



VSPV

Der Mobilitätsverband

An

Bundeskanzleramt
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium für Finanzen
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bundesministerium für Verkehr

Verband des privaten gewerblichen
Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-
Westfalen VSPV e.V.

Benninghofer Str. 152
44269 Dortmund
www.vspv-nrw.de
info@vspv-nrw.de

0231 52 82 27

Dortmund, den 20.04.2026

Stellungnahme des VSPV zum Referentenentwurf eines GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit

A. Executive Summary

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor einer Finanzierungslücke von rund 15 Milliarden Euro im Jahr 2027, die ohne gesetzgeberisches Eingreifen bis 2030 auf 40 Milliarden Euro anwachsen könnte. Der VSPV erkennt die Ernsthaftigkeit dieser Lage an und bestreitet die Handlungspflicht des Gesetzgebers nicht. Er bestreitet, dass der Referentenentwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes 2026 einen gangbaren Weg beschreitet.

Die Lastverteilung ist strukturell einseitig. Der Entwurf generiert über 80 Prozent seines Entlastungsvolumens im Jahr 2027 und über 90 Prozent im Jahr 2030 aus dem Bereich der Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen. Die beiden wesentlichen Ursachen der GKV-Finanzkrise – die chronische Unterdeckung der Bundesbeteiligung für Transferleistungsempfänger in einer Größenordnung von rund 9,2 Milliarden Euro jährlich (IGES-Gutachten 2024) sowie die Verwaltungsineffizienz einer historisch zersplitterten Kassenlandschaft mit 93 Trägern – bleiben unberührt. Der Entwurf bekämpft Symptome und schont die Verursacher.

Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.
Benninghofer Str. 152, 44269 Dortmund
Vereinsregister Dortmund, VR 3301

1. Vorsitzender: Jörg Füchtenschneider, 2. Vorsitzender: Rainer Nee, Geschäftsführer: Sascha Waltemate
Hauptstadtbüro: VSPV, Pariser Platz 6A, 10117 Berlin



VSPV

Der Mobilitätsverband

Die zentrale Maßnahme zu § 133 SGB V ist rechtstechnisch nicht vollziehbar. Der Entwurf fasst § 133 SGB V vollständig neu und verankert den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V als verbindliche materielle Obergrenze für alle Vergütungsverträge im Krankentransport – einschließlich der Verträge mit Taxen und Mietwagen nach dem Personenbeförderungsgesetz. Diese Konstruktion übersieht, dass abweichende Vergütungsvereinbarungen im Taxi-Pflichtfahrbereich nach § 51 Absatz 2 PBefG der Genehmigung der zuständigen Behörde bedürfen. Die Genehmigung setzt nach gefestigter verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung voraus, dass die vereinbarte Vergütung kostendeckend und auskömmlich ist. Eine Sondervereinbarung, die den SGB V-Maßstab erfüllt, aber den PBefG-Maßstab unterschreitet, ist personenbeförderungsrechtlich nicht genehmigungsfähig – sie existiert nicht. Dem Taxiunternehmer verbleibt der volle hoheitlich festgesetzte Tarif. **Die kassenseitige Vergütungsdeckelung läuft im Taxi-Pflichtfahrbereich faktisch leer.**

Der Wegfall der Taxi-Sondervereinbarung löst eine umsatzsteuerliche Kaskade aus. Der ermäßigte Umsatzsteuersatz von 7 Prozent auf Mietwagen-Krankenfahrten nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG setzt nach der BFH-Rechtsprechung und Abschnitt 12.13 Absatz 10 UStAE eine mit dem Krankenkassenträger geschlossene Vergütungsvereinbarung voraus, die inhaltsgleich mit der für Taxen geltenden Vereinbarung ist. Wenn die Taxi-Sondervereinbarung wegen PBefG-rechtlicher Unauskömmlichkeit wegfällt, fehlt dem Mietwagenvertrag die steuerliche Referenz. Die Mietwagen-Krankenfahrten fallen in den Regelsteuersatz von 19 Prozent zurück. Die Differenz von zwölf Prozentpunkten trägt bei den in der Praxis überwiegenden Bruttopreisvereinbarungen die Kasse. Der Entwurf verspricht GKV-Einsparungen und produziert GKV-Mehrkosten.

Die Einsparerwartung ist eine Scheinersparnis. Die im Entwurf veranschlagten Minderausgaben im Krankentransportbereich – 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 – setzen stillschweigend voraus, dass das PBefG die Grundlohnratenbindung passieren lässt und das UStG die Kaskadenfolge nicht auslöst. Beide Annahmen sind unzutreffend. Der VSPV regt an, die Plausibilität dieser Einsparerwartung vor Einleitung der Ressortabstimmung dem Bundesrechnungshof zur Prüfung vorzulegen.

Es gibt einen strukturell überlegenen Weg. Die Unterdeckung der pauschalen Bundesbeteiligung nach § 232a SGB V für Bürgergeld- und sonstige Transferleistungsempfänger beläuft sich nach dem IGES-Gutachten 2024 auf rund 9,2 Milliarden Euro jährlich – mehr als die gesamte für 2027 veranschlagte Deckungslücke. Eine dynamische Kopplung der Beitragspauschale an die tatsächlichen Leistungsausgaben je Versichertem würde den Finanzierungsbedarf der GKV für 2027 in großen Teilen decken – mit einer einzigen haushaltspolitischen Entscheidung, ohne gesetzestechnische Komplexität, ohne Normkollision und ohne Belastung der Leistungserbringer. Diese Maßnahme wird von einer einstimmigen Entschließung des Bundesrates (30. Januar 2026), der Klage des GKV-



VSPV

Der Mobilitätsverband

Spitzenverbandes vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen und der Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit getragen – und dazu findet im vorliegenden Entwurf kein Wort.

Der VSPV nimmt bereits vor Beginn der Ressortabstimmung Stellung, weil ein Entwurf dieser Tragweite nicht ohne vorherige Prüfung der aufgezeigten Kollisionslagen und Alternativen in das weitere Verfahren gehen darf. Er fordert die aktive Einbeziehung des Bundesministeriums für Verkehr und des Bundesministeriums der Finanzen, die Streichung oder grundlegende Überarbeitung der Grundlohnratenbindung in § 133 Absatz 1 SGB V n.F. sowie die Aufnahme der kostendeckenden Bundesbeteiligung in das Gesetzgebungsverfahren. Der VSPV bietet dem Bundesministerium für Gesundheit konstruktive fachliche Mitarbeit bei der Überarbeitung an.

B. Grundsätzliche Bewertung

I Unstreitiger Ausgangsbefund

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung ist ernst, und der Referentenentwurf stellt sie zutreffend dar. Die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds wiesen im Jahr 2024 ein Defizit von knapp 10 Milliarden Euro aus. Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz hat sich von rund 1,4 Prozent im Jahr 2022 auf 2,9 Prozent zum 1. Januar 2025 mehr als verdoppelt. Die Rücklagen der Krankenkassen liegen weiterhin unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Nur ein Bundesdarlehen hat verhindert, dass die Liquidität des Gesundheitsfonds unter die Mindestreserve absinkt. Für das Jahr 2027 ist ohne gesetzgeberisches Eingreifen von einer Deckungslücke in Höhe von rund 15 Milliarden Euro auszugehen, die bis 2030 auf rund 40 Milliarden Euro ansteigen könnte (Referentenentwurf, Begründung A.). Der Gesamtbeitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung würde in diesem Fall auf bis zu 19,3 Prozent steigen.

Der VSPV teilt die Einschätzung, dass diese Entwicklung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Standorts Deutschland belastet, die Nettoeinkommen der Beschäftigten reduziert und die Arbeitskosten der Unternehmen erhöht. Der Gesetzgeber ist zum Handeln verpflichtet. Insoweit ist die Problembeschreibung des Entwurfs anschlussfähig.

Die Anschlussfähigkeit endet jedoch dort, wo aus der zutreffenden Diagnose die falschen Schlussfolgerungen gezogen werden. Der VSPV nimmt bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt – vor Beginn der Ressortabstimmung – Stellung, um die im Folgenden dargestellten strukturellen und rechtstechnischen Defizite des Entwurfs rechtzeitig in das weitere Verfahren einzubringen. Ein Referentenentwurf dieser Tragweite darf nicht ohne vorherige Prüfung der hier aufgezeigten Kollisionslagen und Alternativen in das Ressortabstimmungsverfahren gehen.



VSPV

Der Mobilitätsverband

II Fundamentale Kritik am Lösungsansatz

Der Entwurf generiert über 80 Prozent seines Entlastungsvolumens im Jahr 2027 und über 90 Prozent im Jahr 2030 aus dem Bereich der Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen (Referentenentwurf, Begründung B. Wesentlicher Inhalt). Allein aus der zentralen Maßnahme der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ – der Bindung aller Vergütungsanpassungen an die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, vermindert um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 (Art. 1 Nr. 25 des Entwurfs) – sollen bis 2030 rund 21 Milliarden Euro jährlich erwirtschaftet werden. Die Einnahmenseite wird demgegenüber nur marginal in Anspruch genommen: Die Anhebung des Pauschalbeitrags für geringfügig Beschäftigte, die einmalige Sondererhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um 3.600 Euro im Jahr 2027 und der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten ohne Kinder bringen zusammen rund 4 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf etwa 6,5 Milliarden Euro bis 2030 – ein vergleichsweise kleiner Beitrag, der zudem mit erheblichem Konfliktpotential in der Breite der Beitragszahler verbunden ist.

Diese Lastenverteilung ist in ihrer Unverhältnismäßigkeit ökonomisch nicht gerechtfertigt und verteilungspolitisch nicht ausgewogen. Sie beruht auf einer diagnostischen Verengung, die zwei strukturelle Ursachen der GKV-Finanzlage ausblendet.

Erste strukturelle Ursache: Die chronische Unterdeckung der Bundesbeteiligung für Transferleistungsempfänger. Die pauschale Bundesbeteiligung nach § 232a SGB V deckt die tatsächlichen Kosten der GKV-Versicherung von Bürgergeld- und sonstigen Transferleistungsempfängern seit Jahren nicht ab. Die Differenz zwischen Pauschalerstattung und durchschnittlichem Leistungsaufwand wird in wissenschaftlichen Gutachten und in Prüfungsberichten des Bundesrechnungshofes übereinstimmend auf eine Größenordnung von rund 10 Milliarden Euro jährlich veranschlagt (vgl. BRH, Bericht nach § 99 BHO zur Weiterentwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; IGES-Gutachten zur Finanzierung der GKV-Beiträge für ALG-II-Empfänger). Die GKV-Gemeinschaft subventioniert damit eine originär staatliche Aufgabe – die Sicherung der Krankenversicherung von Menschen, die aus eigener Kraft keinen Beitrag zu dieser Versicherung leisten können – über ihre Beitragseinnahmen. Der Bund erspart sich Haushaltsaufwendungen in milliardenschwerer Höhe auf Kosten der Beitragszahler. Der Entwurf erwähnt diesen Befund mit keinem Wort.

Zweite strukturelle Ursache: Die Verwaltungsineffizienz einer zersplitterten Kassenlandschaft. Die gegenwärtige Struktur von über 90 gesetzlichen Krankenkassen mit konkurrierenden Verwaltungsapparaten, parallelen Filialnetzen, redundanten IT-Landschaften, vervielfachten Vorstandsebenen, mehrfachen Rechts- und Marketingabteilungen sowie untereinander in Wettbewerb stehenden Öffentlichkeitsarbeiten ist das Ergebnis historischer Wachstumsstrukturen, nicht funktionaler Notwendigkeit. Der Verwaltungskostenanteil der GKV liegt bei rund 4 Prozent der Gesamtausgaben, also bei etwa 13 Milliarden Euro jährlich. Eine strukturelle Konsolidierung



VSPV

Der Mobilitätsverband

der Trägerlandschaft erschließt ein Einsparpotenzial, das die gesamte Deckungslücke 2027 weit überschreitet. Der Entwurf verzichtet auf jede Auseinandersetzung mit diesem Potenzial. Die Maßnahmen zur Verwaltungskostenbegrenzung (Deckelung der Verwaltungsausgabensteigerung auf die Grundlohnrate, Halbierung der Werbeausgabenobergrenze auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße) erwirtschaften zusammen nach den eigenen Angaben des Entwurfs lediglich rund 30 Millionen Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 420 Millionen Euro bis 2030 (Referentenentwurf, Begründung D.2.) – ein Bruchteil dessen, was eine echte Strukturreform leisten würde.

Die Ausblendung dieser beiden strukturellen Ursachen ist keine bloße Lücke in der Analyse. Sie ist ein **systematischer Verteilungseffekt**. Der Entwurf verschont zwei politisch einflussreiche Akteursgruppen – den Bund als Finanzverursacher und die Kassen als Selbstverwaltungsträger – und lädt die Finanzierungsfolgen stattdessen auf die Leistungserbringer ab, denen gegenüber der institutionelle Zugriff ungleich leichter fällt. Das ist nicht einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Sinne einer sachgerechten Anpassung der Ausgaben an die Einnahmenentwicklung, sondern **ausgabenorientierte Entlastungspolitik zugunsten derjenigen, die institutionell am besten aufgestellt sind, sich der Reformlast zu entziehen**.

