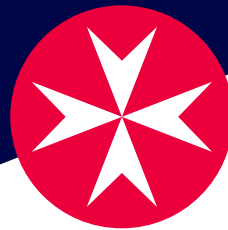




JOHANNITER



Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Stellungnahme der Johanniter-Unfall-Hilfe

Berlin, 20. April 2026

Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist seit mehr als 70 Jahren in den unterschiedlichsten sozialen und karitativen Bereichen aktiv. Mit knapp 44.000 ehrenamtlich Aktiven, 33.500 hauptamtlich Mitarbeitenden und fast 1,2 Millionen Fördermitgliedern zählt sie zu den großen Hilfsorganisationen in Deutschland und ist zugleich ein großes Unternehmen der Sozialwirtschaft.

Im Lobbyregister des Bundes ist die Johanniter-Unfall-Hilfe unter der Registernummer R002223 zu finden.

Aus Liebe zum Leben

Entwurf eines Gesetzes Stabilisierung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Zu dem vorliegenden Entwurf:

Allgemein

Der Rettungsdienst stellt aktuell das Rückgrat der medizinischen Versorgung dar. Während die Quantität der Versorgungsmöglichkeiten ambulanter und stationärer Versorgung kontinuierlich abnimmt, federt der Rettungsdienst als jederzeit erreichbarer Akteur der präklinischen Notfallversorgung eine Vielzahl der Behandlungsbedarfe ab.

Dazu kommt, dass die Menschen im Gesundheitssystem – nicht nur im Rettungsdienst, sondern auch in der Pflege – seit Jahren überdurchschnittliches leisten.

Der vorliegende Gesetzesentwurf wird beidem nicht gerecht und bildet hierzu eine diametrale Entwicklung: Personen und Strukturen, die seit Jahren die Probleme im Gesundheitssystem auffangen, werden in den finanziellen Würgegriff genommen.

Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen gelingt nur, wenn Effizienzreserven gehoben werden, ohne die operative Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes, des Krankenfahrdienstes und der pflegerischen Dienste zu destabilisieren. Die im Entwurf vorgesehene Mechanik setzt derzeit zu stark auf Vergütungsbegrenzung und berücksichtigt die realen Kosten- und Sicherstellungsstrukturen dieser Versorgungsbereiche nicht ausreichend.

Ohne belastbare Refinanzierung personal- und sachkostenintensiver Leistungen steigt das Risiko von Angebotsverknappung, Qualitätsverlusten, regionalen Versorgungslücken und einer schleichenden Verlagerung wirtschaftlicher Risiken auf die Leistungserbringer.

Dazu im Einzelnen:

Einzelregelungen

§ 71 Abs. 2 SGB V

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist eine Maxime, um die Ausgabenbelastung der in die gesetzliche Krankenversicherung Einzahlenden stabil zu halten. Dieser Grundsatz ist berechtigt und begründet. Gleichzeitig bedarf es einer detaillierten Betrachtung, um die Ausgaben effektiv einzusetzen. Eine dogmatische Begrenzung unter Streichung des § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist ebenso ineffektiv wie eine gießkannenartige Verteilung der Mittel.

Insbesondere der Rettungsdienst – boden- als auch luftgebunden – verzeichnet in den vergangenen Jahren einen steten Leistungszuwachs. Während die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Zahl der Plankrankenhäuser in den vergangenen Jahren stetig abnahm, füllte der Rettungsdienst mit einer steigenden Anzahl an Rettungswachen, Rettungsmitteln und Mitarbeitenden im Rettungsdienst. Gleichzeitig stiegen Einsatzzahlen und die Dauer der Einsätze.

Eine Streichung des § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V mit der Gestattung von Mehrausgaben bei gleichzeitiger Kompensation durch Einsparung in anderen Versorgungsbereichen wäre fatal.

Veränderungsvorschlag:

Beibehalt des § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V

§ 71 Abs. 3 SGB V

Die geplante Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt für die Jahre 2027, 2028 und 2029 verschärft die ohnehin angespannte Refinanzierungssituation des Rettungsdienstes.

Veränderungsvorschlag:

Streichung des vorgeschlagenen § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB V

§ 87 Abs. 2b SGB V

Die Johanniter-Unfall-Hilfe spricht sich gegen die geplante Streichung der Beratungsrelevanz der Organspende für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V aus. Die Begründung des Bundesgesundheitsministeriums, dass die Beratungen die Anzahl der durchgeführten Organtransplantationen nicht relevant erhöht hätten, unterliegt dem Trugschluss, dass nicht auf jede durchgeführte Beratung auch unmittelbar eine Spende folgt. Vielmehr werden sich erst in den Folgejahren die positiven Effekte einer gesteigerten Transplantationsbereitschaft zeigen.

