



## Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

### Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Eine Weitergabe an Dritte ist erst möglich, wenn der Bericht vom Parlament abschließend beraten wurde. Die Entscheidung über eine Weitergabe bleibt dem Bundesrechnungshof vorbehalten.

Gz.: IX 1 - 0002661

2. September 2024

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.  
Eine Veröffentlichung ist nicht zulässig.

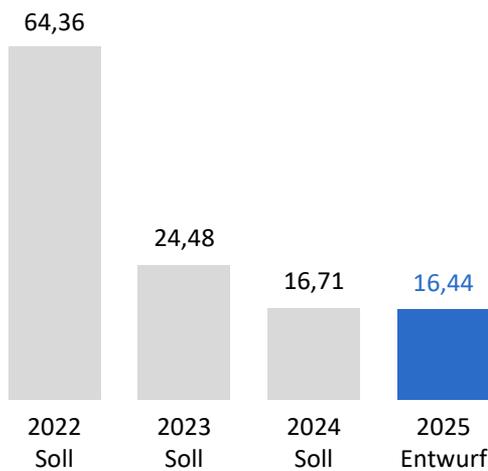
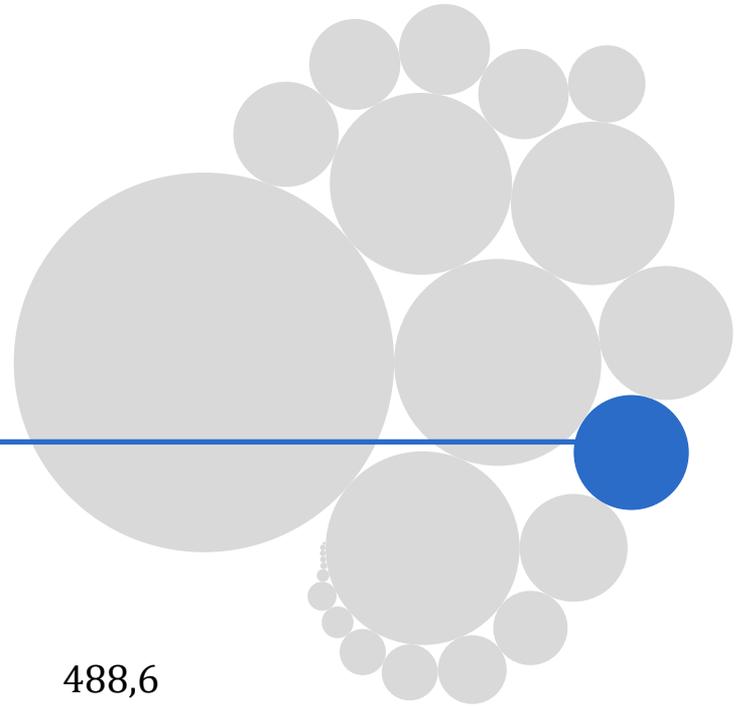
Haushaltsentwurf 2025

Einzelplan 15

# Bundesministerium für Gesundheit

**16,4 Mrd. Euro**

Ausgaben



## Soll-Entwicklung

Ausgaben in Mrd. Euro

488,6

Mrd. Euro

Gesamtentwurf des Bundeshaushalts 2025

Ausgabenverteilung nach Einzelplänen



## Planstellen und Stellen

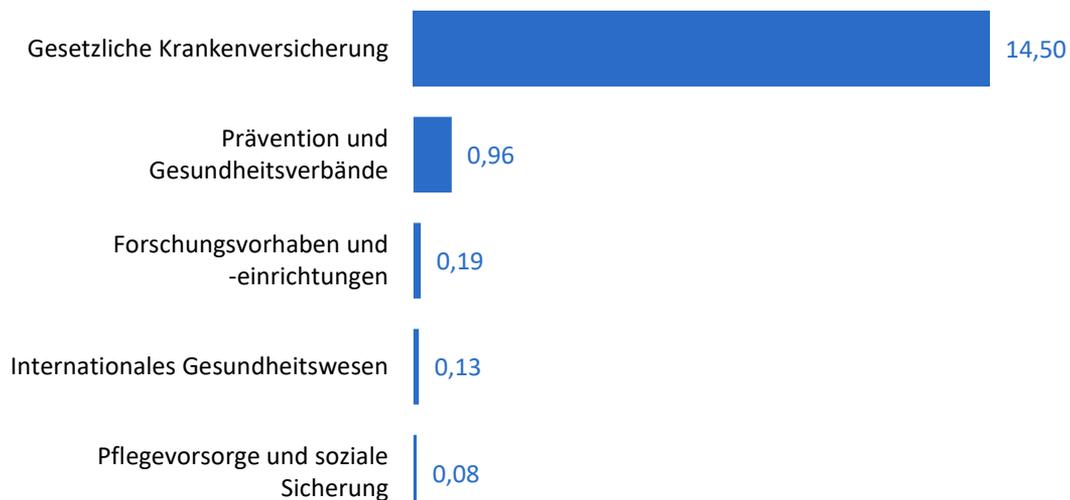
Veränderung zum Vorjahr

3 254

-14

## Wesentliche Ausgaben

in Mrd. Euro



## Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	5
2	Haushaltsstruktur und -entwicklung	7
3	Wesentliche Ausgaben	7
3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	7
3.1.1	Entwicklung der Einnahmen und des Gesundheitsfonds	9
3.1.2	Entwicklung der Ausgaben	10
3.1.3	Entwicklung der strukturellen Deckungslücke	11
3.2	Pflegevorsorge und soziale Sicherung	13
3.2.1	Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung	13
3.2.2	Dauerhafte Stabilisierung der Finanzsituation erforderlich	15
3.3	Prävention und Gesundheitsverbände	16
3.3.1	Pandemiebereitschaftsverträge	16
3.3.2	Beschaffung von Schutzmasken	18
3.3.3	Beschaffung von Corona-Impfstoff	19
3.3.4	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	20
3.4	Forschungsvorhaben und -einrichtungen	21
3.5	Internationales Gesundheitswesen	22
4	Wesentliche Einnahmen	22
5	Ausblick	23

## **Abkürzungsverzeichnis**

### **B**

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BfArM *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*

BIPAM *Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin*

BMF *Bundesministerium der Finanzen*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BZgA *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

### **G**

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

### **H**

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

### **M**

MGV *Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*

### **O**

ÖGD *Öffentlicher Gesundheitsdienst*

### **P**

PEI *Paul-Ehrlich-Institut*

### **R**

RKI *Robert Koch-Institut*

### **S**

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

SPV *Soziale Pflegeversicherung*

### **W**

WHO *World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation*

### **Z**

ZEPAI *Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika*

# 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), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI).

Die Gesamtausgaben im Einzelplan 15 beliefen sich im Haushaltsjahr 2023 auf 22,8 Mrd. Euro – das entsprach 5 % der Ausgaben des Bundeshaushalts insgesamt. Davon entfielen 17,5 Mrd. Euro auf die Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds und den Ausgleichsfonds und 1 Mrd. Euro auf ein Darlehen an den Gesundheitsfonds. Hinzu kamen 3,2 Mrd. Euro im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Einnahmen betrugen 665,8 Mio. Euro. Den größten Anteil machte eine Rückzahlung von 500 Mio. Euro für ein Liquiditätsdarlehen an den Ausgleichsfonds aus. Der Rest stammte vor allem aus Gebühren für die Zulassung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Für das Jahr 2024 sind Ausgaben von 16,7 Mrd. Euro und Einnahmen von 104,3 Mio. Euro geplant. Der Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 sieht Ausgaben von 16,4 Mrd. Euro und Einnahmen von 106,2 Mio. Euro vor.