Für den Bereich des Krankentransports ist diese Lastenverteilung besonders augenfällig. Der Referentenentwurf veranschlagt Minderausgaben im Bereich der Versorgung mit Krankentransportleistungen in Höhe von rund 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54). Bezogen auf ein Gesamtmarktvolumen von schätzungsweise 6 bis 8 Milliarden Euro jährlich bedeutet dies eine kumulierte relative Belastung von rund 20 bis 25 Prozent des Sektors – in einem Bereich, der bereits durch Mindestlohndynamik, Energiepreisexposition, Fahrzeugkostenanstieg und Versicherungsprämienentwicklung unter erheblichem strukturellem Druck steht. Die Belastung trifft einen Gewerbebereich, der zu zwei Dritteln aus Kleinstunternehmen besteht, dessen Margen historisch eng sind und dessen Ausweichmöglichkeiten auf alternative Geschäftsfelder durch die personenbeförderungsrechtliche Gewerbebindung erheblich eingeschränkt sind. Der Entwurf nimmt diese spezifische Betroffenheit nicht wahr.

Diese Feststellung gilt nicht nur für das Taxi- und Mietwagengewerbe. Der VSPV vertritt darüber hinaus Unternehmen des qualifizierten Krankentransports und des privaten Rettungsdienstes, die ihre Leistungen ebenfalls auf der Grundlage von Verträgen nach § 133 SGB V erbringen und durch die Grundlohnratenbindung in gleicher Weise betroffen sind. Für diese Leistungsbereiche trifft die im Folgenden dargestellte Kollisionslage mit dem Umsatzsteuerrecht nicht zu; die allgemeinen Aussagen zur strukturellen Unzulänglichkeit der Grundlohnrate als Maßstab für sektorspezifische Kostensteigerungen gelten jedoch uneingeschränkt. Der qualifizierte Krankentransport und der private Rettungsdienst weisen gegenüber dem Taxi- und Mietwagengewerbe eine noch aufwändigere Kostenstruktur auf – höhere Fahrzeugstandards, zertifizierungspflichtige Besatzungsanforderungen,

Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.

Benninghofer Str. 152, 44269 Dortmund

Vereinsregister Dortmund, VR 3301

1. Vorsitzender: Jörg Fächtschnieder, 2. Vorsitzender: Rainer Nee, Geschäftsführer: Sascha Waltemate

Hauptstadtbüro: VSPV, Pariser Platz 6A, 10117 Berlin



VSPV

Der Mobilitätsverband

Vorhaltekosten für Bereitschaftsdienste und laufende Kosten für medizinisches Verbrauchsmaterial – mit der Folge, dass die Kostenentwicklung in diesen Bereichen noch stärker von der allgemeinen Lohnentwicklung entkoppelt ist, als dies im Taxi- und Mietwagengewerbe ohnehin bereits der Fall ist. Die nachfolgende Analyse konzentriert sich aus Gründen der Darstellungsökonomie auf den Bereich der § 133-Verträge mit Taxen und Mietwagen, dessen spezifische Rechtsstruktur die Normkollision mit PBefG und UStG sichtbar macht; die grundsätzliche Kritik am Vergütungsdeckelungsmechanismus beansprucht jedoch Geltung für alle nach § 133 SGB V vergüteten Leistungsbereiche gleichermaßen.

III Handwerkliche Defizite des Entwurfs vor der Ressortabstimmung

Der Referentenentwurf weist über die inhaltliche Kritik hinaus auch handwerkliche Defizite auf, die bereits in der jetzigen Verfahrensphase – vor Beginn der Ressortabstimmung – erkennbar sind und deren Beseitigung die VSPV als Voraussetzung für eine sachgerechte Fortführung des Verfahrens betrachtet.

Das zentrale Defizit liegt im **Fehlen einer Folgenabschätzung für die betroffenen Nachbarrechtsgebiete** und in der erkennbar unvollständigen Adressierung der mitbetroffenen Ressorts. Die Neufassung des § 133 SGB V berührt unmittelbar zwei weitere bundesrechtliche Regelungskomplexe: das Personenbeförderungsgesetz (in Bezug auf Sondervereinbarungen im Pflichtfahrbereich nach § 51 Absatz 2 PBefG) und das Umsatzsteuerrecht (in Bezug auf die steuerliche Gleichbehandlung von Taxen und Mietwagen bei Krankenfahrten nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG in Verbindung mit Abschnitt 12.13 Absatz 10 UStAE). In der gesamten 157-seitigen Begründung des Entwurfs findet sich keine Auseinandersetzung mit diesen Wechselwirkungen. Die einzige Bemerkung zur PBefG-Problematik in der Einzelbegründung zu § 133 Absatz 3 n.F. lautet, an der Rechtslage, dass auch zu Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes Vergütungsverträge abzuschließen seien, ändere sich nichts. Diese Aussage ist formal zutreffend, inhaltlich jedoch verschleiern, weil sie den Durchgriff der neu eingeführten Grundlohnratenbindung auf die personenbeförderungsrechtliche Genehmigungsebene ausblendet. Die konkreten Folgewirkungen – insbesondere die Kollision mit der PBefG-rechtlichen Auskömmlichkeitsprüfung und der daraus folgende Wegfall des umsatzsteuerlichen Referenzgerüsts für die Gleichbehandlung der Mietwagen-Krankenfahrten – werden in Abschnitt C dieser Stellungnahme im Einzelnen dargestellt.

Aus der Nichtadressierung dieser Wechselwirkungen ergibt sich ein **zweites Defizit**, das das Ressortabstimmungsverfahren betrifft. Ein Gesetzentwurf, der die Vergütungsgrundlagen im Taxi- und Mietwagengewerbe bundesrechtlich deckelt und dabei die Genehmigungspraxis nach § 51 Absatz 2 PBefG unmittelbar berührt, fällt mit in den sachlichen Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Verkehr (BMV). Ein Gesetzentwurf, der über diesen Durchgriff mittelbare umsatzsteuerliche Kaskadeneffekte auslöst – mit der



VSPV

Der Mobilitätsverband

möglichen Konsequenz, dass die behaupteten Einsparungen bei der GKV durch zusätzliche Umsatzsteuereinnahmen auf Seiten des Bundes teilweise konterkariert werden –, fällt ebenso in den sachlichen Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums der Finanzen (BMF). Der Entwurf lässt nicht erkennen, dass diese Ressorts bislang einbezogen wurden, und die Begründung enthält keine Aussagen zu einer abgestimmten Bewertung der fiskalischen und ordnungsrechtlichen Wechselwirkungen.

Das **dritte Defizit** liegt in der empirischen Fundierung der Einsparerwartung. Die Entwurfsbegründung räumt selbst ein, dass die geschätzten Minderausgaben im § 133-Bereich „neben der noch nicht bekannten Entwicklung der Grundlohnrate auch von den Vereinbarungen über zukünftige Entgelte“ abhängen und daher „nur näherungsweise geschätzt werden“ könnten (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54). Diese Einräumung erfasst jedoch nicht die darüber hinausgehende Unsicherheit, die aus den nicht adressierten Normkollisionen mit PBefG und UStG resultiert. Die Einsparerwartung für den Bereich Krankentransport ist bei realistischer Betrachtung der Kollisionslage empirisch nicht unterlegt. Der VSPV regt an, die Plausibilität der Einsparerwartung im Rahmen der Ressortabstimmung einer Prüfung durch den Bundesrechnungshof zuzuleiten.

Das **vierte Defizit** betrifft die dogmatische Kohärenz des Grundlohnraten-Regimes selbst. Der Entwurf räumt in seiner Begründung ausdrücklich ein, dass die Grundlohnrate bis 2029 „voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 25). Statt daraus die systematisch gebotene Konsequenz zu ziehen – eine Überprüfung der Einnahmenbasis der GKV –, wird die Obergrenze für die Vergütungsanpassungen künstlich um einen Prozentpunkt unter die Realentwicklung gedrückt. Gleichzeitig wird mit der Herausrechnung der außerordentlichen BBG-Anhebung 2027 aus der Grundlohnratenberechnung (§ 71 Absatz 3 Satz 3 n.F., Art. 1 Nr. 25 lit. b) eine systemeigene Einnahmenkomponente einseitig den Kassen zugeordnet, ohne dass die daran gekoppelte Ausgabenobergrenze davon profitiert. Diese beiden Regelungselemente lösen den inneren systematischen Zusammenhang von § 71 SGB V – die Kopplung der Vergütungsentwicklung an die Einnahmenbasis – bewusst auf. Aus einer Ausgabenpolitik, die sich an den Einnahmen orientiert, wird eine Ausgabenpolitik, die von den Einnahmen selektiv entkoppelt wird, wo es der Kassenseite nützt, und an sie gekoppelt bleibt, wo es die Leistungserbringer belastet. Das ist kein neutrales Regelungssystem, sondern eine **asymmetrisch konstruierte Lastenverteilung**.

C. Spezielle Bewertung zu § 133 SGB V

I Die Neufassung im Einzelnen

Der Referentenentwurf fasst § 133 SGB V durch Artikel 1 Nummer 54 vollständig neu. Die Neufassung ist – ungeachtet des formal begrenzten Umfangs – keine redaktionelle



VSPV

Der Mobilitätsverband

Bereinigung, sondern eine materielle Verschärfung der Rechtsstellung der Leistungserbringer im Bereich der Versorgung mit Krankentransportleistungen. Die Begründung des Entwurfs formuliert dies offen: Die Anpassung diene „der rechtlichen Klarstellung und Verstärkung der Vorgaben für Entgeltverträge sowie für die Festsetzung von Festbeträgen durch die Krankenkassen“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54). Der VSPV nimmt zu drei der vier Absätze der Neufassung im Einzelnen Stellung.

1 Absatz 1 – Die Grundlohnratenbindung als verbindliche materielle Grenze

Die wesentliche Änderung in Absatz 1 besteht in der Einfügung der Wendung „unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3“ in die Verpflichtung der Krankenkassen oder ihrer Landesverbände, mit geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über die Vergütung von Rettungsdienst- und Krankentransportleistungen zu schließen. Parallel wird der Verweis auf die Empfehlung der Konzertierte Aktion gestrichen – wegen Auflösung der Konzertierte Aktion eine Folgeregelung ohne eigenständige materielle Tragweite.

Die Entwurfsbegründung legt die Zielrichtung offen: Es werde „klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht lediglich als allgemeine Leitlinie, sondern als verbindliche materielle Grenze für die Ausgestaltung von Entgelten gilt und die Vergütungen selbst der gesetzlich vorgegebenen Obergrenze (Grundlohnrate) unterliegen“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54, zu Absatz 1). Diese Formulierung ist rechtlich und dogmatisch bemerkenswert.

Rechtlich bedeutsam ist die bewusste Abkehr von der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 133 SGB V. Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung anerkannt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 71 SGB V zwar eine Leitlinie für die Vertragsgestaltung darstellt, aber durch das Erfordernis einer auskömmlichen Vergütung der Leistungserbringer korrigiert werden muss. Die Vergütung darf nicht so niedrig bemessen werden, dass eine ordnungsgemäße Leistungserbringung wirtschaftlich nicht mehr möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 25. November 2010 – B 3 KR 1/10 R; BSG, Urteil vom 17. Juli 2008 – B 3 KR 23/07 R). Der Gesetzgeber löst dieses austarierte Verhältnis nun einseitig zugunsten der Beitragssatzstabilität auf, ohne dem Erfordernis der Auskömmlichkeit eine eigenständige positive Verankerung zu geben. Der Schutz der Leistungserbringer vor einer unter das wirtschaftlich notwendige Niveau absinkenden Vergütung wird rechtspolitisch preisgegeben.

Dogmatisch bemerkenswert ist der Begriff der „verbindlichen materiellen Grenze“. Die Entwurfsbegründung beansprucht, dass aus einer Leitlinie eine Obergrenze wird, die der Vertragsgestaltung nicht mehr als normative Orientierung, sondern als inhaltlicher Maßstab vorgegeben ist. Das verschiebt die Vertragsautonomie der Selbstverwaltungspartner auf eine einseitig von der Einnahmenseite determinierte Funktion. Die Vertragsverhandlung wird entwertet, weil sie an einem Parameter ausgerichtet wird, der außerhalb des Sektors bestimmt wird – nämlich an der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen



VSPV

Der Mobilitätsverband

Einnahmen je Mitglied, also an einer gesamtwirtschaftlichen Größe, die mit der spezifischen Kostenstruktur des Krankentransports in keinem funktionalen Zusammenhang steht.

Hinzu kommt, dass § 71 Absatz 3 SGB V durch Artikel 1 Nummer 25 des Entwurfs für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Abschlag von einem Prozentpunkt reduziert wird. Die Vergütungen im Krankentransportbereich dürfen in diesen Jahren also nicht einmal in dem Umfang steigen, in dem die Einnahmen der GKV tatsächlich wachsen. Der Entwurf räumt selbst ein, dass die Grundlohnrate in diesem Zeitraum „wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 25). Die Argumentation für den Abschlag trägt jedoch nicht: Wenn die Grundlohnrate die Einnahmen der Kassen übersteigt, ist das ein strukturelles Problem der Einnahmenseite, kein Anlass, die Ausgabenobergrenze künstlich zu drücken. Die Lösung wäre eine Überprüfung der Einnahmenseite – wie sie in Abschnitt D dieser Stellungnahme vorgetragen wird –, nicht eine asymmetrische Lastenverschiebung auf die Leistungserbringer.