§ 132 Abs. 1 SGB V

Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt, § 132 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V

Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 2 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.

durch folgende Formulierung

Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.

zu ersetzen.

Damit konterkariert es nicht nur die Vertragsautonomie aller an der Leistungserbringung beteiligten, sondern verhindert aktiv – nämlich durch perspektivische Schlechterstellung der Pflegenden und Helfenden – die Versorgung der unterstützungsbedürftigen Personen. Die Pflege, wie auch andere Gesundheitsfachberufe, ist von einem seit Jahren andauernden Fach- und Hilfskräftemangel geprägt. Diesem begegnen die Leistungserbringer mit einer möglichst attraktiven Arbeitsumgebung, mit Fokussierung auf die Führung der Mitarbeitenden sowie mit einer leistungsgerechten Vergütung.

Der Pflege und Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit wird in der stetig alternden Gesellschaft eine besondere Bedeutung zuwachsen. Mit der Förderung und Sicherstellung dieser würde der Gesetzgeber die Gesamtkosten dahingehend entlasten, dass weniger stationäre Pflege in Anspruch genommen werden würde. Daher sollte der Fokus vielmehr auf der

Sicherstellung der ambulanten Versorgung anstelle der Unterbindung der Leistungsgerechtigkeit liegen.

Anders als vom Bundesgesundheitsministerium im vorliegenden Referentenentwurf gefordert, bedarf es zur Sicherstellung mit Unterstützungsleistungen nicht der fixierten Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Vielmehr sollte die aktuelle Regelung beibehalten werden, um tarifgebundene oder tariforientierte Vergütungen sowie der Fachkräftemangel als gesetzlich normierte Ausnahmetatbestände berücksichtigen zu können.

§ 133 Abs. 1 SGB V

Das Bundesgesundheitsministerium verschärft mit den gewählten Formulierungen die Bindung der Kostenentwicklung im Rettungsdienst sowie im Krankenfahrdienst an die Grundlohnrate. Dies ist aus mehreren Gründen problematisch und realitätsfern.

Bedarfsentwicklung im Rettungsdienst

Der Rettungsdienst, also die Notfallrettung und der qualifizierte Krankentransport, kompensieren seit Jahren die defizitäre Leistungserbringung anderer Versorgungsformen. Die nominelle Anzahl sowie die tatsächliche Erreichbarkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nimmt stetig ab. Gleichzeitig wird aufgrund verschiedener Veränderungen der aufsuchende kassenärztliche Bereitschaftsdienst als immer schlechter verfügbar beschrieben. Hinzu kommt, dass die Anzahl an Plankrankenhäusern abnimmt. Dies geht einerseits mit verlängerten Fahrt- und Einsatzzeiten sowie andererseits mit einem gestiegenen Intensivtransport- und Verlegungsbedarf einher.

Die Einsatzzahlen im Rettungsdienst sind in den vergangenen Jahren permanent gestiegen. Anders als z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kann der Rettungsdienst jedoch die Möglichkeit der Inanspruchnahme nicht durch langfristige Terminvergabe oder verminderte Öffnungszeiten limitieren. Der Rettungsdienst ist 24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr – oder wie es in dem aktuellen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung an verschiedenen Stellen heißt: „jederzeit“ – verfügbar.

Personalentwicklung

Der Rettungsdienst ist – wie auch die Pflege – von Fach- und Hilfskräftemangel geprägt. Die Tätigkeit ist zeitlich, familiär und inhaltlich herausfordernd, bringt die Mitarbeitenden in menschliche Extremsituationen und verlangt ihnen viel ab. Umso wichtiger ist es, eine ansprechende Arbeitsumgebung sowie eine leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Die im Referentenentwurf verwendete Formulierung

Eine unverändert geltende vollständige Tariffinanzierung würde das Prinzip der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungsanstiege aushebeln und weiterhin zu hohen und überproportionalen Ausgabenanstiegen in diesen Bereichen führen, die deutlich oberhalb der Einnahmewachse der GKV liegen. Es werden zudem die Anreize gestärkt, Tarifabschlüsse zu vereinbaren, die sich an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung – widerspiegeln in der Grundlohnrate nach § 71 SGB V – orientieren.

widerspricht der Arbeitsmarktrealität und wird die personellen Herausforderungen im Rettungsdienst zementieren.

Reformbemühung

Aktuell wird parallel die Reform der Notfallversorgung diskutiert. Auch mit der Reform der Notfallversorgung sollen systematische Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen realisiert werden.