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



## 2 Haushaltsstruktur und -entwicklung

Der erhebliche Ausgabenrückgang in den Jahren 2024 und 2025 gegenüber den Vorjahren resultiert vor allem aus dem Auslaufen vieler Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Der Bundesrechnungshof begrüßt dies, weil es sich hierbei vielfach um solche der Gefahrenabwehr und des Gesundheitsschutzes handelte, die in die Zuständigkeit der Länder fallen. Im Jahr 2025 bleibt – wie bereits im Vorjahr – zur Haushaltskonsolidierung der jährliche Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen vorübergehend ausgesetzt.

## 3 Wesentliche Ausgaben

### 3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV ist das Kernstück des deutschen Gesundheitssystems. Am 1. Januar 2024 waren 74,1 Millionen Menschen – und damit 88 % der Bevölkerung – in den 95 gesetzlichen Krankenkassen versichert. Dem standen 8,7 Millionen Menschen gegenüber, die über die private Krankenversicherung abgesichert waren, davon mehr als die Hälfte Beihilfeberechtigte (Verbeamtete, Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsleistungen sowie deren Angehörige).

Der gesetzlich auf 14,5 Mrd. Euro festgeschriebene Bundeszuschuss, mit dem Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben pauschal abgegolten werden sollen, stellt traditionell den größten Ausgabeposten im Einzelplan 15 dar. Vor dem Jahr 2020 machte er etwa 95 % der Gesamtausgaben des BMG aus. Zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und ihrer Folgen wurden aus Kapitel 1501 daneben verschiedene Maßnahmen finanziert wie die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für verschobene Behandlungen (Titel 632 01) sowie die Erstattungen des Bundes im Zusammenhang mit Impfungen und Testungen (Titel 636 03), die über den Gesundheitsfonds abgewickelt wurden. Im Jahr 2023 beliefen sich die Ausgaben hierfür noch auf 1,5 Mrd. Euro. Einnahmen aus Rückzahlungen fließen dabei den Ausgaben zu. Bei den Ausgleichszahlungen verzeichnete der Bundeshaushalt hier Rückflüsse von mehr als 62 Mio. Euro. Der Bundesrechnungshof hat die Ausgleichszahlungen in der Vergangenheit wiederholt kritisch betrachtet und auf Überkompensationen hingewiesen.<sup>1</sup> Er hat es für erforderlich gehalten, die Finanzierungsverantwortung der Länder künftig wieder stärker zu beachten. Der Bund hat keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese gestaltet sich vielmehr dual: Die Länder haben die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Die Betriebskosten sind aus den Erlösen

---

<sup>1</sup> Vgl. zuletzt Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2024“ vom 25. August 2023, Tnr. 2.1.1 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

der Krankenhäuser für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften, die ganz überwiegend von den Krankenkassen getragen werden.

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

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

Bis Juli 2024 wurden 40,7 Mio. Euro zurückgezahlt und von den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere 287 Mio. Euro gegenüber den Teststellen zurückgefordert. Der Bundesrechnungshof hat die Umsetzung der Corona-Testverordnung und der Abrechnungsprüfung wiederholt beanstandet.<sup>2</sup> Er hat empfohlen, die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation durch Teststellen-Betreiber zu verlängern. Teststellen müssen ihre Leistungen als Nachweis der korrekten Durchführung und Abrechnung dokumentieren. Die Aufbewahrungsfrist für diese Dokumentation endet zum 31. Dezember 2024. Dabei hat sich die Effizienz der Abrechnungsprüfung trotz wiederholter Anpassungen bislang nicht nennenswert gesteigert. Die seitens der Länder und Kassenärztlichen Vereinigungen an das RKI übermittelten Datensätze waren nicht ausreichend, um eine weiterführende und effektivere Analyse der Abrechnungen der Teststellen zu ermöglichen. Wie und mit welchen Ergebnissen die Länder die Abrechnungen der Bürgertestungen prüften, war dem BMG zunächst nicht bekannt. Der Bundesrechnungshof hat daher in diesem Bereich mehr Transparenz gefordert.

Das BMG wurde inzwischen ermächtigt, die Fortgeltung der Regelungen zur Abrechnung und Prüfung durch Rechtsverordnung bis 31. Dezember 2028 zu verlängern.<sup>3</sup> Das BMG plant, dies entsprechend umzusetzen. Zudem räumte es im Mai 2024 ein, dass bessere Analyseergebnisse des RKI nur durch zusätzliche Daten zu generieren seien (z. B. zum Typ und zur Kapazität der Teststelle, zu den von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelten Auffälligkeiten, zur Zahl der positiven Testergebnisse und zur tagesgenauen Auflösung). Diese seien jedoch nicht flächendeckend erhoben und übermittelt worden. Einige Länder hätten mit der vertieften Prüfung noch nicht begonnen, während andere sie bereits weitgehend durchgeführt hätten. Die Prüfungen würden bis Ende des Jahres 2024 nicht abgeschlossen.

---

<sup>2</sup> Siehe dazu vertiefend Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Ausgewählte Aspekte der Corona-Testungen und ihrer Abrechnungen“ vom 5. Februar 2024 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

<sup>3</sup> Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes 2024 und zur Änderung des Stabilisierungsfondsgesetzes (FAG-Änderungsgesetz 2024) vom 30. Juli 2024, BGBl. 2024 I Nummer 254.

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation. Er vermisst aber Anstrengungen zur Verbesserung der Abrechnungsprüfung. Diese erscheinen angesichts zahlreicher Hinweise auf Abrechnungsbetrug lohnenswert. Bis Februar 2023 gab der Bund 8,5 Mrd. Euro für die Bürgertestung aus. Soweit weitere Daten bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Ländern ohnehin vorhanden sind, sollten diese auch genutzt und dem RKI für ergänzende Analysen bereitgestellt werden. Wenn der Bund die Länder zur vertieften Prüfung schon nicht verpflichten kann, sollten deren Ergebnisse zumindest transparent gemacht werden. Das BMG sollte die erforderlichen rechtlichen Änderungen anstoßen.

### 3.1.1 Entwicklung der Einnahmen und des Gesundheitsfonds

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

Grundlage für die Zuweisungen ist die jährliche Prognose des beim BAS gebildeten Schätzerkreises. Dieses Gremium besteht aus Fachleuten des BMG, des BAS und des GKV-Spitzenverbands; seit dem Jahr 2022 nimmt auch das Bundesministerium der Finanzen (BMF) als Gast an den Beratungen teil. Es schätzt bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr die voraussichtliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, der Einnahmen des Gesundheitsfonds, der Ausgaben der Krankenkassen sowie der Zahl der Versicherten und (beitragspflichtigen) Mitglieder der Krankenkassen. Dabei lässt sich der Schätzerkreis in Anhörungen von Expertinnen und Experten des BMG, des GKV-Spitzenverbands sowie von externen Institutionen beraten. Für die Schätzung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen greift er beispielsweise auf aktuelle Konjunkturprognosen der Bundesregierung zurück.

Zu den Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds tritt der Bundeszuschuss hinzu, der aus dem Einzelplan 15 zur pauschalen Abgeltung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben (sog. versicherungsfremde Leistungen) gezahlt wird (Kapitel 1501 Titel 636 06). Von den gesetzlich festgeschriebenen 14,5 Mrd. Euro fließen (abzüglich des Anteils für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt) knapp 14,4 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. In den vergangenen Jahren kamen weitere Zuflüsse dazu, etwa Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds oder Abgaben aus Rücklagen

der Krankenkassen. Zudem leistete auch der Bund in den Pandemie Jahren Sonderzuschüsse an die GKV (3,5 Mrd. Euro im Jahr 2020, 5 Mrd. Euro im Jahr 2021, 14 Mrd. Euro im Jahr 2022 und 2 Mrd. Euro im Jahr 2023). Die prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds abzüglich seiner beim BAS anfallenden Verwaltungskosten bilden die Gesamtheit der Mittel im Folgejahr, die nach den Maßstäben des Risikostrukturausgleichs auf die einzelnen Krankenkassen verteilt werden.

