

18.06.2026

Stellungnahme

zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag bedanken sich für die Einladung zur Anhörung am 22. Juni 2026 und für die Gelegenheit, zum vorgelegten Entwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) Stellung zu nehmen.

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag kritisieren

- Die Zielsetzung der Verbesserung der Finanzlage der Krankenkassen ist nachvollziehbar. Unklar bleibt jedoch, warum der Bund seine Verantwortung für die Finanzierung der Gesundheitskosten von SGB-II-Berechtigten nicht ausreichend wahrnimmt. Ein Einsparpotenzial von bis zu 12 Mrd. Euro bleibt ungenutzt.
- Die geplanten Maßnahmen schränken die Vergütung im Krankenhausbereich deutlich ein. Angesichts der angespannten Lage vieler Kliniken besteht die Gefahr, Ziele der Krankenhausreform zu konterkarieren und die Versorgungssicherheit zu gefährden.
- Kommunen dürfen nicht länger als Ausfallbürgen für eine unzureichende Betriebskostenfinanzierung des Bundes herangezogen werden.
- Ansätze zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung mit kostendämpfender Wirkung fehlen weitgehend.
- Bislang ist es nicht einmal im Ansatz gelungen, Bürokratie spürbar abzubauen und bestehende Überregulierung zu reduzieren. Gerade hierin läge ein erhebliches Entlastungspotenzial für Krankenhäuser und ihr Personal, das weiterhin ungenutzt bleibt.
- Prävention ist ein zentraler Hebel zur nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems. Einschnitte im Rahmen des GKV-Sparpakets sind daher kontraproduktiv und abzulehnen; vielmehr muss Prävention deutlich stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik rücken.

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag fordern

- Keine Streichung der Tarifraten für kommunal und tarifgebunden tätige Krankenhäuser.
- Beibehaltung des Selbstkostendeckungsprinzips im Pflegebudget oder verbindliche flankierende Maßnahmen, die sicherstellen, dass PpUG-Anforderungen und Leistungsgruppenqualitätskriterien weiterhin erfüllbar bleiben.
- Aussetzung weiterer Sparmaßnahmen im stationären Bereich, bis die Zuweisung der Leistungsgruppen in den Ländern abgeschlossen ist und die Auswirkungen der Vorhaltevergütung für die jeweiligen Krankenhäuser verlässlich feststehen.
- Als ultima ratio erneute Bereitstellung eines befristeten Rechnungszuschlags aus Mitteln des Krankenhaus-Transformationsfonds als Überbrückungsleistung, um Krankenhäuser während der Transformationsphase finanziell zu stabilisieren. Obwohl die Mittel grundsätzlich für die Umsetzung der Strukturreformen vorgesehen sind, werden zahlreiche Krankenhäuser ohne kurzfristige Unterstützung die wirtschaftlich kritische Übergangsphase nicht überstehen und die angestrebten Reformen nicht mehr erreichen können.
- Keine isolierten Sparmaßnahmen im Rettungsdienst ohne Berücksichtigung der parallelaufenden Notfallreform und der besonderen Strukturen des Rettungswesens. Erforderlich sind substanzielle Nachbesserungen, um die Versorgungsqualität, die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten und negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu verhindern.

Allgemeine Einschätzung:

Das Ziel, die Sozialbeiträge und Lohnnebenkosten mindestens stabil zu halten, unterstützen wir ausdrücklich. Angesichts der angespannten gesamtwirtschaftlichen Lage ist dies nachvollziehbar. Die vorliegenden Vorschläge im Krankenhausbereich und im Rettungswesen gehen aber über den im Grundsatz nachvollziehbaren Ansatz einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik hinaus. Sie werden zu realen Kürzungen führen. Dabei waren gerade die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren nicht die wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen und wurden bereits erheblich belastet. Auch das grundlegende Ziel der Krankenhausreform, Bedingungen für einen nachhaltigen wirtschaftlichen Betrieb zu erreichen, wurde nicht erreicht.

