

Prüfungsschwerpunkt

Resilienz der staatlichen Kernfunktionen und ihrer kritischen Infrastruktur

→ *Gesundheit*

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

Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung

15. August 2025

Geschäftszeichen: IX 1 - 0002760

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.

Finanzen der Krankenkassen massiv unter Druck – Gesundheitssystem muss reformiert werden

Die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spitzt sich zu. Die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wächst jährlich um 6 bis 8 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2029 könnte der Zusatzbeitrag auf 4,05 % steigen. Dies dämpft das Wirtschaftswachstum. Der Bund will eine Expertenkommission einrichten und schiebt notwendige Schritte auf die lange Bank.

→ Worum geht es?

Die GKV verzeichnete 2024 ein Defizit von 6,6 Mrd. Euro. Der Ausgabenanstieg war der höchste der letzten 30 Jahre. Dazu trugen neben dem technischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung vor allem gesetzliche Leistungsausweitungen bei. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht in Sicht. Die Rücklagen der Krankenkassen sind aufgezehrt und sichern keine ausreichende Beitragsstabilität. Die Mindestreserve des Gesundheitsfonds ist zu niedrig und gefährdet die Zahlungen an die Krankenkassen.

→ Was ist zu tun?

Es ist zügig ein Gesamtkonzept zur Stabilisierung der GKV zu erarbeiten und mit Einsparzielen zu unterlegen. Mit strukturellen Reformen sind langfristig Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben.

→ Was ist das Ziel?

Die GKV ist ein wesentlicher Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Die Stärkung ihrer finanziellen Situation dient der Stabilisierung einer staatlichen Kernfunktion und sichert die Handlungsfähigkeit in künftigen Krisen.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	6
1	Vorbemerkung	10
2	Thematische Einführung	11
2.1	Gesundheitsfonds	11
2.2	Zusatzbeitragssatz	13
2.3	Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	14
2.4	Finanzreserven der Krankenkassen	15
3	Finanzielle Entwicklung der GKV	16
3.1	Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes	16
3.2	Entwicklung der Liquiditätsreserve	19
3.3	Entwicklung der Finanzreserven	21
3.4	Rechnungsergebnis der Krankenkassen im Jahr 2024	23
3.5	Künftige Entwicklung	24
4	Vorläufige Würdigung	26
4.1	Stabilisierung der GKV ist unabdingbar	26
4.2	Mindestreserve des Gesundheitsfonds ist zu niedrig	28
4.3	Mindestrücklagen der Krankenkassen zu gering bemessen	28
5	Stellungnahme des BMG	29
5.1	Mittel- bis langfristige Finanzprognosen sind unsicher	29
5.2	Finanzstabilisierung im Koalitionsvertrag vereinbart	30
5.3	Gesetzliche Anpassungen werden geprüft	30
6	Abschließende Würdigung	31
6.1	GKV-Finzen stehen massiv unter Druck	31
6.2	Mindestreserve des Gesundheitsfonds anheben	32
6.3	Mindestrücklagen der Krankenkassen und Obergrenzen erhöhen	32
7	Fazit	33

Abkürzungsverzeichnis

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BMF *Bundesministerium der Finanzen*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

G

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung*

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

K

KHG *Krankenhausfinanzierungsgesetz*

KHVVG *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen*

L

Liquiditätsreserve *Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

SVR *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege*

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof prüft in einem mehrjährigen Prüfungsschwerpunkt die Resilienz der staatlichen Kernfunktionen und ihrer kritischen Infrastruktur, insbesondere in den Sektoren Verkehr, Energie, Cybersicherheit, Kommunikation, innere- und äußere Sicherheit, Katastrophen- und Zivilschutz, Gesundheit, Wasser, Ernährung und Finanzen.

Resilienz versteht der Bundesrechnungshof insoweit umfassend als die Fähigkeit, staatliche Kernfunktionen und ihre kritische Infrastruktur zu schützen und einen funktionseinschränkenden Vorfall zu verhindern (präventive Komponente) sowie ursachenunabhängig im Falle eines funktionseinschränkenden Vorfalls auf diesen angemessen zu reagieren, diesen abzuwehren, seine negativen Folgen zu begrenzen sowie die Funktionsfähigkeit der betroffenen staatlichen Kernfunktionen und ihrer Infrastruktur möglichst zügig und umfassend wiederherzustellen (reaktive Komponente).

Vorliegend hat der Bundesrechnungshof die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag stieg im Jahr 2025 um knapp andert-halb Prozentpunkte auf 42,3 %. Allein die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verzeichnete einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,8 Prozentpunkte. Angesichts dieser finanziellen Dimensionen und ihrer Auswirkungen auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie auf den Bundeshaushalt sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über seine Feststellungen zu berichten.

0.1

Der Gesetzgeber beschloss seit dem Jahr 2020 wiederholt Maßnahmen zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze. Im November 2022 trug er dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, bis 31. Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Insbesondere sollte auch die Ausgabenseite betrachtet werden. Die Empfehlungen legte das BMG mehr als sieben Monate zu spät vor. Eine kurzfristige Stabilisierung wurde damit vereitelt. Inhaltlich blieben die Empfehlungen weit hinter den Erwartungen zurück. Darin beschriebene Strukturreformen, die mittel- bis langfristig wirken sollten (z. B. im Krankenhausbereich), waren nicht mit konkreten Einsparzielen hinterlegt. Vom BMG in den Blick genommene Elemente wie die Notfallreform und eine Dynamisierung des Bundeszuschusses und der Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger wurden bis heute nicht umgesetzt. (Textnummern 3.1, 4.1)

0.2

Krankenkassen verzeichneten im Jahr 2024 ein Defizit von 6,6 Mrd. Euro, das insbesondere auf gestiegene Leistungsausgaben zurückzuführen ist. Mit 8,2 % wuchsen die Leistungsausgaben gegenüber dem Vorjahr stärker als in jedem anderem Jahr der vergangenen drei Jahrzehnte. Zukünftig stehen ständig steigenden Ausgaben der GKV deutlich geringere Zuwächse bei den Einnahmen gegenüber. Die daraus folgende strukturelle Deckungslücke wächst jährlich um 6 bis 8 Mrd. Euro. Dies hätte einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 0,3 Beitragssatzpunkten pro Jahr zur Folge. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt im Jahr 2025 bei 2,5 %. Er ist damit seit dem Jahr 2015 von 0,9 % um 1,6 Beitragssatzpunkte gestiegen. Das BMG rechnet in einer Prognose aus dem Frühjahr 2025 mit einem weiter steigenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Bis zum Jahr 2029 schätzt es in einem mittleren Szenario einen Anstieg auf 4,05 %. Die Finanzsituation der GKV belastet zunehmend Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. (Textnummern 3.4, 3.5, 4.1, 6.1)

0.3

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds betrug zum Ende des Auszahlungsjahres 2024 5,7 Mrd. Euro. Zum Ende des Auszahlungsjahres 2025 ist eine Mindestreserve von 4,9 Mrd. Euro vorzuhalten. Die Liquiditätsreserve soll das Einnahmerisiko aufgrund unerwarteter konjunktureller Einbrüche und weiterer Faktoren absichern. Der Bundesrechnungshof betrachtet die Höhe der Mindestreserve als zu niedrig bemessen. Der notwendige Zahlungsfluss der Zuweisungen an die Krankenkassen wird hierdurch gefährdet. (Textnummern 3.2, 4.2, 6.2)

0.4

Die Finanzreserven der Krankenkassen sanken seit dem Jahr 2018 deutlich. Ende des Jahres 2024 betrugen sie nur noch 6 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe und unterschritten die gesetzliche Mindestrücklage von 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe deutlich. Der GKV-Spitzenverband hält den finanziellen Spielraum zum Ausgleich von Einnahmen- und Ausgabenschwankungen für nicht mehr ausreichend. Unterjährig hoben im Jahr 2024 34 Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze an, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Über 60 % der Krankenkassen, die unterjährig ihren Zusatzbeitragssatz anheben mussten, verfügten Ende des Jahres 2023 noch über Finanzreserven von über 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Bis 1. Juli 2025 erhöhten 15 Krankenkassen unterjährig die Zusatzbeitragssätze. Weitere Anhebungen sind nicht ausgeschlossen.

Neben der Mindestrücklage ist auch die Obergrenze der Finanzreserven gesetzlich geregelt, die Obergrenze beträgt 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Der Bundesrechnungshof bewertet die von den Krankenkassen vorzuhaltende Mindestrücklage und die

Obergrenze der Finanzreserven als zu niedrig. Die Finanzreserven sollten auch bei unvorhersehbaren Ausgabenschwankungen unterjährige Zusatzbeitragssatzerhöhungen möglichst vermeiden. Die Bemessung der Finanzreserven muss Krankenkassen einen hinreichenden Spielraum für Investitionen erlauben und gleichzeitig die Leistungsausgaben absichern. Bei dem derzeit geltenden Abstand von nur 30 Prozentpunkten zwischen Mindestrücklage und Obergrenze ist dies nicht sichergestellt. (Textnummern 3.3, 4.3, 6.3)

0.5

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass mittel- bis langfristige Finanzprognosen in der GKV in hohem Maße von den unterstellten Annahmen abhängig und daher mit erheblichen Unsicherheiten behaftet seien. Dies gelte besonders für die demografische Entwicklung, die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und die Ausgabenentwicklung. Der Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode sehe vor, die Finanzsituation der GKV zu stabilisieren. Dazu solle ein Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen beschlossen werden. Eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern solle konkrete Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Beiträge erarbeiten und bis Frühjahr 2027 – gegebenenfalls schon früher – vorlegen.

Das BMG hat die Zweifel an einer ausreichenden Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geteilt. Es will eine Erhöhung der Mindestreserve prüfen. Den Spielraum zwischen Mindestrücklage und Obergrenze hat das BMG als ausreichend betrachtet. Krankenkassen stünden durchschnittlich 0,45 Zusatzbeitragssatzpunkte zum Ausgleich der Effekte zur Verfügung. Trotzdem werde es die Anhebung der Höhe der Mindestrücklage und der Obergrenze der Finanzreserven prüfen. (Textnummer 5)

0.6

Der Bundesrechnungshof erkennt die bestehenden Unsicherheiten bei der Finanzprognose der GKV ausdrücklich an. Einigkeit besteht aber hinsichtlich der besonderen Dynamik: Die Ausgaben steigen erheblich schneller als die Einnahmen, was zu einer jährlich wachsenden strukturellen Deckungslücke führt. Wissenschaftliche Analysen bestätigen diese Entwicklung. Das BMG hat die Chance vertan, frühzeitig auf die Beitragssatzentwicklung zu reagieren. Die GKV ist ein integraler Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Die Stärkung ihrer finanziellen Situation dient der Stabilisierung einer staatlichen Kernfunktion und sichert die Handlungsfähigkeit in künftigen Krisen. Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel der Stabilisierung der Finanzsituation der GKV und ihrer Beiträge wird vom Bundesrechnungshof begrüßt. Durch die Vorlage der Kommissions-Ergebnisse im Frühjahr 2027 könnten gesetzgeberische Maßnahmen aber realistischerweise erst ab dem Jahr 2028 greifen und Wirkung zeigen. Das strukturelle Defizit würde bis dahin voraussichtlich um weitere 12 bis 16 Mrd. Euro anwachsen. Der Bundesrechnungshof hält dies für nicht hinnehmbar.