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

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

Im Oktober 2022 ging der Schätzerkreis für das Jahr 2023 von einem Defizit des Gesundheitsfonds von 4,9 Mrd. Euro aus. Der Anstieg der Beitragseinnahmen fiel mit 5,4 % jedoch etwas höher aus, als in der Prognose erwartet. Im Jahr 2023 betrug das Defizit des Gesundheitsfonds daher 3,3 Mrd. Euro. Die Liquiditätsreserve belief sich am Geschäftsjahresende<sup>4</sup> auf 9,4 Mrd. Euro. Die Obergrenze der Liquiditätsreserve wurde abgesenkt, um zusätzliche Mittel an die Krankenkassen auszuschütten und die Zusatzbeitragssätze zu stabilisieren. Im Jahr 2024 werden daher zusätzlich 3,1 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve an die Krankenkassen ausgezahlt. Die Mindestreserve lag bei 4,7 Mrd. Euro.

### 3.1.2 Entwicklung der Ausgaben

Der Schätzerkreis prognostiziert auch die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen. Diese Prognose überschreitet stets die Einnahmeschätzung für das jeweilige Jahr. Die Unterdeckung ist im System angelegt. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen steigen regelmäßig stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder, auf denen die Beitragseinnahmen basieren. Gründe dafür sind die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt. Der auf 14,6 % festgeschriebene Beitragssatz führt zu einer bewussten Unterdeckung der Ausgaben, die nach dem Willen des Gesetzgebers durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge auszugleichen ist. Diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge sollen den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken. Jeweils zum 1. November eines Jahres

---

<sup>4</sup> Stichtag 15. Januar 2024.

verkündet das BMG den sich aus der Prognose des Schätzerkreises für das Folgejahr rechnerisch ergebenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den konkreten Finanzierungsbedarf einer Krankenkasse nicht decken, muss sie, soweit sie nicht zunächst auf vorhandene Rücklagen zurückgreift, einen Zusatzbeitrag erheben. Dieser wird seit dem Jahr 2019 wieder paritätisch von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite getragen. Der für das Jahr 2024 im Bundesanzeiger bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt bei 1,7 %. Für die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen findet ein Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen statt. Dieser sorgt dafür, dass von Krankenkassen mit überdurchschnittlich einkommensstarken Mitgliedern Mittel an Krankenkassen mit finanzschwächerer Mitgliederschaft umverteilt werden. Die tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze lagen am 1. Juli 2024 bei frei wählbaren Krankenkassen zwischen 0,98 und 2,80 %. Unterjährig hoben einige Krankenkassen in den vergangenen Monaten ihre Zusatzbeitragssätze teils deutlich an, da sich die Ausgaben zuletzt unerwartet dynamisch entwickelten.

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

Im Jahr 2023 überstiegen die Ausgaben der Krankenkassen mit 306,4 Mrd. Euro ihre Einnahmen von 304,5 Mrd. Euro. Damit ergab sich ein Defizit von 1,9 Mrd. Euro. Die Leistungsausgaben stiegen bei leicht gestiegenen Versichertenzahlen im Vergleich zum Vorjahr auf 288,6 Mrd. Euro. Das bedeutet einen Anstieg um 4,4 % je Versicherten. Die Verwaltungsausgaben stiegen auf 12,6 Mrd. Euro (1,3 % mehr je Versicherten), die sonstigen Ausgaben beliefen sich auf 5,1 Mrd. Euro. Die Krankenkassen waren zudem verpflichtet, zur Stabilisierung der Beiträge eine Vermögensabgabe an den Gesundheitsfonds zu leisten.<sup>5</sup> Sie ist in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro in den sonstigen Ausgaben und damit im Defizit enthalten.

### 3.1.3 Entwicklung der strukturellen Deckungslücke

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

---

<sup>5</sup> § 272b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die Bundesregierung hat den Entwurf eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes vorgelegt.<sup>6</sup> Mit einem Transformationsfonds sollen Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen der Krankenhausversorgung gefördert werden. Die GKV soll aus der Liquiditätsreserve dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 jährlich 2,5 Mrd. Euro zur Verfügung stellen, insgesamt 25 Mrd. Euro bis zum Jahr 2035. Die Finanzierung soll über eine Minderung der Zuweisungen an Krankenkassen erfolgen, was zu einem sprunghaften Anstieg der Deckungslücke führen würde. Länder sollen mit Eigenfinanzierungsanteilen die hälftige Finanzierung des Transformationsfonds übernehmen, sodass insgesamt bis zu 50 Mrd. Euro bereitstehen.

Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen ist nicht Aufgabe der GKV. Sie trägt im dualen Finanzierungssystem nur die Kosten für die konkrete Behandlung ihrer Versicherten und den Betrieb der Krankenhäuser. Die Länder sind zuständig für die Finanzierung der Krankenhausstrukturen. Ihre Entlastung ist angesichts der seit Jahren anwachsenden, erheblichen Lücke zwischen notwendigen und tatsächlichen Investitionen kaum verständlich. Eine Finanzierungsbeteiligung durch den Bund wäre im Hinblick auf das bestehende duale Krankenhausfinanzierungssystem ebenfalls kritisch zu sehen, zumal der Bund die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren bereits mit ca. 30 Mrd. Euro unterstützt hat (Krankenausgleichszahlungen: 19 Mrd. Euro; Corona-Versorgungsaufschlag: 3 Mrd. Euro; Krankenhauszukunftsfonds: 4 Mrd. Euro; Energiehilfen: 6 Mrd. Euro).<sup>7</sup>

Nach dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes<sup>8</sup> soll die Vergütung der über 55 000 Hausärztinnen und Hausärzte insofern angepasst werden, als die Budgetierung der vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung aufgehoben werden soll (sog. Entbudgetierung).<sup>9</sup>

Der Bundesrechnungshof hatte sich dazu bereits im Herbst 2023 geäußert.<sup>10</sup> In seinem Bericht hat er davon abgeraten, die Budgetierung im hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig aufzuheben. Die Budgetierung trägt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung und

---

<sup>6</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Versorgungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), Bundestagsdrucksache 20/11854.

<sup>7</sup> Siehe dazu vertiefend das Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des BMG zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

<sup>8</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), Bundestagsdrucksache 20/11853.

<sup>9</sup> Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungserbringenden unterteilt sich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die extrabudgetäre Vergütung. Die MGV richtet sich nach der Krankheitslast der Versicherten (Morbidität). Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen vereinbaren die MGV jeweils anhand des im Folgejahr erwarteten medizinisch notwendigen Behandlungsbedarfs für alle Versicherten. Rechnen die Leistungserbringenden mehr MGV-Leistungen ab als nach dem vereinbarten Behandlungsbedarf vorgesehen, quotieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Auszahlungen entsprechend. Extrabudgetär vergütete Leistungen bezahlen die Krankenkassen ohne Quotierung außerhalb der MGV. Welche Leistungen dies sind, ergibt sich entweder unmittelbar aus dem Gesetz oder wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen regional vereinbart.

