen belief sich der Umsatzsteueranteil, auf den der Bund dafür in diesen Jahren verzichtete, auf 1,7 Mrd. Euro. Werden Mittel durch eine Umverteilung der Umsatzsteueranteile überlassen, geht damit keine rechtlich durchsetzbare Zweckbindung einher. Der Bund konnte mit dieser Konstruktion die Länder also weder wirksam verpflichten, die Mittel vollständig für eine bestimmte Maßnahme zu verwenden, noch kann er jemals Rückforderungen geltend machen. Daher sollte dieser Weg künftig nicht wieder zur Finanzierung konkreter Vorhaben genutzt werden. Insbesondere sollte eine Verlängerung der Finanzierung von Personal für kommunale und Länderaufgaben aus Bundesmitteln über das Jahr 2026 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. Die vorliegenden Haushaltsentwürfe sehen 53,2 Mio. Euro für das Jahr 2025 und 52,2 Mio. Euro für das Jahr 2026 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 teilweise 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.

Ursprünglich war im Pakt für den ÖGD vorgesehen, einen Umsetzungsplan für die nötigen strukturellen Anpassungen bis zum 31. Dezember 2021 zu erarbeiten. Bis heute konnte ein bundesweiter Umsetzungsplan für strukturelle Maßnahmen nicht final abgestimmt werden. Auch im Jahr 2025 sind Bund und Länder noch dabei, sich über grundsätzliche Fragen abzustimmen. Der Umsetzungsplan sollte zentrale Merkmale

³⁴ Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gz.: IX 1 - 0000489) vom 17. März 2023.

des ÖGD regeln, etwa zur Personalmindestausstattung und Krisenkommunikation. Der Bundesrechnungshof hält es für verfehlt, derart wichtige Anforderungen an die künftige Struktur und Aufgabenerfüllung des ÖGD von der Verausgabung von Fördermitteln in Milliardenhöhe zu entkoppeln und erst Jahre nach Beginn der Maßnahmen festzulegen. Der tatsächliche Vollzug bzw. Abschluss des Umsetzungsplans hätte vielmehr Maßstab für die Erfolgskontrolle des Paktes sein müssen.

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. Dabei wurden die Soll-Ansätze für zweckgebundene Investitionszuweisungen im Jahr 2023 nur zu 33 und im Jahr 2024 zu 22 % ausgeschöpft.

Tabelle 5

Übersicht Kapitel 1504

	2019 Ist	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Soll	2026 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	1,2	1,1	4,8	7,5	3,0	3,8	3,0	3,0
Ressortforschung und Modellmaßnahmen	28,4	32,2	34,6	34,1	38,4	34,6	68,4	67,7
Digitalisierung, Telemedizin	4,8	12,4	26,1	41,8	45,0	30,5	17,3	7,2
Produktionsanreiz Arzneimittel	-	-	-	-	-	-	16,7	16,7
Förderung Wissenschaftseinrichtungen	55,0	58,0	64,7	56,9	57,4	53,1	71,0	71,9

Quelle: Haushaltsrechnungen 2019 bis 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

Die gegenüber den Soll-Ansätzen deutlich geringeren Ist-Ausgaben für Forschung und Modellmaßnahmen gehen traditionell vor allem auf Minderausgaben im Bereich der Ressortforschung (Titel 544 01) zurück. Das BMG verweist hier zur Begründung auf Verzögerungen bei der Vergabe und Durchführung von Forschungsaufträgen. Auch im Jahr 2025 ist hier – schon wegen der langen vorläufigen Haushaltsführung – wieder mit einer verhältnismäßig geringen Mittelausschöpfung zu rechnen.

Der Gesamtansatz des Kapitels 1504 von 163,5 Mio. Euro sinkt im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 gegenüber dem Vorjahresentwurf (173,4 Mio. Euro) vor allem wegen des Auslaufens einiger Förderprogramme im Bereich der Digitalisierung.

