

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ates Gürpinar, Evelyn Schötz, Nicole Gohlke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke
– Drucksache 21/3189 –**

Arbeitsaufträge der Kommissionen zur Zukunft der Gesundheit- und Pflegeversicherung**Vorbemerkung der Fragesteller**

Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung hat ein gewaltiges Finanzierungsproblem. Beitragssatzsteigerungen für die kommenden Jahre sind absehbar, wenn nicht wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen werden (www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/krankenkasse-rechnungshof-100.html). Dennoch hat die Bundesregierung bisher nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller keine ernsthaften Anstrengungen unternommen, das Problem der defizitären Finanzierung zu lösen. Das Finanzvolumen der aktuellen Einsparungsvorschläge reicht nicht aus, um den Beitragssatz zu stabilisieren (www.tagesschau.de/inland/gesundheitswesen-krankenkassen-beitrag-100.html). Doch genau das hatte die Bundesministerin für Gesundheit, Nina Warken, versprochen (www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/bab-warken-100.html).

Statt sofort zu handeln, hat die Bundesregierung eine Kommission zur Erarbeitung von „Maßnahmen für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzkommission-gesundheit-pm-12-09-2025.html) sowie eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die „sich auf das weitere Vorgehen für eine Reform der Pflegeversicherung“ verständigen soll (www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bund-laender-ag-zur-pflegereform-gestartet-pm-07-07-25.html).

Für den Arbeitsauftrag der Kommission machte Bundesministerin Nina Warken immer wieder deutlich, dass es „keine Denkverbote“ geben soll (beispielhaft www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/bab-warken-100.html, www.aerztezeitung.de/Politik/Gesundheitsministerin-Warken-Keine-Denkverbote-in-Reformherbst-460141.html, www.bundesgesundheitsministerium.de/pressereden/rede/haushalt-2025-bt-17-09-25.html). Nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller ist der Arbeitsauftrag an die Finanzkommission Gesundheit (FKG) aber gar nicht so ergebnisoffen formuliert, wie Bundesministerin Nina Warken es darstellt (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommision_Arbeitsauftrag_FKG.pdf). Ebenso sind der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) zur Reform der Pflegeversicherung enge Grenzen gesetzt. So werden die Facharbeitsgruppen im Arbeitsauftrag angewiesen, dass „keine Vorschläge

unterbreitet werden sollen, die zu Mehrausgaben führen“ (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegereform/250707_AG-Arbeitsauftraege-beschlossen.pdf). Dadurch wird die Idee einer Pflegevollversicherung, die die tatsächlichen Pflegekosten übernimmt, von vornherein ausgeschlossen.

Die Fragen 1 bis 27 dieser Kleinen Anfrage nehmen Bezug auf den Arbeitsauftrag der FKG, während sich ab Frage 28 auf den Arbeitsauftrag der BLAG bezogen wird.

1. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass ein Widerspruch zwischen den Aussagen der Bundesministerin Nina Warken, dass es „keine Denkverbote“ gibt, und der Formulierung des Arbeitsauftrags an die FKG besteht?

Die Bundesregierung sieht keinen Widerspruch zwischen den Aussagen der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, dass es „keine Denkverbote“ geben soll, und dem Arbeitsauftrag für die FinanzKommission Gesundheit. Der Arbeitsauftrag lässt neben thematischen Leitthemen und Leitfragen bewusst wissenschaftlich-gestalterischen Raum für die Erarbeitung von Reformoptionen innerhalb des verfassungsrechtlichen Rahmens sowie vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD.

2. Inwiefern ist die Bundesregierung der Ansicht, dass sie das in ihrem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarte Ziel, „die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden“, bereits verfehlt hat, mit Blick auf die voraussichtliche Steigerung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf 2,9 Prozent im kommenden Jahr, und wenn nein, wie rechtfertigt sie diese Entwicklung?
3. Plant die Bundesregierung nach Vorlage des ersten Berichts der Kommission Ende März noch innerhalb des Jahres 2026 weitere frühere Maßnahmen, um ihrem Versprechen der Beitragssatzstabilität unterjährig nachzukommen, oder wird hierzu kein Bedarf gesehen, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lag im Jahr 2025 bei rund 2,9 Prozent. Am 14. und 15. Oktober hat der Schätzerkreis gemäß § 220 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Erstschätzung der Einnahmen und Ausgaben für das Jahr 2026 vorgenommen. Zwar kamen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesamt für Soziale Sicherung auf der einen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der anderen Seite zu unterschiedlichen Einschätzungen der Ausgabenentwicklung für das Jahr 2026. Der durchschnittliche ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2026 wurde jedoch von beiden Seiten auf rund 2,9 Prozent geschätzt.