Die Klarstellung in § 133 Absatz 1 Satz 2 n.F., dass § 71 Absatz 1 bis 3 auch bei einer Festlegung der Vergütungen durch Landesrecht gilt, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt, erweitert den Geltungsbereich des Regimes auf die landesrechtlichen Ersatzfestsetzungsverfahren. Damit wird auch die Landesebene in die bundesrechtliche Grundlohnratenbindung eingezogen. Dies ist aus Sicht des VSPV mit dem bundesstaatlichen Kompetenzgefüge schwer zu vereinbaren, weil es die landesrechtlichen Festsetzungsverfahren in ihrer materiellen Entscheidungsfreiheit vollständig bindet. Der Bund instrumentalisiert die Landesbehörden für den Vollzug bundesrechtlicher Kostendeckelung, ohne den Ländern die erforderliche eigene Gestaltungsmacht zu lassen.

Die gleichzeitig fortgeltende Anforderung, dass die Vertragspartner „die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen“ haben (§ 133 Absatz 1 Satz 3 n.F.), ist angesichts der nunmehr verbindlichen Obergrenze in ihrer Normativität erheblich abgeschwächt. Die Formulierung „berücksichtigen“ signalisiert einen Abwägungsbelang, die Grundlohnratenbindung hingegen eine feste Grenze. Bei normativer Kollision zwischen beiden Anforderungen wird die Grundlohnrate obsiegen – das hat der Entwurfsverfasser selbst so angelegt, indem er die Grundlohnratenbindung zur „verbindlichen materiellen Grenze“ und die Versorgungssicherung zum Berücksichtigungsgebot herabstufte. Für den ländlichen Raum, in dem die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Krankentransports ohnehin bereits heute an der Grenze liegt, ist dies ein Alarmsignal.

2 Absatz 3 – Die scheinbare Unverändertheit der PBefG-Einbeziehung

Absatz 3 bestimmt, dass Absatz 1 auch für Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes gilt. Die Entwurfsbegründung begnügt sich hierzu mit dem lakonischen Hinweis: „An der Rechtslage, dass auch zu Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes Vergütungsverträge abzuschließen sind, ändert sich nichts“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54, zu Absatz 3).

Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.

Benninghofer Str. 152, 44269 Dortmund

Vereinsregister Dortmund, VR 3301

1. Vorsitzender: Jörg Füchtenschnieder, 2. Vorsitzender: Rainer Nee, Geschäftsführer: Sascha Waltemate

Hauptstadtbüro: VSPV, Pariser Platz 6A, 10117 Berlin



VSPV

Der Mobilitätsverband

Diese Aussage ist formal zutreffend, inhaltlich jedoch irreführend. Sie verschleiert, dass durch den Verweis auf Absatz 1 die dort neu verankerte Grundlohnratenbindung **vollumfänglich auf die PBefG-Fahrten durchschlägt**. Die Rechtslage verändert sich für den Taxi- und Mietwagenbereich nicht etwa nicht, sondern sie verändert sich in der gleichen Weise wie für den gesamten übrigen Krankentransport – mit dem entscheidenden Unterschied, dass die PBefG-Fahrten einer zusätzlichen personenbeförderungsrechtlichen Prüfung unterliegen, die im SGB V nicht abgebildet ist. Die Folgewirkung dieser Doppelregulierung wird im Entwurf nicht thematisiert; sie ist Gegenstand der Ausführungen in Abschnitt C.II dieser Stellungnahme.

Die Redaktionstechnik des Absatzes 3 ist damit mindestens handwerklich ungenügend. Eine gewissenhafte Gesetzgebungspraxis hätte an dieser Stelle zumindest anzudeuten, dass die besondere Rechtslage im Personenbeförderungsgewerbe eigener Prüfung bedarf – oder, soweit eine solche Prüfung unterbleibt, die Vereinbarkeit der beabsichtigten SGB V-Regelung mit der fortbestehenden PBefG-Regelung ausdrücklich zu erörtern. Beides unterlässt der Entwurf.

3 Absatz 4 – Die Schiedsstellenanbindung über § 127 Absatz 9 SGB V

Neu eingefügt wird in Absatz 4 ein Verweis auf die entsprechende Geltung des § 127 Absatz 9 SGB V. Dies ist die Schiedsstellenregelung aus dem Hilfsmittelbereich, die damit erstmals auf den Bereich der Krankentransportvergütung übertragen wird. Die Entwurfsbegründung äußert sich hierzu nicht gesondert; der Verweis wird lediglich am Ende der Neufassung platziert.

Der VSPV beurteilt die Einführung einer bundesweit institutionalisierten Schiedsstruktur im Krankentransportbereich ambivalent. Einerseits schafft die Schiedsstellenregelung Rechtsweg- und Verfahrensstruktur, wo bisher regional teilweise informelle Verhandlungsasymmetrien die Vertragsbeziehungen prägten. Dies kann für strukturstarke Marktseiten ein Gewinn an Rechtssicherheit sein. Andererseits wird die Schiedsstelle inhaltlich an die materiellen Maßstäbe des § 71 Absatz 1 bis 3 gebunden sein, wie Absatz 1 ihn vorgibt. Die Schiedsstelle kann dann nicht als Korrektiv einer zu niedrig angesetzten Vergütung fungieren, sondern nur die Einhaltung der bundesrechtlich gedeckelten Obergrenze überprüfen.

Für strukturschwache Regionen und Marktteilnehmer kann die Schiedsstelle damit sogar zu einem Einfallstor für weitere Absenkungen werden: Wenn eine Kasse eine niedrigere Vergütung durchsetzen will, kann sie die Schiedsstelle anrufen, die inhaltlich an die Grundlohnratenbindung gebunden ist und keine sektorspezifische Kostenkorrektur vornehmen kann. Der VSPV regt daher an, die Schiedsstellenregelung, wenn sie eingeführt wird, um eine ausdrückliche Verpflichtung zur Berücksichtigung der tatsächlichen Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen zu ergänzen – und die Bindung an die Grundlohnrate entsprechend zu relativieren. Ohne eine solche Korrekturklausel ist die



VSPV

Der Mobilitätsverband

Schiedsstellenregelung für die Leistungserbringer kein Gewinn an Rechtsschutz, sondern eine formalisierte Bestätigung der asymmetrischen Kräfteverhältnisse.

4 Zusammenfassende Bewertung der Neufassung

Die Neufassung des § 133 SGB V ist für den Bereich des Taxi- und Mietwagengewerbes eine **rechtspolitisch einseitige und rechtstechnisch unvollständige Regelung**. Sie verschärft die Rechtsstellung der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern in zwei Dimensionen zugleich – materiell durch die Grundlohnratenbindung als verbindliche Obergrenze in Absatz 1, die über den Verweis in Absatz 3 vollumfänglich auf Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes durchschlägt, und institutionell durch die über § 127 Absatz 9 SGB V entsprechend anwendbare Schiedsstellenregelung in Absatz 4, die ihrerseits inhaltlich an die Grundlohnratenbindung gekoppelt ist und ohne eigene Korrekturklausel auskommen muss. Sie verzichtet zugleich auf die korrespondierende Stärkung des Auskömmlichkeitsschutzes, die nach der bisherigen BSG-Rechtsprechung systematisch geboten wäre. Und sie verzichtet auf jede Auseinandersetzung mit der parallelen Normlage nach dem Personenbeförderungsgesetz und mit den umsatzsteuerlichen Folgewirkungen.

Der Entwurf verkennt damit in seiner Begründung die rechtstechnische Wirklichkeit, in der die Regelung nach ihrem Inkrafttreten operieren müsste. Die lakonische Bemerkung zu Absatz 3, „an der Rechtslage ändert sich nichts“, ist in ihrem formal-wörtlichen Sinn zutreffend – in ihrem systematischen Gehalt jedoch irreführend. Für den Taxi- und Mietwagenbereich ändert sich sehr viel: Die vertragliche Vergütung wird künftig unter Geltung einer bundesrechtlichen Obergrenze verhandelt, die die sektorspezifische Kostenentwicklung nicht abbildet, durch den Prozentpunkt-Abschlag für 2027 bis 2029 zusätzlich abgesenkt wird und die durch die Herausrechnung der BBG-Anhebung selektiv von der Einnahmenentwicklung entkoppelt ist. Das ist eine substantielle Verschärfung, die nicht durch den Hinweis auf die fortbestehende Pflicht zum Vertragsabschluss relativiert werden kann.

Ergänzend ist klarzustellen, dass die vorstehende Bewertung der Neufassung des § 133 SGB V nicht auf den Bereich der Taxen und Mietwagen beschränkt ist. Die Grundlohnratenbindung in Absatz 1 und die Schiedsstellenanbindung in Absatz 4 gelten für alle nach § 133 SGB V vergüteten Leistungsbereiche. Der VSPV vertritt neben dem Taxi- und Mietwagengewerbe auch Unternehmen des qualifizierten Krankentransports und des privaten Rettungsdienstes. Für diese Bereiche entfaltet die umsatzsteuerliche Kaskade, die in Abschnitt C.II dargestellt wird, keine Wirkung, weil die dort beschriebene Abhängigkeit vom Fortbestand der Taxi-Sondervereinbarung strukturell nicht besteht. Die materiellen Einwände gegen die Grundlohnratenbindung als verbindliche Vergütungsobergrenze – fehlende Abbildung der sektorspezifischen Kostenentwicklung, Aufhebung des Auskömmlichkeitsschutzes der bisherigen BSG-Rechtsprechung, Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne – treffen den qualifizierten Krankentransport und den privaten Rettungsdienst in gleicher, in Teilen sogar in verschärfter Form, weil die Kostenstruktur dieser Leistungsbereiche noch stärker von der allgemeinen Lohnentwicklung entkoppelt ist. Die nachfolgende Kollisionsanalyse konzentriert



VSPV

Der Mobilitätsverband

sich auf den Taxi- und Mietwagenbereich, weil dort die Normkollision mit PBefG und UStG die rechtstechnische Unwirksamkeit der Regelung in ihrer vollständigen Kaskade sichtbar macht; die rechtspolitische Kritik am Vergütungsdeckelungsmechanismus des § 133 Absatz 1 n.F. beansprucht jedoch sektorübergreifende Geltung.

Die im folgenden Abschnitt C.II dargestellten Normkollisionen – insbesondere mit der PBefG-rechtlichen Auskömmlichkeitsprüfung nach § 51 Absatz 2 PBefG und mit der umsatzsteuerlichen Gleichbehandlung von Taxi- und Mietwagen-Krankenfahrten nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG in Verbindung mit Abschnitt 12.13 Absatz 10 UStAE – zeigen, dass die Ausblendungen der Entwurfsbegründung nicht nur rechtspolitisch unangemessen sind, sondern rechtstechnisch zu konkreten Regelungsdefekten führen. Diese Regelungsdefekte stellen die Wirksamkeit des Entwurfs in seinem zentralen Einsparbereich in Frage und belasten die Haushaltsplausibilität der gesamten Gesetzesrechnung.

II Normkollisionen – die dreifache Kaskade

Die Neufassung des § 133 SGB V entfaltet ihre Wirkung nicht in einem rechtlichen Vakuum. Sie trifft auf zwei weitere bundesrechtliche Regelungskomplexe, die im Bereich des Krankentransports mit Taxen und Mietwagen parallel anwendbar sind: das Personenbeförderungsgesetz und das Umsatzsteuerrecht. Der Entwurf adressiert diese Parallelregelungen nicht. Das ist nicht bloß eine redaktionelle Auslassung, sondern ein substantieller Regelungsdefekt, der die Wirksamkeit der geplanten Einsparungen im Krankentransportbereich unmittelbar in Frage stellt. Der VSPV stellt die Kollisionslage im Folgenden in ihrer vollständigen Kaskade dar.

1 Erste Kollisionsebene: § 51 Absatz 2 PBefG und die Auskömmlichkeitsprüfung

Im Taxi-Pflichtfahrbereich – also für Fahrten innerhalb des nach § 47 Absatz 1 PBefG festgelegten Pflichtfahrgebiets – unterliegt das Taxiunternehmen der Beförderungspflicht nach § 22 PBefG. Für diese Fahrten gelten grundsätzlich die von der Genehmigungsbehörde nach § 39 PBefG hoheitlich festgesetzten Tarife. Abweichende Vergütungsvereinbarungen zwischen Großkunden – zu denen auch die Krankenkassen gehören – und dem Taxigewerbe sind nur im Wege der Sondervereinbarung nach § 51 Absatz 2 PBefG zulässig. Sie bedürfen der Zustimmung der Genehmigungsbehörde.

Die Genehmigung einer Sondervereinbarung setzt eine eigenständige aufsichtsrechtliche Prüfung voraus. Der Prüfungsmaßstab ergibt sich aus § 51 Absatz 2 Satz 3 PBefG in Verbindung mit § 39 Absatz 2 PBefG: Die Sondervereinbarung muss „mit dem öffentlichen Verkehrsinteresse und der Kostenentwicklung vereinbar“ sein, insbesondere darf sie „die Sicherung einer ausreichenden Bedienung der Bevölkerung mit Leistungen des Taxiverkehrs nicht gefährden“. Der genehmigungsrechtliche Maßstab verlangt nach etablierter verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung, dass die vereinbarte Vergütung **kostendeckend**



VSPV

Der Mobilitätsverband

und auskömmlich ist (vgl. etwa OVG NRW, Urteil vom 19. Oktober 2011 – 13 A 1716/10; BVerwG, Urteil vom 17. April 1970 – VII C 19.69). Eine Sondervereinbarung, die die Kosten der Leistungserbringung im Durchschnitt nicht deckt, ist nicht genehmigungsfähig – nicht weil dies privatrechtlich unzulässig wäre, sondern weil der öffentliche Versorgungsauftrag des Taxigewerbes durch eine strukturelle Unterdeckung des Pflichtfahrbereichs gefährdet wäre.