Er begrüßt, dass das BMG die Erhöhung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds prüfen will. Er befürwortet zudem die Zusage des BMG, die Anhebung der Höhe der Mindestrücklage und der Obergrenze der Finanzreserven zu untersuchen. Er wiederholt seine Erwartung, dass unterjährige Zusatzbeitragssatzanhebungen die Ausnahme sein sollten. (Textnummern 6, 7)

0.7

Der Bundesrechnungshof empfiehlt, ausgabenseitig Maßnahmen zu ergreifen, die kurzfristig die finanzielle Situation der GKV stabilisieren. Ausgabendämpfende Regelungen, die zuletzt abgeschafft worden waren, sollten wieder eingeführt werden. Die Entkopplung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate, die Ist-Kosten-Finanzierung von Pflegepersonalkosten und die Entbudgetierung von Teilen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung müssen darum kritisch hinterfragt werden.

Wirksame Strukturreformen dürfen nicht länger aufgeschoben werden. Dies gilt in besonderer Weise für die Krankenhausreform. Deren zentrale Elemente, die auf Effizienzsteigerungen, eine Verlagerung hin zur ambulanten Versorgung und Qualitätsverbesserung abzielen, dürfen nicht verwässert werden. Als verfehlt betrachtet der Bundesrechnungshof aktuelle Planungen, Krankenhäusern 4 Mrd. Euro im Wege eines pauschalen Abrechnungszuschlags auszusahlen, um „eine Lücke bei den Sofort-Transformationskosten für die Jahre 2022 und 2023“ zu schließen. Förderungen nach dem Gießkannenprinzip verzögern den Reformprozess. Lediglich bedarfsnotwendige Krankenhäuser sollten einen Ausgleich erhalten.

Möglichkeiten zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben hat kürzlich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) aufgezeigt. Er rät, insbesondere die Erstattungsbedingungen innovativer und hochpreisiger Arzneimittel in den Blick zu nehmen und Arzneimittelpreise stärker an den patientenrelevanten Mehrwert zu koppeln. Die Notfall- und Akutversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung, deren Reform zu Einsparungen führen kann. (Textnummern 6, 7)

1 Vorbemerkung

Der Bundesrechnungshof prüft in einem mehrjährigen Prüfungsschwerpunkt die Resilienz der staatlichen Kernfunktionen und ihrer kritischen Infrastruktur, insbesondere in den Sektoren Verkehr, Energie, Cybersicherheit, Kommunikation, innere- und äußere Sicherheit, Katastrophen- und Zivilschutz, Gesundheit, Wasser, Ernährung und Finanzen.

Resilienz versteht der Bundesrechnungshof insoweit umfassend als die Fähigkeit, staatliche Kernfunktionen und ihre kritische Infrastruktur zu schützen und einen funktionseinschränkenden Vorfall zu verhindern (präventive Komponente) sowie ursachenunabhängig im Falle eines funktionseinschränkenden Vorfalls auf diesen angemessen zu reagieren, diesen abzuwehren, seine negativen Folgen zu begrenzen sowie die Funktionsfähigkeit der betroffenen staatlichen Kernfunktionen und ihrer Infrastruktur möglichst zügig und umfassend wiederherzustellen (reaktive Komponente).

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag stieg im Jahr 2025 um knapp anderthalb Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr auf 42,3 %. Allein die GKV verzeichnete einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,8 Prozentpunkte.¹ Die Bundesregierung der 19. Legislaturperiode hatte sich zu dem Ziel bekannt, die Sozialversicherungsbeiträge bis zum Jahr 2021 auf maximal 40 % begrenzen zu wollen (sog. Sozialgarantie 2021).² Im Zuge dessen wurden wiederholt Maßnahmen ergriffen. Auch in der 20. Legislaturperiode unternahm der Gesetzgeber Anstrengungen, insbesondere zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze. Diese zeigten kurzfristig Erfolge, entfalteten jedoch keine nachhaltige Wirkung. Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen³ unterschritten zum Jahresende 2024 die Mindestrücklage. Maßgeblich dafür sind strukturelle Probleme, die auch künftig steigende Zusatzbeitragssätze erwarten lassen. Im Jahr 2024 erhöhten 34 Krankenkassen unterjährig ihre Zusatzbeitragssätze, um ihre Leistungsfähigkeit zu sichern.⁴

Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen fließen zunächst in den Gesundheitsfonds. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Zur Sicherung der Liquidität hält der Gesundheitsfonds eine Reserve vor. Diese war bereits im Mai 2025 derart gefährdet, dass teilweise der Bundeszuschuss aus der Dezemberrate vorzeitig ausgezahlt werden musste.

Der Bundesrechnungshof hat die Entwicklung der Finanzlage der GKV untersucht. Dabei hat er insbesondere die künftige finanzielle Entwicklung, die gesetzlich festgelegte Untergrenze der Liquiditätsreserve und die Mindestrücklage der Finanzreserven

¹ Für die GKV ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 2,5 % berücksichtigt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze liegen im Durchschnitt über 2,9 %.

² Koalitionsausschuss der 19. Legislaturperiode, Eckpunktepapier Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken vom 3. Juni 2020.

³ Im Folgenden Krankenkassen genannt.

⁴ Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Datentabelle, Stand: 1. November 2024.

betrachtet. Angesichts der finanziellen Dimensionen und ihrer Auswirkungen auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie auf den Bundeshaushalt sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über seine Feststellungen zu berichten. Das BMG hat zu den Prüfungsergebnissen des Bundesrechnungshofes Stellung genommen. Die Stellungnahme ist im Bericht berücksichtigt.

2 Thematische Einführung

2.1 Gesundheitsfonds

Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen aus dem allgemeinen Beitrag (Satz von derzeit 14,6 %⁵) und den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen fließen in den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds ist ein Sondervermögen für die Finanzierung der GKV und wird vom BAS verwaltet. Der Bund zahlt zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Dieser Bundeszuschuss wird monatlich zum ersten Bankarbeitstag in Teilbeträgen geleistet.⁶

Der Gesundheitsfonds verteilt Mittel an die Krankenkassen. Die Höhe der Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen richtet sich nach deren Risikostruktur.⁷ Neben einer Grundpauschale pro Person erhalten die Krankenkassen Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht sowie Krankheitslast ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds. Können Krankenkassen ihren Finanzbedarf aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht decken, müssen sie die entstehende Finanzierungslücke kassenindividuell durch Zusatzbeitragssätze über ihre Mitglieder schließen.

Auf Basis amtlicher Statistiken der GKV prognostiziert der beim BAS angesiedelte sogenannte Schätzerkreis⁸ jährlich Mitte Oktober u. a. die Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben des laufenden und des folgenden Jahres. Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage, um die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds⁹ an die Krankenkassen zu fixieren und den sogenannten Einkommensausgleich durchzuführen.¹⁰

⁵ § 241 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

⁶ § 221 SGB V.

⁷ Die Berechnung der Höhe der Zuweisung erfolgt im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

⁸ Er besteht aus Expertinnen und Experten des BMG, des BAS und des GKV-Spitzenverbandes.

⁹ §§ 266 und 270 SGB V.

¹⁰ § 270a SGB V. Krankenkassen erhalten einen Ausgleich der Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Er bemisst sich nach der Höhe der Beiträge, die sie erzielen würden, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem erwarteten Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen (BAS, Zugriff vom 22. April 2025).

Zudem bildet sie die Grundlage zur Berechnung der voraussichtlichen Lücke zwischen den Einnahmen und Ausgaben, die dann durch Zusatzbeiträge geschlossen werden muss. Hierfür legt das BMG einen sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV fest.¹¹ Krankenkassen orientieren sich bei der Festsetzung ihrer kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze¹² am durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Prognostiziert der Schätzerkreis beispielsweise die Ausgaben der GKV für das folgende Jahr zu niedrig, wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu niedrig angesetzt. Infolgedessen erheben Krankenkassen tendenziell zu niedrige kassenindividuelle Zusatzbeiträge. In diesem Fall sinken die Finanzreserven der Krankenkassen.¹³

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds sind abhängig von der konjunkturellen Entwicklung. Prognostiziert der Schätzerkreis etwa die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu hoch, verzeichnet der Gesundheitsfonds durch die fixierten Zuweisungen an die Krankenkassen ein Defizit. Dieses Defizit wird aus der Liquiditätsreserve finanziert, die dadurch sinkt (vgl. Abbildung 1).¹⁴

¹¹ § 242a SGB V.

¹² § 242 Absatz 1 SGB V.

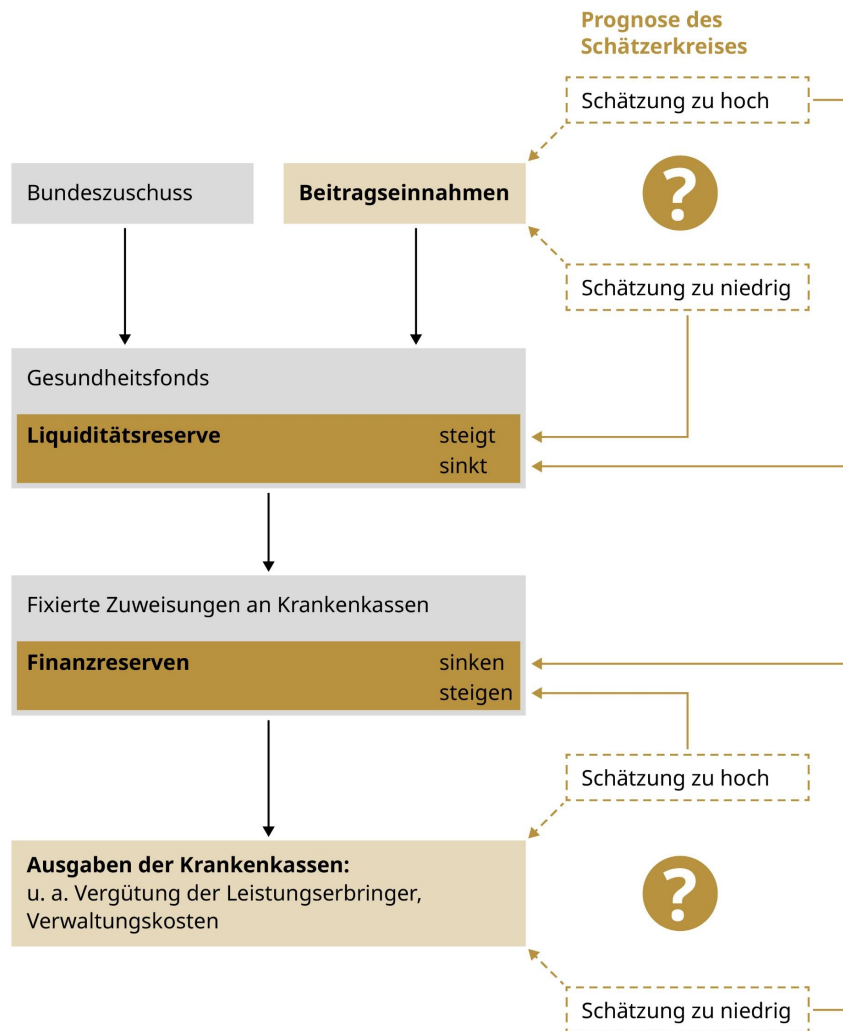
¹³ Vgl. Textnummer 2.4.