In den Prognosen wurden unter anderem die am 15. Oktober 2025 durch das Bundeskabinett beschlossenen und im weiteren Verlauf im Rahmen des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) eingebrachten Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der GKV im Jahr 2026 berücksichtigt.

Somit kann der durchschnittliche ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2026 auf dem im Jahr 2025 GKV-durchschnittlich erhobenen Niveau von rund 2,9 Prozent stabilisiert werden.

Fast die Hälfte der Krankenkassen hat ihre Zusatzbeiträge zum Jahreswechsel 2025/2026 angehoben. Dies dient einerseits der Auffüllung ihrer Finanzreserven in Richtung gesetzlicher Mindestreserve, könnte aber zum Teil auch auf Unsicherheiten der Krankenkassen durch die Anrufung des Vermittlungsausschusses zum BeEP-Gesetz zurückgehen.

Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im September 2025 berufene FinanzKommission Gesundheit wird bereits Ende März 2026, und damit wesentlich früher als im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vorgesehen, ihren ersten Bericht mit kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ab dem Jahr 2027 vorlegen. Der erste Bericht wird Ausgangsbasis für gesetzliche Anpassungen sein, die spätestens im Jahr 2027 finanzwirksam werden sollten, um die Beiträge der GKV zu stabilisieren.

Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit die Finanzentwicklung der GKV weiterhin eng begleiten.

4. Wieso beinhaltet der Arbeitsauftrag für den ersten Bericht der Kommission nicht die explizite Analyse der gerechteren Verteilung der Beitragslast, obwohl Maßnahmen in diese Richtung kurzfristig Beitragssätze stabilisieren oder sogar reduzieren können (z. B. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, Einbeziehung weiterer Einkommensarten etc.)?
5. Aus welchem Grund hat die Bundesregierung darauf verzichtet, die Kommission um eine Einschätzung zu bitten, welchen Einfluss die in der ambulanten Versorgung fast komplett privatwirtschaftliche, gewinnorientierte Leistungserbringung auf die von der Bundesregierung mehrfach angesprochenen Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem hat und welche Reformoptionen es hier gibt?
7. Aus welchem Grund hat die Bundesregierung darauf verzichtet, die Kommission explizit um eine Einschätzung zu bitten, welchen Einfluss die kleinteilige ambulante Organisation über Einzelpraxen gegenüber größerer, verstärkt kooperativ arbeitender Versorgungsstrukturen hat und welche Reformoptionen es hier gibt?
8. Aus welchem Grund wurden nicht neben Über- und Fehlversorgungen auch Unterversorgung mit an die Kommission adressiert?

Die Fragen 4, 5, 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Arbeitsauftrag der FinanzKommission Gesundheit legt auch in Anlehnung an den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD thematische Leitfragen und Leitthemen fest, die den Beratungsrahmen strukturieren. Diese sind als Orientierung und Mindestkatalog für die Arbeit der Kommission zu verstehen. Im Rahmen ihres Arbeitsauftrags kann die FinanzKommission Gesundheit weitere Themen, Zusammenhänge und Fragestellungen aufgreifen, soweit dies als sachgerecht erachtet wird.

6. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Unternehmensgewinne, die im Gesundheitssystem erwirtschaftet werden (bitte nach Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie, Krankenhäusern, ambulanten medizinischen Einrichtungen, Therapiepraxen etc. aufschlüsseln)?

Die Bundesregierung führt keine Statistik über Unternehmensgewinne im Gesundheitswesen.

9. Was meint die Bundesregierung, wenn sie die Effizienz und Effektivität bei Versicherten stärken möchte?

Die im Arbeitsauftrag beschriebene Stärkung von Effizienz und Effektivität bei Versicherten bedeutet insbesondere die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Leistungsanspruchnahmen.