Dieser aufsichtsrechtliche Maßstab ist ein **eigenständiges personenbeförderungsrechtliches Gütesiegel**. Er leitet sich nicht aus sozialversicherungsrechtlichen Erwägungen ab, sondern aus der Funktionsfähigkeit des Taxigewerbes als Teil der öffentlichen Personenverkehrsinfrastruktur. Er steht dem sozialversicherungsrechtlichen Grundsatz der Beitragsatzstabilität in § 71 SGB V nicht nach, sondern gleichrangig gegenüber. Beide Regelungskomplexe sind Bundesrecht, beide verfolgen legitime öffentliche Zwecke, und beide enthalten zwingende Prüfungsmaßstäbe für die Vertragsgestaltung im gleichen Sachverhalt.

Die Folge ist ein **Normenkonflikt zwischen gleichrangigem Bundesrecht**. Die SGB V-Regelung in der Neufassung des § 133 verlangt von der Krankenkasse, die Vergütung an die Grundlohnrate zu binden. Die PBefG-Regelung verlangt von der Genehmigungsbehörde, die Sondervereinbarung nur zu genehmigen, wenn die Vergütung kostendeckend ist. In einer Kostenentwicklung, in der die tatsächliche Kostenentwicklung des Taxigewerbes die Grundlohnrate übersteigt – wie sie für die Jahre 2027 bis 2029 durch den Prozentpunkt-Abschlag programmatisch unterstellt wird –, sind diese beiden Anforderungen nicht gleichzeitig erfüllbar.

Weder Lex-specialis- noch Lex-posterior-Grundsätze lösen diesen Konflikt auf. Lex specialis scheitert daran, dass beide Normen an ihrer jeweiligen Seite speziell sind – das PBefG regelt speziell die Tarifgestaltung im Personenbeförderungsgewerbe, das SGB V regelt speziell die Finanzierung von Krankentransportleistungen. Keine der beiden Regelungen ist spezieller als die andere; sie regeln denselben Sachverhalt aus unterschiedlichen, jeweils berechtigten Perspektiven. Lex posterior greift nicht, weil der Bundesgesetzgeber den Konflikt erkennbar nicht auflösen wollte – die Entwurfsbegründung adressiert ihn nicht einmal. Ohne ausdrückliche Derogationsnorm muss von der parallelen Geltung beider Maßstäbe ausgegangen werden. **Die höhere Hürde entscheidet.**

Da die PBefG-Hürde (Auskömmlichkeit auf Basis der tatsächlichen Kostenentwicklung des Taxigewerbes) sektorspezifisch höher liegt als die SGB V-Hürde (Grundlohnrate minus 1 Prozentpunkt bis 2029), ergibt sich für den Taxi-Pflichtfahrbereich eine eindeutige Rechtsfolge: Eine nach SGB V-Maßstab gedeckelte Vergütung, die den PBefG-Maßstab unterschreitet, ist **personenbeförderungsrechtlich nicht genehmigungsfähig**. Die Sondervereinbarung kommt ohne behördliche Genehmigung nicht zur Entstehung. Die Kasse mag sie einseitig über eine Festbetragsfestsetzung nach § 133 Absatz 2 SGB V n.F. durchsetzen wollen – die personenbeförderungsrechtliche Sondervereinbarung selbst existiert mangels Genehmigung nicht, und der Taxiunternehmer ist bei Kassenfahrten nicht an sie gebunden.



VSPV

Der Mobilitätsverband

Die praktische Folge ist, dass der Taxiunternehmer bei Kassenfahrten im Pflichtfahrbereich zum **vollen hoheitlich festgesetzten Taxitarif abzurechnen hat**, weil eine untertarifliche Sondervereinbarung rechtlich nicht besteht. Die Kasse hat dann über das SGB V einen Festbetrag gesetzt, der den Zahlungsanspruch des Unternehmers aus PBefG und Taxitarif nicht berühren kann. Die Differenz zwischen Kassenfestbetrag und Taxitarif muss entweder von der Kasse als zusätzliche Sachleistung getragen werden, oder die Kasse verzichtet auf den Vertrag – mit der Folge, dass sie nach § 60 SGB V ohnehin die Fahrtkosten zum vollen Taxitarif zu erstatten hat. In keinem denkbaren Szenario realisiert die Kasse die im Entwurf unterstellte Einsparung.

Die SGB V-Regelung läuft im Taxi-Pflichtfahrbereich faktisch leer, solange das PBefG nicht parallel geändert wird. Das ist der zentrale Befund der ersten Kollisionsebene.

2 Zweite Kollisionsebene: § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG und der Wegfall des umsatzsteuerlichen Referenzgerüsts

Die Kollision mit dem PBefG führt in einer zweiten Ordnung zu einer umsatzsteuerlichen Kaskadenwirkung, die den Mietwagenbereich betrifft und die der Entwurf an keiner Stelle thematisiert.

Der ermäßigte Umsatzsteuersatz von 7 Prozent nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG gilt für die Beförderung von Personen im Verkehr mit Taxen. Für Krankenfahrten mit Mietwagen gilt er nicht unmittelbar – Mietwagen-Krankenfahrten unterliegen an sich dem Regelsteuersatz von 19 Prozent. Der Bundesfinanzhof hat jedoch in seinem Urteil vom 2. Juli 2014 – V R 55/09 – unter Berücksichtigung des vorangegangenen EuGH-Urteils in den verbundenen Rechtssachen Pro Med Logistik und Pongratz (EuGH, Urteil vom 27. Februar 2014 – C-454/12 und C-455/12) entschieden, dass auch Krankenfahrten mit Mietwagen dem ermäßigten Steuersatz unterliegen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Der Bundesfinanzhof (BFH) hat die Voraussetzungen in der Finanzverwaltungspraxis über Abschnitt 12.13 Absatz 10 des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses (UStAE) konkretisiert.

Die dort festgelegte zentrale Voraussetzung lautet: Der ermäßigte Steuersatz auf Mietwagen-Krankenfahrten setzt eine mit dem Krankenträger geschlossene Vergütungsvereinbarung voraus, die **inhaltsgleich mit der für Taxen geltenden Vereinbarung** ist. Die Gleichheit der Vertragsbedingungen ist das konstitutive Tatbestandsmerkmal der steuerlichen Gleichbehandlung. Sie rechtfertigt sich aus dem unionsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz: Wenn Taxi- und Mietwagenleistungen gegenüber dem Sozialleistungsträger zu identischen Bedingungen erbracht werden, darf der Mitgliedstaat sie umsatzsteuerlich nicht ungleich behandeln.

Die Rechtsfolge dieser Konstruktion für den Fall, dass keine Taxi-Sondervereinbarung existiert, ist zwingend: **Ohne Taxi-Referenzvertrag fehlt dem Mietwagenvertrag das Gegenstück, mit dem er inhaltsgleich sein könnte.** Die Voraussetzung des § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG in



VSPV

Der Mobilitätsverband

der BFH-Auslegung ist nicht erfüllt. Der Mietwagenvertrag fällt umsatzsteuerlich in den Regelsteuersatz von 19 Prozent zurück. Die Differenz von zwölf Prozentpunkten schlägt im Preisgefüge durch.

Verknüpft man diese umsatzsteuerliche Rechtsfolge mit der auf der ersten Kollisionsebene festgestellten Rechtsfolge, ergibt sich eine vollständige Kaskade: Die Kasse versucht, die Taxi-Sondervereinbarung unter das Grundlohnraten-minus-1-Prozent-Regime zu zwingen. Die Genehmigungsbehörde verweigert die Genehmigung wegen PBefG-rechtlicher Unauskömmlichkeit, oder die Taxiunternehmer verweigern den Abschluss, weil die vereinbarte Vergütung ihre wirtschaftliche Existenz gefährdet. Die Taxi-Sondervereinbarung existiert nicht mehr. Damit entfällt das Referenzgerüst für die umsatzsteuerliche Gleichbehandlung der Mietwagen-Krankenfahrten. Die Mietwagen-Krankenfahrten unterliegen dem Regelsteuersatz. Die Differenz von zwölf Prozentpunkten wandert – je nach vertraglicher Gestaltung – entweder zur Krankenkasse als Preiserhöhung oder in die Margenvernichtung des Leistungserbringers. In der Praxis der § 133-Verträge überwiegen Bruttopreisvereinbarungen; die Kasse trägt damit in den meisten Fällen die zusätzliche Umsatzsteuer.

Der Effekt ist fiskalisch grotesk. Der Entwurf verspricht Einsparungen bei der GKV durch Vergütungsdeckelung. Die Kaskadenfolge ist, dass die Kassen im Mietwagenbereich zusätzliche Umsatzsteuer an den Bund abführen müssen. Der Bund spart bei der GKV, kassiert dafür zusätzliche Umsatzsteuer – und die Kasse zahlt die Mehrkosten an die Finanzverwaltung, mit der sie haushaltsrechtlich nicht konsolidiert ist. Aus gesamtstaatlicher Sicht handelt es sich im besten Fall um ein Nullsummenspiel mit Bürokratiezuschlag, im schlechtesten Fall um eine verdeckte Verlagerung von GKV-Mitteln in den allgemeinen Steuerhaushalt.

3 Die zuständigkeitsrechtliche Dimension der umsatzsteuerlichen Kollision

Die umsatzsteuerliche Kaskade ist nicht nur fiskalisch problematisch, sondern auch ressortrechtlich aufschlussreich. Die Umsatzsteuer liegt in der Zuständigkeit des Bundesministeriums der Finanzen. Der UStAE ist eine BMF-Verwaltungsanweisung, die an die europarechtlichen Vorgaben der Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie (Richtlinie 2006/112/EG) und an die darauf bezogene EuGH-Rechtsprechung gebunden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann mit einem SGB V-Gesetz die umsatzsteuerlichen Folgen seiner Regelungen **nicht selbst steuern**.

Eine Anpassung, die die umsatzsteuerliche Gleichbehandlung trotz Wegfall der Taxi-Sondervereinbarung aufrechterhalte, wäre auf zwei Wegen denkbar. Zum einen über eine Änderung des UStAE durch das BMF – eine solche Änderung wäre jedoch an die EuGH-Rechtsprechung gebunden und würde bei ausreichender Abweichung neue Klagen provozieren. Eine Pro-Med-Logistik-II-Konstellation ist absehbar. Zum anderen über eine gesetzliche Änderung des § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG selbst – mit offensichtlichen



VSPV

Der Mobilitätsverband

Ausstrahlungswirkungen auf den gesamten ÖPNV-Kontext. Beides ist im vorliegenden Entwurf nicht vorgesehen und auch nicht in der Begründung angedeutet.

Mit anderen Worten: Das BMG produziert mit seinem Kostendämpfungsentwurf eine fiskalische Nebenwirkung, die nur das BMF korrigieren könnte. Die Ressortabstimmung hat diesen Punkt im gegenwärtigen Stand des Entwurfs nicht erfasst. Für ein Gesetz mit dem behaupteten Entlastungsvolumen von 42,8 Milliarden Euro jährlich ist das ein substantielles Defizit, das im weiteren Verfahren zwingend adressiert werden muss.

4 Gesamtergebnis der Kollisionsanalyse

Die Kollisionsanalyse ergibt ein klares Bild. Der Entwurf will etwas regeln, was er rechtstechnisch nicht regeln kann. Er beansprucht Einsparungen bei Krankenfahrten, die im Taxi-Pflichtfahrbereich wegen der Kollision mit dem PBefG nicht realisierbar sind, solange das Personenbeförderungsgesetz nicht parallel geändert wird. Er erzeugt im Mietwagenbereich umsatzsteuerliche Kaskadenfolgen, die die behauptete GKV-Entlastung fiskalisch konterkarieren.

Die Einsparerwartung des Entwurfs im Bereich Krankentransport – 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 – ist damit empirisch unplausibel und rechtstechnisch nicht unterlegt. Sie beruht auf der nicht ausgesprochenen, aber in der Sache erforderlichen Annahme, dass das PBefG die Grundlohnratenbindung passieren lässt und dass das UStG die Kaskadenfolge nicht auslöst. Beide Annahmen sind unzutreffend.

Der VSPV fordert daher die **grundlegende Überarbeitung der Neufassung des § 133 SGB V** im Lichte dieser Kollisionsanalyse. Entweder wird die SGB V-Regelung im Einklang mit den parallelen Normlagen in PBefG und UStG entwickelt – was voraussetzt, dass das BMV und das BMF in die Gesetzgebungsarbeit eingebunden werden und die Folgewirkungen in einer ressortübergreifenden Gesamtbewertung adressiert werden – oder die Einsparerwartung im Krankentransportbereich ist aus der Haushaltsrechnung des Entwurfs zu streichen. Ein drittes Szenario – die Verabschiedung der Regelung in der jetzigen Form – ist rechtspolitisch nicht vertretbar und würde einen bundesrechtlichen Regelungsdefekt von erheblicher praktischer Tragweite produzieren.