<sup>10</sup> Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung“ vom 13. November 2023 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

schützt Versicherte vor nicht erforderlichen Leistungen. Ohne Budgetierung würde die Versorgung weniger gesteuert. Zudem würden Fehlanreize in der vertragsärztlichen Versorgung begünstigt. Der Bundesrechnungshof sieht nach wie vor keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Versicherten maßgeblich verbessert würden. Der GKV-Spitzenverband bezifferte gegenüber dem Bundesrechnungshof die zu erwartenden Mehrausgaben der GKV auf 200 bis 300 Mio. Euro pro Jahr. Eine Entbudgetierung schafft nach Auffassung des Bundesrechnungshofes in unterversorgten – ländlichen bzw. strukturschwachen – Regionen keinen spürbaren finanziellen Vorteil. Die Auszahlungsquote beträgt hier ohnehin nahezu 100 %. Der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf der Versicherten als ausgabensteuerndes Kriterium würde im hausärztlichen Bereich vollständig abgeschafft. Zuvor sollten bestehende Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität genutzt werden.<sup>11</sup> Zudem wäre eine Entbudgetierung auf Regionen mit erheblichen Versorgungsproblemen zu beschränken und der Erfolg der Maßnahme fortwährend zu überprüfen. Andernfalls wäre es gerade auch mit Blick auf die angespannte finanzielle Lage der GKV nicht zu rechtfertigen, bewährte ausgabensteuernde Instrumente abzuschaffen.

Auch eine Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten hält der Bundesrechnungshof im Interesse der Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität sowie aufgrund der schwierigen finanziellen Lage der GKV und der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung für nicht sachgerecht.

## 3.2 Pflegevorsorge und soziale Sicherung

Kapitel 1502 umfasst Maßnahmen zur sozialen Entschädigung, zur Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge und zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger. Die Ausgaben hierfür beliefen sich im Jahr 2023 auf 74,9 Mio. Euro. Zudem beteiligte sich der Bund an den Aufwendungen der SPV pauschal mit 1 Mrd. Euro (Titel 636 03). Dieser Bundeszuschuss an den Ausgleichsfonds der SPV wurde für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzt. Der Haushaltsansatz in Kapitel 1502 für 2024 betrug daher lediglich 79,6 Mio. Euro. Für das Jahr 2025 sind 81,8 Mio. Euro eingeplant.

### 3.2.1 Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung

Zum 1. Juli 2023 wurde in der SPV der Beitragssatz um 0,35 Prozentpunkte auf 3,4 % angehoben. Notwendig wurde die Beitragssatzerhöhung, weil die SPV die Jahre 2021 und 2022 jeweils mit einem Milliardendefizit abgeschlossen hatte und auch im ersten Halbjahr 2023 ein Defizit von 580 Mio. Euro aufwies. Infolge der Beitragssatzerhöhung erzielte die SPV in der zweiten Jahreshälfte einen Überschuss von 2,4 Mrd. Euro. Das Haushaltsjahr schloss sie

---

<sup>11</sup> Beispielsweise können die regionalen Vertragspartner Zuschläge auf den Orientierungswert in unterversorgten Regionen vereinbaren und Kassenärztliche Vereinigungen können Zuschüsse zu Investitionskosten aus ihren Strukturfonds gewähren, §§ 87a Absatz 2 Satz 3, 105 Absatz 1a SGB V.

somit mit einem Einnahmenüberschuss von 1,8 Mrd. Euro ab. Das BMG hatte allerdings einen höheren Überschuss von 2,4 Mrd. Euro erwartet.

Dass sich diese Erwartung nicht erfüllte, dürfte auch dem starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geschuldet sein. Im Jahr 2023 erhöhte sich deren Zahl auf 5,2 Millionen. Damit waren erstmals mehr als 5 Millionen Personen pflegebedürftig. Der GKV-Spitzenverband bezifferte den Zuwachs im vergangenen Jahr mit 361 000 Pflegebedürftigen. In den letzten Jahren war ein Zuwachs von durchschnittlich 326 000 Pflegebedürftigen pro Jahr zu verzeichnen.<sup>12</sup> Damit lag im Jahr 2023 der Zuwachs 11 % über dem langjährigen Durchschnitt. Das BMG räumte ein, dass die Gründe für den unerwartet hohen Anstieg noch nicht bekannt seien. Es möchte die Gründe für den Anstieg wissenschaftlich untersuchen lassen.

Schließlich führte die Beitragssatzerhöhung dazu, dass sich der Mittelbestand der SPV verbesserte. Gegenüber dem Jahr 2022 erhöhte er sich um knapp 1,3 Mrd. Euro und betrug zum Jahresende 2023 knapp 6,9 Mrd. Euro. Dies entspricht etwas mehr als 1,4 Monatsausgaben der SPV. Der Mittelbestand wäre noch stärker gestiegen, wenn die SPV nicht 500 Mio. Euro an den Bund für ein im Jahr 2022 gewährtes Darlehen über 1 Mrd. Euro hätte zurückzahlen müssen. Der Ausgleichsfonds benötigt einen Mittelbestand in Höhe einer Monatsausgabe, um den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durchführen zu können. Wenn der Mittelbestand unter eine Monatsausgabe sinkt, droht die Zahlungsunfähigkeit der SPV.

Im vergangenen Jahr ging das BMG noch davon aus, dass die SPV aufgrund der Beitragssatzerhöhung auch im laufenden Jahr einen Überschuss von mehr als 600 Mio. Euro erzielen werde. Erst für das Jahr 2025 erwartete es ein Defizit von knapp 1 Mrd. Euro und für das Jahr 2026 von rund 2,5 Mrd. Euro. Es war damals jedoch zuversichtlich, dass der Mittelbestand der SPV bis zum Ende der Legislaturperiode nicht unter eine Monatsausgabe absinken werde. Derzeit hält es das BMG angesichts der voraussichtlich weiter steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und der unsicheren wirtschaftlichen Entwicklung kaum für möglich, gesicherte Schätzungen zu den Jahresabschlüssen des Jahres 2025 und der Folgejahre abzugeben. Es beobachtet die Finanzentwicklung aufmerksam auf Monatsbasis. Die Erwartungen des BMG für das Jahr 2024 scheinen sich nicht zu erfüllen. Das erste Quartal schloss die SPV mit einem Verlust von fast 650 Mio. Euro ab. Zugleich sank der Mittelbestand auf 6,2 Mrd. Euro, was rund 1,2 Monatsausgaben entspricht. Der GKV-Spitzenverband rechnet für das gesamte Jahr 2024 sogar mit einem Defizit von 1,5 Mrd. Euro und für das Jahr 2025 von 3,4 Mrd. Euro. Er geht davon aus, dass bereits Anfang des Jahres 2025 der Mittelbestand unter einer Monatsausgabe liegen werde, sodass eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte erforderlich würde.

Bei den Leistungsausgaben entwickelten sich die vollstationären Leistungen zum Ausgabentreiber. Insbesondere die Ausgaben für die Begrenzung der Eigenanteile sind im ersten

---

<sup>12</sup> Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 27. Mai 2024 ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)).

Quartal 2024 – nicht zuletzt wegen der Anhebung der Prozentsätze<sup>13</sup> zu Jahresbeginn im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes<sup>14</sup> – gegenüber dem ersten Vorjahresquartal um fast 40 % auf rund 1,5 Mrd. Euro gestiegen.

Aufgrund dieser Entwicklung sahen sich der GKV-Spitzenverband und das BAS gezwungen, im Mai 2024 eine Absenkung der Betriebsmittel zu vereinbaren.<sup>15</sup> Betriebsmittel sind kurzfristig verfügbare Mittel der Pflegekassen, mit denen sie laufende Ausgaben bestreiten und die dem Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen dienen. Grundsätzlich haben die Pflegekassen Betriebsmittel in Höhe einer Monatsausgabe vorzuhalten (Ausgabendeckungsquote). Während der Corona-Pandemie war die Ausgabendeckungsquote bereits auf 70 % abgesenkt worden. Die jüngst getroffene Vereinbarung sieht vor, dass die Pflegekassen sie bis August 2024 stufenweise auf 50 % einer Monatsausgabe abzusenken haben. Durch die Absenkung werden Mittel frei, wodurch sich die Liquidität der Pflegekassen kurzfristig verbessert.

### 3.2.2 Dauerhafte Stabilisierung der Finanzsituation erforderlich

Am 3. Juli 2024 hat die Bundesregierung den vom Bundesminister für Gesundheit vorgelegten Bericht „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ beschlossen. Damit ist sie einer Aufforderung des Deutschen Bundestages nachgekommen, bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorzulegen.