10. Welche Rolle spielt die medizinische Versorgung bei der Attraktivität einer Region und der wirtschaftlichen Entwicklungsmöglichkeiten, und inwiefern ist nach Kenntnis der Bundesregierung die fehlende oder verspätete Behandlung einer Erkrankung aufgrund von Unterversorgung letztlich auch ein gesundheitsökonomisches und gesamtwirtschaftliches Risiko (Arbeitsfähigkeit, Fachkräftemangel etc.)?

Eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ist nach Auffassung der Bundesregierung ein zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge und wichtig sowohl für die Stärkung gleichwertiger Lebensverhältnisse als auch als Faktor in der regionalen wirtschaftlichen Entwicklung. Vor diesem Hintergrund ist es ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung, die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

11. Welche Überlegungen existieren innerhalb der Bundesregierung selbst, inwieweit größere ambulante Versorgungsstrukturen qualitativ besser und auch effizienter arbeiten und so zu den selbst genannten Reformzielen der Bundesregierung beitragen können, und welche Berücksichtigung finden diese Überlegungen bei der Ausgestaltung des angekündigten Primärarztsystems?

Die Bundesregierung arbeitet derzeit an der Konzeption des im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarten Primärversorgungssystems. Im Rahmen der Umsetzung eines solchen Systems werden auch effizienzsteigernde und die berufsgruppenübergreifende Kooperation fördernde Versorgungsstrukturen zu diskutieren sein.

12. Inwiefern ist die Bundesregierung der Ansicht, dass der Arbeitsauftrag, Eigenverantwortung zu fördern „auch mit Blick auf Zuzahlungen und Leistungsumfang“, im Widerspruch mit dem Ziel steht, keine pauschalen Leistungskürzungen vorzunehmen?

Die Bundesregierung sieht hierin keinen Widerspruch.

13. Falls durch höhere oder neue Zuzahlungen die Finanzierungslast der Versicherten erhöht werden soll, wird dann auch ein korrespondierender Beitrag zur Stabilisierung der Kassenfinanzen vonseiten der Arbeitgeber erwartet, damit die Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten nicht weiter verschoben wird?
14. Weshalb sieht der Auftrag nicht vor, zur Stabilisierung der Finanzen der Pflege- und Krankenkassen auch einen Beitrag der Arbeitgeber zu untersuchen?

Die Fragen 13 und 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Arbeitsauftrag der FinanzKommission Gesundheit legt thematische Leitfragen und Leithemen fest, die den Beratungsrahmen strukturieren. Diese sind als Orientierung und Mindestkatalog für die Arbeit der Kommission zu verstehen.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 5 verwiesen.

15. Steht die Bundesregierung zur Erreichung versorgungspolitischer oder gesundheitsökonomischer Ziele einer Reduzierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen genauso offen gegenüber wie der im Arbeitsauftrag formulierten „Förderung des Wettbewerbs“?
17. Kann die Bundesregierung nach Jahrzehnten, in denen die Stärkung und nicht die Reduktion des Wettbewerbs stets Ziel in der Gesundheitspolitik war, einen entsprechenden Erfolg messen (bitte belegen)?

Die Fragen 15 und 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen findet auf verschiedenen Ebenen statt. Einerseits besteht Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Freie Krankenkassenwahl und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sind wesentliche Steuerungsinstrumente in der GKV. Der Wettbewerb setzt bei den Krankenkassen die maßgeblichen Anreize, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und Versicherte hierüber an sich zu binden. Dies führte u. a. dazu, dass sich der Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für die Verwaltung von 5,4 Prozent im Jahr 2010 auf 3,9 Prozent im Jahr 2024 reduziert hat.

Ferner zeigt sich dieser Wettbewerb bei der Entwicklung von unterschiedlichen selektivvertraglichen Versorgungskonzepten oder beispielsweise auch den Rabattverträgen im Arzneimittelbereich, die in zahlreichen Fällen zu einer effizienteren, besseren und wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten beitragen können.

Die FinanzKommission Gesundheit hat entsprechend des Arbeitsauftrags unter anderem zu prüfen, ob und in welchem Maße wettbewerbliche Maßnahmen zu einer kostengünstigeren Versorgung beitragen können und welche Auswirkungen dies auf Qualität und Zugang der Versorgung sowie etwaige Belastungs- und Verteilungseffekte haben kann.