III Dogmatische Inkonsistenzen des Grundlohnraten-Regimes

Über die rechtstechnischen Kollisionen der Neufassung des § 133 SGB V mit PBefG und UStG hinaus leidet der Entwurf an dogmatischen Inkonsistenzen im Kern des Grundlohnraten-Regimes selbst. Der VSPV weist auf drei dieser Inkonsistenzen hin, die für die Bewertung der Vergütungsdeckelung im Krankentransportbereich unmittelbar tragend sind und die zugleich den Charakter des Entwurfs als asymmetrisch konstruierte Lastenverteilung offenlegen.



VSPV

Der Mobilitätsverband

1 Der Prozentpunkt-Abschlag – die systematische Selbstaufhebung des Bezugssystems

Der Entwurf reduziert die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt (Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b des Entwurfs). Die Begründung für diesen Abschlag ist bemerkenswert offen formuliert: „Da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird, erfolgt für die Jahre 2027 bis 2029 zudem ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt" (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 25).

Der Gesetzgeber räumt hier – in der eigenen Begründung – ein, was systematisch nicht eingestanden werden dürfte: Die Grundlohnrate, die als Obergrenze für die Vergütungsanpassungen im gesamten Gesundheitswesen dient, spiegelt die tatsächliche Einnahmenentwicklung der Krankenkassen **nicht zutreffend wider**. Sie überzeichnet sie.

Wenn diese Diagnose zutrifft – und der VSPV hat keinen Anlass, sie in Zweifel zu ziehen –, dann ist die systematisch gebotene Konsequenz eine **Überprüfung der Einnahmenbasis der GKV** oder eine Korrektur der Berechnungsformel für die Grundlohnrate. Die Einnahmenseite der GKV leidet unter strukturellen Schwächen – der chronischen Unterdeckung der Bundesbeteiligung nach § 232a SGB V, der einseitigen Belastung des Faktors Arbeit, dem Abfluss von PKV-wechselfähigen Beitragszahlern oberhalb der Versicherungspflichtgrenze –, die im Entwurf an keiner Stelle adressiert werden. Wenn die Grundlohnrate die Einnahmenentwicklung der GKV überzeichnet, ist das ein Befund über die Einnahmen der GKV, nicht über die Vergütungen der Leistungserbringer.

Der Entwurf zieht jedoch die entgegengesetzte Konsequenz. Statt das gemeinsame Bezugssystem zu überprüfen, wird die Obergrenze für die Vergütungsanpassungen künstlich unter die Realentwicklung des Bezugssystems gedrückt. Das ist dogmatisch die **Selbstaufhebung der Einnahmenorientierung**. Die Grundlohnrate wird als Maßstab für die zulässige Vergütungsentwicklung eingeführt, weil sie die Einnahmenentwicklung abbilden soll – und im selben Atemzug wird sie um einen Prozentpunkt reduziert, weil sie die Einnahmenentwicklung zu hoch abbildet. Was bleibt, ist eine Obergrenze, deren Bezugspunkt verloren gegangen ist. Sie ist nicht mehr einnahmenorientiert im Sinne des § 71 SGB V, sondern ausgabenlimitierend im Sinne einer willkürlich festgelegten Sparvorgabe.

Für die Leistungserbringer im Krankentransportbereich bedeutet dies: Sie werden in drei Jahren an eine Vergütungsentwicklung gebunden, die nicht einmal die tatsächliche Einnahmenentwicklung der GKV abbildet. In einem Sektor, in dem die Kostenentwicklung durch Mindestlohndynamik, Energiepreise, Fahrzeug- und Versicherungskosten strukturell oberhalb der Lohnentwicklung der Gesamtwirtschaft liegt, ist das keine Anpassung an die Einnahmenentwicklung – es ist eine sektorale Substanzentziehung.



VSPV

Der Mobilitätsverband

2 Die BBG-Neutralisierung – die selektive Entkopplung vom Bezugssystem

Die zweite dogmatische Inkonsistenz betrifft die neue Regelung in § 71 Absatz 3 Satz 3 n.F. Dort wird angeordnet, dass die durchschnittliche Veränderungsrate für die Jahre 2028 und 2029 „ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt" wird (Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b des Entwurfs).

Der Hintergrund dieser Regelung ist, dass der Entwurf in § 223 Absatz 4 SGB V n.F. (Artikel 1 Nummer 61) eine einmalige außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 um 3.600 Euro – also 300 Euro pro Monat – einführt. Diese BBG-Anhebung führt zu Mehreinnahmen der GKV von rund 1,2 Milliarden Euro jährlich (Referentenentwurf, Begründung D.2.). Sie ist, im Verständnis des Entwurfs, ein Beitrag der Versicherten mit Einkommen oberhalb der bisherigen BBG zur Finanzierung der GKV.

Systematisch konsequent wäre, dass diese Mehreinnahmen in die Berechnung der Grundlohnrate einfließen. Die Grundlohnrate soll nach § 71 SGB V die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied abbilden. Eine BBG-Anhebung erhöht zwangsläufig die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und gehört daher in die Berechnungsgrundlage. Der Entwurf ordnet jedoch das genaue Gegenteil an: Die Wirkung der außerordentlichen BBG-Anhebung wird aus der Berechnung **herausgerechnet**.

Das hat eine klar asymmetrische Wirkung. Die Mehreinnahmen aus der BBG-Anhebung bleiben bei den Kassen und fließen in deren Finanzmasse ein. Die Bindung der Ausgabenentwicklung an diese zusätzliche Einnahmenkomponente wird jedoch gelöst. Die Kassen erhalten also die Einnahmen, ohne dass die daran gekoppelte Ausgabenobergrenze davon profitiert. Die Leistungserbringer müssen ihre Vergütung an eine Veränderungsrate anpassen, die bewusst unter der tatsächlichen Einnahmenentwicklung liegt.

Dies ist keine technische Feinheit, sondern eine **strukturelle Asymmetrie der Lastenverteilung**. Systemeigene Einnahmen der GKV werden in zwei verschiedene Körbe sortiert: Der eine Korb, der in die Kasse fließt, wird in die Berechnung der zulässigen Vergütungsobergrenze nicht einbezogen. Der andere Korb, der sich als allgemeine Lohnentwicklung manifestiert, wird einbezogen – abzüglich des Prozentpunkt-Abschlags. Das Ergebnis ist eine selektiv konstruierte Obergrenze, die immer dann besonders eng ausfällt, wenn die Einnahmenentwicklung der GKV vergleichsweise positiv verläuft.

Die Entwurfsbegründung liefert für diese selektive Neutralisierung keine systematische Rechtfertigung. Sie bemerkt lediglich, dass die BBG-Anhebung „nicht in die Berechnungsgrundlage für die Grundlohnrate einbezogen werden" soll, ohne dies dogmatisch zu begründen. Aus Sicht des VSPV ist diese Regelung mit dem inneren systematischen Zusammenhang von § 71 SGB V nicht vereinbar. Sie löst die Grundlohnrate von ihrem eigenen Berechnungsgegenstand – den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied – und verwandelt



VSPV

Der Mobilitätsverband

sie von einer Abbildungsgröße in eine politisch manipulierte Stellgröße. Damit verliert sie den systematischen Charakter, der ihre Verwendung als Obergrenze in den zahlreichen Verweisungsnormen der Entwurfsfassung – einschließlich § 133 Absatz 1 n.F. – überhaupt legitimiert.

3 Die Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne

Die dritte dogmatische Inkonsistenz betrifft das Verhältnis zwischen Obergrenze und sektoraler Kostenstruktur. Die Grundlohnrate wird als einheitliche Obergrenze für sämtliche Leistungsbereiche im Gesundheitswesen eingeführt. Die Entwurfsbegründung rechtfertigt dies mit dem Argument, die Vergütungs- und Preissteigerungen seien in den letzten fünf bis sieben Jahren in allen Bereichen des Gesundheitswesens „deutlich stärker“ gestiegen als in der Gesamtwirtschaft, weshalb eine Rückführung „auf ein Maß, das den Lohn- und Einkommenszuwachsen in der Gesamtwirtschaft entspricht“, erforderlich sei (Referentenentwurf, Begründung B. Wesentlicher Inhalt).

Diese Argumentation ist für den Bereich des Krankentransports empirisch nicht zutreffend. Der Sektor ist durch eine Kostenstruktur gekennzeichnet, die **systematisch oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung** liegt und deren Dynamik sich nicht durch betriebliche Effizienzreserven auffangen lässt.

Der Personalkostenanteil im Taxi- und Mietwagengewerbe beträgt bei gewerblicher Beschäftigung typischerweise 50 bis 60 Prozent der Umsätze. Diese Personalkosten unterliegen dem gesetzlichen Mindestlohn, der seit Einführung im Jahr 2015 von 8,50 Euro auf aktuell 13,90 Euro zum 1. Januar 2026 gestiegen ist – eine kumulierte Steigerung von rund 64 Prozent in elf Jahren, weit oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung. Zum 1. Januar 2027 steigt der Mindestlohn auf 14,60 Euro – eine weitere Erhöhung um rund 5 Prozent, die mit dem Inkrafttreten der hier in Rede stehenden SGB V-Regelungen zeitlich zusammenfällt. Jede Mindestloohnerhöhung wirkt im Taxigewerbe nicht nur auf die Mindestlohnfahrer, sondern auf das gesamte Lohngefüge, weil die Lohndifferenzierung zwischen unterschiedlichen Qualifikationsgruppen in einem überwiegend Mindestlohnsektor zwangsläufig mitwachsen muss.

Der Energiekostenanteil ist durch die Kraftstoffpreisentwicklung und den CO₂-Preis nach BEHG strukturell dynamisch nach oben gerichtet. Der CO₂-Preis steigt planmäßig von 45 Euro pro Tonne im Jahr 2024 auf 55 bis 65 Euro ab 2026, anschließend in die Preisbildung am freien Markt. Für einen Sektor mit einem Fahrzeugbestand, der überwiegend aus Verbrennern besteht, sind diese Steigerungen nicht durch technische Substitution kurzfristig abzufedern – die Umstellung auf E-Fahrzeuge scheitert an der Ladeinfrastruktur für den Taxibetrieb und an den Anschaffungskosten.

Für den qualifizierten Krankentransport und den privaten Rettungsdienst stellt sich die Kostensituation noch ungünstiger dar. Krankentransportwagen und Rettungsfahrzeuge



VSPV

Der Mobilitätsverband

unterliegen gegenüber dem Standardfahrzeug des Taxigewerbes erheblich höheren Anforderungen an Ausstattung, Wartung und Zertifizierung; die Fahrzeugkosten liegen je nach Ausstattungsklasse um ein Vielfaches über dem Vergleichswert eines Taxifahrzeugs. Die Besatzungskosten sind durch die Qualifikationsanforderungen an das medizinische Personal – Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, Notfallsanitäter – strukturell oberhalb des Mindestlohniveaus verankert und unterliegen eigenen tariflichen Dynamiken, die von der allgemeinen Lohnentwicklung abweichen. Hinzu treten Vorhaltekosten für Bereitschaftsdienste, die auch dann anfallen, wenn kein Einsatz stattfindet, sowie laufende Kosten für medizinisches Verbrauchsmaterial, Defibrillatorwartung und Fahrzeugdesinfektion. Die Grundlohnrate bildet diese Kostenstruktur in keiner ihrer Komponenten sachgerecht ab. Der Prozentpunkt-Abschlag für die Jahre 2027 bis 2029 trifft diese Bereiche damit in derselben Schärfe wie das Taxi- und Mietwagengewerbe – ohne dass den Leistungserbringern hier auch nur die theoretische Möglichkeit verbleibt, durch Ausweichen auf andere Geschäftsfelder gegenzusteuern, da der Rettungsdienst und der qualifizierte Krankentransport als Zweckbetriebe noch enger an ihre Leistungsstruktur gebunden sind als das Taxigewerbe an seine Gewerbebindung nach dem PBefG.

Die Fahrzeugkosten sind durch die Preisentwicklung bei Neuwagen seit 2020 um rund 30 bis 40 Prozent gestiegen, je nach Fahrzeugsegment. Die Versicherungsprämien für gewerbliche Taxi- und Mietwagenversicherungen haben in den letzten fünf Jahren kumuliert Steigerungen zwischen 40 und 60 Prozent erfahren – weit oberhalb der allgemeinen Versicherungspreisentwicklung –, bedingt durch die Schadensentwicklung in einem mittlerweile hoch risikogeprüften Segment.

Die Summe dieser Kostentreiber führt dazu, dass die tatsächliche Kostenentwicklung im Taxi- und Mietwagengewerbe in den letzten Jahren kumuliert zwischen 25 und 35 Prozent betragen hat, während die Grundlohnrate in demselben Zeitraum bei kumuliert rund 15 Prozent lag. Die Vergütungen im Krankentransportbereich haben diese Kostenentwicklung in vielen Regionen nicht nachvollzogen; die Margen sind bereits heute historisch eng.