¹⁴ Vgl. Textnummer 2.3.

Abbildung 1

Prognose des Schätzerkreises beeinflusst die liquiden Mittel

Die Prognose des Schätzerkreises im Oktober des Vorjahres beeinflusst die Höhe der Finanzreserven der Krankenkassen und die Höhe der Liquiditätsreserve.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: SGB V.

2.2 Zusatzbeitragssatz

Krankenkassen haben einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben. Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Zusatzbeitragseinnahmen zusammen mit den Zuweisungen und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken.¹⁵

¹⁵ § 242 Absatz 1 SGB V.

Zusatzbeitragssätze werden auf Basis eines vorab aufzustellenden Haushaltsplanes berechnet. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz zu erhöhen.¹⁶ Für unvorhersehbare Ausgaben sind Finanzreserven zu bilden, deren Höhe gesetzlich geregelt ist.¹⁷ Dadurch sollen unterjährige Beitragssatzanhebungen vermieden werden.

2.3 Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Die Liquiditätsreserve soll unterjährige Schwankungen der Einnahmen sowie Einnahmeausfälle aufgrund des Einkommensausgleichs ausgleichen.¹⁸

Die Höhe der Liquiditätsreserve muss mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen (Mindestreserve). Grundsätzlich darf die Höhe der Liquiditätsreserve einen Betrag von 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe nicht überschreiten. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve auf Basis der Prognose des Schätzerkreises die maximal zulässige Höhe, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds zu überführen.¹⁹

In den Jahren 2025 bis 2034 beträgt die maximale Höhe der Liquiditätsreserve 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Damit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass – nach geltender Rechtslage – der zur Modernisierung der Krankenhausstruktur einzurichtende Transformationsfonds²⁰ hälftig aus der Liquiditätsreserve finanziert werden soll.²¹ Nicht abgerufene Mittel aus dem Transformationsfonds können in das nächste Geschäftsjahr übertragen werden.²² Überschüssige Mittel sollen somit im Gesundheitsfonds verbleiben und für die Zahlungen an den Transformationsfonds angespart werden.²³

Der Bund leistet ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen, wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, um alle Zuweisungen zu erfüllen. Das Darlehen ist im jeweils

¹⁶ § 242 Absatz 2 SGB V.

¹⁷ Vgl. vertiefend Textnummer 2.4.

¹⁸ § 271 Absatz 2 SGB V i. V. m. § 270a SGB V.

¹⁹ § 271 Absatz 2 SGB V.

²⁰ § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Zur Umsetzung der durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nummer 400) beschlossenen Regeln wird beim BAS ein Transformationsfonds errichtet. Aus dem Transformationsfonds können etwa Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten oder Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes gefördert werden (Krankenhausreform).

²¹ § 271 Absatz 2 SGB V.

²² § 271 Absatz 6 SGB V.

²³ Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) vom 17. Juni 2024 ([Bundestagsdrucksache 20/11854](#)).

laufenden Haushaltsjahr zurückzuzahlen.²⁴ Die Höhe des Liquiditätsdarlehens war im Jahr 2024 auf 4 Mrd. Euro begrenzt.²⁵

2.4 Finanzreserven der Krankenkassen

Die von den Krankenkassen vorzuhaltenden Finanzreserven umfassen Betriebsmittel, eine als notwendig erachtete Rücklage sowie die Mittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen. Rücklagen haben Krankenkassen zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit zu bilden. Das Rücklagesoll wird in der Satzung der Krankenkasse festgelegt und muss mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen (Mindestrücklage).²⁶ Die Mindestrücklage wurde im Jahr 2020 abgesenkt. Bis Ende März 2020 betrug sie noch 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe.²⁷

Finanzreserven dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe nicht übersteigen (Obergrenze). Die zuständige Aufsichtsbehörde kann eine höhere Obergrenze für Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern zulassen.²⁸ Die Obergrenze der Finanzreserve wurde schrittweise abgesenkt. Bis 15. Dezember 2018 durften die Finanzreserven 150 % einer Monatsausgabe, bis 25. November 2020 100 % einer Monatsausgabe und bis 11. November 2022 80 % einer Monatsausgabe nicht übersteigen.²⁹ Finanzreserven, die den gesetzlich festgelegten Maximalbetrag überschreiten, sind innerhalb von zwei Haushaltsjahren durch Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abzuschmelzen. Im ersten Haushaltsjahr hat die Minderung mindestens die Hälfte der übersteigenden Mittel zu betragen.³⁰ Übersteigen die Finanzreserven nach Ablauf der Frist 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe oder die von der zuständigen Aufsichtsbehörde zugelassene Obergrenze, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.³¹

²⁴ § 271 Absatz 3 SGB V.

²⁵ § 11 Absatz 4 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2024 (Haushaltsgesetz 2024 – HG 2024, BGBl. I. Nummer 38). Für das Jahr 2025 ist eine entsprechende Regelung vorgesehen.

²⁶ § 261 Absatz 2 SGB V. Geändert mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) vom 23. März 2020 (BGBl. I. S. 604).

²⁷ § 261 SGB V alte Fassung.

²⁸ § 260 Absatz 2 SGB V.

²⁹ § 260 Absatz 2 SGB V alte Fassungen.

³⁰ § 260 Absatz 2a SGB V. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann die Frist um bis zu zwei Haushaltsjahre verlängern, wenn die übersteigenden Mittel nicht durch einen Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags abgebaut werden können.

³¹ § 260 Absatz 4 SGB V.

3 Finanzielle Entwicklung der GKV

3.1 Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes

3.1.1 Maßnahmen seit dem Jahr 2020

Der Gesetzgeber beschloss seit dem Jahr 2020 wiederholt Maßnahmen zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze:

- Im Jahr 2020 erhielt der Gesundheitsfonds für konjunkturbedingte Mindereinnahmen und zur Kompensation aus der Liquiditätsreserve finanzierter pandemiebedingter Maßnahmen einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 3,5 Mrd. Euro.³² Dieser Zuschuss trat zu dem jährlichen Zuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen von 14,5 Mrd. Euro hinzu.
- Im Jahr 2021 leistete der Bund erneut einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro, der den Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen ergänzte.³³ Des Weiteren hatten Krankenkassen dem Gesundheitsfonds Teile ihrer Finanzreserven zuzuführen. Krankenkassen, deren Finanzreserven mehr als 40 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe betrugen, mussten 66,1 % der darüberhinausgehenden Finanzreserven abführen.³⁴ Dies führte zu einer Vermögensabgabe von 8 Mrd. Euro.³⁵
- Im Jahr 2022 leistete der Bund erneut einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 14 Mrd. Euro.³⁶ Damit betrug der Bundeszuschuss insgesamt 28,5 Mrd. Euro. Zudem waren über die Mindestreserve hinausgehende Mittel der Liquiditätsreserve den Einnahmen des Gesundheitsfonds zuzuführen.³⁷ In der Folge wurden die Zuweisungen an die Krankenkassen um 1,5 Mrd. Euro erhöht.³⁸

³² Gesetz über die Feststellung eines Zweiten Nachtrags zum Bundeshaushaltsplan für das Haushaltsjahr 2020 (Zweites Nachtragshaushaltsgesetz 2020) vom 14. Juli 2020 (BGBl. I. S. 1669).

³³ § 221a Absatz 1 SGB V. Zudem wurden aus der Liquiditätsreserve von 2021 bis 2023 finanzielle Mittel gemäß § 271 Absatz 4 SGB V den Zuweisungen an die Krankenkassen zugeführt. Damit sollten Belastungen aus dem Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) vom 30. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) abgedeckt werden.

³⁴ § 272 Absatz 1 SGB V. Für kleine Krankenkassen galt eine Sonderregelung.

³⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 19. Oktober 2020 ([Bundestagsdrucksache 19/23483](#)); Schätztableau des Schätzerkreises vom 13. Oktober 2022.

³⁶ § 221a Absatz 3 SGB V in Verbindung mit der Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221 a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 (Bundeszuschussverordnung 2022), Bundesanzeiger AT vom 19. November 2021. Die Höhe des ergänzenden Bundeszuschusses wurde so bemessen, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bei 1,3 % lag (§ 221a Absatz 3 SGB V).

³⁷ § 272a SGB V.

³⁸ Schätztableau des Schätzerkreises vom 13. Oktober 2022.

Ende des Jahres 2022 ergriff der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)³⁹ Maßnahmen, die den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,6 % im Jahr 2023 stabilisierten. Dazu hatten Krankenkassen erneut Mittel aus ihren Finanzreserven⁴⁰ dem Gesundheitsfonds zuzuführen: Krankenkassen mussten 40 % der Finanzreserven, die über 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe lagen, und 60 % der Finanzreserven, die über 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe lagen, dem Gesundheitsfonds zuführen.⁴¹ Die dadurch bewirkte Vermögensabgabe umfasste im Ergebnis 2,5 Mrd. Euro.⁴² Des Weiteren beschloss der Gesetzgeber,

- den Bundeszuschuss um 2 Mrd. Euro zu erhöhen,⁴³
- die maximal zulässige Höhe der Liquiditätsreserve zu senken und übersteigende Mittel von 4,7 Mrd. Euro über die Zuweisungen an die Krankenkassen auszuschütten,⁴⁴
- ein unverzinsliches, im Jahr 2026 zurückzuzahlendes Bundesdarlehen von 1 Mrd. Euro zu gewähren sowie
- verschiedene, teilweise befristete Anpassungen in den Leistungsbereichen Krankenhaus⁴⁵, Arzneimittel⁴⁶ und vertragsärztliche Versorgung⁴⁷.

Derzeit ist geplant, dass die Rückzahlung des Darlehens nicht bereits zum Jahresende 2026, sondern erst im Jahr 2033 fällig wird.

Im Jahr 2024 wurden zusätzlich 2,7 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve an die Krankenkassen ausgezahlt, da über die maximale Höhe der Liquiditätsreserve hinausgehende Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt werden.⁴⁸

³⁹ Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 1990); siehe auch [BMG](#), Zugriff vom 10. April 2025.

⁴⁰ Bei der Berechnung wurden die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 SGB V abzüglich 4 Mio. Euro herangezogen.

⁴¹ § 272b Absatz 1 SGB V. Vom satzungsmäßig festgelegten Rücklagesoll wurden 4 Mio. Euro abgezogen. Für die Berechnung waren die von den Krankenkassen für das Geschäftsjahr 2021 vorgelegten endgültigen Rechnungsergebnisse heranzuziehen.