16. Auf Grundlage welcher Erkenntnisse geht die Bundesregierung von vornherein davon aus, dass eine Stärkung des Wettbewerbs an der Grenze von gesetzlicher und privater Krankenversicherung positive Effekte hätte, und welche wären das?

Der Systemwettbewerb zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) und seinen Wahlmöglichkeiten hat sich mit Blick auf die Qualität des deutschen Gesundheitswesens grundsätzlich bewährt. Das deutsche Gesundheitssystem hat im internationalen Vergleich eine hohe Versorgungsdichte und ermöglicht allen Patientinnen und allen Patienten einen einfachen Zugang zu medizinischen Leistungen. Die FinanzKommission Gesundheit hat mit Blick auf die Hebung weiterer Effizienzreserven den Auftrag erhalten, sowohl die wettbewerblichen Rahmenbedingungen an der Systemgrenze als auch die Möglichkeiten und rechtlichen Grenzen eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Systemen zu prüfen.

18. Sind stärker wettbewerblich organisierte Gesundheitssysteme nach Kenntnis der Bundesregierung günstiger, effizienter oder gerechter als stärker staatlich regulierte Systeme im internationalen Vergleich (z. B. USA vs. skandinavische Systeme)?

Eine pauschale Aussage zu den unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen kann nicht getroffen werden, da die Unterschiede in der Ausgestaltung des Wettbewerbs und der Art der Regulierung erheblich sind. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 15 verwiesen.

19. Wie sind die im Arbeitsauftrag formulierte „Eigenverantwortung“ und das Solidarprinzip nach Ansicht der Bundesregierung miteinander vereinbar?

Aus Sicht der Bundesregierung stellt die Eigenverantwortung, die im Lichte einer zielgerichteten Inanspruchnahme von Leistungen zu betrachten ist, nicht das Solidarprinzip in Frage.

20. Warum subsummiert die Bundesregierung Zuzahlungen unter dem Stichwort „Eigenverantwortung“, wo es sich fast ausschließlich um ärztlich verordnete Leistungen handelt und die Entscheidung aufseiten der Patientinnen und Patienten im Sinne einer Eigenverantwortung nur im Unterlassen der verordneten Behandlung bestehen kann?

Versicherte der GKV haben Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V zu leisten und müssen sich damit an den Kosten bestimmter Leistungen in gewissem Maße beteiligen. Der Eigenanteil in Form von Zuzahlungen soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen. Die gesetzlichen Zuzahlungen verfolgen also einerseits das Ziel einer Lenkungswirkung im Sinne einer bewussten und nicht unnötigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Andererseits wird durch die Kostenbeteiligung auch die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt, indem auch bei geltendem Sachleistungsprinzip das Bewusstsein dafür geschärft wird, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Kosten verursacht und medizinischen Leistungen nicht „umsonst“ sind. Um einer finanziellen Überforderung vorzubeugen und Versicherte nicht unzumutbar zu belasten, gibt es die sogenannte Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V. Sie beträgt zwei Prozent und für Chroniker ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Erreichen Ver-

sicherte die Belastungsgrenze, können sie sich von der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Wer mehr bezahlt hat, kann eine Rückzahlung beantragen.

21. Warum subsummiert die Bundesregierung Leistungskürzungen unter dem Stichwort „Eigenverantwortung“, wo die Entscheidung aufseiten der Patientinnen und Patienten im Sinne einer Eigenverantwortung nur im Unterlassen oder Eigenfinanzierung einer bislang als medizinisch notwendig erachteten Behandlung liegen kann?

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD formuliert das Ziel, die Beitragssätze zu stabilisieren und ein hohes Leistungsniveau zu sichern. Der Arbeitsauftrag knüpft hieran an und sieht vor, dass bei der Erarbeitung von Reformvorschlägen für beide Berichte ein hohes Niveau an Leistungen gesichert werden soll.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 12 verwiesen.

22. Wieso wartet die Bundesregierung auf den zweiten Bericht der Kommission Ende 2026, um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch eine strengere Regulierung von Alkohol, Tabak und Zucker von den hohen Krankheitsfolgekosten durch den Konsum zu entlasten, obwohl der wirtschaftliche Schaden wie auch die Wirksamkeit von Regulation bereits seit Jahren wissenschaftlich belegt ist?