Die einheitliche Bindung an die Grundlohnrate – unter zusätzlicher Reduktion um einen Prozentpunkt – ist in diesem Kontext keine Anpassung der Vergütung an die Kostenentwicklung, sondern eine **systematische Substanzentziehung**. Die Entwurfsbegründung erkennt dieses Problem nicht nur nicht an, sondern wiederholt die pauschale Behauptung überdurchschnittlicher Vergütungssteigerungen als tatsächliche Grundlage der Regelung, ohne sie für die einzelnen Leistungsbereiche empirisch zu unterlegen.

Das verfassungsrechtlich zu prüfende Verhältnis zwischen gesetzgeberischem Ziel (Beitragssatzstabilität) und Mittel (Vergütungsdeckelung) verlangt die **Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne**. Eine sektorale Belastung, die die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Frage stellt, ist nicht durch das Ziel der Beitragssatzstabilität gerechtfertigt – jedenfalls nicht ohne flankierende Schutzmechanismen, die die sektorspezifische Kostenstruktur



VSPV

Der Mobilitätsverband

berücksichtigen. Der Entwurf sieht solche Schutzmechanismen nicht vor. Die bisherige Korrekturmöglichkeit über das Auskömmlichkeitsgebot in der Rechtsprechung des BSG wird durch die Umformulierung des § 71 zu einer „verbindlichen materiellen Grenze“ rechtspolitisch entwertet.

Für den Krankentransportbereich ist das ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz, der im Hauptverfahren zu klären sein wird, wenn der Entwurf in seiner jetzigen Fassung Gesetz werden sollte. Die VSPV behält sich ausdrücklich vor, diesen Weg zu beschreiten, und sieht mit Sorge, dass der Gesetzgeber offenbar bereit ist, Rechtsstreitigkeiten dieser Dimension in Kauf zu nehmen, um eine Einsparwirkung zu erzielen, die aus den in Abschnitt C.II dargelegten Gründen empirisch nicht realisierbar ist.

IV Konsequenzen der Inkohärenzen

Die Analyse in den Abschnitten C.I bis C.III ergibt ein geschlossenes Bild: Die Neufassung des § 133 SGB V ist in ihrer jetzigen Gestalt rechtstechnisch unvollständig, dogmatisch inkonsistent und in ihren praktischen Folgen widersprüchlich. Der VSPV fasst die Konsequenzen dieser Inkohärenzen in vier Befunden zusammen.

1 Faktische Leerlaufgefahr der Regelung im Pflichtfahrbereich

Die in Abschnitt C.II.1 dargestellte Kollision mit § 51 Absatz 2 PBefG führt dazu, dass die Grundlohnratenbindung im Taxi-Pflichtfahrbereich keine wirksame Geltung entfalten kann. Die Sondervereinbarung, die die Kasse mit dem Taxiunternehmer schließen müsste, um eine von den hoheitlich festgesetzten Tarifen nach § 39 PBefG abweichende Vergütung zu vereinbaren, unterliegt der personenbeförderungsrechtlichen Genehmigungspflicht nach § 51 Absatz 2 PBefG. Die Genehmigungsbehörde prüft eigenständig, ob die vereinbarte Vergütung mit dem öffentlichen Verkehrsinteresse und der Kostenentwicklung vereinbar ist und die Sicherung einer ausreichenden Bedienung der Bevölkerung mit Leistungen des Taxiverkehrs nicht gefährdet.

Wo die Genehmigungsbehörde die Sondervereinbarung wegen Unauskömmlichkeit nicht genehmigt – oder wo die Taxiunternehmer den Abschluss einer solchen Vereinbarung verweigern, weil deren Vergütungshöhe ihre wirtschaftliche Existenz gefährden würde –, verbleibt der Zahlungsanspruch des Unternehmers bei Kassenfahrten beim vollen hoheitlich festgesetzten Taxitarif. Die Kasse kann dieser Rechtslage nicht entkommen. Sie kann den Leistungserbringer nicht zu einer nicht genehmigungsfähigen Vereinbarung zwingen. Sie kann die Genehmigungsbehörde nicht zur Genehmigung veranlassen, weil diese an ihren eigenen Prüfungsmaßstab gebunden ist. Sie kann die Fahrt auch nicht verweigern, weil sie nach § 60 SGB V zur Kostenerstattung verpflichtet ist, wenn die Krankenfahrt medizinisch notwendig ist. Das Ergebnis ist, dass die Kasse entweder die volle tarifliche Vergütung tragen oder die Versicherten in die Erstattungsschiene nach § 60 SGB V verweisen muss – mit der



VSPV

Der Mobilitätsverband

bürokratischen Folge, dass die Versicherten in Vorleistung treten und anschließend die Erstattung bei der Kasse beantragen.

Die durch den Entwurf erwarteten Einsparungen im Taxi-Pflichtfahrbereich werden unter diesen Bedingungen nicht realisiert. Sie sind, in der Terminologie der Haushaltsrechnung, **eine Scheinersparnis**, die sich in der Umsetzung auflöst.

2 Verlust der umsatzsteuerlichen Gleichbehandlung im Mietwagenbereich

Die in C.II dargestellte zweite Kollisionsebene – der Wegfall des umsatzsteuerlichen Referenzgerüsts nach Abschnitt 12.13 Absatz 10 UStAE – betrifft den Mietwagenbereich. Wenn die Taxi-Sondereinbarung aus den genannten Gründen nicht mehr zustande kommt oder in einer Fassung existiert, die PBefG-rechtlich nicht tragfähig ist, fehlt dem Mietwagenvertrag die inhaltsgleiche Taxi-Referenz, die Voraussetzung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes ist.

Die Folge ist der Rückfall der Mietwagen-Krankenfahrten in den Regelsteuersatz von 19 Prozent. Die Differenz von zwölf Prozentpunkten belastet – bei den in der Praxis überwiegenden Bruttopreisvereinbarungen – die Krankenkassen. Diese fiskalische Belastung steht den beabsichtigten GKV-Einsparungen unmittelbar entgegen. Der gesamtstaatliche Nettoeffekt hängt von der Mengenverteilung zwischen Taxi- und Mietwagenkrankenfahrten ab; er ist jedoch in keinem plausiblen Szenario positiv in der Größenordnung, die der Entwurf unterstellt.

Hinzu kommt ein zweiter, strukturell bedeutsamer Effekt: Der Rückfall in den Regelsteuersatz macht die Mietwagen-Krankenfahrten im Verhältnis zu den Taxi-Krankenfahrten wirtschaftlich unattraktiver. Da das Mietwagengewerbe insbesondere im strukturschwachen ländlichen Raum eine erhebliche Rolle in der Versorgung mit Krankenfahrten spielt, ist mit einem **Rückzug von Mietwagenanbietern aus dem Krankentransportsegment** zu rechnen. Die Versorgungssicherheit, die § 133 Absatz 1 Satz 3 n.F. als Berücksichtigungsbelang vorsieht, wird durch die vom Entwurf selbst ausgelöste Kaskade konkret gefährdet.

3 Gefährdung der flächendeckenden Versorgungssicherung

Aus den Befunden 1 und 2 folgt ein dritter, versorgungspolitisch zentraler Befund. Der Krankentransport im ländlichen Raum – also in jenen Gebieten, in denen öffentliche Verkehrsmittel für Menschen mit eingeschränkter Mobilität nicht oder nur unzureichend nutzbar sind – ist strukturell auf das Taxi- und Mietwagengewerbe angewiesen. Rettungsdienste können die medizinisch nicht notwendigen Krankentransporte nicht übernehmen; ihre Kapazitäten sind auf die Notfallrettung ausgerichtet.



VSPV

Der Mobilitätsverband

Wenn die Neufassung des § 133 SGB V dazu führt, dass die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Krankenfahrten für Taxi- und Mietwagenunternehmer unter die Schwelle der Auskömmlichkeit sinkt, werden Unternehmer in der Breite des Gelegenheitsverkehrs-Marktes aus diesem Segment aussteigen. Die Konsequenzen sind unmittelbar absehbar: Wartezeiten steigen. Versorgungslücken entstehen in den weniger dicht besiedelten Gebieten zuerst. Patienten weichen auf teurere Alternativen aus (Rettungsdienst, Taxi zum Vollen Tarif mit Eigenanteil). Die Kassen erstatten nach § 60 SGB V im Einzelfall, ohne dass sie über Vertragsvereinbarungen Mengen- oder Preisgestaltung betreiben können.

Der systemische Effekt ist eine **Verteuerung und Verschlechterung der Versorgung bei gleichzeitig verfehlter Einsparwirkung**. Das ist das Gegenteil dessen, was der Entwurf zu erreichen beansprucht.

4 Empirische Unplausibilität der Einsparschätzung

Die Einsparerwartung des Entwurfs im § 133-Bereich – 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 – beruht, wie in C.II ausgeführt, auf nicht ausgesprochenen Annahmen, die empirisch und rechtstechnisch nicht tragen. Sie setzt voraus, dass die PBefG-Hürde passiert wird (wird sie nicht), dass die UStG-Kaskade nicht auftritt (sie wird es), und dass die Versorgungssicherung aufrechterhalten bleibt (sie wird durch die Regelung selbst erheblich gefährdet).

Die Einsparerwartung ist damit **eine Annahme ohne realistische Grundlage**. Sie taugt nicht als Posten der Haushaltsrechnung, die dem Entwurf zugrunde liegt. Der Ausfall dieser Einsparposition – 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 – ist im Vergleich zum Gesamtentlastungsvolumen des Entwurfs in der Größenordnung von 40 Milliarden Euro zwar relativ begrenzt, in absoluten Zahlen aber erheblich. Er erschüttert die Belastbarkeit der Gesamtrechnung, weil er die Annahme widerlegt, dass die im Entwurf unterstellten Umsetzungsmechanismen in allen Sektoren funktionieren. Wenn sie im Krankentransportbereich nicht funktionieren, ist die Frage berechtigt, in welchen weiteren Sektoren ähnliche rechtstechnische Mängel die Einsparerwartung unterminieren.

5 Schlussfolgerung aus der Kollisionsanalyse

Der VSPV sieht in den dargestellten Inkohärenzen einen hinreichenden Grund, die Neufassung des § 133 SGB V in der vorliegenden Form abzulehnen. Eine sachgerechte Lösung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

Erstens: Die Bindung an § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V wird um eine ausdrückliche Schutzklausel für die PBefG-rechtliche Auskömmlichkeitsprüfung ergänzt. Im Taxi-Pflichtfahrbereich darf die kassenseitige Obergrenze den Maßstab der personenbeförderungsrechtlichen Genehmigungsfähigkeit nicht unterschreiten.



VSPV

Der Mobilitätsverband

Zweitens: Das Bundesministerium für Verkehr wird in die Ressortabstimmung einbezogen. Die Frage, ob das Personenbeförderungsgesetz zur Flankierung der SGB V-Regelung angepasst werden muss – und wenn ja, wie diese Anpassung im Einklang mit den Grundsätzen des Gewerbe- und Tarifrechts erfolgen kann –, wird in einer ressortübergreifenden Gesamtbewertung adressiert.

Drittens: Das Bundesministerium der Finanzen wird in die Ressortabstimmung einbezogen. Die umsatzsteuerliche Kaskadenwirkung wird in einer abgestimmten Bewertung des fiskalischen Nettoeffekts geprüft. Gegebenenfalls erforderliche Anpassungen des UStAE werden vor Verabschiedung des Gesetzes vorgenommen.

Viertens: Die Pflicht zur Festbetragsfestsetzung in § 133 Absatz 2 n.F. wird zurückgenommen, jedenfalls insoweit, als sie die kommunale Tarifoheit im Taxibereich berührt. Die bisherige Kann-Regelung – mit Ermessensspielraum und Abwägung im Einzelfall – ist rechtlich tragfähig und praktisch handhabbar.

Fünftens: Der Prozentpunkt-Abschlag auf die Grundlohnrate und die BBG-Neutralisierung werden aus dogmatischen Gründen aufgegeben. Die Einnahmenorientierung der Ausgabenpolitik kann nur dann als systematisches Prinzip tragen, wenn sie konsequent durchgehalten wird – nicht, wenn sie in den einzelnen Regelungselementen zugunsten der Kassenseite selektiv aufgehoben wird.

Eine solche Überarbeitung würde den Entwurf rechtstechnisch tragfähig machen, ohne sein zentrales Anliegen – die Stabilisierung der Beitragssätze – aufzugeben. Der VSPV ist bereit, an einer entsprechenden Überarbeitung konstruktiv mitzuwirken, und bietet dem Bundesministerium für Gesundheit den fachlichen Austausch über die im Folgenden in Abschnitt D dargestellten strukturellen Alternativmaßnahmen an, die das Ziel der Beitragssatzstabilität mit erheblich größerer fiskalischer Wirkung und ohne die dargestellten Normkollisionen erreichen.

D. Alternative Maßnahmen – der bessere Weg

Die kritische Analyse in Abschnitt C hat gezeigt, dass der Referentenentwurf in seiner zentralen Regelung zu § 133 SGB V rechtstechnisch unvollständig und rechtspolitisch einseitig ist. Der VSPV beschränkt sich jedoch nicht auf Kritik. Er legt drei strukturelle Alternativmaßnahmen vor, die das erklärte Ziel des Entwurfs – die Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – mit erheblich größerer fiskalischer Wirkung, in verfassungssystematisch kohärenter Architektur und ohne die im Entwurf angelegten Normkollisionen erreichen können.