Der Bericht konzentriert sich – gestützt auf objektive Datengrundlagen – auf die Frage der langfristigen Finanzierung der SPV, enthält aber keine konkreten Reformvorschläge. Er zeigt lediglich die Finanzierungsbedarfe der SPV auf und beschreibt mögliche Handlungsansätze für eine stabile und dauerhafte Finanzierung. Der Bericht dient als Grundlage für die weitere politische Entscheidungsfindung. Das BMG hat angekündigt, noch in dieser Legislaturperiode eine Pflegereform auf den Weg zu bringen. Deren Konzept möchte es nach der Sommerpause vorlegen.

Die Finanzsituation der SPV ist weiterhin prekär, was nicht zuletzt auch an dem weiterhin deutlichen Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger liegt. Auch die während der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen haben bis heute negative Auswirkungen auf die Finanzsituation der SPV. Beispielsweise entstanden den Pflegekassen für die Erstattung der Testkosten

---

<sup>13</sup> Seit dem Jahr 2022 übernehmen die Pflegekassen einen prozentualen Anteil an den pflegebedingten Aufwendungen, die die Pflegebedürftigen zu zahlen haben. Der prozentuale Anteil steigt mit der Dauer des Heimaufenthalts. Seit dem Jahr 2024 beträgt der Anteil 15 % (zuvor 5 %) bei einer Aufenthaltsdauer bis 12 Monate, 30 % (zuvor 25 %) bei einer Aufenthaltsdauer bis 24 Monate, 50 % (zuvor 45 %) bei einer Aufenthaltsdauer bis 36 Monate und 75 % (zuvor 70 %) bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als 36 Monaten.

<sup>14</sup> Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023, BGBl. 2023 I Nummer 155.

<sup>15</sup> Bekanntmachung des BAS vom 23. Mai 2024 ([www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de)).

Ausgaben von über 4,4 Mrd. Euro, die der Bund nur zum Teil erstattete.<sup>16</sup> Die Erwartung, dass sich mit der Beitragssatzerhöhung die Finanzsituation der SPV zumindest bis zum Ende der Legislaturperiode stabilisiert, hat sich nicht erfüllt. Vielmehr weist die SPV nach nur zwei Quartalen mit Überschüssen erneut ein Defizit im hohen dreistelligen Millionenbereich aus. Es ist davon auszugehen, dass zum Jahreswechsel die Ausgaben die Einnahmen in Milliardenhöhe übersteigen werden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Bund kurzfristig Maßnahmen ergreifen muss, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der SPV zu gewährleisten.

Kosmetische Maßnahmen, wie das Absenken der Ausgabendeckungsquote, reichen nicht mehr aus, um die finanziellen Probleme der SPV zu lösen. Notwendig sind vielmehr Maßnahmen, die kurzfristig eine dauerhafte Verbesserung der Finanzen bewirken. Diese sollten noch in der laufenden Legislaturperiode ergriffen werden, damit der Fortbestand der SPV gesichert wird. Der enorme Handlungsdruck besteht weiterhin und wurde durch den jüngst beschlossenen Bericht zur Finanzierung der SPV bestätigt.

### 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 die BZgA durchführt, aber auch durch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Die Ist-Ausgaben im Jahr 2023 für diese überwiegend seit vielen Jahren laufenden Maßnahmen beliefen sich auf 54,2 Mio. Euro. Im Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 sind hierfür insgesamt 81,6 Mio. Euro veranschlagt, nach 78,9 Mio. Euro im Jahr 2024. Finanziell stark ins Gewicht fallen daneben noch immer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung, sodass der Haushaltsentwurf für die Ausgaben in Kapitel 1503 einen Gesamtansatz von 959 Mio. Euro vorsieht.

#### 3.3.1 Pandemiebereitschaftsverträge

Für die Finanzierung von Pandemiebereitschaftsverträgen wurden aus Kapitel 1503 Titel 531 07 im Jahr 2023 15,8 Mio. Euro verausgabt. Der Ansatz für das Jahr 2024 beträgt 486,1 Mio. Euro. Der Haushaltsentwurf sieht für das Jahr 2025 Ausgaben von 336,1 Mio. Euro vor. Das sind 268,5 Mio. Euro weniger als bislang geplant, weil zwei der fünf

---

<sup>16</sup> Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages „Abrechnung der pandemiebedingten Erstattungen von Testkosten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 Coronavirus-Testverordnung durch die Pflegekassen der sozialen Pflegeversicherung“ vom 14. Februar 2024 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

abgeschlossenen Verträge mit der sogenannten Qualifizierungsphase<sup>17</sup> vorzeitig beendet wurden, während der noch keine Zahlungen zu leisten waren. Die Pandemiebereitschaftsverträge sollen in Zukunft die rasche Versorgung mit Impfstoffen gegen Coronavirus-Varianten und andere Infektionskrankheiten sicherstellen. Dazu vereinbarte der Bund mit in Deutschland ansässigen pharmazeutischen Unternehmen, Produktionskapazitäten vorzuhalten und Vorsorge für eine erneute Engpasssituation zu treffen. Die Laufzeit beträgt ab der nunmehr in allen drei verbliebenen Verträgen erreichten Bereitschaftsphase zunächst fünf Jahre. Sie kann bis zu dreimal um ein weiteres Jahr verlängert werden.

Zuständig für die Verwaltung der Pandemiebereitschaftsverträge ist das PEI.<sup>18</sup> Wahrgenommen wird diese Aufgabe durch eine Organisationseinheit des PEI, das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI). Dieses soll die Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen sowie deren Verteilung im Pandemiefall unterstützen und koordinieren. Dafür stehen seit dem Jahr 2022 in Kapitel 1515 Titelgruppe 07 Mittel in Höhe von 13,8 Mio. Euro jährlich zur Verfügung. Stellen wurden für diesen Zweck erstmals im Bundeshaushalt 2023 ausgebracht, allerdings nicht an der richtigen Haushaltsstelle. Erst mit Verabschiedung des Bundeshaushalts für das Jahr 2024 wurden diese acht Stellen in die Titelgruppe 07 des Kapitels 1515 umgesetzt. Sie sind bis heute unbesetzt. Das ZEPAI nimmt seine Aufgaben seit Ende 2021 beinahe ausschließlich mit befristet Beschäftigten wahr und schloss dazu mehr als 70 Arbeitsverträge mit Befristungen bis spätestens zum 31. Dezember 2025.

Die Ausgaben für das befristete Personal beliefen sich im Jahr 2023 auf 5,8 Mio. Euro. Der Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 sieht lediglich eine Umschichtung der Mittel aus dem Titel für festangestellte Beschäftigte (Kapitel 1515 Titel 428 71) in den Titel für befristet Beschäftigte (Kapitel 1515 Titel 427 79) vor. Dessen Haushaltsansatz von 8,9 Mio. Euro entspricht rechnerisch einem Personalbestand von bis zu 130 Vollzeitäquivalenten.<sup>19</sup> Die ursprünglichen Ansätze für Personal- und Sachmittel, die im Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 im Ergebnis fortgeschrieben werden, beruhen nicht nur auf der Annahme von fünf (statt nun drei) Pandemiebereitschaftsverträgen. Sie berücksichtigten auch Arbeitsbereiche und Funktionen, etwa in der Forschung, die derzeit vom ZEPAI nicht abgedeckt werden. Sie erscheinen daher für das Jahr 2025 nicht bedarfsgerecht. Gleichzeitig ist die fast vollständige Wahrnehmung der Aufgaben des ZEPAI auf der Basis befristeter Arbeitsverträge personalwirtschaftlich nicht nachhaltig. Der Bundesrechnungshof prüft derzeit die Pandemiebereitschaftsverträge und die Aufgabenwahrnehmung des ZEPAI und wird dem

---

<sup>17</sup> Die Verträge unterscheiden die Qualifizierungs-, die Bereitschafts- sowie die Herstellungs- und die Lieferphase. Zunächst mussten die Vertragspartner die erforderlichen Herstellungskapazitäten, die gegebenenfalls erst aufzubauen waren, qualifiziert nachweisen. Dann tritt die Bereitschaftsphase ein, in der der Bund für die Bereithaltung der vereinbarten Kapazitäten zahlt. Sollte es zu einer Pandemie kommen, **kann** der Bund aus den Pandemiebereitschaftsverträgen Lieferaufträge für von ihm ausgewählte Impfstoffe auslösen. In dieser Phase entfiel das Bereitschaftsentgelt, stattdessen würden die bestellten Liefermengen zu dann auszuhandelnden Preisen bezahlt.