Sowohl die Verringerung des Tabakkonsums und ein möglichst umfassender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens als auch die Verringerung des risikanten Alkoholkonsums sind gesundheitspolitische Ziele, die von der Bundesregierung mit aufeinander abgestimmten präventiven, gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen verfolgt werden. Besondere Bedeutung kommt dabei den etablierten und zielgruppenspezifischen Präventionskampagnen des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (www.kenn-dein-limit.de und www.rauchfrei-info.de) zu.

Mit der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten (NRI) führt die Bundesregierung seit Jahren eine verhältnispräventive Maßnahme durch, um Verbraucherinnen und Verbraucher dabei zu unterstützen, sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Die bisher erzielten Ergebnisse belegen unter anderem, dass die von der Wirtschaft selbst gesteckten Ziele zur Zuckerreduktion in gesüßten Milchprodukten für Kinder, Frühstückscerealien für Kinder und Erfrischungsgetränken erreicht wurden. Ende des Jahres 2026 wird die Bundesregierung einen Abschlussbericht zur NRI veröffentlichen, der eine Gesamtbewertung der Strategie enthält und die nächsten Schritte darlegt.

23. Wieso soll nach Kenntnis der Bundesregierung eine gerechtere Verteilung der Beitragslast auf unterschiedliche Einkommen bezüglich der Reformvorschläge auf der Einnahmeseite nicht analysiert werden, und wenn doch, warum wird es nicht explizit erwähnt?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 5 verwiesen.

24. Was meint die Bundesregierung im Arbeitsauftrag mit den Worten „Steigerung der Beitragseffizienz“?

Die im Arbeitsauftrag beschriebene Steigerung der Einnahmeneffizienz bezieht sich auf Maßnahmen zur Optimierung der Erhebung von Beitragseinnahmen.

25. Inwiefern ist die Bundesregierung der Ansicht, dass ein Widerspruch zwischen dem Arbeitsauftrag, die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen zu prüfen, und dem Arbeitsauftrag, „Anreize der Krankenkassen für eine stärkere Förderung der Gesundheitsprävention“ zu verbessern, besteht?

Die Bundesregierung sieht zwischen den Arbeitsaufträgen betreffend die Prüfung der Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und der Prüfung von Anreizen der Krankenkassen für eine stärkere Förderung der gesundheitsbezogenen Prävention keinen Widerspruch.

26. Wie rechtfertigt die Bundesregierung den Arbeitsauftrag, „die Dualität des bestehenden Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Grundsatz“ zu respektieren, bei gleichzeitigem Anspruch der Kommission, „keine Denkverbote“ zu erteilen?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 1 verwiesen.

27. Schließt die Bundesregierung eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) über die übliche jährliche Anpassung hinaus von vornherein aus, oder warum wird im Arbeitsauftrag für die Kommission nicht die konkrete Prüfung der Folgen einer Anhebung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze aufgetragen, ist die Prüfung höherer Beitragsbemessungsgrenzen, die Verbeitragung von Kapitaleinkommen oder die Ausweitung des Versichertenkreises Teil des Auftrags, z. B. der Formulierung „die Beitragsbasis stärken“ (S. 4)?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 5 verwiesen.

28. Wie definiert die Bundesregierung im Kontext der angestrebten Reform der Pflegeversicherung die Ziele der Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit?

Zur Beantwortung wird auf die Ausführungen im Kapitel 3.2.5 und im Kapitel 3.2.6 im „Bericht der Bundesregierung Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ (vgl. Drucksache 20/12600, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/126/2012600.pdf>) verwiesen, der auch eine der Grundlagen der Arbeiten der AG Finanzierung des Zukunftspaktes Pflege war (vgl. hierzu den Beschluss „Zukunftspakt Pflege“ sowie die Arbeitsaufträge vom 7. Juli 2025; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bund-laender-ag-zur-pflegereform-gestartet-pm-07-07-25.html>).

29. Wie bewertet die Bundesregierung vor dem Hintergrund des Ziels der Generationengerechtigkeit die Gefahr einer doppelten Belastung der jüngeren Generation, die zugleich den Aufbau eines laut Arbeitsauftrag zu prüfenden kapitalgedeckten Pflegefonds und die Finanzierung des bestehenden Umlagesystems tragen müsste?