Erstmals ab dem Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 waren Fördermittel als Anreize für Ansiedlung und Erhalt von Wirkstoffherstellungsstätten in Deutschland veranschlagt (Titel 683 01). Hier sind für die Jahre 2025 und 2026 jeweils 16,7 Mio. Euro eingeplant. Für die Jahre 2027 und 2028 sind Verpflichtungsermächtigungen für ebenso hohe Jahrest ranchen vorgesehen. Parallel sehen die Haushaltsentwürfe für die Jahre 2025 und 2026 beim Einzelplan des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie in Kapitel 0910 einen Titel 683 10 vor. Dieser hat die Flankierung von Maßnahmen zur Ansiedlung und zum Erhalt der Produktion von kritischen Arzneimitteln in Deutschland zum Gegenstand. Die Haushaltsentwürfe enthalten 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 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 stiegen in den vergangenen Jahren deutlich an, im Jahr 2022 sogar auf über 0,5 Mrd. Euro. Der Grund lag vor allem in höheren freiwilligen Leistungen Deutschlands zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit (Titel 686 01), nicht zuletzt aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die freiwilligen Leistungen sollen deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik stärker zur Geltung bringen und die multilaterale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und

anderen globalen Akteuren unterstützen. Der Haushaltsansatz für freiwillige Beiträge und Kooperationen soll dabei mit 82,8 Mio. Euro unter dem Vorjahresniveau von 96,1 Mio. Euro bleiben. Das geht auf Einsparungen bei Titel 686 01 zurück, aber vor allem auf einen geringeren Zuschuss für den Betrieb des WHO-Hub for Pandemic and Epidemic Preparedness in Berlin (Titel 687 02).

Tabelle 6

Übersicht Kapitel 1505

	2019 Ist	2020 Ist	2021 Ist	2022 Ist	2023 Ist	2024 Ist	2025 Soll	2026 Soll
	<i>in Mio. Euro</i>							
Einnahmen	0,2	0,2	0,8	0,8	1,2	0,2	0,2	0,2
Pflichtbeiträge	29,9	29,1	28,3	29,1	30,4	34,8	36,3	39,3
Freiwillige Beiträge, Kooperationsmaß- nahmen	75,1	76,8	365,2	478,5	119,8	94,2	96,1	82,8

Quelle: Haushaltsrechnungen 2019 bis 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

Der Ansatz für Pflichtbeiträge steigt dagegen um 8 % auf 39,3 Mio. Euro. Die exakte Höhe der überwiegend in US-Dollar und Schweizer Franken zu zahlenden Beiträge hängt auch von der Wechselkursentwicklung ab. Hier fällt auch der Austritt der USA aus der WHO ins Gewicht, der zu höheren Beiträgen der übrigen Mitgliedstaaten führt. Der Gesamtansatz für Kapitel 1505 im Haushaltsentwurf 2026 fällt mit 122,1 Mio. Euro dennoch um mehr als 10 Mio. Euro geringer aus als im Haushaltsentwurf 2025.

3.6 Bundesministerium und Geschäftsbereich

Die geplanten Ausgaben für das Bundesministerium und die vier Geschäftsbereichsbehörden steigen im Haushaltsentwurf für das Jahr 2026 gegenüber den Ansätzen im Haushaltsentwurf 2025 leicht an. In allen Behördenkapiteln wurde jeweils eine neue Titelgruppe 09 ausgebracht für Ausgaben zum Schutz der informationstechnischen Systeme des Bundes, die von der Bereichsausnahme (s. Tnr. 2.1) erfasst wird. Für das Jahr 2026 sind hier Ausgaben von insgesamt 3,4 Mio. Euro für Dienstleistungen sowie für Anlagen, Geräte und Software vorgesehen. Im BMG (Kapitel 1512) erhöhen sich zudem die Ansätze für Mieten und nicht sicherheitsrelevante IT-Maßnahmen.