Die drei Maßnahmen – die kostendeckende Bundesbeteiligung für Transferleistungsempfänger, die Konsolidierung der Kassenstruktur und die Rückführung der GKV auf das Äquivalenzprinzip – sind nicht alternativ zueinander zu verstehen. Sie ergänzen

Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.

Benninghofer Str. 152, 44269 Dortmund

Vereinsregister Dortmund, VR 3301

1. Vorsitzender: Jörg Füchtenschnieder, 2. Vorsitzender: Rainer Nee, Geschäftsführer: Sascha Waltemate

Hauptstadtbüro: VSPV, Pariser Platz 6A, 10117 Berlin



VSPV

Der Mobilitätsverband

sich wechselseitig und bilden zusammen ein kohärentes Reformpaket, das die strukturellen Ursachen der GKV-Finanzkrise an ihrer Wurzel adressiert, statt ihre Folgen auf die Leistungserbringer abzuladen. Dies ist der entscheidende Unterschied zum Ansatz des Referentenentwurfs: Während dieser die Symptome bekämpft, setzen die hier vorgeschlagenen Maßnahmen an den Ursachen an.

I Kostendeckende Bundesbeteiligung für Bürgergeld- und sonstige Transferleistungsempfänger

1 Empirischer Befund

Die pauschale Beitragszahlung des Bundes nach § 232a SGB V für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld deckt die tatsächlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Versichertengruppe seit Jahren nicht ab. Der empirische Befund ist belegt und wird in der Fachöffentlichkeit nicht mehr bestritten.

Das IGES-Institut hat in einem Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes vom Mai 2024 auf Basis der Daten für das Jahr 2022 eine Unterdeckung von rund **9,2 Milliarden Euro** ermittelt. Die Deckungsquote betrug lediglich 39 Prozent: Den Leistungsausgaben stand mit der gezahlten Monatspauschale von 108,48 Euro je Bürgergeldbeziehendem nur ein Bruchteil der tatsächlichen Kosten gegenüber. Eine kostendeckende Pauschale hätte 311,45 Euro pro Monat betragen müssen (IGES-Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Pressekonferenz vom 24. Mai 2024). Das Gutachten aktualisiert ein Vorgängergutachten des IGES-Instituts aus dem Jahr 2016 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, das bereits damals eine Unterdeckung von rund 9,6 Milliarden Euro festgestellt hatte. Die Unterdeckung hat sich in den beiden letzten Jahren aufgrund der wachsenden Zahl der Leistungsbeziehenden voraussichtlich weiter erhöht.

Der Bundesrechnungshof hat diesen Befund in seinem Beratungsbericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 15. August 2025 „Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ausdrücklich aufgegriffen und festgestellt, dass kostendeckende Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger die finanzielle Situation der GKV erheblich entlasten würden. Auch die durch das Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Finanzkommission Gesundheit, deren Empfehlungen in über 80 Prozent der finanziellen Entlastungswirkung des vorliegenden Referentenentwurfs umgesetzt werden, hat die steuerfinanzierte Deckung versicherungsfremder Leistungen ausdrücklich empfohlen.

Die politische Dringlichkeit der Frage hat zuletzt zu deutlichen Bewegungen geführt. Der GKV-Spitzenverband hat im Dezember 2025 Klage vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gegen die Bundesrepublik Deutschland erhoben, um die kostendeckende Erstattung der Versicherungsleistungen für Bürgergeldbeziehende gerichtlich durchzusetzen. Der Bundesrat hat am 30. Januar 2026 in seiner 1061. Sitzung auf Initiative Baden-



VSPV

Der Mobilitätsverband

Württembergs einstimmig die EntschlieÙung „Solidarische Finanzierung der GKV und SPV – versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanzieren" (BR-Drucksache zu TOP 17) verabschiedet. Darin fordern die Länder die Bundesregierung ausdrücklich auf, versicherungsfremde Leistungen – namentlich die Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldbeziehende und die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige – vollständig aus Bundessteuermitteln zu finanzieren.

Die Dimension der Unterdeckung ist damit groÙer als die gesamte Deckungslücke der GKV für das Jahr 2027, die der Referentenentwurf mit rund 15 Milliarden Euro veranschlagt. Eine Anhebung der Beitragspauschale auf ein kostendeckendes Niveau würde den Finanzierungsbedarf der GKV für 2027 in groÙen Teilen decken – ohne jeden Eingriff in Vergütungsstrukturen, ohne Normkollision, ohne Belastung der Versicherten und ohne Leistungskürzungen.

2 Systematische Einordnung

Die Krankenversicherung von Burgergeldbeziehenden ist ihrem Charakter nach keine Versicherungsleistung der GKV-Solidargemeinschaft, sondern eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe**. Der Bund hat über das SGB II die Grundsicherung der betroffenen Personen übernommen. Die Sicherstellung ihrer Krankenversicherung ist integraler Bestandteil dieser Grundsicherung. Dass der Bund die hierfür notwendigen Mittel nicht vollständig aus dem Steuerhaushalt, sondern über die GKV-Beitragszahler finanziert, ist eine **stille Querfinanzierung des Bundeshaushalts durch die Sozialversicherung** – eine Konstruktion, die mit Blick auf die Abgrenzung von Beitrag und Steuer im Finanzverfassungsrecht (Art. 105 ff. GG) rechtspolitisch fragwürdig ist und an der grundlegende verfassungsrechtliche und finanzwissenschaftliche Einwände bestehen.

Der Vergleich mit anderen Personengruppen verdeutlicht die systematische Schieflage der gegenwärtigen Regelung. Für Sozialhilfebeziehende nach dem SGB XII übernehmen die Sozialhilfeträger, in der Regel die Kommunen, die Kosten der gesundheitlichen Versorgung vollständig. Für privatversicherte Bürgergeldbeziehende zahlt der Bund aus Steuermitteln einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von bis zu 421,77 Euro monatlich – also fast das Vierfache dessen, was die gesetzliche Krankenversicherung für die gleiche Personengruppe aus dem Bundeshaushalt erhält (Darstellung nach IGES-Gutachten 2024). Eine sachliche Rechtfertigung für diese unterschiedliche Behandlung ist nicht erkennbar.

Die Unterdeckung der Beitragspauschale ist damit keine bloÙe fiskalische Schieflage, sondern ein strukturelles Problem der Zuordnung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zwischen Bund und Sozialversicherung. Der Bund nutzt die GKV, um Haushaltsaufwendungen zu sparen, die ihrer Natur nach ihm zugeordnet sind. Die GKV-Beitragszahler – überwiegend abhängig Beschäftigte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze – tragen eine Finanzierungslast, die verteilungspolitisch in den progressiv finanzierten Steuerhaushalt gehört.



VSPV

Der Mobilitätsverband

3 Fiskalische Wirkung

Die fiskalische Wirkung einer Anhebung der Bundesbeteiligung auf ein kostendeckendes Niveau ist präzise berechenbar. Wenn die Pauschale so bemessen wird, dass sie die tatsächlichen durchschnittlichen Leistungsausgaben für die betroffene Versichertengruppe deckt – wie vom GKV-Spitzenverband und vom IGES-Institut vorgeschlagen, durch eine dynamische Kopplung an die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem dieser Personengruppe –, fließt der GKV jährlich ein zusätzlicher Betrag in der Größenordnung von rund 10 Milliarden Euro zu. Auf der Grundlage des IGES-Befundes von 2024 entspricht dies bei der im Referentenentwurf veranschlagten Deckungslücke für 2027 (15 Milliarden Euro) einer Quote von rund zwei Dritteln.

Zum Vergleich: Der Referentenentwurf veranschlagt für 2027 eine Gesamtentlastung von 19,6 Milliarden Euro, die aus einem komplexen Bündel von mehr als 60 Einzelmaßnahmen erwirtschaftet werden soll. Allein die Anhebung der Bundesbeteiligung würde mehr als die Hälfte dieses Entlastungsvolumens ersetzen – mit einer einzigen haushaltspolitischen Entscheidung, ohne gesetzestechnische Komplexität, ohne die in Abschnitt C dargestellten Normkollisionen, ohne Belastung der Leistungserbringer.

Der Einwand, die Anhebung belaste den Bundeshaushalt, verkennt den eigentlichen Sachverhalt. Die Belastung liegt bereits vor – sie wird lediglich über die GKV-Beiträge statt über den Steuerhaushalt finanziert. Die Anhebung ist keine Neubelastung des Bundeshaushalts, sondern die **Korrektur einer jahrzehntelangen verdeckten Finanzierung** des Bundes durch die Sozialversicherung. Sie stellt die systematisch sachgerechte Zuordnung von Beitrag und Steuer wieder her, die durch die bisherige Praxis untergraben worden ist.

4 Verteilungspolitische Wirkung

Die Anhebung der Bundesbeteiligung auf ein kostendeckendes Niveau hat zudem eine wesentliche verteilungspolitische Wirkung, die im Referentenentwurf nicht erreicht werden kann. Die Finanzierung über den Bundeshaushalt erfolgt aus Steuern, die auf einer breiten und progressiv gestalteten Basis erhoben werden – Einkommensteuer, Umsatzsteuer, Energiesteuer, Unternehmensteuern. Sie trägt damit der Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen in einer Weise Rechnung, die die Sozialversicherungsbeiträge ihrer Struktur nach nicht leisten können.

Die Finanzierung über GKV-Beiträge hingegen knüpft einkommensproportional an versicherungspflichtiges Arbeitsentgelt unterhalb der BBG an. Sie belastet überwiegend abhängig Beschäftigte mit mittleren Einkommen, während Selbständige oberhalb bestimmter Einkommensgrenzen, PKV-versicherte Besserverdiener oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Bezieher von Kapital- und Vermögenseinkommen aus der Lastentragung herausfallen. Die gegenwärtige Unterdeckung der Bundesbeteiligung ist damit



VSPV

Der Mobilitätsverband

verteilungspolitisch regressiv – sie entlastet die Gruppe der abgabenrechtlich am besten gestellten Bürger auf Kosten der abhängig Beschäftigten mittlerer Einkommen.

Die Korrektur dieser Schieflage durch die Anhebung der Bundesbeteiligung ist nicht nur systematisch geboten, sondern auch verteilungspolitisch zwingend. Sie ist das Gegenteil des vom Referentenentwurf verfolgten Ansatzes, der die Finanzierungslast weiter auf die Leistungserbringer und die Versicherten abwälzt und die eigentlichen Strukturschwächen der GKV-Finanzierung unangetastet lässt.

5 Umsetzungsvorschlag

Der VSPV schlägt vor, § 232a SGB V in einem Artikelgesetz oder in einem ergänzenden Artikel des vorliegenden Entwurfs so zu ändern, dass die Beitragspauschale an den durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem der betroffenen Personengruppe dynamisch bemessen wird. Der IGES-Methodik folgend wäre eine Kopplung an die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Mitglied der GKV unter Berücksichtigung der morbiditätsbedingten Mehrkosten dieser Versichertengruppe sachgerecht. Diese Methodik ist durch die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs belastbar hinterlegt.

Der Vorschlag wäre haushaltssystematisch als Ergänzung zu § 221 SGB V oder als Neufassung des § 232a SGB V zu gestalten. Die haushaltsrechtliche Umsetzung erfordert eine entsprechende Veranschlagung im Einzelplan 11 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) oder Einzelplan 15 (Bundesministerium für Gesundheit) – je nach gesetzgeberischer Zuordnung – und eine korrespondierende Gegenfinanzierungsdarstellung. Angesichts der Bundesrats-Entschließung vom 30. Januar 2026, der Klage des GKV-Spitzenverbandes und der Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit besteht ein breites und fraktionsübergreifend tragfähiges politisches Momentum, das eine kurzfristige Umsetzung ermöglicht.

6 Zwischenergebnis

Die kostendeckende Bundesbeteiligung für Bürgergeldbeziehende ist die systematisch und fiskalisch überlegene Alternative zum Ausgabenkürzungsansatz des Referentenentwurfs. Sie adressiert eine strukturelle Ursache der GKV-Finanzkrise, sie stellt die systematisch sachgerechte Zuordnung von Bund und Sozialversicherung wieder her, sie wirkt verteilungspolitisch progressiv, und sie deckt mit einer einzigen Maßnahme mehr als die Hälfte des vom Referentenentwurf beanspruchten Entlastungsvolumens. Sie wird von einer einstimmigen Entschließung des Bundesrates, vom GKV-Spitzenverband, vom Bundesrechnungshof, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von der Finanzkommission Gesundheit getragen. Der VSPV fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, diese Maßnahme im Zusammenwirken mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium der Finanzen vor Beginn der Ressortabstimmung in die weitere Gesetzgebungsarbeit aufzunehmen und den Referentenentwurf entsprechend zu ergänzen.



VSPV

Der Mobilitätsverband

II Konsolidierung der Kassenstruktur – Strukturelle Transformationsfähigkeit als Kern des Arguments

1 Ausgangspunkt

Die gesetzliche Krankenversicherung verfügt zum 1. Januar 2026 über 93 eigenständige Krankenkassen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 1. Januar 2026). Die Verwaltungskosten der GKV beliefen sich im Jahr 2024 auf 12,63 Milliarden Euro, was 3,86 Prozent der Gesamtausgaben von 327,4 Milliarden Euro entspricht (Quelle: vdek/GKV-SVBu, Bezugsjahr 2024). Die Pro-Kopf-Verwaltungskosten liegen bei 169,54 Euro jährlich je Versichertem.