In einer alternden Gesellschaft ist ein intergenerativer Lastenausgleich wichtig, um das Verhältnis der Lasten von Älteren und Jüngeren in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) langfristig in Balance zu halten. Die Bundesregierung prüft deshalb Reformoptionen, die die inter- und intragenerative Gerechtigkeit stärken und damit die Akzeptanz und Tragfähigkeit der Pflegeversicherung sichern könnten. Der bestehende Pflegevorsorgefonds stellt bereits heute eine Maßnahme innerhalb der SPV dar, um diesem Ziel Rechnung zu tragen; seine Weiterentwicklung wurde im Rahmen des Zukunftspakts Pflege als eine mögliche Option zur weiteren Stärkung der genannten Prinzipien erörtert.

30. Auf welche Ziele bezieht sich die Bundesregierung im Arbeitsauftrag an die Bund-Länder-Runde, „die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 einhergingen“ (S. 2)?

Es wird auf die Ausführungen im Bericht der Bundesregierung „Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ aus dem Jahr 2024 insbesondere im Kapitel 3.1 verwiesen (vgl. Drucksache 20/12600, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/126/2012600.pdf>).

31. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der pflegebedingten Kosten, die in der ambulanten und der stationären Pflege bei Einführung der Pflegeversicherung von den Menschen mit Pflegebedarf selbst zu tragen war, gegenüber dem Anteil, den die Pflegeversicherung abdeckte, und wie ist das Verhältnis heute (falls nicht bekannt, wären auch Beispielrechnungen etwa mit damaligen Heimpreisen und Leistungshöhen hilfreich)?

Die SPV ist als Teilleistungssystem konstruiert und als solches im Jahr 1995 eingeführt worden. In diesem Teilleistungssystem müssen pflegebedürftige Menschen gegebenenfalls aus ihren privaten finanziellen Mitteln Eigenanteile zahlen, welche sie je nach gewählter Leistungsart und Versorgungsform finanziell unterschiedlich stark betreffen können.

Die Leistungen der Pflegeversicherung deckten im Jahr 1996, als stationäre Leistungen ab der Jahresmitte erstmals gezahlt wurden, vielfach die pflegebedingten Kosten der Pflegestufen I und II ab. Bei höherem Pflegebedarf (in der Pflegestufe III) konnten geringfügige Eigenanteile entstehen.

Unter Berücksichtigung der aktuellsten Zahlen des Verbands der Ersatzkrankenkassen e.V. – zum Stichtag 1. Juli 2025 – entfallen in der vollstationären Pflege im Bundesdurchschnitt rechnerisch 70 Prozent der pflegebedingten Eigenanteile auf die soziale Pflegeversicherung und 30 Prozent auf die Pflegebedürftigen. Seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgten mehrfach Leistungsverbesserungen; so konnte unter anderem auch die personelle Ausstattung der Einrichtungen verbessert werden. Zudem wurde mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erweitert. Schon deshalb kann das aktuelle Leistungsspektrum nicht mit dem des Jahres 1996 verglichen werden.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass zum Jahresende 1998 – bei rund 490.000 Empfängern stationärer Leistungen der Pflegeversicherung – rund

160.000 Personen auf Hilfe zur Pflege angewiesen waren (Zweiter Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung, Drucksache 14/5590, Seite 44). Im Jahr 2024 traf dies – bei rund 772.000 Empfängern stationärer Leistungen der Pflegeversicherung – auf rund 271.000 Personen zu. Der Anteil der stationär Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen waren, belief sich damit zu beiden Zeitpunkten auf rund ein Drittel.

Für den ambulanten Bereich liegen auf Basis amtlicher Statistiken keine Erkenntnisse zu pflegebedingten Kosten der Pflegebedürftigen vor.