⁴² Schätztableau des Schätzerkreises vom 15. Oktober 2024.

⁴³ § 221a Absatz 5 SGB V. Des Weiteren leistete der Bund einen Bundeszuschuss von 2021 bis 2023 als Beitrag zum Ausgleich für die Mehrausgaben in Folge der pandemiebedingten Regelung zum Kinderkrankengeld.

⁴⁴ Im Jahr 2023 wurden aus der Liquiditätsreserve weitere 0,7 Mrd. Euro über die Zuweisungen an die Krankenkassen zugeführt. Davon dienten 0,4 Mrd. Euro als Ausgleich für Zahlungen an Krankenhäuser, denen zusätzliche Mittel für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereitgestellt wurden. Mindereinnahmen der Krankenkassen aufgrund des GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz wurden im Jahr 2023 mit 0,3 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve ausgeglichen.

⁴⁵ Ab dem Jahr 2025 werden im Pflegebudget nur noch die Kosten für qualifizierte Pflegekräfte berücksichtigt.

⁴⁶ Der Herstellerabschlag wurde für das Jahr 2023 um 5 Prozentpunkte erhöht, insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel. Der Apothekenabschlag wurde von 1,77 Euro auf 2 Euro auf zwei Jahre befristet erhöht. Strukturelle Änderungen der Preisbildung von neuen Arzneimitteln sollten greifen, die keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen haben. Zudem wurden ergänzende Maßnahmen ergriffen, die den Ausgabenanstieg patentgeschützter Arzneimittel dämpfen.

⁴⁷ Die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen für Neupatientinnen und Patienten wurde abgeschafft. Zudem wurden Vergütungsanreize für schnellere ärztliche Behandlungstermine eingeführt und der Honorarzuwachs für Zahnärztinnen und Zahnärzte begrenzt.

⁴⁸ Schätztableau des Schätzerkreises vom 15. Oktober 2024. Weitere 0,4 Mrd. Euro wurden der Liquiditätsreserve für den Ausgleich für Zahlungen an Krankenhäuser für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen entnommen.

3.1.2 Empfehlungen des BMG zur weiteren Stabilisierung

Der Gesetzgeber trug dem BMG im November 2022 auf, bis 31. Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Insbesondere sollte die Ausgabenseite betrachtet werden.⁴⁹ Das BMG versandte die Empfehlungen am 10. Januar 2024 an die Bundesministerien. Es führte darin aus, dass mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verbliebene Effizienzreserven bei den Leistungserbringern gehoben worden seien. Weitere Kostendämpfungsmaßnahmen würden die bereits erkennbaren Versorgungsprobleme und den Fachkräftemangel verschärfen. Dies schmälere die Attraktivität der Gesundheitsberufe und gefährde die Qualität des deutschen Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund sei die Einnahmenseite dauerhaft zu stärken. Dazu solle der Bundeszuschuss dynamisiert und dauerhaft erhöht werden. Nicht kostendeckende Beiträge des Bundes für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger sollten angehoben werden. Würde der gesetzliche Mindestlohn als Bemessungsgrundlage herangezogen, müssten die Beitragszahlungen des Bundes 10 Mrd. Euro höher ausfallen. Angesichts der angespannten Haushaltslage sei dies bislang nicht umgesetzt worden. Sobald es haushaltspolitisch möglich sei, solle das nachgeholt werden.

Auf der Ausgabenseite seien verschiedene Strukturreformen in Angriff genommen, um mittel- bis langfristig die Effizienz und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und Kosten zu reduzieren. Es seien verschiedene Reformen beschlossen worden oder geplant, wie die Krankenhausreform, die Notfallreform, die Digitalisierung des Gesundheitswesens, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und das Gesetzgebungsvorhaben zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hierdurch würden Mittel effizienter eingesetzt und die GKV entlastet. Weitere Einsparmöglichkeiten sah das BMG in der Streichung homöopathischer und anthroposophischer Leistungen sowie in der Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen durch einen geringeren Aufbau von Altersrückstellungen.⁵⁰

Zur Vorbereitung der Empfehlungen hatte das BMG frühzeitig Workshops durchgeführt sowie einnahmen- und ausgabenseitige Optionen zur Stärkung der Finanzen diskutiert. Eine Vorlage bzw. Veröffentlichung der Empfehlungen im Mai 2023 hatte es seinerzeit als zu spät bewertet. Um die finanzielle Situation im Jahr 2024 zu stabilisieren und zeitnah gesetzliche Änderungen anzustoßen, sollte eine Veröffentlichung bereits im März 2023 erfolgen. Dies erwies sich jedoch als nicht umsetzbar.

Vor Versand der Empfehlungen versuchte das BMG, Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) herzustellen. Das BMF kritisierte im Oktober 2023, die Empfehlungen des BMG würden den gesetzlichen Anforderungen nicht vollumfänglich

⁴⁹ § 220 Absatz 4 Satz 1 bis 3 SGB V geändert durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz.

⁵⁰ Empfehlungen des BMG für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 220 Absatz 4 SGB V vom 31. Mai 2023, übermittelt am 10. Januar 2024.

gerecht. Insbesondere für das Jahr 2024 seien nur einmalig wirkende Maßnahmen vorgesehen. Es fehlten Vorschläge zur strukturellen Dämpfung der Ausgaben. Überwiegend würden Einnahmeverbesserungen zulasten des Bundeshaushalts empfohlen. Deutschland hätte im europäischen Vergleich pro Kopf die höchsten Ausgaben für Arzneimittel und eine hohe Zahl von Arztkontakten. Gemessen an der Bettenzahl sei die Krankenhausversorgung deutlich umfänglicher als im europäischen Durchschnitt. Ambulant behandelbare Erkrankungen würden überdurchschnittlich häufig im Krankenhaus behandelt. Gleichzeitig läge die Lebenserwartung in Deutschland nur knapp über dem europäischen Durchschnitt. Die strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben bestehe fort. Daraus resultiere das Risiko für eine Belastung der Versicherten und Arbeitgeber. Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen sollten über strukturelle Reformen erschlossen werden, die zur Ausgabenbegrenzung und Qualitätsverbesserung beitragen können. Strukturelle Reformen seien auch mit dem Ziel der Verbesserung der Tragfähigkeit zu verbinden.

Im März 2024 kritisierte das BMF, dass dem BMG ein schlüssiges Gesamtkonzept zur systematischen Stabilisierung der defizitären Dynamik fehle. Das BMG wies dies zurück. Die geplanten weitreichenden Strukturreformen seien auf der Ausgabenseite mittel- bis langfristig der zentrale Schlüssel für eine Stabilisierung der Finanzen. Durch effizientere und bedarfsgerechtere Versorgungsstrukturen sowie mehr Prävention würden mittel- bis langfristig teils erhebliche Einsparungen generiert. Vereinzelt seien zunächst zusätzliche Investitionen notwendig.

3.2 Entwicklung der Liquiditätsreserve

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds betrug zum Ende des Auszahlungsjahres 2024 5,7 Mrd. Euro. Zum Ende des Auszahlungsjahres 2025 ist eine Mindestreserve von 4,9 Mrd. Euro vorzuhalten. Folgende Faktoren haben Einfluss auf die unterjährige Entwicklung der Liquiditätsreserve:

- Während die Einnahmen des Gesundheitsfonds unterjährig schwanken, erhalten Krankenkassen ihre vorab fixierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in monatlich gleichen Teilbeträgen. Der Gesundheitsfonds verzeichnet üblicherweise unterjährig ein Defizit, das aufgrund von Jahressonderzahlungen wie dem Weihnachtsgeld zum Jahresende ausgeglichen wird.⁵¹ In den Jahren 2017 bis 2023 sanken die liquiden Mittel unterjährig⁵² um 3,1 bis 4,5 Mrd. Euro. Durchschnittlich betrug der Rückgang 3,7 Mrd. Euro.⁵³
- Der Gesundheitsfonds trägt das Einnahmerisiko aufgrund unerwarteter konjunktureller Einbrüche, die sich durch geringere beitragspflichtige Einnahmen auszeichnen.

⁵¹ BMG, Pressemitteilung, Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 3. Quartal 2024 vom 6. Dezember 2024.

⁵² Das Auszahlungsjahr des Gesundheitsfonds beginnt am 16. Januar und endet am 15. Januar des folgenden Jahres. Die Auszahlungsmonate beginnen jeweils am 16. Kalendertag eines Monats. Es werden die übertragenen Mittel aus dem Vormonat und Rückflüsse aus Termingeldern abgebildet.

⁵³ Werte aus dem Jahr 2020 werden aufgrund der pandemiebedingten Abweichungen nicht berücksichtigt.

Werden im Schätzerkreis die erwarteten Einnahmen zu hoch angesetzt, soll die Liquiditätsreserve die Mindereinnahmen ausgleichen. In den Jahren 2017 bis 2023 setzte der Schätzerkreis nur im Pandemiejahr 2020 die Einnahmen zu hoch an.⁵⁴

- Sofern Krankenkassen mit überwiegend einkommensschwächeren Mitgliedern überdurchschnittlich hohe Zusatzbeitragssätze und Krankenkassen mit überwiegend einkommensstärkeren Mitgliedern unterdurchschnittliche Zusatzbeitragssätze erheben, entsteht durch den Einkommensausgleich ein Defizit. Dieses betrug im Jahr 2024 0,8 Mrd. Euro.
- Zusatzbeitragssatzerhöhungen werden von der Rentenversicherung erst mit einer Verzögerung von zwei Monaten bei den Beiträgen zur Krankenversicherung der Rentner berücksichtigt. Insbesondere in Jahren mit deutlichen Zusatzbeitragssatzanhebungen wird dadurch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds belastet. Dieser Nachlauf führte im Jahr 2024 zu einer Belastung der Liquiditätsreserve von etwa 0,2 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband beziffert die Belastung im Jahr 2025 auf 0,7 Mrd. Euro.

Zur Förderung der Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wurden bzw. werden dem Strukturfonds⁵⁵ in den Jahren 2019 bis 2025 Mittel von bis zu 2 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Im Jahr 2025 sind davon noch 1,2 Mrd. Euro von den Ländern abrufbar. Zusätzlich werden liquide Mittel zur Finanzierung des Innovationsfonds von jährlich 0,1 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve entnommen.⁵⁶

Die beschriebenen Effekte gefährden derzeit die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds. Im Mai 2025 wurde darum die Auszahlung des Bundeszuschusses aus der Dezzemberrate in Höhe von 0,8 Mrd. Euro vorgezogen.

Die Liquidität des Gesundheitsfonds verschärfen würde zudem die derzeitige Regelung, nach der der Transformationsfonds⁵⁷ in den Jahren 2026 bis 2035 mit jährlich 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve finanziert werden soll (vgl. Textnummer 2.3). Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode „Verantwortung für Deutschland“ ist allerdings geplant, den für die GKV vorgesehenen Anteil von 25 Mrd. Euro aus dem neu bereitgestellten Sondervermögen Infrastruktur und damit aus Bundesmitteln zu finanzieren.⁵⁸ In den Jahren 2026 bis 2029 plant der Bund zudem die Länder zu entlasten und einen Finanzierungsanteil von 3,5 Mrd. Euro pro Jahr zu leisten. Die Länder zahlen in diesem Zeitraum 1,5 Mrd. Euro pro Jahr.⁵⁹

⁵⁴ Schätzerkreis, Schätztableaus der Jahre 2015 bis 2024.

