

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/13206 –

Entwicklung der GKV-Finzen und Auswirkungen auf die Beitragssätze

Vorbemerkung der Fragesteller

Medienberichte über eine besorgniserregende Entwicklung der Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und über die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Beitragssätze in Deutschland häufen sich. Nachdem zuletzt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Pressemitteilung vom 6. September 2024 deutlich negative Zahlen zur Finanzentwicklung der GKV im ersten Halbjahr 2024 vorlegen musste (siehe www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-halbjahr-2024-pm-06-09-2024), wurde die Beunruhigung insbesondere aufseiten der Gesundheitspolitik, der Krankenkassen und der Beitragszahler – in den Augen der Fragesteller verständlicherweise – deutlich stärker.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland erzielten von Januar bis Juni 2024 ein Defizit in Höhe von 2,2 Mrd. Euro. Die Finanzreserven der Kassen beliefen sich Ende Juni 2024 auf rund 6,2 Mrd. Euro und somit 0,23 Monatsausgaben bei einer vorgegebenen Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben. Dies stellt nach Auffassung der Fragesteller ein hohes Risiko im Falle unvorhersehbarer Ausgaben dar. Insgesamt haben die Krankenkassen im ersten Halbjahr mehr ausgegeben als sie eingenommen haben: Einnahmen in Höhe von 159,1 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von 161,3 Mrd. Euro gegenüber. Ein deutliches Defizit verzeichnete der Gesundheitsfonds, der in der ersten Jahreshälfte 2024 ein Minus von 6,3 Mrd. Euro zu verzeichnen hatte. Für 2025 kalkulieren die Krankenkassen mit einem Defizit zwischen 3,5 Mrd. und 7 Mrd. Euro; für die Pflegeversicherung rechnen die Kassen mit einem Minus von rund 2,5 Mrd. Euro (vgl. www.evangelische-zeitung.de/lauterbach-kuendigt-hoehere-beitraege-fuer-gesundheit-und-pflege-an).

Diese Negativentwicklung wirkt sich bereits unterjährig auf die Zusatzbeiträge der Kassen aus: Während der durchschnittliche Zusatzbeitrag im Januar 2024 noch bei 1,70 Prozent lag, haben bis August 2024 22 Kassen ihren Zusatzbeitragssatz unterjährig anheben müssen, um nicht in finanzielle Schwierigkeiten zu kommen. Mit 1,78 Prozent lag der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der Kassen im August 2024 um 0,08 Prozent über dem Ende Oktober 2023 für das Jahr 2024 bekannt gegebenen Satz (vgl. www.aerzteblatt.de/nachrichten/154103/Finanzlage-der-gesetzlichen-Krankenversicherung-truebt-sich-weiter-ein). Prognosen des GKV-Spitzenverbandes zufolge rechnen die Kassen für 2025 schon jetzt mit einem Zusatzbeitragssatz von mindestens 2,3 Prozent, was einer Erhöhung um 0,6 Prozent im Vergleich zu 2024 gleichkäme (vgl. www.a

erztezeitung.de/Politik/Krankenkassen-fallen-im-ersten-Halbjahr-in-riesiges-Finanzloch-452573.html). „Damit stehen keine Reserven mehr zur Verfügung, um Beitragssteigerungen im nächsten Jahr zu verhindern oder auch nur abzumildern – und der Bundesgesundheitsminister schaut tatenlos zu“, so die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, in einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 9. September 2024 (siehe www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1886080.jsp). Und weiter: „Immer neue Gesetze, die die gesundheitliche Versorgung kaum besser, dafür aber deutlich teurer machen, lösen die strukturellen Probleme der GKV nicht. Gesetze müssen die Versorgung verbessern und dürfen dabei die Einnahmenentwicklung nicht ignorieren. Das Gesundheitswesen funktioniert nur, wenn es medizinisch, pflegerisch und ökonomisch im Gleichgewicht ist. Alles andere kann sich das Gesundheitswesen nicht mehr leisten und nützt auch den Versicherten nicht“, so die Vorstandsvorsitzende Dr. Doris Pfeiffer weiter. So erhöht sich auch das Niveau der gesamten Sozialversicherungsbeiträge, das bis zum Regierungswechsel 2021 40 Prozent nie überschritt und heute bei schon 40,9 Prozent liegt. Prognosen verschiedener Verbände zufolge könnte das Niveau zukünftig die 50 Prozent überschreiten, wenn es zu keinen wesentlichen strukturellen Änderungen kommt (vgl. www.faz.net/aktuell/wirtschaft/sozialabgaben-so-viel-koennte-schon-bald-vom-bruttolohn-abgehen-19756399.html).

Hauptgrund für diese Entwicklung sind nach Äußerungen von Spitzenvertretern der Krankenkassen mit der Mehrheit der Koalition der Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP beschlossene, gesetzlich vorgegebene Leistungssteigerungen auf Kosten der Krankenkassen bzw. der Beitragszahler. Darin noch nicht eingerechnet seien im parlamentarischen Verfahren befindliche, noch nicht beschlossene Gesetze wie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) oder das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG; vgl. etwa Pressemitteilung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. vom 30. August 2024, siehe www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/lauterbach-ankuendigung-beitragssteigerungen-gkv.html).