Durch die im GKV-BStabG vorgesehenen Maßnahmen droht nun eine einseitige Verlagerung der finanziellen Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Krankenhäuser und Rettungsdienste sowie deren kommunale Träger. Die Summe der im Gesetzentwurf enthaltenen, die Städte und Landkreise betreffenden Maßnahmen überfordert die Kommunen dabei bei weitem. Bereits heute gleichen sie erhebliche Finanzierungslücken aus, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Obwohl die Krankenhäuser fast flächendeckend Rekorddefizite einfahren und allein die Landkreise in den vergangenen Jahren bereits mindestens 25 Mrd. Euro für ihre eigenen Krankenhäuser bereitstellen mussten, sollen die Krankenhäuser nun weitere 5 Mrd. Euro einsparen, allein im kommenden Jahr – was abermals gerade auch kommunale Kliniken treffen wird. Das ist nicht leistbar und treibt einerseits den kalten, ungesteuerten Strukturwandel im Krankenhausbereich voran. Andererseits steigen zugleich die Deckungsbeiträge aus den kommunalen Haushalten, da die Kommunen aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags ihre Krankenhäuser auch bei dauerhaften Verlusten weiter betreiben müssen. Sie laufen zudem Gefahr, Häuser anderer Träger übernehmen zu müssen, wenn diese den Betrieb einstellen und das Krankenhaus für die Versorgung notwendig ist.

Die dem Gesetzentwurf offenbar zu Grunde liegende Annahme, die Kommunen könnten die durch die vorgeschlagenen Maßnahmen entstehenden, noch höheren Defizite ausgleichen und die Versorgung so sicherstellen, ist falsch. Bei einem Gesamt-Jahresdefizit im Jahr 2025 von ca. 30 Mrd. Euro und einem für das Jahr 2026 zu erwartendes Defizit in der gleichen Größenordnung sind die Kommunen hierzu nicht mehr in der Lage. Wir lehnen daher eine Entlastung der GKV auf Kosten der kommunalen Haushalte, wie im Gesetz faktisch vorgesehen, nachdrücklich ab. Kommunen können nicht dauerhaft Ausfallbürgen für strukturelle Defizite im Gesundheitswesen sein.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist bereits heute äußerst angespannt. Die jüngsten Anpassungen der Krankenhausreform lösen die bestehenden Finanzierungsprobleme nicht. Zusätzliche Belastungen gefährden daher unmittelbar die stationäre Versorgung. Die vorgesehene Begrenzung der Erlösentwicklung auf die Grundlohnrate bildet die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser nicht ab und verschärft die bestehende Unterfinanzierung. Zusammen mit weiteren Sparmaßnahmen drohen zusätzliche Standortschließungen, längere Versorgungswege und eine Schwächung der Notfallversorgung.

Bereits das Sparpaket des vergangenen Jahres belastet die Krankenhäuser mit rund 1,8 Milliarden Euro zusätzlich. Ab dem 1. November 2026 droht durch den Wegfall des befristeten Rechnungszuschlags für nachgewiesenermaßen nicht ausgeglichene dauerhafte Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 eine weitere Belastung von rund 4 Milliarden Euro. Weitere Kürzungen sind daher nicht vertretbar. Krankenhäuser benötigen stattdessen eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung, um ihre Versorgungsaufgaben dauerhaft erfüllen zu können.

Auch im Rettungswesen bestehen in Folge des vorliegenden Entwurfs erhebliche Risiken. Vor diesem Hintergrund braucht es eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst, auch derjenigen, die über die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen. Ohne substantielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden. Besonders wichtig ist, dass auch im Rettungsdienst die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten uneingeschränkt sichergestellt bleibt. Denn tarifgebundene Beschäftigung ist eine zentrale Voraussetzung für Personalbindung, Leistungsfähigkeit und Versorgungssicherheit.

Eine erfolgreiche Reform des Gesundheitswesens setzt wirtschaftlich stabile Krankenhäuser voraus. Solange viele Einrichtungen um ihre finanzielle Existenz kämpfen, fehlen die Voraussetzungen für nachhaltige Strukturreformen. Statt weiterer Kürzungen braucht es einen konsequenten Abbau von Bürokratie sowie überbordenden Kontroll- und Prüfverfahren. Hier liegen erhebliche Einsparpotenziale, die ohne Leistungseinschränkungen gehoben werden können. Werden diese Maßnahmen erst in späteren Gesetzgebungsverfahren umgesetzt, könnte dies für viele Krankenhäuser zu spät sein.

Rückt der Gesetzgeber nicht von den nun vorgesehenen Sparmaßnahmen ab, schlagen wir als kurzfristige Maßnahme die befristete Bereitstellung eines Rechnungszuschlags aus Mitteln des Krankenhaus-Transformationsfonds als Überbrückungsleistung vor, um die Krankenhäuser akut finanziell zu stabilisieren. Dabei ist ausdrücklich festzuhalten, dass eine solche Unterstützung keine nachhaltige Lösung der strukturellen Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser darstellt, sondern – im Sinne einer ultima ratio – lediglich dazu beitragen kann, die notwendigen Reformprozesse unter wirtschaftlich tragfähigen Rahmenbedingungen überhaupt zu ermöglichen.

Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass weiterhin erhebliche Zweifel daran bestehen, ob die bislang durch KHVVG und KHAG vorgesehenen Finanzierungsmechanismen geeignet sind, die angestrebten Strukturveränderungen zu ermöglichen. Das Konzept der Vorhaltefinanzierung lässt bislang nicht erkennen, wie finanzielle Mittel infolge von Standort- oder Abteilungsschließungen bedarfsgerecht innerhalb der Versorgungslandschaft neu verteilt werden sollen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser, die im Zuge regionaler Strukturveränderungen zusätzliche Versorgungsaufgaben übernehmen, wirtschaftliche Nachteile erleiden, da Mehrleistungen nicht in jedem Fall angemessen in der Vorhaltevergütung berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund ist derzeit nicht erkennbar, wie die bestehenden und durch das GKV-Spargesetz zusätzlich verschärften Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser dauerhaft gelöst werden sollen. Gleichzeitig hält der Bund an umfangreichen Struktur- und Qualitätsvorgaben fest, die für die Einrichtungen mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden sind. Daher sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren kritisch geprüft werden, ob die vorgesehenen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung tatsächlich geeignet sind, die gewünschten Strukturreformen zu fördern und zugleich eine wirtschaftlich tragfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen.

Zudem sollte die Bundesbeteiligung an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern schneller und stärker schrittweise erhöht werden, um die gesetzliche Krankenversicherung nachhaltig zu entlasten.

Weitere Hinweise im Einzelnen:

Dauerhafte Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel (§ 9 KHEntgG)

Künftig gilt als Obergrenze der jeweils niedrigere Wert aus Veränderungsrate und Orientierungswert. Für 2027 bis 2029 wird die Veränderungsrate zusätzlich um 1 Prozent gekürzt; 2028 und 2029 erfolgt ihre Berechnung ohne die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Der Orientierungswert umfasst künftig auch das Pflegepersonal am Bett. Der so ermittelte Veränderungswert gilt einheitlich für alle Bereiche (u. a. DRG-, Psych-System, besondere Einrichtungen, SÜV, Pflegebudget).

Die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser werden damit nicht ausreichend abgebildet. Die bestehende Systematik sichert bereits zu, dass die Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser, sodass die geplanten Kürzungen sachlich nicht erforderlich sind und vielmehr willkürlich wirken.

Der zeitliche Verzug bei der Kostenberücksichtigung führt zudem zu struktureller Unterfinanzierung, insbesondere bei Tarifsteigerungen. Die Abschaffung von Ausgleichsmechanismen wie Tarifraten und Meistbegünstigungsklausel verschärft diese Entwicklung weiter. Eine sachlich nachvollziehbare Begründung fehlt: Zwischen 2022 und 2025 sind die Krankenhauskosten kumuliert um 21,78% gestiegen, die Vergütungen jedoch nur um 18,12%. Die Kosten-Erlöschere klafft also bereits heute; eine weitere Beschneidung der Obergrenze ist damit systemisch nicht begründbar.

Erhöhungsrage für Tariferhöhungen („Tarifrate“)

Mit dem vollständigen Wegfall der Tarifrate entfällt ein zentrales Instrument zur Refinanzierung von Personalkosten ersatzlos. Da die bestehenden Veränderungswerte tarifbedingte Kostensteigerungen bereits heute nicht vollständig abbilden, wird die strukturelle Unterfinanzierung weiter verschärft – mit direkten Folgen für Personalgewinnung und -bindung und im Widerspruch zum Ziel, die Tarifbindung zu stärken.

Besonders betroffen sind kommunale Krankenhäuser, die aufgrund der Tarifbindung (TVÖD) keine Spielräume bei der Personalvergütung haben. Tarifsteigerungen, die über dem allgemeinen Veränderungswert liegen, konnten bislang zumindest teilweise ausgeglichen werden; künftig gilt die Grundlohnrate als harte Obergrenze. Darüberhinausgehende Personalkosten müssen aus Einsparungen oder durch den Träger finanziert werden.

Die zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 verschärft die Problematik weiter. Da die Grundlohnrate lediglich die durchschnittliche Einnahmenentwicklung widerspiegelt und nicht die spezifischen Kostenstrukturen von Krankenhäusern, entstehen systematische Finanzierungslücken. Für kommunale Häuser, die in die Tarifstrukturen der VKA eingebunden sind und keinen Einfluss auf Tarifabschlüsse haben, ergibt sich daraus ein erhebliches Risiko. Angesichts eines Personalkostenanteils von 60 bis 70 Prozent führen bereits geringe Abweichungen innerhalb kurzer Zeit zu Defiziten in Millionenhöhe, die zumindest kurzfristig nur durch Personalabbau ausgeglichen werden können.

Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips beim Pflegebudget

Die Deckelung des Pflegebudgets auf den allgemeinen Veränderungswert mit gleichzeitigem Wegfall des Mehrkostenausgleichs und Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (2,5%) schafft ein einseitig wirkendes Finanzierungssystem: Mindestkosten werden erstattet, Mehrkosten nicht mehr ausgeglichen. Das Ergebnis ist eine strukturelle Abwärtsspirale beim Pflegepersonal – mit direkten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sowie der nunmehr im KHAG verankerten Leistungsgruppenqualitätskriterien.

Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Die Einführung von Zweitmeinungsverfahren bei mengersensiblen Eingriffen wird grundsätzlich als geeignetes Instrument zur Verbesserung der Indikationsqualität und zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe bewertet.

In der praktischen Umsetzung bestehen jedoch erhebliche Herausforderungen. Bereits heute führen lange Wartezeiten im fachärztlichen Bereich zu Verzögerungen, die sich ohne einen entsprechenden Ausbau ambulanter Kapazitäten weiter verschärfen dürften. Dies kann zu zusätzlichen Belastungen in der Patientenversorgung führen.

Zudem ist mit einer verstärkten Fehlsteuerung zu rechnen, da vermehrt Fälle, die grundsätzlich ambulant behandelt werden könnten, in den stationären Bereich ausweichen. Dies betrifft insbesondere Krankenhäuser mit umfassendem Leistungsspektrum und breiter fachlicher Ausstattung.

Schließlich ist sicherzustellen, dass die Einführung solcher Verfahren nicht zu zusätzlichem administrativem Aufwand in den Krankenhäusern führt.

Erhöhung der Prüfquoten des MD (§ 275c Absatz 2 SGB V)

Ein weiterer zentraler Hebel zur Begrenzung der Krankenhausausgaben ist die deutliche Verschärfung des Prüfquotensystems nach § 275c SGB V. Die Systematik bleibt bestehen, die maßgeblichen Parameter werden jedoch einseitig zulasten der Krankenhäuser verschoben – mit dem Ziel, Einsparungen von rund 1,6 Milliarden Euro durch intensivere Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu realisieren.

Zwar bleibt die niedrigste Prüfquote nominell erhalten, faktisch wird ihr Erreichen durch deutlich erhöhte Schwellenwerte erheblich erschwert. Künftig sind 80 Prozent unbeanstandete Abrechnungen erforderlich (bisher 60 Prozent), sodass viele Krankenhäuser aus der bisherigen 5-Prozent-Quote herausfallen dürften. Gleichzeitig werden die höheren Prüfquoten massiv ausgeweitet (von bislang 10 auf 15 Prozent und von 15 auf 25 Prozent). Vor dem Hintergrund einer bisherigen durchschnittlichen Prüfquote von etwa 8 bis 8,5 Prozent ist dieser Anstieg nicht sachlich begründet und führt in der Praxis zu einer Verdoppelung bis Verdreifachung der Prüfungen.

Besonders gravierend ist die Anhebung der maximalen Prüfquote auf 25 Prozent. Damit wird ein Niveau erreicht, das selbst über den Höchstständen früherer, unregelter Prüfphasen liegt. Dies belastet nicht nur die Liquidität der Krankenhäuser durch verzögerte Zahlungseingänge erheblich, sondern wirft auch die Frage auf, ob Krankenkassen und Medizinischer Dienst die zusätzlichen Prüfvolumina überhaupt bewältigen können.

Zudem wird die Schwelle für umfassendere Prüfungen deutlich abgesenkt, sodass Instrumente wie die Vollprüfung künftig häufiger zur Anwendung kommen dürften. Die vorgesehene automatische Ausweitung von Prüfaufträgen bei Auffälligkeiten verschärft diese Entwicklung weiter und bedeutet faktisch einen Systemwechsel hin zu verdachtsunabhängigen Ausforschungsprüfungen.

Insgesamt führt die Reform zu einem erheblichen Anstieg bürokratischer Belastungen: Der personelle und administrative Aufwand für die Bearbeitung von Prüfverfahren steigt massiv, ohne dass hierfür eine Refinanzierung vorgesehen ist. Vorschläge zur Ausweitung vorgelagerter Verfahren wie des Falldialogs greifen zu kurz, da hierfür die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere für den Austausch medizinischer Daten – fehlen. Zugleich besteht die Gefahr, dass solche Verfahren genutzt werden, um die Begrenzungswirkung der Prüfquoten zu umgehen.