⁵⁵ § 271 Absatz 6 SGB V; Strukturfonds nach § 12a KHG i. V. m. § 221 Absatz 2 SGB V.

⁵⁶ § 271 Absatz 5 SGB V.

⁵⁷ § 12b KHG.

⁵⁸ Koalitionsvertrag, S. 108.

⁵⁹ Beschlusspapier der Bund-Länder-AG vom 23. Juni 2025.

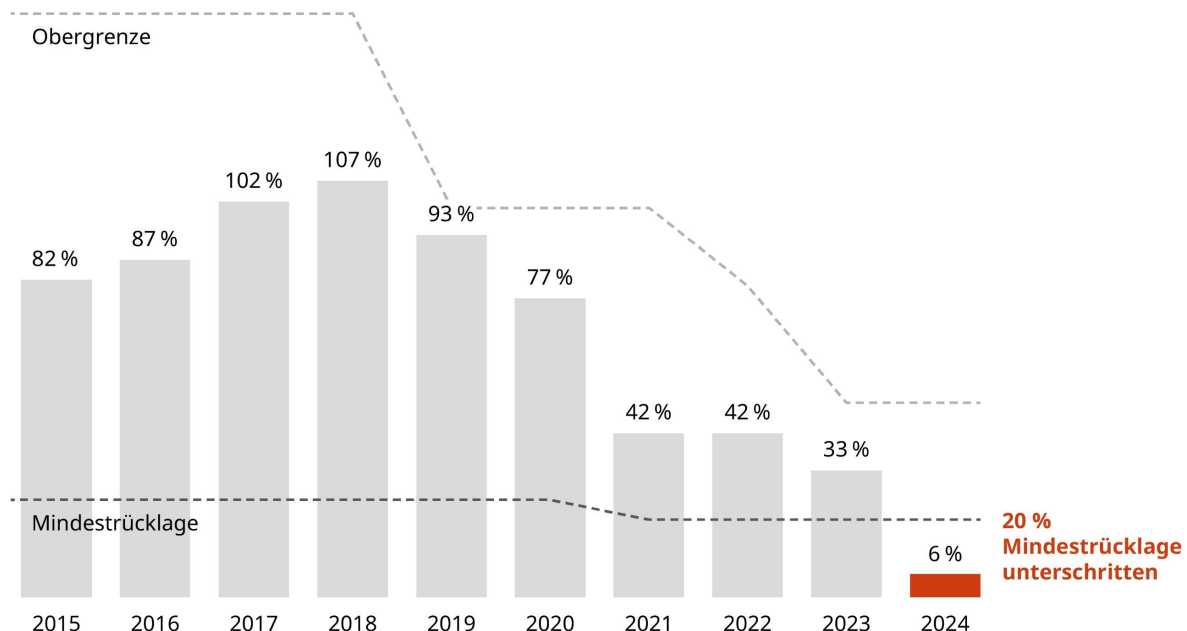
3.3 Entwicklung der Finanzreserven

Die Finanzreserven der Krankenkassen sanken seit dem Jahr 2018 deutlich. Ende des Jahres 2024 betragen sie 6 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe (vgl. Abbildung 2).⁶⁰

Abbildung 2

Finanzreserven der Krankenkassen sinken unter Mindestrücklage

Die Finanzreserven der Krankenkassen schmolzen in den vergangenen Jahren kontinuierlich ab und lagen zum Jahresende 2024 deutlich unter der Mindestrücklage von 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe.



Quelle: Endgültige GKV-Rechnungsergebnisse für die Jahre 2015 bis 2024.

Die Obergrenze der Finanzreserven wurde schrittweise abgesenkt. Die Absenkung von 150 % auf 100 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe ab dem Jahr 2019 begründete das BMG mit der Anpassung an aktuelle Strukturen. Seit Einführung des Gesundheitsfonds sei das Einnahmerisiko von Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen, der somit das Risiko für unerwartete konjunkturelle Einbrüche vollständig trage. Die gesetzliche Obergrenze sei so bemessen, dass sie hinreichenden Spielraum

⁶⁰ Die Höhe der Mindestreserve ergibt sich aus der Haushaltsplanung der Krankenkassen. Wird diese der Berechnung zugrunde gelegt, ergibt sich eine geringfügig niedrigere Mindestreserve.

für notwendige Investitionen bei gleichzeitiger Absicherung der Leistungsausgaben belasse.⁶¹

Die Absenkung der Obergrenze auf 80 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2022 sollte Krankenkassen motivieren, Finanzreserven abzubauen sowie stabilere oder niedrigere Zusatzbeitragssätze zu erheben. Die Höhe hielt das BMG für angemessen, da die verbleibende Obergrenze dem Vierfachen der gesetzlichen Mindestrücklage entspräche.⁶²

Mit einer weiteren Absenkung der Obergrenze auf 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe ab dem Jahr 2023 sollten die Krankenkassen veranlasst werden, ihre Finanzmittel einzusetzen, um ihre Zusatzbeiträge zu stabilisieren. Die neue Obergrenze entspräche dem 2,5-fachen der gesetzlichen Mindestrücklage.⁶³ Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hatte das Fachreferat des BMG darauf hingewiesen, dass das finanzielle Risiko für Krankenkassen, für die GKV als Haftungssystem und für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler durch das erhebliche Abschmelzen der Reserven und die gleichzeitige Absenkung der Obergrenze erhöht werde. Unterjährige Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes würden dadurch wahrscheinlicher.

Die Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklage im Jahr 2020 von 25 % auf 20 % einer Monatsausgabe wurde ebenfalls mit dem Übergang des Einnahmerisikos auf den Gesundheitsfonds begründet. Eine Mindestrücklage von 25 % einer Monatsausgabe entspräche nicht mehr dem tatsächlichen Mindestbedarf, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen sicherzustellen. Durch die Absenkung erhielten Krankenkassen größere Handlungsspielräume bei ihrer Haushaltsplanung.⁶⁴

Die Mindestrücklage aller Krankenkassen lag Ende des Jahres 2024 bei 5,5 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband hielt den finanziellen Spielraum zum Ausgleich von Einnahmen- und Ausgabenschwankungen im Jahr 2024 infolge der Absenkung der Obergrenze für nicht mehr ausreichend. Unterjährig hoben 34 Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze an, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Sechs davon mussten unterjährig sogar zweimal ihre Zusatzbeitragssätze anpassen. Über 60 % der Krankenkassen, die unterjährig ihren Zusatzbeitragssatz anheben mussten, verfügten Ende des Jahres 2023 über Finanzreserven von über 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe.

Der Schätzerkreis prognostizierte im Oktober 2024 einen Ausgabenanstieg für das Jahr 2025 von 6,8 %.⁶⁵ Im 1. Quartal 2025 verzeichneten Krankenkassen einen Anstieg

⁶¹ Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 23. September 2019 ([Bundestagsdrucksache 19/13397](#), S. 60).

⁶² Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 19. Oktober 2020 ([Bundestagsdrucksache 19/23483](#), S. 35).

⁶³ Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vom 19. September 2022 ([Bundestagsdrucksache 20/3448](#), S. 49).

⁶⁴ Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 12. Februar 2020 ([Bundestagsdrucksache 19/17155](#), S. 132).

⁶⁵ [Schätztableau des Schätzerkreises vom 15. Oktober 2024](#).

von 7,8 %.⁶⁶ Bis 1. Juli 2025 erhöhten 15 Krankenkassen erneut die Zusatzbeitragssätze. Weitere unterjährige Anhebungen sind nicht ausgeschlossen.

Regelmäßig erzielten einzelne Krankenkassen Rechnungsergebnisse, die zu einem Abschmelzen der Finanzreserven von über 30 % führen. So wiesen im Jahr 2015 14 Krankenkassen (11 % der Krankenkassen), im Jahr 2019 neun Krankenkassen (8 % der Krankenkassen) und im Jahr 2020 elf Krankenkassen (10 % der Krankenkassen) ein Defizit von über 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe aus.

3.4 Rechnungsergebnis der Krankenkassen im Jahr 2024

Krankenkassen verzeichneten im Jahr 2024 ein Defizit von 6,6 Mrd. Euro, das insbesondere auf gestiegene Leistungsausgaben zurückzuführen ist. Mit 8,2 % stiegen die Leistungsausgaben gegenüber dem Vorjahr stärker als in jedem anderem Jahr der vergangenen drei Jahrzehnte. Das mittlere jährliche Wachstum lag in den Jahren 2010 bis 2023 bei 4,4 %.

Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen verzeichneten Krankenkassen etwa im stationären Sektor. Für Krankenhausbehandlungen verausgabten sie 102,2 Mrd. Euro, dies entspricht einer Steigerung von 8,8 % im Vergleich zum Vorjahr. Ebenfalls überdurchschnittlich wuchsen die Ausgaben für Arzneimittel. Mit einer Veränderungsrate von 9,9 % wuchsen die Ausgaben für Arzneimittel auf 55,2 Mrd. Euro. Die Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlungen stiegen mit 6,7 % auf insgesamt 50,3 Mrd. Euro. Ausgaben für Fahrkosten stiegen ebenfalls überdurchschnittlich mit 10 % auf 9,6 Mrd. Euro.⁶⁷

Das BMG hielt die Preiskomponente in vielen Ausgabenbereichen für ursächlich. Der Gesetzgeber habe in den letzten 10 bis 15 Jahren vielfach ausgabendämpfende Regelungen eingeschränkt oder zurückgenommen. Dazu gehört vor allem die Entkopplung der Vergütungssteigerungen von der Grundlohnrate,⁶⁸ die Übernahme der Ist-Kosten-

⁶⁶ BMG, Pressemitteilung, vorläufige GKV-Rechnungsergebnisse für das Jahr 2025 vom 20. Juni 2025.

⁶⁷ GKV-Spitzenverband, GKV-Kennzahlen mit Stand von Juni 2025.

⁶⁸ Im stationären Bereich gilt als Obergrenze für die Veränderung von Landesbasisfallwerten seit dem Jahr 2013 nicht mehr die Grundlohnrate, sondern der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG. Die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser ermittelt das Statistische Bundesamt jährlich und berechnet daraus einen Orientierungswert. Die Grundlohn- bzw. Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V gibt die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen an. Ist der Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate, entspricht der Veränderungswert dieser Veränderungsrate. Ist der Orientierungswert höher als die Veränderungsrate, vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Privaten Krankenversicherung und der GKV-Spitzenverband den Veränderungswert (siehe auch BMG). So lag der Veränderungswert in den Jahren 2022 bis 2024 über der Grundlohnrate (vgl. AOK-Bundesverband). Mit dem KHVVG weitete der Gesetzgeber den Verhandlungsspielraum für die Vertragspartner aus, so dass künftig höhere Veränderungswerte zulässig sind.