<sup>18</sup> Artikel 1 Absatz 2 Nummer 8 des Gesetzes über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel.

<sup>19</sup> Zum Vergleich: Die Ist-Ausgaben des PEI für 160 Angestellte (in Vollzeitäquivalenten, Ist-Besetzung zum 1. Oktober 2023) auf regulären Stellen (Kapitel 1515 Titel 428 01) für die übrigen Institutsaufgaben betragen im Jahr 2023 10,8 Mio. Euro.

Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) gegebenenfalls über seine Feststellungen berichten.

### 3.3.2 Beschaffung von Schutzmasken

Das BMG beschaffte für die Zwecke der Pandemiebekämpfung im Jahr 2020 persönliche und medizinische Schutzausrüstung für 6,7 Mrd. Euro (Kapitel 1503 Titel 684 03). Für 5,7 Milliarden Schutzmasken verausgabte es davon bis zum Jahr 2023 allein 5,9 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat diese Maßnahme geprüft und seine Feststellungen in zwei Berichten an den Haushaltsausschuss zusammengefasst.<sup>20</sup> Er rügte darin eine massive Überbeschaffung. Letztlich wurden nur 1,7 Milliarden Schutzmasken im Inland verteilt, mehr als die Hälfte der Beschaffungsmenge musste bzw. muss noch vernichtet werden. Für die noch nutzbaren Restbestände von 800 Millionen Schutzmasken im Jahr 2024 fehlt es an einem Verteilungskonzept. Die sogenannten Annexkosten, also die Folgekosten für die Verwaltung der Überbeschaffung, beliefen sich bis zum Jahr 2023 auf 460 Mio. Euro. Für die Jahre 2024 und 2025 rechnet das BMG erneut mit Ausgaben für Lager, Logistik, Vernichtung und externe Beratung von jeweils 50 Mio. Euro.

Für das Jahr 2025 sieht der Haushaltsentwurf einen Ansatz von 60 Mio. Euro vor. Dieser Betrag deckt jedoch nur die Annexkosten sowie Abwicklungskosten im Zusammenhang mit der Beschaffung von Antigen-Schnelltests ab. Daneben rechnet das BMG für das Jahr 2025 mit Abwicklungsrisiken von bis zu 120 Mio. Euro aus Verträgen zur Direktbeschaffung von Schutzmasken und 360 Mio. Euro aus Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit dem Open-House-Verfahren. In diesem Verfahren, das nur einer von mehreren Beschaffungswegen des BMG war, hatte es hohe Festpreise für Schutzmasken ausgelobt und Zuschläge in einem mengenmäßig nicht steuerbaren Umfang erteilen müssen. Daraus resultierte eine hohe Zahl an Rechtsstreitigkeiten mit Lieferanten. Aktuell sind noch rund 100 Klagen anhängig mit einem Gesamtstreitwert von 2,3 Mrd. Euro. Wenn und soweit das BMG zu Zahlungen verurteilt würde, kämen noch Verfahrenskosten und gegebenenfalls Zinsen in beträchtlicher Höhe hinzu.

Das BMG berücksichtigte bei seiner Risikoprognose für das Jahr 2025 lediglich eine bestimmte Fallkonstellation mit einem Streitwert von insgesamt 270 Mio. Euro, zuzüglich geschätzter Zins- und Verfahrenskosten von bis zu 90 Mio. Euro. Mögliche Zahlungsverpflichtungen aus diesen Abwicklungsrisiken sollen über Ausgabereste gedeckt werden und sind daher im Haushaltsentwurf nicht abgebildet. Bereits im Haushalt 2024 waren nur 15 Mio. Euro veranschlagt für Ausgaben für das Abwassermonitoring zur epidemiologischen Lagebewertung. Sämtliche Zahlungen im Zusammenhang mit der Beschaffung von

---

<sup>20</sup> Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen 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 vom 28. März 2024 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

Schutzausrüstung sind aus Ausgaberesten zu leisten. Zu Beginn des Jahres 2024 verzeichnete das BMG einen kassenmäßigen Ausgabereist von 1,6 Mrd. Euro. Dieser verringert sich entsprechend um alle Ausgaben im laufenden Jahr. Der verbleibende Betrag könnte gegebenenfalls ganz oder teilweise im Haushaltsjahr 2025 genutzt werden. Grundsätzlich dürfen Ausgaben allerdings nur zwei Jahre übertragen werden. Soweit hier letztlich Mittel aus dem Haushaltsansatz für das Jahr 2022 auch im Jahr 2025 noch in Anspruch genommen würden, bedarf es einer Ausnahmeregelung des BMF.<sup>21</sup> Alle auf diese Weise eingesetzten Mittel sind im Gesamthaushalt einzusparen. Das heißt, in gleicher Höhe dürften parlamentarisch für andere Zwecke bewilligte Ausgaben im Jahr 2025 nicht geleistet werden. Damit drohen aus der Beschaffungstätigkeit des BMG aus dem Jahr 2020 weiterhin hohe Risiken, neben den ohnehin fortlaufenden Annexkosten.

Das BMG hat inzwischen eine Aufarbeitung der Maskenbeschaffung angekündigt und eine sachverständige Beraterin beauftragt, bis zum Jahresende Vorgänge, Verträge und die Prozessführung im Zusammenhang mit dem Open-House-Verfahren zu überprüfen. Es kommt damit nicht zuletzt einer Forderung des Bundesrechnungshofes nach, der die mangelhafte Dokumentation von Entscheidungen und eine fehlende kritische Auseinandersetzung des BMG mit der Beschaffung von Schutzausrüstung beanstandet hat. Dabei ist jedoch aus Sicht des Bundesrechnungshofes nicht allein auf das Open-House-Verfahren abzustellen, sondern umfassend das Vorgehen auf allen Beschaffungswegen und die spätere Verwaltung der Überbeschaffung miteinzubeziehen. Das Open-House-Verfahren machte letztlich den kleineren Teil der Schutzmaskenbeschaffung aus. Der größte Anteil der Warenmengen und Ausgaben bei der Importbeschaffung stammten aus der Direktbeschaffung und den anderen vom BMG gesteuerten Beschaffungswegen.

### 3.3.3 Beschaffung von Corona-Impfstoff

Auch für die Beschaffung von Corona-Impfstoff aus den auf europäischer Ebene verhandelten Verträgen fallen im Jahr 2025 noch Ausgaben an. Die Ist-Ausgaben für das Jahr 2023 in Kapitel 1503 Titel 684 07 lagen mit 1,2 Mrd. Euro deutlich unter dem Soll-Ansatz von 3 Mrd. Euro.<sup>22</sup> Das ging überwiegend auf nachträgliche Verhandlungen zu noch ausstehenden Lieferungen zurück. So wurde mit zwei Unternehmen vereinbart, dass Liefermengen teils reduziert,<sup>23</sup> in jedem Fall aber zeitlich gestreckt wurden. In dem Haushaltsansatz von 427,4 Mio. Euro für das Jahr 2025 (nach 346,2 Mio. Euro im Jahr 2024) sind neben den Ausgaben für diese Lieferungen jedoch auch Annexkosten enthalten. Um die Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen in der frühen Phase der Pandemie im Jahr 2020 zu fördern und die von den Herstellern hierbei eingegangenen finanziellen Risiken zu reduzieren, sehen die von der EU-Kommission nach belgischem Recht geschlossenen Verträge grundsätzlich vor, dass

---

<sup>21</sup> § 45 Absatz 2 BHO.