Die Erhöhung der Prüfquoten trotz der hohen Abrechnungsqualität der Krankenhäuser lehnen wir ab.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 6c KHEntgG)

Die erfolgreiche dauerhafte Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) ist von großer Bedeutung für das Gelingen der Krankenhausreform und deren Akzeptanz in der Bevölkerung. Sie sollten zentrale Instrumente zur Sicherstellung der bundesweiten flächendeckenden Versorgung werden. Die Voraussetzungen dafür sind jedoch bereits jetzt nicht gegeben. Ein wirtschaftlich tragfähiger Beitrag zur Versorgungssicherheit ist unter

den gegebenen Rahmenbedingungen nicht möglich. Um süV zu sinnvollen und sich wirtschaftlich selbst tragenden Einrichtungen zu machen, braucht es klare und durchdachte Regelungen zur Umsetzung. Der vorliegende Gesetzentwurf verschärft die bestehenden Probleme jedoch weiter. Auch für die süV werden Vergütungssteigerungen von der realen Kostenentwicklung entkoppelt. Der geänderte Veränderungswert und die gestrichene Tarifrata führen zu einer weiteren Belastung für das ohnehin schwer umsetzbare Konzept. Zudem drohen weitere Verzögerungen. Die Etablierung dieses aus Sicht der Landkreise elementaren Bestandteils einer erfolgreichen, die Versorgung sichernden Krankenhausreform, wird somit weiter erschwert. Das lehnen wir ausdrücklich ab.

Prüfung der Erweiterung der Fallzusammenführung (§ 9 KHEntgG)

Auch die Prüfung der Erweiterung der Fallzusammenführung erscheint als reine, von der Versorgungswirklichkeit losgelöste Sparmaßnahme. Die differenzierte Ausgestaltung war bei Einführung des DRG-Systems mit Bedacht gewählt worden, seither haben sich die bestehenden Verfahren bewährt. Insbesondere eine durch die Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung lehnen wir ab. Sie würde zu neuer, unnötiger Bürokratie führen. Insgesamt sehen wir hierin keine Vereinfachung, sondern zusätzliche Bürokratie und die Etablierung neuer Abgrenzungsfragen und neuer Abrechnungsstreitigkeiten. Positiv sehen wir, dass es sich, entgegen der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit um einen Prüfauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene handelt. Das Ergebnis ihrer Prüfung können die Vertragsparteien in Form einer Anpassung der einschlägigen Regelungen ihrer Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 umsetzen. Die Prüfung muss ergebnisoffen erfolgen.

Versorgung mit Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V)

Durch die vorgesehene Neuregelung, völlig losgelöst von der parallellaufenden Reform der Notfallversorgung, bestehen erhebliche Risiken. Durch die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate sowie zusätzliche Dämpfungsmechanismen stellt sie einen fundamentalen Systemwechsel der Finanzierungsregelung im Rettungsdienst dar, der die strukturellen Besonderheiten nicht ausreichend berücksichtigt. Denn der Rettungsdienst ist geprägt von hohen Vorhaltekosten, steigenden Personalkosten und einer dynamisch wachsenden Nachfrage. Eine pauschale Begrenzung der Finanzierung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbedarf führt mittel- und langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, Investitionshemmnissen und Risiken für die flächendeckende Versorgungssicherheit. Zudem würden finanzielle Risiken in erheblichem Umfang auf Leistungserbringer und kommunale Leistungsträger verlagert. Die Kommunen haben jedoch auch hier keine weiteren Spielräume, steigende Kosten anderweitig auszugleichen.

Es braucht eine umfassende Regelung im Rahmen der Notfallreform, die die offenen Finanzierungsfragen des Rettungsdienstes, insbesondere zu den Fehlfahrten, beantwortet. Die nun vorgesehenen davon losgelösten Vorgaben, in Fällen, in denen die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, sowie die Vorgabe, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten in festgelegten Fällen auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken müssen – nicht wie bisher „können“ – lehnen wir daher ab. Es braucht eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst, auch derjenigen, die über

die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen. Ohne substantielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden. Besonders wichtig ist, dass auch im Rettungsdienst die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten uneingeschränkt sichergestellt bleibt. Denn tarifgebundene Beschäftigung ist eine zentrale Voraussetzung für Personalbindung, Leistungsfähigkeit und Versorgungssicherheit.