Finanzierung durch die Krankenkassen beim Pflegepersonal⁶⁹ und die Entbudgetierung⁷⁰ von Hausärztinnen und Hausärzten. Überproportionale Ausgabenzuwächse seien insbesondere bei patentgeschützten Arzneimitteln zu verzeichnen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz habe die finanzielle Situation nur vorübergehend stabilisiert. Zusätzliche Bundesmittel, das Abschmelzen der GKV-Reserven und der einmalig erhöhte Arzneimittel-Herstellerrabatt wirkten nur vorübergehend. Reformen im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes führten – nach interner Einschätzung des BMG – nicht zu den erhofften Einsparungen.

3.5 Künftige Entwicklung

Zukünftig stehen den ständig steigenden Ausgaben geringere Zuwächse der Einnahmen gegenüber, die aufgrund der demographischen und konjunkturellen Entwicklung erwartet werden. Allein deswegen wachsen die Ausgaben jährlich um 6 bis 8 Mrd. Euro stärker als die Einnahmen. Dies hätte einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 0,3 Beitragssatzpunkten pro Jahr zur Folge.⁷¹

Zusätzlich bewirken kürzlich beschlossene Gesetze einen massiven Ausgabenanstieg in der GKV für die kommenden Jahre. Im Februar 2025 beschloss der Gesetzgeber etwa die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte. Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der erbrachten Hausbesuche sind ab dem 1. Oktober 2025 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig zu vergüten.⁷²

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt im Jahr 2025 bei 2,5 %.⁷³ Er ist damit seit dem Jahr 2015 von 0,9 % um 1,6 Beitragssatzpunkte angestiegen (vgl. Abbildung 3). Das BMG rechnete in einer Prognose (sog. Mittelfristmodell) im Frühjahr 2025 für die mittelfristige Finanzentwicklung in der GKV mit einem weiter steigenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Bis zum Jahr 2029 schätzt es in einem mittleren Szenario einen Anstieg auf 4,05 %.⁷⁴ Kassenindividuelle Zusatzbeitragssätze können vom

⁶⁹ Die vollständige Ist-Kosten-Finanzierung von Pflegepersonalkosten durch die Kostenträger (Kranken- und Pflegekosten) wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I 2018 S. 2394) eingeführt. Vor der Einführung dieses Finanzierungsmodells wurden die Personalkosten für Pflegeleistungen aus den Fallpauschalen gezahlt. Dabei bestand ein Anreiz, dass Pflegepersonal möglichst „günstig“ beschäftigt wurde, weil höhere Kosten nicht automatisch refinanziert wurden.

⁷⁰ Bei der Entbudgetierung fallen Leistungen nicht mehr unter die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die budgetiert ist. Eine mengenmäßige Begrenzung entfällt und Leistungen werden vollständig und unabhängig von Obergrenzen gezahlt. Für die hausärztliche Versorgung erfolgte die Entbudgetierung durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) vom 25. Februar 2025 (BGBl. I. Nummer 64).

⁷¹ Prognose des BMG aus dem Frühjahr 2025 mit Stand vom 13. März 2025.

⁷² GVSG vom 25. Februar 2025 (BGBl. I. Nummer 64). Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode „Verantwortung für Deutschland“ ist vorgesehen, eine Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten in unterversorgten Gebieten zu prüfen (vgl. [Koalitionsvertrag](#), S. 106).

⁷³ [Bundesanzeiger](#), Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 SGB V für das Jahr 2025.

⁷⁴ Prognose des BMG aus dem Frühjahr 2025 mit Stand vom 13. März 2025.

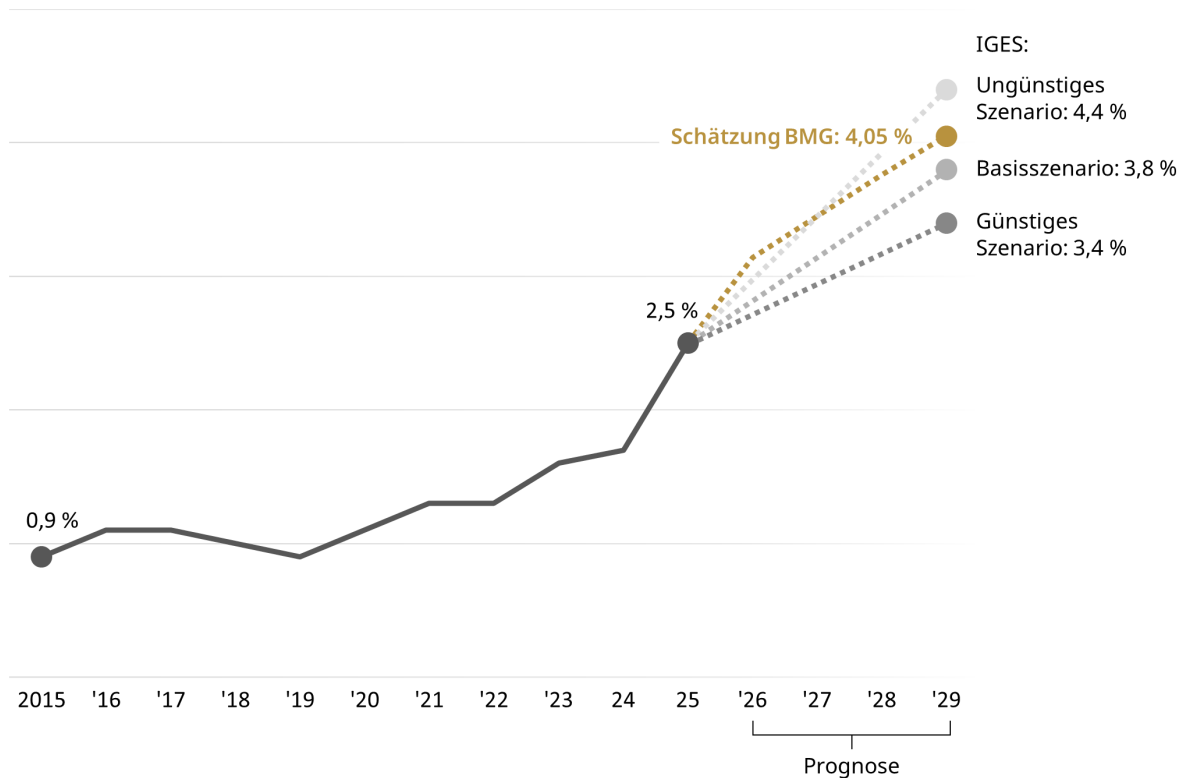
durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abweichen, wenn etwa andere Einnahmen- oder Ausgabensteigerungen erwartet werden.

Ein wissenschaftliches Institut befasste sich im Juni 2025 mit der Entwicklung des Zusatzbeitragssatzes. Im Falle einer günstigen Entwicklung prognostizierte es einen Zusatzbeitragssatz von 3,4 % im Jahr 2029, in einem Basisszenario von 3,8 % und bei einer ungünstigen Entwicklung von 4,4 %. Bis zum Jahr 2035 könnten die Zusatzbeitragssätze im günstigsten Fall auf 3,4 %, im Basisszenario auf 5,4 % und im ungünstigsten Szenario auf 8,0 % steigen.⁷⁵

Abbildung 3

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz steigt deutlich

Das BMG schätzt bis zum Jahr 2029 einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 4,05 %. Ein wissenschaftliches Institut prognostiziert einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zwischen 3,4 % und 4,4 % im Jahr 2029.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: Bundesanzeiger; Prognose des BMG aus dem Frühjahr 2025 mit Stand vom 13. März 2025. IGES-Institut, Beitragssatzentwicklung in der Sozialversicherung vom 26. Juni 2025.

⁷⁵ IGES-Institut, Beitragssatzentwicklung in der Sozialversicherung vom 26. Juni 2025, S. 11.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz berücksichtigt nicht die für den Aufbau von Reserven benötigten Mittel. Bundesunmittelbare Krankenkassen⁷⁶ haben laut BAS im Jahr 2025 ihre Zusatzbeitragssätze so berechnet, dass ein Aufbau der Finanzreserven um insgesamt 3,3 Mrd. Euro geplant ist. Dies entspricht 0,29 Zusatzbeitragssatzpunkten. Einige Krankenkassen erheben Zusatzbeiträge in einer Höhe, die zum Aufbau von Finanzreserven über dem gesetzlichen Minimum führen. Zum 1. Januar 2025 haben 82 Krankenkassen ihre Beitragssätze erhöht, bei 11 Krankenkassen ist der Zusatzbeitragssatz unverändert geblieben, da zum Teil bereits im Jahresverlauf 2024 Anhebungen erfolgten.⁷⁷ Im Durchschnitt lagen die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze Anfang 2025 bei 2,92 % und damit deutlich über dem vom BMG bekanntgegebenen Zusatzbeitragssatz. Kassenindividuell variierte der Zusatzbeitragssatz zwischen 2,18 und 4,4 %.⁷⁸

Die Regierungskoalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode „Verantwortung für Deutschland“ das Ziel gesetzt, die Finanzsituation in der GKV zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden. Strukturelle Anpassungen und kurzfristige Maßnahmen sollen umgesetzt werden, um die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen. Um die Beiträge der GKV-Mitglieder langfristig stabilisieren zu können, sollen die Einnahmen durch ein höheres Beschäftigungsniveau vergrößert und die Kosten auf der Ausgabenseite reduziert werden. Dafür soll eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern eingerichtet werden. Die gesundheitspolitischen Vorhaben des Koalitionsvertrags sollen in der Gesamtwirkung betrachtet werden. Bis zum Frühjahr 2027 sollen Ableitungen getroffen und konkrete weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden.⁷⁹

4 Vorläufige Würdigung

4.1 Stabilisierung der GKV ist unabdingbar

Der Bundesrechnungshof hat die finanzielle Situation der GKV als kritisch bewertet. Eine jährlich um 6 bis 8 Mrd. Euro wachsende strukturelle Lücke belastet

⁷⁶ Bundesunmittelbare Krankenkassen sind solche, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Zu den landesunmittelbaren Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen und einige Innungs- sowie Betriebskrankenkassen.

⁷⁷ BMG, Pressemitteilung, vorläufige GKV-Rechnungsergebnisse für das Jahr 2024 vom 7. März 2025.

⁷⁸ GKV-Spitzenverband, Krankenkassenliste, Zugriff vom 2. Juli 2025. Es wurden nur geöffnete Krankenkassen betrachtet.

⁷⁹ Vgl. Koalitionsvertrag, S. 105.

Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Diese Entwicklung ist nicht allein auf äußere Faktoren wie den technischen Fortschritt und die demographische Entwicklung zurückzuführen. Insbesondere führte die Abschaffung bzw. Beschränkung kostendämpfender Regelungen zur Erhöhung der strukturellen Deckungslücke. Diese wird künftig noch durch geringere Einnahmen aufgrund der alternden Bevölkerung verstärkt.