So soll der im KHVVG geplante Transformationsfonds in Höhe von insgesamt 50 Mrd. Euro zur Umstrukturierung der deutschen Krankenhauslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform hälftig von den Ländern und vom Gesundheitsfonds, also aus Mitteln der GKV-Beitragszahler, finanziert werden. Dies ist nach einem vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Gutachten nicht nur verfassungswidrig (vgl. www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1854976.jsp), sondern würde ab 2026 eine Beitragssatzerhöhung um mehr als 0,1 Prozent notwendig machen, wie der GKV-Spitzenverband warnt (vgl. www.welt.de/politik/deutschland/plus253354440/Buergergeld-und-Krankenhausreform-Kassenpatienten-in-Lauterbachs-Kostenfalle.html). Auch der Bundesrechnungshof moniert in einem aktuellen Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages diese „Zweckentfremdung von GKV-Mitteln“ (vgl. www.aerztezeitung.de/Politik/Rechnungshof-ruegt-Zweckentfremdung-von-GKV-Mitteln-452444.html). In dem Bericht stellt der Bundesrechnungshof fest, „dass die Finanzierung von Krankenhausstrukturen nicht Aufgabe der GKV sei. Die Kassen seien hingegen für die Kosten der Behandlungen ihrer Versicherten und die Betriebsausgaben der Kliniken zuständig. Den Ländern komme die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur zu. Diese hätten ihre Pflichten für Investitionen vernachlässigt. Die geplante Finanzierung des Transformationsfonds über den Gesundheitsfonds könnte zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Ausgaben der GKV-Finanzien beitragen“, zitiert die Presse den Bundesrechnungshof. „Damit könnte sich die strukturelle Deckungslücke sprunghaft vergrößern.“, so ein Medienbericht über den Bericht (vgl. www.zm-online.de/news/detail/finanzierung-der-krankenhausstrukturen-ist-nicht-aufgabe-der-gkv). „Damit entwickelt sich Karl Lauterbach zum teuersten Bundesgesundheitsminister aller Zeiten“, so die AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann (siehe www.aok.de/pp/bv/statement/lauterbach-beuert-beitragsdebatte/).

In einem Interview mit dem Magazin „STERN“ vom 30. August 2024 (siehe www.stern.de/politik/deutschland/gesundheitsminister-karl-lauterbach---schulz-ist-der-beste-kanzler--35018756.html) antwortet der Bundesminister für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach, auf die Frage, ob zum Jahr 2025 hin ein erneuter Anstieg der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung drohe, wörtlich: „Beim Beitragssatz werden wir wohl einen Anstieg sehen.“ Um die aus seiner Sicht notwendigen Strukturreformen umzusetzen, sei jetzt „die Phase, in der wir Geld in die Hand nehmen müssen, auch das der Beitragszahler“, so der Bundesgesundheitsminister weiter. Diese Aussagen wurden vonseiten der Krankenkassen scharf kritisiert. So wird die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner, in einer Pressemitteilung vom 30. August 2024 wie folgt zitiert: „Minister Lauterbach kündigt ‚schicksalsergeben‘ erneut Beitragssatzsteigerungen an und bringt gleichzeitig ein teures Gesetz nach dem anderen auf die Agenda, ohne dass die Versorgung der Versicherten spürbar besser wird. [...] Anstatt immer weiter in die Taschen der Versicherten und Arbeitgeber zu greifen, brauchen wir die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik.“ (siehe www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/lauterbach-ankuendigung-beitragssteigerungen-gkv.html).

Als Lösungsvorschläge liegen u. a. eine Entlastung der GKV von sog. versicherungsfremden Leistungen, ein höherer Bundesanteil an den Krankenkassenbeiträgen von Bürgergeldempfängern oder eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel auf dem Tisch (vgl. www.welt.de/politik/deutschland/plus253354440/Buergergeld-und-Krankenhausreform-Kassenpatienten-in-Lauterbachs-Kostenfalle.html und www.aerztezeitung.de/Politik/Krankenkassen-fallen-im-ersten-Halbjahr-in-riesiges-Finanzloch-452573.html). „Doch passiert ist bisher nichts.“ – so das Resümee der „WELT“ (siehe ebd.). In dem genannten Artikel wird der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in diesem Zusammenhang wie folgt zitiert: „Die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängern ist zweifellos eine hoheitliche Aufgabe des Staates und nicht der gesetzlich Versicherten. [...] Die notwendigen Gelder für einen funktionierenden Staatshaushalt zu organisieren, sei Aufgabe des Bundesfinanzministers. Leider ist er dieser Aufgabe bisher nicht im erforderlichen Maße nachgekommen und nimmt stattdessen in Kauf, dass die Krankenkassenbeiträge und Lohnnebenkosten immer weiter steigen. [...] Statt einer fairen Besteuerung aller Bürger würden so Aufgaben des Staates auf die Beitragszahler abgewälzt.“ Dem stimmen die Fragesteller uneingeschränkt zu.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Seit Jahresende 2023 hat sich die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund unerwartet stark steigender Ausgaben deutlich eingetrübt. Die Ausgabendynamik hat sich im Jahr 2024 nochmal deutlich beschleunigt. Das hat dazu geführt, dass über 30 Krankenkassen ihre Zusatzbeitragssätze im Jahr 2024 bereits unterjährig anheben mussten.