32. Warum werden im Arbeitsauftrag zum „Zukunftspakt Pflege“ der Bundesregierung Vorschläge, die zu Mehrausgaben führen könnten, von vornherein und ohne Prüfung möglicher positiver Effekte ausgeschlossen?
33. Wie bewertet die Bundesregierung die Schwerpunktsetzung der Fach-AG Finanzierung im Rahmen des Zukunftspakts Pflege, wenn fünf von sechs der zu diskutierenden Fragestellungen die Ausgabenseite und lediglich eine die Einnahmeseite betreffen, und sieht sie hierin eine ausgewogene Betrachtung der Finanzierungsfragen?
34. Inwiefern ist die Bundesregierung der Ansicht, dass ein Widerspruch zwischen dem Ausschluss von Mehrausgaben im Arbeitsauftrag und den Aussagen von Bundesministerin Nina Warken, dass es „keine Denkverbote“ geben wird, besteht?
35. Sieht die Bundesregierung einen Widerspruch zwischen dem im Beschluss zum „Zukunftspakt Pflege“ formulierten Ziel, pflegende Angehörige besser zu unterstützen, und dem im Arbeitsauftrag an die Bundesländer-Runde vorgesehenem Verzicht auf Vorschläge, die mit Mehrausgaben verbunden wären?

Die Fragen 32 bis 35 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Arbeitsauftrag für den „Zukunftspakt Pflege“ richtet sich am Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode aus. In diesem ist vorgesehen, die strukturellen, langfristigen Herausforderungen in der Pflege und für die Pflegeversicherung mit einer großen Pflegereform anzugehen (Zeilen 3464-3487). Es wird bezüglich der vereinbarten Beitragssatzstabilisierung in GKV und SPV darauf hingewiesen, die Finanzsituation zu stabilisieren, eine weitere Belastung für die Beitragssatzzahlenden zu vermeiden, die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen (Zeilen 3347 ff.). Hierfür sind tiefgreifende, strukturelle Reformen notwendig. Bereits bei einem stabil gehaltenen Beitragssatz und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wäre künftig von einem jährlich steigenden Finanzierungsdefizit auszugehen. Aus diesem Grund ist das vorrangige Ziel, die SPV strukturell so aufzustellen, dass sie nicht nur den aktuellen Bedarfen gerecht wird, sondern auch zukünftige Herausforderungen erfolgreich bewältigt. Dem trägt die Vorgabe im Arbeitsauftrag für den „Zukunftspakt Pflege“, wonach die Facharbeitsgruppen keine Vorschläge zu nicht demografiebedingten Mehrausgaben in der SPV unterbreiten sollen, Rechnung. Eine verlässliche Finanzierung ist unerlässlich, damit die SPV auch in den kommenden Jahrzehnten eine tragfähige Absicherung bieten kann.

Die Möglichkeit, bestehende Leistungsvolumen umzusteuern, so insbesondere zur Förderung von Prävention und Rehabilitation und zur Stärkung der häuslichen Pflege bzw. zur Begrenzung der Eigenanteile, sowie die Einnahmesituati-

on zu verbessern, bleibt von dem o. g. Arbeitsauftrag unberührt. Die Aussage von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, es gebe „keine Denkverbote“, bezieht sich auf die Offenheit der Diskussion über Instrumente und Reformpfade. Der Arbeitsauftrag setzt demgegenüber einen finanziellen Rahmen für die fachliche Zuarbeit, um Vorschläge unter dem Gesichtspunkt der Tragfähigkeit und Finanzierbarkeit zu erarbeiten. Die Bundesregierung erkennt insoweit keine Widersprüche.

36. Warum ist nach Ansicht der Bundesregierung die im Arbeitsauftrag angelegte Dynamisierung, „zunächst über die Frage einer Festlegung auf und die etwaige Höhe der Dynamisierung und deren Finanzwirkung zu entscheiden“, wie bewertet die Bundesregierung diesen Vorrang der Finanzierbarkeit gegenüber den Zielen einer bedarfsgerechten, würdevollen Pflege nach § 2 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), und steht dieser Arbeitsauftrag im Widerspruch zu dem in der vergangenen Wahlperiode in § 30 SGB XI gegebenen Versprechen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung „zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren“ steigen sollen, fühlt sich die Bundesregierung an diese Regelung noch gebunden?