<sup>22</sup> Siehe dazu auch die Mitteilung der Bundesregierung über die Haushaltsführung 2023 vom 25. Mai 2023, Bundestagsdrucksache 20/7005.

<sup>23</sup> Im Ergebnis führte dies zu höheren Stückpreisen pro Impfdosis, jedoch zu insgesamt geringeren Ausgaben für den Bundeshaushalt aufgrund der verringerten Abnahme.

die EU-Mitgliedstaaten die Anwalts- und Gerichtskosten der Unternehmen tragen, wenn diese wegen Impfschäden in Haftung genommen werden. Dafür sind im Haushaltsplan 2025 zunächst 33,5 Mio. Euro angesetzt. Aus der Verpflichtung, diese Verfahrenskosten zu tragen und noch Restlieferungen abzunehmen, können auch in den Folgejahren Ausgaben entstehen.

### 3.3.4 Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Auch die Ausgaben im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Kapitel 1503 Titelgruppe 02) laufen weiter. Der Bund beteiligt sich bei dem Pakt mit insgesamt 4 Mrd. Euro an Maßnahmen zur Beseitigung von während der Pandemie aufgedeckten Defiziten des ÖGD. Den größten Teil davon – 3,1 Mrd. Euro – stellt er in Form von Festbeträgen aus Umsatzsteueranteilen den Ländern in sechs Jahrestanchen im Wege des vertikalen Finanzausgleichs zur Verfügung. Diese reichen die Mittel an die Kommunen als Träger des ÖGD weiter, um damit neue Stellen für medizinisches und administratives Personal in den Gesundheitsämtern zu finanzieren. 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.<sup>24</sup>

Auf die Kritik des Bundesrechnungshofes gab der Haushaltsausschuss dem BMG auf, jährlich zum 1. April über die Umsetzung des Paktes zu berichten. Während der Bund im Jahr 2023 auf einen Anteil von 500 Mio. Euro am Umsatzsteueraufkommen zugunsten der Länder verzichtete, verausgabten diese nach eigenen Angaben nur 438 Mio. Euro für Zwecke des Paktes. Die Meldungen der Länder wiesen nach Einschätzung des BMG „Limitationen“ auf. Sie beruhten zum Teil nur auf Pauschalen oder Schätzungen. Schon in den Jahren 2021 und 2022 waren Mittel in beträchtlichem Umfang nicht zweckentsprechend eingesetzt worden. Während die Länder für diesen Zeitraum zusätzlich 550 Mio. Euro aus dem Umsatzsteueranteil erhielten, verausgabten sie nur 466 Mio. Euro für den ÖGD.<sup>25</sup> Wofür die Länder die in den Jahren 2021 bis 2023 zusätzlich erhaltenen 146 Mio. Euro stattdessen einsetzten, ist nicht bekannt. Der Bundesrechnungshof sieht sich in seiner Kritik umfänglich bestätigt. Eine Verlängerung des Paktes über das Jahr 2026 hinaus sollte nicht in Betracht gezogen werden.

Daneben leistet der Bund im Rahmen des Paktes für den ÖGD Zuschüsse aus dem Einzelplan 15. Die Ist-Ausgaben betragen 84,1 Mio. Euro im Jahr 2021, 297,6 Mio. Euro im Jahr 2022 und 204,2 Mio. Euro im Jahr 2023. Für das Jahr 2024 sind Ausgaben von 163,8 Mio. Euro eingeplant. Der Haushaltsentwurf sieht für das Jahr 2025 weitere 54,2 Mio. Euro vor. Mit diesen Zuschüssen sollen insbesondere eine Software für ein

---

<sup>24</sup> Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 17. März 2023 ([www.bundesrechnungshof.de](http://www.bundesrechnungshof.de)).

<sup>25</sup> Zwischenbericht zur Umsetzung des Paktes für den ÖGD vom 12. Dezember 2023, S. 23 ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)).

bundesweites Meldewesen aufgebaut und betrieben sowie bundeseinheitliche digitale Verfahren zum effektiven Infektionsschutz entwickelt und erprobt werden. Der Bund übernimmt hier wiederum in einem Bereich Kostenverantwortung, der nach geltendem Recht grundsätzlich von den Ländern und Kommunen zu finanzieren ist. Diese sind für Aufgaben des lokalen Gesundheitsschutzes zuständig.

### 3.4 Forschungsvorhaben und -einrichtungen

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

Das BMG fördert fünf Wissenschaftsinstitute der Leibniz-Gemeinschaft und mit der Stiftung Georg-Speyer-Haus eine weitere Forschungseinrichtung jeweils zur Hälfte. Die übrigen Kosten trägt das jeweilige Sitzland. Daneben erhält die Cochrane Deutschland Stiftung eine institutionelle Zuwendung. Die Ausgaben des Bundes hierfür betragen im Jahr 2023 insgesamt 57,4 Mio. Euro. Sie sollen in den Jahren 2024 und 2025 auf 71 Mio. Euro anwachsen.

Die Gesamtausgaben des Kapitels 1504 für Forschungsvorhaben und geförderte Einrichtungen sollen sich von 176 Mio. im Jahr 2024 auf 185,1 Mio. Euro für das Jahr 2025 erhöhen. Dass hier ein Zuwachs zu verzeichnen ist, geht jedoch allein auf neu im Haushaltsentwurf enthaltene Fördermittel als Anreize für Ansiedlung und Erhalt von Wirkstoffherstellungsstätten in Deutschland (Kapitel 1504 Titel 683 01) zurück. Hier sind für das Jahr 2025 zunächst 16,7 Mio. Euro vorgesehen. Für die Jahre 2026 bis 2028 sollen Verpflichtungsermächtigungen von insgesamt 50 Mio. Euro hinzukommen. Parallel sieht der Haushaltsentwurf für den Einzelplan des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz in Kapitel 0910 einen neuen Titel 683 10 vor. Dieser hat die Flankierung von Maßnahmen zur Ansiedlung und zum Erhalt der Produktion von kritischen Arzneimitteln in Deutschland zum Gegenstand. Der Haushaltsentwurf enthält auch für das Bundesministerium für Bildung und Forschung 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 im Einzelplan 09 und im Einzelplan 30 für diesen Zweck entspricht exakt den Ansätzen im Einzelplan 15. Die Bundesregierung beabsichtigt hier, sich mit insgesamt 200 Mio. Euro an entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen. Die Mittel für die Jahre 2025 bis 2028 sind auf die drei Einzelpläne verteilt. Der Bundesrechnungshof regt an zu prüfen, inwieweit diese Maßnahmen denselben Zweck verfolgen. In diesem Fall sollten die Mittel entsprechend der Vorgabe des § 17 Absatz 4 BHO nicht in verschiedenen Titeln bzw. Einzelplänen veranschlagt werden. Soweit es sich hier um eine Maßnahme der Wirtschaftsförderung handelt, weist er darauf hin, dass diese grundsätzlich nicht zum Aufgabenbereich des BMG gehört.