Der gemäß § 220 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beim Bundesamt für Soziale Sicherheit angesiedelte GKV-Schätzerkreis hat am 14. und 15. Oktober 2024 die Einnahmen und Ausgaben der GKV für die Jahre 2024 und 2025 geschätzt. Auf dieser Basis ergäbe sich für das Jahr 2025 ein ausgabendeckender Zusatzbeitragssatz von 2,5 Prozent. Das Bundesministerium für Gesundheit wird nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242a SGB V bekanntmachen. Dabei berücksichtigt das Bundesministerium für Gesundheit auch Informationen, die erst nach dem Schätzerkreis bekannt werden und relevanten Einfluss auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz haben.

Der starke Anstieg um 0,8 Prozentpunkte gegenüber dem Jahr 2024 (1,7 Prozent) ist einerseits Ergebnis hoher inflationsbedingter Steigerungen von Preisen, Löhnen und Vergütungen für medizinisches Personal, Pflegepersonal und

medizinische Leistungen und Produkte. Andererseits ist der starke Ausgabenanstieg auch Ergebnis des Umstands, dass in den letzten 10 bis 15 Jahren vernachlässigt wurde, die Strukturen des Gesundheitswesens zu modernisieren. Teils ineffiziente Strukturen treffen auf eine demographisch bedingt steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und einen preisintensiven medizinisch-technischen Fortschritt. Dies führt dazu, dass die Ausgaben stärker steigen als die Einnahmen.

Es besteht dringender Handlungsbedarf für fundamentale Strukturreformen im Gesundheitswesen. Die Bundesregierung stellt sich dieser Herausforderung und hat als erste Regierung seit langer Zeit tiefgreifende Strukturreformen initiiert und teilweise bereits umgesetzt. Das Digital-Gesetz vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) bedeutet bereits einen wichtigen Schritt, um die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege zu beschleunigen und weiter zu entwickeln um somit die Strukturen zu modernisieren sowie effizienter aufzustellen. Die vom Deutschen Bundestag am 17. Oktober 2024 beschlossene Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG, Drucksachen 20/11854, 20/13407) ist eine der größten Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen seit mindestens zwei Dekaden. Ein zentrales Ziel der Reform ist die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung: Durch mehr Spezialisierung und Konzentration stationärer Kapazitäten sowie Ambulantisierung kostenintensiver stationärer Leistungen wird die Reform auch entscheidend zur Stabilisierung der GKV-Finanzen beitragen. Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung, der derzeit parlamentarisch beraten wird (Drucksache 20/13166), ist ein weiteres tiefgreifendes Reformprojekt unterwegs, das dazu beitragen wird, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, unnötige Ausgaben zu vermeiden und die GKV-Finanzen zu stabilisieren.

1. Wie hat sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der GKV in den letzten fünf Jahren entwickelt, wie hoch war der durchschnittliche Gesamtbeitragssatz (allgemeiner Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz) in diesem Zeitraum, und welche Werte ergeben sich aufgrund des Schätzerkreises für 2025?

Die Entwicklung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ZBS) gemäß § 242a SGB V und des GKV-durchschnittlichen Gesamtbeitragssatzes für die Jahre 2015 bis 2025 kann nachfolgender Tabelle entnommen werden.

Tabelle 1: Entwicklung der GKV-Beitragssätze seit 2020

Jahr	GKV-durchschnittlicher ZBS in Prozent	GKV-durchschnittlicher Gesamtbeitragssatz in Prozent
2020	1,1	15,7
2021	1,3	15,9
2022	1,3	15,9
2023	1,6	16,2
2024	1,7	16,3
2025*	2,5	17,1

* Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 15. Oktober 2024

2. Wie hat sich die Spannweite der Beitragssätze nach Frage 1 in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Die jeweils geringsten und höchsten Zusatzbeitragssätze von betriebsbezogenen sowie regional oder bundesweit geöffneten Krankenkassen für die Jahre 2020 bis 2024 kann den nachfolgenden Tabellen entnommen werden.

Tabelle 2: Geringste Zusatzbeitragssätze von betriebsbezogenen sowie regional oder bundesweit geöffneten Krankenkassen von 2020 bis 2024 (jeweils zum 1. Januar)

Jahr	geringster ZBS einer betriebsbezogenen Krankenkasse in Prozent	geringster ZBS einer regional geöffneten Krankenkasse in Prozent	geringster ZBS einer bundesweit geöffneten Krankenkasse in Prozent
2020	0,20	-	0,39
2021	0,20	0,35	0,39
2022	0,30	0,35	0,69
2023	0,30	0,80	0,90
2024	0,70	1,09	0,90

Quelle: Amtliche Statistik über die Mitglieder und Versicherten der Krankenkassen (KM1)

Tabelle 3: Höchste Zusatzbeitragssätze von betriebsbezogenen sowie regional oder bundesweit geöffneten Krankenkassen von 2020 bis 2024 (jeweils zum 1. Januar)

Jahr	höchster ZBS einer betriebsbezogenen Krankenkasse in Prozent	höchster ZBS einer regional geöffneten Krankenkasse in Prozent	höchster ZBS einer bundesweit geöffneten Krankenkasse in Prozent
2020	1,60	2,20	1,54
2021	1,60	1,90	1,60
2022	2,20	1,70	2,50
2023	2,00	1,99	1,80
2024	2,30	2,70	2,20

Quelle: Amtliche Statistik über die Mitglieder und Versicherten der Krankenkassen (KM1)

3. Welche Faktoren tragen nach Auffassung der Bundesregierung wesentlich zur Entwicklung der Beitragssätze in der GKV bei (z. B. demografischer Wandel, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, gesetzliche Regelungen zu Leistungsverbesserungen, Faktoren der Einnahmeseite wie Beschäftigung etc.)?