Das BMG hat versäumt, frühzeitig Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation zu ergreifen. Viele der mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz im Jahr 2022 eingeführten Maßnahmen bewirkten nur einmalige oder kurzfristige Entlastungen. Dies betraf insbesondere die Vermögensabgabe aus den Finanzreserven und den zusätzlichen Bundeszuschuss. Durch Bundesdarlehen wird das finanzielle Problem lediglich zeitlich verlagert.⁸⁰

Im Jahr 2022 verpflichtete der Gesetzgeber das BMG, Vorschläge für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten und dabei insbesondere die Ausgabenseite zu betrachten. Die Empfehlungen legte das BMG mehr als sieben Monate zu spät vor. Auch dadurch unterblieb eine kurzfristige Stabilisierung. Inhaltlich blieben die Empfehlungen weit hinter den Erwartungen zurück. Die geplanten Struktur-reformen, die mittel- bis langfristig wirken sollten, waren nicht mit konkreten Einsparzielen hinterlegt. Die Notfallreform wurde bis heute nicht umgesetzt. Kurzfristige Einsparmöglichkeiten wie etwa die Streichung homöopathischer und anthroposophischer Leistungen sowie bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen hätten die strukturelle Deckungslücke nicht annähernd schließen können. Die – ebenfalls nicht eingeführte – Dynamisierung des Bundeszuschusses und der Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger hätten zwar einnahmeseitig kurzfristig die finanzielle Situation entlasten können. Langfristig hätte aber auch dies keine ausreichende Wirkung. Bei einer um jährlich 6 bis 8 Mrd. Euro steigenden Deckungslücke würden zusätzliche Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger von 10 Mrd. Euro die finanzielle Situation allenfalls ein bis zwei Jahre festigen. Eine Stabilisierung über die Dynamisierung des Bundeszuschusses würde zu einer steigenden Belastung des Bundeshaushaltes führen. In zehn Jahren müsste der Bundeszuschuss 60 bis 80 Mrd. Euro umfassen.

Das BMG hat die Chance vertan, frühzeitig auf die Beitragssatzentwicklung zu reagieren. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, ausgabenseitig Maßnahmen zu ergreifen, die kurzfristig die finanzielle Situation stabilisieren. Kurzfristig könnten ausgabendämpfende Regelungen wieder eingeführt werden, wie etwa die Kopplung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate, die Abschaffung der Ist-Kosten-

⁸⁰ Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2023 vom 7. September 2022 (Gz.: IX 1 - 0001176) und Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (BMG) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025 vom 3. Juli 2025 (Gz.: IX 1 - 0002661).

Finanzierung von Pflegepersonalkosten und die Wiedereinführung der Budgetierung von Teilen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

4.2 Mindestreserve des Gesundheitsfonds ist zu niedrig

Der Bundesrechnungshof hat zwar die im Koalitionsvertrag vereinbarte Zielsetzung befürwortet, die Finanzsituation und damit die Beiträge zur GKV langfristig zu stabilisieren. Er hat aber das Fehlen konkreter finanzwirksamer Maßnahmen bedauert. Verfehlt ist es insbesondere, erst in zwei Jahren mögliche Strategien vorzustellen. Der Bundesrechnungshof hat die Höhe der Mindestreserve als zu niedrig bemessen erachtet. Der notwendige Zahlungsfluss der Zuweisungen an die Krankenkassen wird hierdurch gefährdet. Die Liquiditätsreserve muss unterjährige Einnahmeschwankungen, Effekte aus dem Einkommensausgleich sowie Mindereinnahmen bei Zusatzbeitragssatzerhöhungen ausgleichen. Allein unterjährige Schwankungen können zu einem saisonalen Defizit von bis zu 4,5 Mrd. Euro führen. Falls der Schätzerkreis unvorhergesehene Mindereinnahmen aufgrund einer Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation nicht ausreichend berücksichtigt, kann der Gesundheitsfonds ein massives Defizit verzeichnen. Eine Mindestreserve von nur 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe entspricht im Jahr 2025 4,9 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat Zweifel geäußert, ob dies ausreicht, um die genannten Effekte zuverlässig abzusichern. Diese Sorge wird erhärtet durch das Vorziehen des Bundeszuschusses von 0,8 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat darum empfohlen, die Mindestreserve der Liquiditätsreserve prozentual zu erhöhen.

4.3 Mindestrücklagen der Krankenkassen zu gering bemessen

Der Bundesrechnungshof hat auch die von den Krankenkassen vorzuhaltende Mindestrücklage von mindestens 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe für zu niedrig gehalten. Die Finanzreserven der Krankenkassen sollen auch bei unvorhersehbaren Ausgabenschwankungen unterjährige Zusatzbeitragssatzerhöhungen vermeiden helfen. Dies ist bei der gegenwärtigen Höhe nicht gewährleistet. Über 60 % der Krankenkassen, die im Jahr 2024 ihren Zusatzbeitragssatz unterjährig anheben mussten, verfügten zum Jahresende 2023 noch über Finanzreserven oberhalb der Mindestrücklage. Bis 1. Juli 2025 erhöhten weitere 15 Krankenkassen unterjährig ihre Zusatzbeitragsätze. Über ein gesamtes Haushaltsjahr geltende, konstante Zusatzbeitragsätze sollten die Regel und unterjährige Beitragssatzanhebungen eine Ausnahme sein. Dieses Regel-Ausnahme-Verhältnis ist durch die geltende Mindesthöhe der Finanzreserven nicht mehr sichergestellt.

Die Mindestrücklage wurde abgesenkt, um Reserven abzubauen und die finanzielle Situation der GKV zu stabilisieren. Mit dieser Zweckentfremdung der Finanzreserve wurde genau das Gegenteil erreicht und die Stabilität der unterjährigen Zusatzbeiträge gefährdet. Das Einnahmerisiko ist zwar auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Das Risiko von Ausgabensteigerungen – und diese sind derzeit in besonderer Weise zu verzeichnen – muss jedoch nach wie vor von den Krankenkassen ausgeglichen werden. Prognosen können derart von der tatsächlichen Entwicklung abweichen, dass die Finanzreserven nicht ausreichen. Dies zeigte die Entwicklung im vergangenen Jahr. Trotz unterjähriger Zusatzbeitragssatzanhebungen hatten Krankenkassen 2024 ein Defizit von 6,6 Mrd. Euro zu verzeichnen. Die Mindestrücklage aller Krankenkassen beispielsweise lag dagegen Ende des Jahres 2024 bei nur 5,5 Mrd. Euro.

Die Bemessung der Finanzreserven muss Krankenkassen einen hinreichenden Spielraum für Investitionen erlauben und gleichzeitig die Leistungsausgaben absichern. Bei dem derzeit geltenden Abstand von nur 30 Prozentpunkten zwischen Mindestrücklage und Obergrenze ist dies nicht sichergestellt. Die regelhafte Geltungsdauer der Zusatzbeiträge von einem Jahr darf nicht durch zu geringe Finanzreserven vereitelt werden. Der Bundesrechnungshof hat dem BMG empfohlen, die Höhe der Mindestrücklage und der Obergrenze der Finanzreserve zu analysieren und so anzuheben, dass künftig unterjährige Beitragssatzerhöhungen weitgehend vermieden werden.

5 Stellungnahme des BMG

5.1 Mittel- bis langfristige Finanzprognosen sind unsicher

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass mittel- bis langfristige Finanzprognosen in der GKV in hohem Maße von unterstellten Annahmen abhängig und mit erheblicher Unsicherheit behaftet seien. Dies gelte neben der demografischen und gesamtwirtschaftlichen Entwicklung insbesondere auch für die Ausgabenentwicklung in der GKV. Diese sei – im Unterschied zu anderen Sozialversicherungszweigen – abhängig von einer Vielzahl angebots- und nachfrageseitiger Faktoren in vielen sehr unterschiedlich regulierten Leistungsbereichen mit teils hochkomplexen Vergütungssystemen. Die Folgen gesetzgeberischer Maßnahmen – insbesondere bei Strukturreformen wie der Krankenhausreform – seien angesichts des Zusammenspiels von gesetzlichen Anreizwirkungen und Verhaltensreaktionen der betroffenen Akteure häufig nur schwer vorherzusagen. Auch die Wirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts sowie die jährlichen Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und deren Organisationen auf verschiedenen Verhandlungsebenen und in verschiedenen

Leistungsbereichen sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung des Leistungsumfangs hätten einen großen und kaum vorhersagbaren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung.

Aus diesen Gründen habe der Gesetzgeber ausdrücklich dem Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V die gesetzliche Aufgabe zugewiesen, jedes Jahr bis 15. Oktober die Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich für das laufende und das kommende Jahr auf Basis dann vorliegender aktuellster Erkenntnisse und Daten zu prognostizieren. Auf Basis dieser Prognose ermittle das BMG den durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatz für das nächste Jahr.

5.2 Finanzstabilisierung im Koalitionsvertrag vereinbart

Der Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode sehe vor, die Finanzsituation der GKV zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden. Dazu solle ein Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen beschlossen werden. Eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern solle konkrete Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Beiträge erarbeiten und bis Frühjahr 2027 – ggf. schon früher – vorlegen.

5.3 Gesetzliche Anpassungen werden geprüft

Das BMG hat die Zweifel geteilt, dass die Höhe der gesetzlichen Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 0,2 Monatsausgaben nicht ausreichen könnte, um unterjährige Einnahmeschwankungen und mögliche weitere Belastungen zuverlässig abzusichern. Darum werde es eine Erhöhung der Mindestreserve prüfen.

Über ein gesamtes Haushaltsjahr geltende, konstante Zusatzbeitragssätze sollten zwar die Regel und unterjährige Beitragssatzanhebungen die Ausnahme sein. Dass der Abstand von 30 Prozentpunkten zwischen Mindestrücklage und Obergrenze zu gering sei, teile das BMG aber nur eingeschränkt. Der gegenwärtige Abstand erlaube einen hinreichenden Spielraum für Investitionen und sichere gleichzeitig die Leistungsausgaben. Die Spanne von 0,3 Monatsausgaben entspräche ca. 0,45 Zusatzbeitragssatzpunkten. Krankenkassen könnten während ihrer Haushaltsplanungen für die Bemessung ihrer Finanzreserven zwischen Mindestrücklage und Obergrenze über einen Spielraum von durchschnittlich 0,45 Zusatzbeitragssatzpunkten verfügen. Im Jahr 2024 seien dies rund 8 Mrd. Euro.

Die Ausgaben habe der Schätzerkreis nur in drei der letzten zehn Jahre zwischen 2014 und 2023 unterschätzt. Die maximale Unterschätzung hätte bei 2,9 Mrd. Euro gelegen, im Mittel beliefe sich die Unterschätzung auf ca. 1,5 Mrd. Euro. Weitaus häufiger habe

der Schätzerkreis die Ausgaben – um durchschnittlich 1,8 Mrd. Euro – überschätzt. Die maximale Überschätzung habe 3,5 Mrd. Euro umfasst. Vor diesem Hintergrund seien auch die zeitweise hohen Finanzreserven von GKV – weit über 20 Mrd. Euro bzw. mehr als eine Monatsausgabe – entstanden. Die erhebliche Unterschätzung des Schätzerkreises für die Ausgaben im Jahr 2024 um ca. 7,6 Mrd. Euro sei einzigartig und auf die Auswirkungen der hohen Inflation zurückzuführen. Diese seien in diesem Umfang nicht vorhergesehen worden. Dies erkläre auch die flächendeckenden unterjährigen Anhebungen der Zusatzbeitragssätze im vergangenen Jahr.