Die Differenz zwischen den Ist-Ausgaben 2024 und den Soll-Ansätzen im BIÖG (Kapitel 1513) und im BfArM (Kapitel 1516) geht darauf zurück, dass hier drittfinanzierte

Aufgaben wahrgenommen wurden (s. Tnr. 4). Beim RKI (Kapitel 1517) fallen neben steigenden Ansätzen für Mieten und Personal auch Baumaßnahmen ins Gewicht. Hinzu kommen Ausgaben für die Abwassersurveillance. Die Überwachung des Abwassers auf seine Virenbelastung für die epidemiologische Lagebewertung wurde bislang als Pandemiemaßnahme noch mit jährlich 15 Mio. Euro aus Kapitel 1503 Titel 684 03 finanziert. Nunmehr sind 5,8 Mio. Euro für das Jahr 2026 in Kapitel 1517 Titel 532 02 eingeplant.

Tabelle 7

Übersicht Kapitel 1512 - 1517

	2024 Ist			2025 Soll		2026 Soll	
	Personal	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
	in Mio. Euro						
Bundesministerium	938	0,4	146,4	1,7	156,8	1,7	168,5
BIÖG	194	1,4	34,0	0,2	21,6	0,2	21,7
PEI	539	34,7	95,1	22,3	96,7	22,2	97,8
BfArM	1 021	116,8	168,4	76,5	140,4	76,5	142,1
RKI	870	7,2	170,0	0,1	192,0	0,1	210,2

Quelle: Haushaltsrechnung 2024; 2. Haushaltsentwurf 2025; Haushaltsentwurf 2026.

Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sieht für weite Teile der Bundesverwaltung einen kontinuierlichen Personalabbau von 8 % über die 21. Legislaturperiode vor. Die Haushaltsentwürfe für die Jahre 2025 und 2026 enthalten 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.

4 Wesentliche Einnahmen

Die Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten (s. Tabelle 1). Im Jahr 2024 vereinnahmten das PEI hierfür 28,9 und das BfArM 90,7 Mio. Euro. Hinzu

kamen Fördermittel der Europäischen Union (14,2 Mio. Euro im Jahr 2024). Weitere Einnahmen resultierten vor allem aus Rückzahlungen von Zuwendungen und Zuschüssen, Erlösen aus Veräußerungen, Publikationen oder Aufträgen Dritter (29,3 Mio. Euro im Jahr 2024) und Erstattungen für einnahme- oder drittfinanzierte Aufgaben. Dazu zählen etwa die Prüfung der Spitzenverbände im Gesundheitswesen (0,3 Mio. Euro), Präventionsmaßnahmen im Auftrag der GKV (0,1 Mio. Euro), das Prüflabor für In-vitro-Diagnostika des PEI (2,5 Mio. Euro) und 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 2024 flossen 5 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15 (Kapitel 1511 Titel 282 09). Daneben standen zu Beginn des Jahres 2025 noch Ausgabereste von 5 Mio. Euro zur Verfügung (Kapitel 1511 Titel 547 09). 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.³⁵ 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 Einnahmen und Ausgaben im Einzelplan 15 gemäß der mittelfristigen Finanzplanung gibt Tabelle 8.

³⁵ Integrität in der Bundesverwaltung – Jahresbericht 2023 – des Bundesministeriums des Innern und für Heimat vom 9. September 2024.

Tabelle 8

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	20 088,8	16 571,7	17 460,7	17 052,6

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 ist die Rückzahlung von Darlehen eingeplant: Der Ausgleichsfonds der SPV muss 500 Mio. Euro im Jahr 2028 und 400 Mio. Euro im Jahr 2029 zurückzahlen, der Gesundheitsfonds 1 Mrd. Euro im Jahr 2029. Allerdings zeigt die geplante Verschiebung der Rückzahlungsverpflichtung des GKV-Darlehens aus dem Jahr 2023, dass diese Einnahmeprognosen unter einem gewissen Vorbehalt stehen.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Hofmann, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.