Ausgabenseitig wirkt neben den demografisch bedingt steigenden Behandlungsbedarfen vor allem der medizinisch-technische Fortschritt, durch den mit oft kostenintensiven, innovativen Behandlungen bisher nicht oder nur unzureichend behandelbare Krankheiten behandelt oder sogar geheilt werden können. Hinzu kommen die auch aufgrund der stetig wachsenden Anforderungen an medizinisches und pflegerisches Fachpersonal im personalintensiven Gesundheitswesen stark wirkende Lohndynamik sowie aktuell die Nachwirkungen der hohen Inflation in den Jahren 2022 und 2023. Letztere wirken aufgrund der nachgelagerten gesetzlichen Mechanismen zur Vergütungsanpassungen in verschiedenen Leistungsbereichen in den Jahren 2024 und 2025 noch dynamisierend auf die Ausgabenentwicklung.

Ferner wirkt sich das Ausbleiben grundlegender Strukturreformen in der Vergangenheit – beispielsweise im Bereich der Digitalisierung und der stationären

Versorgung – auf die Beitragssätze aus, indem die teils ineffizienten Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zu höheren Kosten führen.

Die einnahmenseitige Entwicklung kann trotz zuletzt kräftig gestiegener Löhne und Gehälter diese hohe Ausgabendynamik nicht kompensieren. Hierzu trägt auch bei, dass die Entwicklung der Beitragseinnahmen aktuell und perspektivisch durch die demographische Alterung und den damit verbundenen Renteneintritt geburtenstarker Jahrgänge gedämpft wird und dass der Bundeszuschuss zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen nicht dynamisiert wird.

4. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung kurz-, mittel- und langfristig, um den Anstieg der Beitragssätze in der GKV in den kommenden Jahren zu begrenzen und für finanzielle Stabilität im Interesse der Versicherten und der Arbeitgeber zu sorgen, welche strukturellen Reformen sind dabei geplant, und wann kommt das von der Bundesregierung lange angekündigte Gesetz zur nachhaltigen GKV-Finanzierung?

Die Bundesregierung war bereits zu Beginn der Legislaturperiode mit einem drohenden sehr hohen Anstieg der Zusatzbeitragssätze in der GKV konfrontiert. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. 2022 I Nr. 42) hat die Bundesregierung unmittelbar reagiert und durch gezielte, effizienzsteigernde und kostendämpfende Maßnahmen auf der Ausgabenseite sowie dem Einsatz von Finanzreserven der Krankenkassen sowie des Gesundheitsfonds und ergänzenden Bundesmitteln von 3 Mrd. Euro (davon 1 Mrd. Euro als Darlehen) die GKV-Finanzien in den Jahren 2023 und 2024 stabilisiert.

Während ein Teil der Maßnahmen – insbesondere im Bereich Arzneimittel – sich dauerhaft reduzierend auf die Ausgaben der GKV auswirken, hatten andere Maßnahmen nur kurzfristige Wirkungen in den Jahren 2023 und 2024. Das betraf insbesondere einnahmenseitige Maßnahmen und hier die Nutzung von Finanzreserven des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen und die ergänzenden Bundesmittel von 3 Mrd. Euro, die nur vorübergehend zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge beitragen konnten.

Um die Einnahmenseite der GKV dauerhaft zu stärken, haben sich SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen zu dynamisieren und die nicht kostendeckenden Beiträge des Bundes an die GKV für Bürgergeldbeziehende anzuheben. Diese Maßnahmen sollen umgesetzt werden, sobald die haushaltspolitischen Rahmenbedingungen dies im Lichte der wirtschaftlichen Entwicklung zulassen.

Ungeachtet dessen hat die Bundesregierung auf der Ausgabenseite frühzeitig in der Legislaturperiode begonnen, tiefgreifende Strukturreformen in Angriff zu nehmen, um mittel- bis langfristig die Effizienz und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und Kosten zu reduzieren. Mit dem Digital-Gesetz vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) – und hierbei insbesondere mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle ab dem Jahr 2025 – werden Effizienzverluste im Gesundheitswesen reduziert, unnötige Doppeluntersuchungen und -behandlungen vermieden und die Patientensicherheit und Behandlungsqualität in einem ersten Schritt im Bereich des Medikationsprozesses erhöht. All dies führt zu einer unmittelbar besseren Versorgung bei einem gleichzeitig effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen.