## 3.5 Internationales Gesundheitswesen

Die Ausgaben für internationale Aufgaben im Einzelplan 15 waren in den letzten Jahren deutlich angestiegen auf 507,6 Mio. Euro im Jahr 2022. Der Grund waren vor allem höhere freiwillige Leistungen Deutschlands zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit, nicht zuletzt auch für Maßnahmen der Pandemiebekämpfung (Kapitel 1505 Titel 686 01). Diese freiwilligen Leistungen sollen deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik stärker zur Geltung bringen und die multilaterale Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen globalen Akteuren unterstützen. Der Haushaltsentwurf sieht bei den Ausgaben für internationale Aufgaben im Jahr 2025 einen geringfügigen Rückgang von 133,6 Mio. Euro im Jahr 2024 auf nunmehr 132,4 Mio. Euro vor. Der Haushaltsansatz für freiwillige Leistungen bleibt dabei auf dem Vorjahresniveau von 60,2 Mio. Euro. Bei den Pflichtbeiträgen an internationale Organisationen, für die im Jahr 2023 insgesamt 30,4 Mio. Euro anfielen (Kapitel 1505 Titel 687 01), geht der Ansatz mit 35,4 Mio. Euro geringfügig gegenüber dem Vorjahr zurück. Die exakte Höhe der überwiegend in US-Dollar und Schweizer Franken zu zahlenden Beiträge hängt von der Wechselkursentwicklung ab.

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

## 4 Wesentliche Einnahmen

Der größte Einnahmeposten des Jahres 2023 stammt aus der Rückzahlung eines Darlehens an den Ausgleichsfonds der SPV von 500 Mio. Euro. Die übrigen Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten. Im Jahr 2023 vereinnahmten das PEI hierfür 21,8 und das BfArM 81 Mio. Euro. Hinzu kamen Fördermittel der Europäischen Union (13,6 Mio. Euro im Jahr 2023). Weitere Einnahmen resultierten vor allem aus Rückzahlungen von Zuwendungen und Zuschüssen, Erlösen aus Veräußerungen, Publikationen oder Aufträgen Dritter (20,2 Mio. Euro im Jahr 2023). Hinzu kamen Erstattungen für einnahme- oder drittfinanzierte Aufgaben. Dazu zählen etwa die Prüfung der Spitzenverbände im Gesundheitswesen (805 000 Euro), Leistungen des BfArM für die Datentransparenz (9,4 Mio. Euro), das Beschäftigtenverzeichnis (5,5 Mio. Euro) und die Cannabis-Agentur (4,1 Mio. Euro).

Daneben ist der Geschäftsbereich des BMG traditionell der größte Empfänger von Sach-, Geld- und Dienstleistungen, die der Bund als Sponsoring erhält. Im Jahr 2023 flossen 5,7 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15 (Kapitel 1511 Titel 282 09). Daneben standen zu Beginn des Jahres 2023 noch Ausgabereste von 3,6 Mio. Euro zur Verfügung. Der größte Anteil stammt vom Verband der privaten Krankenversicherung und dient

der Finanzierung von Präventionskampagnen der BZgA (Kapitel 1511 Titel 547 09, Kapitel 1513 Titelgruppe 03). Im Haushalt ausgewiesen werden nur die tatsächlichen Einnahmen, ein Soll-Ansatz wird aufgrund der Haushaltssystematik auch bei länger laufenden Sponsoringvereinbarungen nicht dargestellt.

Ebenfalls nicht abgebildet ist der Wert gewährter Sach- und Dienstleistungen wie unentgeltlich zur Verfügung gestellte Plakatwände oder Sendezeiten, gespendete Schutzausrüstung oder Medikamente. Diese weist die Bundesregierung in ihrem jährlichen Bericht zur Integrität in der Bundesverwaltung aus, der zuletzt am 4. September 2023 veröffentlicht wurde.<sup>26</sup> Er verzeichnet für das BMG im Jahr 2022 Sponsoringleistungen im Gesamtwert von 20,1 Mio. Euro (52 % des Gesamt-Sponsoring-Aufkommens). Davon entfielen 17,2 Mio. Euro auf kostenlose Werbeplattformen und Publikationen.

## 5 Ausblick

Nach dem Finanzplan für die kommenden Jahre sollen die Ausgaben zunächst zurückgehen. Eine Übersicht über die vorgesehenen Ausgaben im Einzelplan 15 gibt Tabelle 2.

Tabelle 2

### Finanzplanung Ausgaben Einzelplan 15

2025	2026	2027	2028
<i>in Mio. Euro</i>			
16 439,1	15 995,5	15 799,9	16 695,4

Quelle: Bundesregierung.

Diese Zahlen spiegeln vor allem das Auslaufen pandemiebezogener Maßnahmen wie der Beschaffung von Corona-Impfstoff und des Paktes für den ÖGD wider. Der Anstieg im Jahr 2028 berücksichtigt den dann gesetzlich wieder zu leistenden Bundeszuschuss an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen von 1 Mrd. Euro. Nicht abgebildet sind möglicherweise auch in diesen Jahren drohende Zahlungsverpflichtungen im Zusammenhang mit der Abwicklung der Beschaffung von Schutzmasken aus dem Jahr 2020.

Der Haushaltsentwurf für das Jahr 2025 konnte ebenfalls noch nicht die Pläne der Bundesregierung zu Neuordnung der Behördenstruktur im Geschäftsbereich des BMG berücksichtigen. Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit<sup>27</sup> sieht die Errichtung eines Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) als selbstständige Bundesoberbehörde und Ressortforschungseinrichtung vor. In diesem sollen zum 1. Januar 2025 die BZgA und die Abteilung des RKI für Epidemiologie und

<sup>26</sup> Integrität in der Bundesverwaltung – Jahresbericht 2022 – des Bundesministeriums des Innern und für Heimat vom 4. September 2023 ([www.bmi.bund.de](http://www.bmi.bund.de)).

<sup>27</sup> Bundesratsdrucksache 376/24.

Gesundheitsmonitoring sowie das Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung aufgehen. Aufgaben des neuen Instituts sollen die Entwicklung von evidenz- und datenbasierten Präventionsmaßnahmen, die zielgruppenspezifische Gesundheitskommunikation und die freiwillige Vernetzung mit dem ÖGD sein, soweit diese in der Zuständigkeit des Bundes liegen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf nicht-übertragbaren Krankheiten, während das RKI für übertragbare Krankheiten und damit zusammenhängende nicht-übertragbare Krankheiten zuständig bleiben soll. Eine Schlüsselrolle soll der Verminderung von Risikofaktoren zukommen, insbesondere für Erkrankungen wie Krebs und kardiovaskuläre Erkrankungen. Dazu zählen etwa Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht oder Bewegungsmangel. Der Fokus soll auch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen umfassen. Länder, kommunale Spitzenverbände, Fachkreise und Verbände haben im Zuge der Erarbeitung der Neuordnung unklare Zuständigkeitsregelungen und die Gefahr von Doppelstrukturen, ein aufwendiges Schnittstellenmanagement sowie eine Schwächung des RKI kritisiert. Die Bundesregierung sieht diese Bedenken durch ihren Entwurf weitestgehend ausgeräumt. Die inhaltliche Ausrichtung des BIPAM werde im Einzelnen noch in einer Fachkonzeption festgelegt.

Die Ausgaben für das BIPAM sollen künftig in Kapitel 1513 (derzeit BZgA) veranschlagt sein. Mittel, Planstellen und Stellen, die mit bestimmten Aufgaben aus dem RKI (Kapitel 1517) in das neue Institut übergehen sollen, würden dorthin umgesetzt. Nach dem Gesetzentwurf sind für das Jahr 2025 einmalig 30 Mio. Euro und für die folgenden Jahre jeweils 14,5 Mio. Euro Mehrausgaben für Sachmittel erforderlich. Diese sollen dauerhaft und vollständig durch Umschichtungen innerhalb des Einzelplans 15 finanziert werden. Das BMG hat den Mehrbedarf anhand von Erfahrungswerten geschätzt. Er soll im laufenden Betrieb des BIPAM überprüft werden.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Korthaus, Amtsinspektorin

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.