In § 30 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2028 vorgesehen. Eine weitere Dynamisierung in den Folgejahren ist gesetzlich nicht geregelt. Daher lautete der Arbeitsauftrag an den „Zukunftspakt Pflege“ – vor dem Hintergrund der entsprechenden Finanzwirkungen – zunächst über das Ob einer weiteren Dynamisierung zu entscheiden und in einem zweiten Schritt über deren Höhe – wobei hier unter anderem auch § 2 Absatz 1 SGB XI leitend ist. Finanzierbarkeit ist dabei nicht als Gegensatz zu den Zielen einer bedarfsgerechten und würdevollen Pflege zu verstehen, sondern als Voraussetzung für die dauerhafte Einlösbarkeit von Leistungszusagen.

37. Hat die Bundesregierung im Rahmen der Erstellung des Arbeitsauftrags erwogen, die Finanzabflüsse von Beitragsgeldern an renditeorientierte Investorinnen und Investoren im Pflegebereich zu analysieren, um mögliche Einsparpotenziale durch eine Begrenzung solcher Kapitalerträge bzw. die Wirtschaftlichkeit einer verstärkten Schaffung von Pflegeeinrichtungen in staatlicher oder kommunaler Verantwortung zu prüfen, und wenn nein, aus welchen Gründen nicht?

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise auf in der Frage unterstellte „Finanzabflüsse von Beitragsgeldern“ vor; vielmehr unterliegen alle Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft den gleichen gesetzlichen Voraussetzungen mit Blick zum Beispiel auf Personalausstattung und pflegerische Qualität. Auch liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass Pflegeeinrichtungen in kommunaler Trägerschaft wirtschaftlicher arbeiten als Einrichtungen in freigemeinnütziger oder privatgewerblicher Trägerschaft. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ (BLAG) hat im Dezember 2025 auf fachlicher Ebene vorgeschlagen, die Investitionskosten im stationären Bereich auf Bürokratie- und Kostenvermeidungspotenzial zu überprüfen und Reformvorschläge zu erarbeiten, die Pflegebedürftige entlasten, ohne Investitionen zu hemmen. Über diese und weitere Vorschläge der BLAG wird nun auf politischer Ebene entschieden.

38. Welche Bedingungen stellt die Bundesregierung an die Rückzahlung des 1,7-Milliarden-Euro-Darlehens an die Pflegeversicherung aus dem Ergänzungshaushalt 2026?

Der Haushaltsgesetzgeber hat in § 13 Absatz 7 Satz 2 Haushaltsgesetz 2026 die Rückzahlung des zinslosen Darlehens geregelt. Der in Höhe von 3,2 Milliarden Euro gewährte Darlehensbetrag ist in den Jahren 2029 bis 2033 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen.

39. Welche langfristigen Folgen erwartet sich die Bundesregierung für die Beitragssatzentwicklung der Pflegeversicherung durch die Aufnahme des Darlehens aus dem Ergänzungshaushalt 2026?

Das in § 13 Absatz 7 Haushaltsgesetz 2026 geregelte zinslose Darlehen in Höhe von 3,2 Milliarden Euro ermöglicht auch im Jahr 2026 einen weiterhin konstanten Beitragssatz zur SPV. Der in § 13 Absatz 7 Satz 2 Haushaltsgesetz 2026 vorgesehene Rückzahlungsmechanismus sorgt in den Jahren 2029 bis 2033 für Mehrausgaben der SPV. Ziel der anstehenden Reformmaßnahmen in der Pflege ist es, einen weiteren Anstieg des Beitragssatzes möglichst zu verhindern.

40. Gab es vonseiten der Bundesregierung alternative Überlegungen zur Beitragssatzstabilisierung anstelle des Darlehens (z. B. steuerfinanzierte Zu- schüsse oder Reformen der Beitragsbemessung), wenn ja, warum wurden diese nicht umgesetzt, und wenn nein, warum nicht?

CDU, CSU und SPD haben sich in ihrem Koalitionsvertrag auf die Einberufung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Eckpunkten - noch im Jahr 2025 - für eine künftige Pflegereform geeinigt. Um den Beitragssatz der SPV auch in der Zwischenzeit stabil halten zu können, hat sich der Haushaltsgesetzgeber für die Vergabe des o. g. zinslosen Darlehens entschieden. Darauf wurde den im Dezember 2025 vorgelegten Ergebnissen des eingesetzten „Zukunftspakts Pflege“ nicht vorgegriffen.