Im Rahmen der vom Deutschen Bundestag am 17. Oktober 2024 beschlossenen Krankenhausreform sollen durch die Einführung einer Vorhaltevergütung, mit

der das Vorhalten von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert wird, ökonomische Anreize zur unbegrenzten Mengenausweitung im stationären Bereich dauerhaft reduziert werden. Durch die gezielte Förderung von Spezialisierung im Bereich der Onkochirurgie soll die Behandlungsqualität erhöht und durch die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen in Verbindung mit der Ausweitung der sektorengleichen Vergütungen mittelfristig dafür gesorgt werden, dass Leistungen nur noch dann stationär erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Mit dem Instrument der Hybrid-DRGs soll die kosteneffizientere ambulante Versorgung gezielt dort ausgebaut werden, wo bisher die größten ungenutzten Effizienzpotenziale durch unnötig stationär erbrachte Leistungen liegen. In Summe soll so die im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen mit überdurchschnittlicher Verweildauer gesenkt, die Ambulantisierung gestärkt und vorhandene Ressourcen effizienter eingesetzt und der Abbau nicht benötigter und derzeit nicht ausgelasteter stationärer Kapazitäten gefördert werden.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung dafür sorgen, die Ströme der Patientinnen und Patienten mit akut- oder notfallmedizinischen Bedarfen gezielter und ressourcenschonender zu steuern und die Notaufnahmen und den Rettungsdienst unmittelbar zu entlasten.

Einschließlich der mit dem Entwurf der Bundesregierung für ein Gesundes-Herz-Gesetz (Bundestagsdrucksache 20/13094) geplanten Verbesserungen im Bereich der Früherkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollen die verschiedenen tiefgreifenden Strukturreformen dazu beitragen, die Ausgabendynamik der GKV nachhaltig zu bremsen und die Beitragssatzentwicklung zu stabilisieren.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die Auswirkungen steigender GKV-Beitragsätze auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und die finanzielle Belastung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern?

Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass – neben einer Vielzahl weiterer Faktoren – auch die Lohnzusatzkosten Einfluss auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft haben. Ferner dürfen die Beitragszahler und Beitragszahlerinnen zurecht erwarten, dass die Sozialversicherungsbeiträge in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen, die damit finanziert werden. Gleichzeitig erwarten die Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt. Diese Balance gilt es im Blick zu behalten.

Darüber hinaus stellen die Ausgaben der GKV eine Investition in die Leistungsfähigkeit der deutschen Wirtschaft dar. Zum einen trägt das hohe Niveau der medizinischen Versorgung erheblich dazu bei, die wirtschaftliche Teilhabe der Versicherten im erwerbsfähigen Alter insbesondere angesichts einer alternden Erwerbsbevölkerung zu sichern. Damit wird das Angebot an Fachkräften als wichtiges Element des globalen Standortwettbewerbs auf möglichst hohem Niveau gehalten. Zum anderen stellen die GKV-Ausgaben für die Versorgung der Versicherten auch Investitionen in einen bedeutenden, innovativen und international zukunftssträchtigen Wirtschaftszweig dar und tragen somit zur Wertschöpfung in Deutschland bei.

6. Ist es für die Bundesregierung vor dem Hintergrund der schwierigen Wirtschaftslage in Deutschland zielführend, die Ausgabenseite dynamisch ansteigen zu lassen und durch die aktuelle Gesetzgebung noch zu forcieren (z. B. Transformationsfonds im Rahmen des KHVVG hälftig zulasten der GKV-Beitragszahlerinnen und GKV-Beitragszahler)?

Wie auch in der Antwort zu Frage 3 bereits angesprochen, ist der gegenwärtig dynamische Ausgabenanstieg in der GKV neben den aktuell noch vorhandenen Nachwirkungen der hohen Inflation der letzten Jahre und den häufig erst nachgelagerten Anpassungen von Vergütungen an gestiegene Behandlungs- und Praxiskosten auch maßgeblich vom medizinisch-technischen Fortschritt beeinflusst.

Um angesichts der schwierigen Finanzlage ein weiteres Anwachsen der strukturellen Lücke zwischen Einnahmen- und Ausgaben zu vermeiden, hat die Bundesregierung bereits gesetzliche Maßnahmen umgesetzt und weitere tiefgreifende Reformen auf den Weg gebracht. Diesbezüglich wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

7. Welches Niveau der Sozialversicherungsbeiträge ist aus Sicht der Bundesregierung vor dem Hintergrund stetig wachsender Beitragssätze den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber zumutbar, und wie begründet die Bundesregierung dieses Niveau?

Die Bundesregierung richtet ihre Sozialpolitik darauf aus, eine nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherung unter ausgewogener Berücksichtigung der Interessen von Beitragszahlerinnen und -zahlern sowie von Leistungsempfängerinnen und -empfängern zu gewährleisten. Ein konkreter Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung wird dabei nicht angestrebt.

8. Welches Einnahmenvolumen wird die von der Bundesregierung vorgesehene Steigerung der Beitragsbemessungsgrenze im nächsten Jahr für die GKV mit sich bringen, und welcher alternativen Änderung am Beitragssatz entspricht dieses Finanzvolumen?

Die im Entwurf der Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2025 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist mit Beitragsmehreinnahmen der GKV in Höhe von ca. 4 Mrd. Euro verbunden. Dies entspricht einem Beitragssatzeffekt von ca. 0,2 Prozentpunkten.

9. Wie kommen die von der Bundesregierung genannten Einsparungseffekte in den Gesetzentwürfen zum KHVVG, zum Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz (GVSG) und zum GHG nach Berechnungen der Bundesregierung zusammen (bitte detailliert aufschlüsseln)?
10. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen oder plant sie zu ergreifen, um ineffiziente Ausgaben und Fehlanreize in der GKV zu identifizieren und zu beseitigen?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Grundsätzlich dienen die in der Vorbemerkung der Bundesregierung sowie in der Antwort zu Frage 4 erläuterten Strukturreformen dazu, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und Fehlanreize zu reduzieren.