Das BMG werde die Anhebung der Höhe der Mindestrücklage und der Obergrenze der Finanzreserven prüfen.

6 Abschließende Würdigung

6.1 GKV-Finzen stehen massiv unter Druck

Die GKV-Finzen stehen massiv unter Druck. Das BMG selbst geht in internen Prognosen von einer jährlich um 6 bis 8 Mrd. Euro steigenden strukturellen Deckungslücke zwischen Beitragseinnahmen und -ausgaben aus. Der Bundesrechnungshof erkennt ausdrücklich an, dass derartige Prognosen stets mit Unsicherheiten behaftet sind. Das BMG ist als verantwortliches Ressort verpflichtet, die Leistungsfähigkeit der GKV sicherzustellen und deren Rahmenbedingungen zu gestalten. Dazu muss es die Finanzsituation der GKV gewissenhaft beobachten. Einvernehmen zwischen BMG und Bundesrechnungshof besteht hinsichtlich der besonderen Dynamik: Die Ausgaben steigen erheblich schneller als die Einnahmen, was zu einer jährlich wachsenden strukturellen Deckungslücke führt. Wissenschaftliche Analysen bestätigen diese Entwicklung.

Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel der Stabilisierung der Finanzsituation der GKV und ihrer Beiträge wird vom Bundesrechnungshof uneingeschränkt begrüßt. Durch die Vorlage der Kommissions-Ergebnisse im Frühjahr 2027 könnten gesetzgeberische Maßnahmen aber realistischerweise erst ab dem Jahr 2028 greifen und Wirkung zeigen. Das strukturelle Defizit würde bis dahin um weitere 12 bis 16 Mrd. Euro anwachsen. Der Bundesrechnungshof hält dies für nicht vertretbar. Unerlässlich ist, neben langfristig notwendigen Strukturreformen auch kurzfristig finanzwirksame Maßnahmen zu ergreifen. Maßnahmen sind mit Einsparzielen zu unterlegen.

6.2 Mindestreserve des Gesundheitsfonds anheben

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass das BMG die Erhöhung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds prüfen will. Eine zügige Erhöhung ist notwendig, um künftig unterjährige Liquiditätsdarlehen oder vorgezogene Bundeszuschüsse zu vermeiden. Typische unterjährige Schwankungen der Einnahmen- wie der Ausgabenseite können bereits zu einem saisonalen Defizit von bis zu 4,5 Mrd. Euro führen. Eine nur 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe umfassende Mindestreserve (4,9 Mrd. Euro im Jahr 2025) stellt insoweit keine ausreichende Vorsorge dar.

Zur Bemessung einer ausreichenden Mindestreserve des Gesundheitsfonds empfiehlt der Bundesrechnungshof, sämtliche in Betracht kommenden Effekte wie etwa saisonale Schwankungen und unerwartete Mindereinnahmen zu analysieren. Eine Erhöhung der Mindestreserve könnte im Folgejahr zu steigenden Zusatzbeitragssätzen führen. Zur Entschärfung könnte ein schrittweises Auffüllen der Liquiditätsreserve erwogen werden.

6.3 Mindestrücklagen der Krankenkassen und Obergrenzen erhöhen

Den Abstand von 30 Prozentpunkten zwischen Mindestrücklage und Obergrenze bei den Finanzreserven der Krankenkasse hält der Bundesrechnungshof – nach wie vor – für nicht ausreichend bemessen. Es trifft zwar zu, dass Krankenkassen bei ihrer Haushaltsplanung nach den gegenwärtigen Vorschriften ein Spielraum von 0,45 Zusatzbeitragssatzpunkten für Investitionen und die Sicherung der Leistungsausgaben verbleibt. Analysen zeigen jedoch, dass Defizite von über 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe nicht unüblich sind. Im Jahr 2015 verzeichneten 11 %, im Jahr 2019 8 % und im Jahr 2020 10 % aller Krankenkassen ein Defizit von über 30 %. Die gesetzliche Ausgestaltung der Krankenkassen-Rücklagen erscheint vor diesem Hintergrund nicht ausreichend tragfähig.

Die Ausgabenunterschätzung im Jahr 2024 führte zu einem Defizit von 6,6 Mrd. Euro. Auch im Jahr 2025 zeichnet sich ab, dass die Ausgaben zu niedrig geschätzt wurden. Während der Schätzerkreis noch einen Ausgabenanstieg von 6,8 % prognostizierte, verzeichneten Krankenkassen im 1. Quartal 2025 einen sehr dynamischen Anstieg von 7,8 %. Allein bis zum 1. Juli 2025 hoben 15 Krankenkassen unterjährig den Zusatzbeitragssatz an.

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass das BMG die Anhebung der Höhe der Mindestrücklage und der Obergrenze der Finanzreserven prüfen will. Er wiederholt seine Erwartung, dass unterjährige Zusatzbeitragssatzanhebungen die Ausnahme bilden

sollten. Künftig sollten die Finanzreserven nicht zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finzen herangezogen werden.

7 Fazit

Die GKV ist ein wesentlicher Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Die Stärkung ihrer finanziellen Situation dient der Stabilisierung einer staatlichen Kernfunktion und sichert die Handlungsfähigkeit in künftigen Krisen.

Die Ausgaben der GKV steigen deutlich schneller als die Einnahmen. Das BMG selbst schätzt – unter Berücksichtigung eindeutiger Unsicherheiten – einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von über 4 % im Jahr 2029. Durch jährlich steigende Zusatzbeiträge werden Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber massiv belastet und der wirtschaftliche Aufschwung gefährdet. Bereits jetzt beträgt der Gesamtsozialversicherungsbeitrag über 42 %. Die Sozialgarantie 2021 und die Stabilisierungsmaßnahmen in den folgenden Jahren sollten diesem Umstand entgegenwirken. Ursächlich für den Ausgabenanstieg ist insbesondere die Abschaffung kosten-dämpfender Regelungen. Hinzu kommen der technische Fortschritt und die weitere demographische Entwicklung. Eine alternde Bevölkerung verstärkt die strukturelle Deckungslücke, da – neben ohnehin wachsenden Ausgaben – mit Renteneintritt der Versicherten geringere Einnahmen zu erwarten sind.

Aus Sicht des Bundesrechnungshofes sind ausgabenseitig Maßnahmen zu ergreifen, die kurzfristig die finanzielle Situation der GKV stabilisieren und alle relevanten Leistungsbereiche umfassen, insbesondere solche, in denen aktuell deutliche Kostensteigerungen zu verzeichnen sind. Wirksame Strukturreformen dürfen nicht länger aufgeschoben werden. Verzögerungen führen zu weiteren, vermeidbaren Ausgaben. Dies gilt in besonderer Weise für die Krankenhausreform. Krankenhausaufgaben bilden den mit Abstand größten Ausgabenblock in der GKV. Zentrale Elemente der Krankenhausreform, die auf Effizienzsteigerungen, eine Verlagerung hin zur ambulanten Versorgung und Qualitätssteigerung abzielen, dürfen darum nicht verwässert werden. Als verfehlt betrachtet der Bundesrechnungshof in diesem Zusammenhang aktuelle Planungen, Krankenhäusern 4 Mrd. Euro auszusahlen, um „eine Lücke bei den Sofort-Transformationskosten für die Jahre 2022 und 2023“ zu schließen, und dazu einen pauschalen Zuschlag auf Abrechnungen für die Behandlung gesetzlich Versicherter in der Zeit vom 1. November 2025 bis 31. Oktober 2026 zu gewähren. Förderungen nach dem Gießkannenprinzip verzögern den Reformprozess. Lediglich bedarfsnotwendige

Krankenhäuser sollten einen Ausgleich erhalten. Kliniken, deren dauerhaftes Fortbestehen aufgrund der Krankenhausreform fraglich ist, dürfen nicht begünstigt werden.⁸¹

Ausgabendämpfende Regelungen, die zuletzt gestrichen worden waren, sollten wieder eingeführt werden. Die Entkopplung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrates, die Ist-Kosten-Finanzierung von Pflegepersonalkosten und die Entbudgetierung von Teilen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung müssen darum kritisch hinterfragt werden.

Zur kurzfristigen Erschließung notwendiger Einsparmaßnahmen empfiehlt der Bundesrechnungshof, an sachkundige Vorschläge anzuknüpfen. So hat der SVR im Mai dieses Jahres Möglichkeiten zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben beschrieben. Er rät insbesondere, die Erstattungsbedingungen innovativer und hochpreisiger Arzneimittel in den Blick zu nehmen und Arzneimittelpreise stärker an den patientenrelevanten Mehrwert zu koppeln.⁸²

Die Notfall- und Akutversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung, deren Reform zu sinkenden Ausgaben führen kann. Im Bereich der Fahrkosten sind die Kosten der GKV für Rettungsdienstleistungen von den Ausgaben abzugrenzen, die von den Ländern für die im Rahmen der Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge zu tragen sind. Beteiligungsrechte der Krankenkassen, z. B. bei Errichtung neuer Luftrettungsstandorte und anderen bedeutsamen Investitionen, sollten adäquat zu ihrer Finanzierungsverantwortung gestaltet werden.⁸³

Darlehen aus dem Bundeshaushalt müssen mittelfristig zurückgezahlt werden und können die strukturellen Probleme der GKV naturgemäß nicht lösen. Sie verschärfen die Situation vielmehr in der Zukunft: Ein vom Bund im Jahr 2025 geplantes Darlehen von 2,3 Mrd. Euro ist zwischen 2029 und 2033 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung des im Jahr 2023 gewährten Darlehens von 1 Mrd. Euro soll von 2026 ins Jahr 2033 verschoben werden. Ob Strukturreformen, die von der Kommission im Jahr 2027 vorgeschlagen werden sollen, bereits im Jahr 2029 zu Einsparungen führen, ist ungewiss. Strukturreformen können kurzfristig zu Ausgabensteigerungen führen. So werden für die Transformation des stationären Sektors zusätzliche Mittel von 50 Mrd. Euro in einem Zeitraum von zehn Jahren benötigt.

Mögliche Strategien erst im Frühjahr 2027 vorzustellen, bewertet der Bundesrechnungshof daher kritisch. Vielmehr ist ein entschlossenes sofortiges Handeln angezeigt. Zur langfristigen Stabilisierung sollte zügig ein Gesamtkonzept erarbeitet und mit

⁸¹ Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (BMG) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025 vom 3. Juli 2025 (Gz.: IX 1 - 0002661).

⁸² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem vom 22. Mai 2025.

⁸³ Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten vom 20. August 2018 (Gz.: IX 1 - 2017 - 0798).

Einsparzielen unterlegt werden, das couragierte Handeln auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite umfasst. Effizienzreserven sind mit strukturellen Reformen zu heben.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Schmid, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.