Dabei geht es um die ausdrückliche Ausweitung des Versorgungsauftrages auf die Behandlung vor Ort sowie die Überlegungen zu einer notwendigen spezialisierten ambulanten Notfallversorgung. Damit sollen Versorgungsdefizite minimiert und gleichzeitig die bestehenden Strukturen entlastet werden. Eine dogmatische Finanzierungsbegrenzung auf die Grundlohnrate würde dem entgegenstehen.

Bedeutung des Krankenfahrdienstes

Der Krankenfahrdienst ist eine der wesentlichen Säulen der Mobilität für mobilitätseingeschränkte, aber gleichzeitig behandlungsbedürftige Personen und gleichzeitig eine Entlastungsmöglichkeiten des Rettungsdienstes. Mit einem funktionierenden Krankenfahrdienst könnten Fahrten im Rettungsdienst vermieden werden.

Anders als vom Bundesgesundheitsministerium im vorliegenden Referentenentwurf gefordert, bedarf es zur Sicherstellung mit Rettungs- und Krankenfahrdienstleistungen nicht der fixierten Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V, sondern der Formulierung der Beitragssatzstabilität als Regelwert mit einer Öffnungsklausel bei nachgewiesenen Personal- (also insbesondere Tarif-), Energie- und Sachkostensteigerungen.

Kostenentwicklung im Krankenfahrdienst

Der Krankenfahrdienst ist ein Leistungsangebot im SGB V, welches aufgrund der aktuellen Finanzierungslage ohnehin schon schwerlich auskömmlich anbietbar ist. Die Kosten im Krankenfahrdienst setzen sich im Wesentlichen aus Personal- und aus Fahrzeugkosten nebst der dazugehörigen Verbrauchsmittel zusammen.

Das Personal im Krankenfahrdienst wird oftmals mit Mindestlohn oder knapp darüberliegenden Gehältern vergütet. Der Mindestlohn ist in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches der Grundlohnrate gestiegen. Die Kostenentwicklung im Krankenfahrdienst sodann an die Grundlohnrate zu koppeln und gleichzeitig die Gewährung des Mindestlohnes gesetzlich zu fordern, widerspricht einander.

Gleichzeitig sind Kraftfahrzeuge aufgrund gestiegener Anforderungen an Sicherheit im Straßenverkehr, aber auch an gestiegene Anforderungen an die Beförderungen selbst, die mit Kosten für Ausbauten einhergehen, stetig teurer geworden. Vorgaben, wie z.B. das Saubere-Fahrzeuge-Beschaffungs-Gesetz, aufgrund derer öffentliche Auftraggeber vermehrt emissionsarme Fahrzeuge fordern, gehen mit weiteren Ausgabensteigerungen einher. Auch wenn das Saubere-Fahrzeuge-Beschaffungs-Gesetz zwar nicht primär für den Krankenfahrdienst im Rahmen des SGB V erlassen worden ist, zeigt sich doch in der Praxis, dass die Fahrzeuge vielerorts sowohl für Linien- als auch in der Linienverkehrsfreien Zeit für den Individualverkehr genutzt werden.

§ 133 Abs. 2 SGB V

Die Neuformulierung des § 133 Abs. 2 SGB V birgt verschiedene praktische Risiken.

Die Beschränkung auf Festbeträge bei landes- oder kommunalrechtlich festgesetzten Entgelten sollte nur in eng begrenzten Ausnahmefällen greifen und nicht dazu führen, dass öffentlich verantwortete Sicherstellungsstrukturen finanziell ausgehöhlt werden.

Insbesondere die Vorgabe der „vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation“ öffne die einseitige Festbetragsfestsetzungsmöglichkeit, da schon allein die Behauptung der Unvollständigkeit die Möglichkeit eröffne.

Hinzu kommt, dass auch die überbordende Bedeutung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V die Möglichkeit der Festsetzung von Festbeträgen eröffnet.

Beide Formulierungen sollten gestrichen werden.

Redaktionell

§ 87d Abs. 1 Satz 1 SGB V: Streichung „Die“



JOHANNITER

**Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle**

Lützowstraße 94
10785 Berlin

Telefon 030 26997-0
Telefax 030 26997-444
info@johanniter.de
www.johanniter.de

Bundesvorstand (§ 26 BGB):

Thomas Mähner
Oliver Meermann

Ansprechpartner:

Kevin Grigorian, LL.M., MBA
Leiter des Stabes der Bundesgeschäftsstelle
Beauftragter Nationale Hilfsgemeinschaft
rettungsdienst@johanniter.de

Stabsstelle Politik:

politik@johanniter.de