Darüber hinaus arbeitet die Bundesregierung kontinuierlich daran, Fehlanreize oder ungewollte Anstiege bzw. Ausweitung von Vergütungen in der GKV, denen keine Verbesserung der Versorgung gegenübersteht, zu vermeiden. So wurde beispielsweise im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes durch die stärkere Berücksichtigung von Mengenaspekten und -verwürfen in den Preisverhandlungen für Arzneimittel potenziellen Anreizen für nicht bedarfsgerechten Packungsgrößen entgegengewirkt. Ferner wurden mit diesem Gesetz im vertragsärztlichen Bereich Zuschläge für Neupatientinnen und Neupatienten, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) eingeführt wurden, zugunsten einer zielgenaueren Zuschlagsregelung wieder abgeschafft.

Im Rahmen der Krankenhausreform sollen die Anreize der Krankenhäuser zu einer nicht bedarfsgerechten Ausweitung der Leistungsmengen wirksam und nachhaltig reduziert werden. Zudem werden Anreize zur effizienzsteigernden Spezialisierung von Krankenhäusern gesetzt und soll teure und gefährliche Gelegenheitsversorgung weitestgehend vermieden werden. Mit der Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der Ausweitung der Hybrid-DRGs sorgen wir dafür, dass Leistungen nur dann stationär erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist und setzen die vorhandenen Ressourcen so effizienter ein.

Durch die elektronische Patientenakte für alle soll konkret der Medikationsprozess unterstützt und die Patientensicherheit erhöht sowie unnötige Doppelbehandlungen und -untersuchungen auch über Sektorengrenzen hinweg reduziert werden.

Im Rahmen der Stärkung der Früherkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Gesundes-Herz-Gesetz) wird medizinisch relevanten Risiken gezielt begegnet, bevor diese sich zu kostspieligen Versorgungsbedarfen entwickeln.

Im Ergebnis soll die GKV mit den genannten Maßnahmen langfristig in erheblichem Umfang entlastet werden. Die in der Fragestellung genannten geschätzten Minderausgabenpotenziale und Einspareffekte der einzelnen Gesetze werden im jeweiligen allgemeinen Teil der Begründung detailliert dargelegt und können dort nachvollzogen werden.

11. Welche Rolle spielen nach Ansicht der Bundesregierung die Rücklagen der GKV in der gegenwärtigen Finanzplanung, inwieweit ist beabsichtigt, diese weiter zur Stabilisierung der Beitragssätze heranzuziehen, und inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung der Abbau der Kassenrücklagen im Jahr 2023 mitverantwortlich für die genannte schwierige Lage in der GKV?

Der Gesetzgeber hatte mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vorgegeben, dass die Krankenkassen im Jahr 2023 rund 2,5 Mrd. Euro zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge an den Gesundheitsfonds abzuführen hatten. Die Finanzreserven der Krankenkassen betragen nach dieser Abführung zum Jahresende 2023 immer noch rund 8,3 Mrd. Euro. Die gesetzliche Mindestreserve lag bei 5,1 Mrd. Euro.

Erst durch den unerwartet starken Ausgabenanstieg im Jahr 2024 könnten die Finanzreserven vieler Krankenkassen bis Jahresende 2024 unter die Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben sinken. Zur Sicherstellung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit haben im laufenden Jahr über 30 Krankenkassen unterjährige Anhebungen ihrer Zusatzbeitragssätze vorgenommen.

12. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um die Liquidität der Krankenkassen sicherzustellen?

Gemäß § 16 Absatz 5 der Risikostrukturausgleichsverordnung hat der Gesundheitsfonds die monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen bis spätestens zum 15. des Folgemonats vollständig auszuführen. Sollte die Liquidität des Gesundheitsfonds nicht ausreichen, hat der Bund ein unverzinsliches Liquiditätsdarlehen an den Gesundheitsfonds zu leisten, welches bis Jahresende zurückzuführen ist. Damit ist gesetzlich garantiert, dass die Krankenkassen die vorab zugesicherten Zuweisungen in zwölf gleichen Teilbeträgen ausgezahlt bekommen.

Sollten die Ausgaben einer Krankenkasse unterjährig stärker steigen als in der Haushaltsplanung und bei der Kalkulation des Zusatzbeitragssatzes unterstellt und besteht die Gefahr bilanzieller Überschuldung, können Krankenkassen auch unterjährig ihren Zusatzbeitragssatz nach Genehmigung durch die Aufsicht anheben.

Krankenkassen, deren Finanzreserven unter die gesetzliche Mindestreserve gefallen sind bzw. bei denen diese Entwicklung im Rahmen der Haushaltsplanung absehbar ist, haben bei ihrer Haushaltsplanung und bei der Kalkulation ihrer Zusatzbeitragssätze entsprechend § 261 SGB V ein Auffüllen ihrer Rücklage vorzusehen.

13. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um die Liquidität des Gesundheitsfonds sicherzustellen?

Entsprechend der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 14./15. Oktober 2024 wird die gesetzliche Mindestreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 20 Prozent einer Monatsausgabe zum Ende der Geschäftsjahre 2024 und 2025 voraussichtlich nicht unterschritten.

Sollte die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entgegen den Erwartungen nicht ausreichen, um die monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen vollständig auszuführen, hat der Bund dem Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 3 SGB V ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel zu leisten, das bis zum Ende des Geschäftsjahres zurückzuführen ist. Bei einem Unterschreiten der Mindestreserve zum Ende des Geschäftsjahres sind fehlende Mittel in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds über eine Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr wieder aufzufüllen.

14. Wird es seitens der Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode, wie im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP angekündigt, eine Dynamisierung des Bundeszuschusses geben sowie eine vom Bund adäquat gesicherte Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldempfängern, wenn ja, wann soll der entsprechende Gesetzentwurf vorliegen, und wenn nein, warum nicht?

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, den Bundeszuschuss zur GKV regelhaft zu dynamisieren und höhere Beiträge für Beziehende von Bürgergeld zu finanzieren. Angesichts der angespannten Haushaltslage des Bundes und der Vorgaben der Schuldenbremse sollen diese Maßnahmen des Koalitionsvertrags erst umgesetzt werden, sobald die haushaltspolitischen Rahmenbedingungen dies im Lichte der wirtschaftlichen Entwicklung zulassen.

15. Wie bewertet die Bundesregierung die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen zulasten der GKV-Beitragszahler, die nach Auffassung der Fragesteller staatliche Aufgaben darstellen und somit aus allgemeinen Haushaltsmitteln zu finanzieren sind?
16. Hat die Bundesregierung bereits intern definiert, welche versicherungsfremden Leistungen genau aus der Finanzierung durch die GKV zulasten des Bundeshaushaltes herausgelöst werden könnten bzw. sollten, wenn ja, welche genau, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 221 SGB V leistet der Bund eine pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, deren Höhe bei jährlich 14,5 Mrd. Euro liegt. Soweit die versicherungsfremden Leistungen gesetzlich nicht näher definiert werden, fehlt es an einer Grundlage für die Ermittlung entsprechender Aufwendungen.

17. Warum bleibt die Bundesregierung in Kenntnis vorliegender Gutachten über eine mögliche Rechtswidrigkeit der geplanten Finanzierung des Transformationsfonds im Rahmen des KHVVG und in Kenntnis der jüngsten Kritik des Bundesrechnungshofes bei ihrer Haltung, dass der Fonds zur Hälfte aus Mitteln des Gesundheitsfonds, also aus Mitteln der GKV-Beitragszahler, zu finanzieren ist?

Welche Gespräche gab es hierzu zwischen Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach und dem Bundesminister der Finanzen Christian Lindner im Zeitraum von Dezember 2022 bis September 2024 (bitte einzeln aufzählen)?

Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss?

Mit der zeitlich befristeten Errichtung des geplanten Transformationsfonds und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder soll in den Jahren 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Mrd. Euro bereitgestellt werden, das jeweils zur Hälfte durch die Länder, ggf. zusammen mit den Krankenhausträgern, und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der GKV aufzubringen ist. Damit ist vorgesehen, dass mindestens ein Viertel und maximal die Hälfte der Transformationskosten aus Steuermitteln bezahlt werden. Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) wurde während der Ressortanhörung und im weiteren Verfahren mehrfach umfassend beteiligt. Das von der GKV bereitzustellende Fördervolumen beträgt ab 2026 jährlich bis zu 2,5 Mrd. Euro über einen Zeitraum von zehn Jahren, das schrittweise abgerufen werden kann, sofern die Länder Mittel in gleicher Höhe zur Verfügung stellen. Wird das Finanzvolumen von den Ländern nicht in voller Höhe abgerufen, wird der Transformationsfonds mit entsprechend geringeren finanziellen Mitteln versehen.

Die durch den Transformationsfonds finanzierten Umstrukturierungen werden zu dauerhaften Qualitätsverbesserungen in den Krankenhäusern und Einsparungen in der stationären Versorgung beitragen. Hiervon werden die Versicherten sowie die Krankenkassen profitieren. Das Gelingen der Krankenhausreform und der damit beabsichtigten Transformation der Krankenhausversorgung liegt insofern ganz wesentlich im Interesse der Versichertengemeinschaft. Der Einsatz entsprechender Beitragsmittel erfolgt damit zu Zwecken der Versorgung der Versicherten. Vor diesem Hintergrund ist die Beteiligung der GKV an der Finanzierung des Transformationsfonds gerechtfertigt.

18. Wie positioniert sich die Bundesregierung zu dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent zu senken, um die Kassen finanziell zu entlasten?

In einigen Bereichen des Gesundheitswesens bestehen bereits Begünstigungen bei der Umsatzbesteuerung von Arzneimitteln. So ist die Abgabe von Medikamenten durch die Apotheke eines Krankenhauses, für die im Rahmen einer ambulant in den Räumen dieses Krankenhauses durchgeführte Heilbehandlung umsatzsteuerfrei. Darüber hinaus unterliegen steuerpflichtige Lieferungen orthopädischer Hilfs- und Fortbewegungsmittel für Kranke und Körperbehinderte dem ermäßigten Steuersatz. Dasselbe gilt u. a. für die Lieferung und die Wiederherstellung von Zahnprothesen und kieferorthopädischen Apparaten.

Eine darüberhinausgehende Umsatzsteuerbefreiung oder Ermäßigung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel ist nicht beabsichtigt. Auch wenn eine Befreiung oder Ermäßigung der Umsatzsteuer sozialpolitisch wünschenswert wäre, stünden dem erhebliche Steuermindereinnahmen für Bund, Länder und Kommunen gegenüber. Hierfür bestehen angesichts der aktuellen Haushaltslage keinerlei Spielräume.

19. Wie bewertet die Bundesregierung den Einfluss externer Faktoren, wie z. B. der COVID-19-Pandemie und deren Folgekosten, auf die mittelfristige Finanzentwicklung der GKV?

Externe Faktoren wie Pandemien und Innovationssprünge können die Finanzentwicklung der GKV gerade im Zusammenspiel maßgeblich beeinflussen und sind ihrer Natur nach nicht bzw. nur mit erheblicher Unsicherheit vorhersagbar.

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Finanzentwicklung der GKV sind vielfältig und nicht abschließend zu erfassen. Das Auftreten von Long- und Post-COVID führt beispielsweise nicht nur zu höheren Leistungsausgaben für die Behandlung komplexer und in dieser Form bisher nur zum Teil bekannter Leiden, sondern kann durch potenzielle Arbeitsunfähigkeiten sowie möglicherweise vorgezogenen Renteneintritten der Betroffenen zu einer ausgaben- und einnahmenseitigen Belastung der GKV führen.

Gleichzeitig haben die Leistungsmengen nach pandemiebedingten Einbrüchen im Jahr 2020 insbesondere im stationären Bereich noch nicht in allen Fällen wieder das Vor-Pandemieniveau erreicht, so dass die Leistungsmengen und die entsprechenden Vergütungen in diesem Bereich ohne die COVID-19-Pandemie heute vermutlich über dem tatsächlichen Niveau lägen. Angesichts der Komplexität der Auswirkungen der Pandemie sowie der komplexen und vielfältigen Struktur der Leistungserbringung in der GKV kann keine valide Schätzung der mittelfristigen Effekte der COVID-19-Pandemie erfolgen.

20. Sieht die Bundesregierung ebenso wie die Fragesteller in den zuletzt signifikant gestiegenen Krankenhauskosten ein Anzeichen dafür, dass die Krankenhäuser darauf bedacht sind, schon im laufenden Jahr möglichst viele Fälle zu generieren, um im kommenden Jahr ein möglichst hohes Vorhaltevolumen nach den neuen Regelungen des KHVVG zugeteilt zu bekommen, und wenn nein, warum nicht?
21. Wie passt diese Entwicklung bzw. Regelung zu der Intention von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach, das ökonomische „Hamsterrad“ des DRG-Systems (DRG = Diagnosis Related Group) mit dem KHVVG stoppen zu wollen (vgl. www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbach-Ohne-Fallpauschalen-raus-aus-dem-Hamsterrad-434656.html), wenn das Vorhaltbudget einer Klinik anhand der Fallzahl des Vorjahres ermittelt werden soll?

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung stimmt der Einschätzung nicht zu, wonach Krankenhäuser derzeit überhöhte Mengensteigerungen im Hinblick auf die Ermittlung von Vorhaltbudgets realisieren. So liegt die Entwicklung der vollstationären Fallzahlen gemäß vorläufiger Daten der amtlichen Statistik der GKV im ersten Halbjahr 2024 mit +1,7 Prozent unterhalb der Dynamik des ersten Halbjahres 2023 (+3,6 Prozent) bzw. des Gesamtjahres 2023 (+2,2 Prozent). Eine positive Mengendynamik war insbesondere angesichts der weiterhin niedrigen Auslastung der Krankenhäuser und des wirtschaftlichen Drucks der Krankenhäuser erwartbar. So lag das Fallzahlniveau im ersten Halbjahr 2024 weiterhin um mehr als 10 Prozent unter dem Niveau des Jahres 2019. Darüber hinaus ist die hohe Steigerung der Krankenhausausgaben in der GKV im Jahr 2024 maßgeblich auf die hohen Veränderungswerte der Landesbasisfallwerte (Preiskomponente) im somatischen und insgesamt im stationären Bereich zurückzuführen, die für das Jahr 2024 jeweils bei 5,1 beziehungsweise 5,3 Prozent liegen und damit den Großteil der Ausgabensteigerung von +7,9 Prozent im ersten Halbjahr 2024 erklären. Ursache für die hohen Veränderungswerte ist dabei – wie in der Antwort zu Frage 3 erläutert – die nachgelagerte Wirkung der Inflation der Jahre 2022 und 2023, die bedingt durch Lohn- und Gehaltssteigerung zu einer hohen Grundlohnrate (+4,22 Prozent) sowie bedingt durch die vom Statistischen Bundesamt ermittelten Kostensteigerungen im stationären Bereich zu einem hohen Orientierungswert (+6,95 Prozent) für das Jahr 2024 geführt haben.

Mit der Krankenhausreform ist vorgesehen, dass die Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 als Durchschnitt der Vorhaltevolumina aus den Jahren 2023 und 2024 ermittelt werden. Damit werden Fehlanreize vermieden, die dadurch entstehen könnten, dass Krankenhäuser vor der Einführung der Vorhaltevergütung gezielt ihre Fallzahl steigern, um von Beginn an eine höhere Vorhaltevergütung zu erreichen. Zugleich wird ein Absinken der Vorhaltevolumina gegenüber dem Durchschnitt dieser Referenzjahre vermieden.