Die Konzentrationshistorie ist bemerkenswert: 1970 existierten in Deutschland 1.815 gesetzliche Krankenkassen, 1990 noch 1.147, zur Jahrtausendwende 420, heute 93 (Quelle: GKV-Spitzenverband). Über 90 Prozent aller Kassen sind im Zuge eines marktwirtschaftlich gestalteten Konsolidierungsprozesses vom Markt verschwunden. Die 20 größten Kassen versichern heute 84 Prozent aller GKV-Mitglieder. Der Prozess ist in seiner Grundrichtung richtig – er hat aber seine eigentliche Wirkung noch nicht entfaltet, weil die politische und rechtliche Steuerung fehlt.

2 Grenzen der klassischen Fusions-Argumentation – und was daraus folgt

Der VSPV verkennt bei seiner Forderung nicht die Grenzen, die einer reinen Kassenfusions-Argumentation gezogen sind. Der Bundesrechnungshof hat im Jahr 2010 im Auftrag des damaligen Bundesgesundheitsministers Rösler zehn Kassenfusionen aus den Jahren 2007 bis 2009 untersucht und festgestellt, dass diese "zu keinen deutlichen Synergieeffekten" geführt hätten; vielmehr seien sie mit "erheblichen, zum Teil dauerhaften, zusätzlichen Aufwendungen verbunden" gewesen (BRH-Prüfungsbericht zu Kassenfusionen aus dem Jahr 2010). Das österreichische Beispiel der Fusion neun regionaler Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zum 1. Januar 2020 hat die versprochene "Patientenmilliarde" nicht erbracht; die Verwaltungskosten sind stattdessen in den ersten fünf Jahren um 38 Prozent gestiegen (inflationsbereinigt um 11 Prozent; Quelle: Nachrichtenmagazin Profil, 2025).

Diese Befunde sind ernstzunehmen. Sie zeigen, dass eine Kassenstrukturreform, die **lediglich** die Zahl der Träger reduziert, ohne die dahinterstehenden Strukturen zu verändern, die Einsparerwartungen regelmäßig verfehlt. Der Grund ist strukturell: Der Betreuungsaufwand eines Versicherten ändert sich nicht dadurch, dass die Kasse, bei der er versichert ist, mit einer anderen fusioniert. 85 Prozent der Verwaltungskosten sind Personalkosten (Quelle: GKV-Spitzenverband). Diese Personalkosten sind überwiegend für die unmittelbare Versichertenbetreuung – Mitgliedschaftsverwaltung, Beratung, Antragsbearbeitung, Fallmanagement – erforderlich. Sie fallen auch nach einer Fusion an.



VSPV

Der Mobilitätsverband

Die VSPV-Argumentation setzt deshalb **nicht** bei der klassischen Fusions-Synergieerwartung an. Sie setzt an einer anderen Stelle an, die im bisherigen Diskurs zu wenig beachtet wird: bei der **strukturellen Transformationsfähigkeit** des Systems.

3 Das eigentliche Argument: Transformationsfähigkeit

Das deutsche GKV-System steht in den kommenden zehn Jahren vor einer fundamentalen Transformationsherausforderung, deren Bewältigung mit 93 einzelnen Kassenträgern strukturell erschwert ist.

Erster Transformationsbereich: Digitalisierung. Die Deloitte-Studie zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen beziffert das Digitalisierungspotenzial der GKV auf 8 bis 13 Milliarden Euro jährlich (durch KI-gestützte Prüfung von Krankenhausrechnungen, automatisierte Abrechnungsprozesse, konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte, Reduktion von Fehlrechnungen und Doppeluntersuchungen; Deloitte-Studie, Bezug 2024/25). Diese Potentiale sind mit 93 unterschiedlichen IT-Systemen, 93 verschiedenen Datenbankstrukturen, 93 parallelen Einführungsprozessen für ePA und eRezept praktisch nicht in der erwarteten Geschwindigkeit zu heben. Die Digitalisierung gelingt in föderalisierten, aber strukturell konsolidierten Systemen nachweislich schneller und günstiger. Die einheitliche Durchsetzung von Datenstandards, Schnittstellen und Prozessabläufen ist mit einer überschaubaren Zahl von Trägern realisierbar; mit 93 Trägern wird sie zum dauerhaft ungelösten Koordinationsproblem.

Zweiter Transformationsbereich: Standardisierte Leistungsbeziehungen zu den Leistungserbringern. Die Standardisierung der Datenkommunikation zwischen Kassen und Leistungserbringern ist für Effizienzgewinne auf beiden Seiten entscheidend. Jeder Leistungserbringer – ein Krankenhaus, eine ärztliche Praxis, ein Taxiunternehmer im Krankentransport – kommuniziert heute mit allen Kassen, die für seine Versicherten zuständig sind. Jede Kasse hat eigene Abrechnungsmodalitäten, Prüfprozesse, Datenformate. Dies produziert strukturellen Bürokratieaufwand, der in einem konsolidierten Trägersystem erheblich reduziert werden kann. Eine Konsolidierung auf vier bis fünf Trägerorganisationen schafft die Voraussetzungen für einheitliche Abrechnungsstandards, die in der Kostenwirkung auf Seiten der Leistungserbringer mindestens so relevant sind wie auf Kassenseite. Die ökonomische Literatur zu Transaktionskosten in asymmetrisch strukturierten Vertragssystemen – Williamson, Coase – belegt diesen Befund methodisch gesichert.

Dritter Transformationsbereich: Werbeausgaben und Wettbewerbsstrukturen. Der Referentenentwurf halbiert die Werbeausgabenobergrenze auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied (Art. 1 Nr. 3 Entwurf). Das ist grundsätzlich richtig, bleibt aber auf halber Strecke stehen. Die Werbung zwischen Kassen erzeugt volkswirtschaftlich keine neuen Versicherungsverhältnisse, sondern verschiebt lediglich bestehende. Der Aufwand wird – auf niedrigerem Niveau – weiterlaufen, solange die Zahl der Träger wettbewerbsrelevant groß bleibt. In einem System mit vier bis fünf Trägerorganisationen



VSPV

Der Mobilitätsverband

entfällt dieser Aufwand in weiten Teilen strukturell; zwischen unterscheidbaren Trägerarten bleibt Wettbewerb auf der Ebene der Servicequalität möglich, aber die zwischenbetriebliche Werbeeskalation entfällt.

Vierter Transformationsbereich: Parallele Vorstands-, Verbands- und Lobbystrukturen. Die 93 Krankenkassen verfügen jeweils über eigene Vorstände, Verwaltungsräte, Rechtsabteilungen, Pressestellen, Hausjuristen. Hinzu kommen die Spitzenverbände auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband) und die Kassenartenverbände (vdek, AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e.V., Knappschaft), die jeweils ihre eigenen Apparate unterhalten. Eine Konsolidierung auf fünf Trägerorganisationen überträgt die Vorstands- und Verbandsstrukturen in ein deutlich schlankeres Gefüge. Die Einsparung in diesem Bereich ist messbar, wenn auch in der Größenordnung begrenzter als oft behauptet.

4 Das vorgeschlagene Modell

Der VSPV schlägt eine Konsolidierung der gegenwärtigen 93 Krankenkassen auf eine überschaubare Zahl von Trägerorganisationen vor, die die notwendige Wettbewerbsvielfalt und regionale Verankerung erhält, aber die strukturellen Mehrfachstrukturen abbaut:

- die **regional verankerten Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen)**, die die regionale Ansprechbarkeit über die Bundesländer hinweg sicherstellen;
- eine **einheitliche Ersatzkasse** als Nachfolgerin der sechs heutigen Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK);
- eine **einheitliche Innungskrankenkasse** als Nachfolgerin der heutigen IKK-Landschaft;
- eine **einheitliche Betriebskrankenkasse** als Nachfolgerin der heutigen BKK-Landschaft;
- die **Knappschaft** als historisch gewachsene, berufsspezifisch verankerte Trägerorganisation (seit dem 1. Januar 2025 einschließlich der bisherigen KSK-Funktionen).

Die regionale Ansprechbarkeit der Versicherten bleibt über die AOK-Struktur vollumfänglich erhalten. Die versichertenseitige Wahlmöglichkeit – verfassungsrechtlich und europarechtlich relevant – bleibt über vier konkurrierende Trägerarten gewahrt. Der Wettbewerb verschiebt sich von der Wettbewerbsebene zwischen faktisch austauschbaren Kassen innerhalb derselben Kassenart auf die Wettbewerbsebene zwischen strukturell unterscheidbaren Trägerarten. Das ist verfassungsrechtlich, europarechtlich und versorgungspolitisch tragfähig.

5 Verfassungs- und europarechtliche Einordnung

Die Gliederung der GKV-Trägerorganisationen unterliegt dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. Das Bundesverfassungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung bestätigt, dass der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Sozialversicherung weite Gestaltungsspielräume hat und die historisch gewachsene Vielzahl von Trägerorganisationen kein verfassungsrechtlich geschütztes Strukturmerkmal ist (vgl. die in BVerfGE 39, 302 – AOK –



VSPV

Der Mobilitätsverband

zusammengefasste ständige Rechtsprechung zur Organisationsgewalt des Bundes im Bereich der Sozialversicherung nach Art. 87 Abs. 2 GG).

Die europarechtliche Zulässigkeit des vorgeschlagenen Modells ist durch die Rechtsprechung des EuGH zu den deutschen Krankenkassen gesichert. In der Rechtssache AOK-Bundesverband u.a. (EuGH, Urteil vom 16. März 2004 – C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01) hat der Gerichtshof festgestellt, dass die deutschen gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen ihrer Festbetragsfestsetzung keine Unternehmen im wettbewerbsrechtlichen Sinne sind, sondern eine öffentlich-rechtliche Solidaraufgabe wahrnehmen. Die Zulässigkeit der gegenwärtigen Kassenstruktur ergibt sich hieraus – ebenso aber die Zulässigkeit einer konsolidierten Struktur, solange sie den Charakter als Solidarsystem beibehält.

6 Einsparpotential – ehrliche Betrachtung

Der VSPV verzichtet angesichts der empirischen Befunde zu Kassenfusionen auf die in der Diskussion häufig genannten Größenordnungen zweistelliger Milliardenbeträge. Die direkten Einsparungen durch die Konsolidierung bewegen sich realistisch in einer Größenordnung von 2 bis 4 Milliarden Euro jährlich, zusammengesetzt aus strukturell eingesparten Werbeausgaben, IT-Konsolidierung, Reduktion paralleler Vorstands- und Verbandsstrukturen und Abbau redundanter Rechts- und Marketingapparate. Diese Größenordnung entspricht auch den im GKV-FinStG 2023 und im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehenen Verwaltungskostendämpfungen, die sich durch Konsolidierung strukturell verstetigen ließen, anstatt wie gegenwärtig über Budgetierungsverfahren nach § 4 Abs. 6 SGB V (BEEP 2025) prozyklisch durchgesetzt zu werden.

Das **eigentliche** wirtschaftliche Argument liegt jedoch nicht in den direkten Einsparungen der Konsolidierung, sondern in der **Hebung des Digitalisierungspotentials**, die mit 93 einzelnen Kassen strukturell erschwert ist. Die Deloitte-Studie beziffert das Digitalisierungspotenzial der GKV auf 8 bis 13 Milliarden Euro jährlich. Auch wenn nur ein Bruchteil dieses Potentials durch Konsolidierung der Trägerstruktur realisiert werden kann, ergäben sich Beträge, die die Deckungslücke des Referentenentwurfs wesentlich mittragen können. Eine konsolidierte Kassenstruktur ist die strukturelle Voraussetzung dafür, dass die Digitalisierungsrendite gehoben werden kann – sie ist keine hinreichende, aber eine notwendige Bedingung.

7 Zwischenergebnis

Die Konsolidierung der Kassenstruktur auf AOKen, eine Ersatzkasse, eine Innungskrankenkasse, eine Betriebskrankenkasse und die Knappschaft ist keine Einsparmaßnahme mit zweistelligem Milliardeneffekt – mit dieser überzogenen Erwartung ist die Debatte in Deutschland lange kontaminiert worden und dem empirischen Befund nicht gerecht. Die Konsolidierung ist vielmehr die **strukturelle Voraussetzung** für eine leistungsfähige, digitalisierte, transaktionskostenarme GKV, die den kommenden



VSPV

Der Mobilitätsverband

demografischen und technologischen Herausforderungen gewachsen ist. In dieser Funktion – als Voraussetzung, nicht als selbständige Einsparmaßnahme – ist sie unverzichtbar.

Der VSPV sieht den Referentenentwurf hier auf einem Irrweg. Der Entwurf versucht, mit einer Werbeausgaben-Halbierung und einer Budgetierung der Verwaltungsausgabensteigerung (Art. 1 Nr. 3 Entwurf) genau an der Stelle zu sparen, die strukturell von der Zahl der Trägerorganisationen abhängt. Ohne Konsolidierung werden diese Maßnahmen stets bürokratische Flickschusterei bleiben. Mit Konsolidierung werden sie überflüssig, weil die zugrundeliegenden Mehrfachstrukturen strukturell aufgelöst sind.

Der VSPV schlägt deshalb vor, die in Artikel 1 Nummern 3 und 4 des Referentenentwurfs vorgesehenen Verwaltungskostenregelungen durch ein eigenständiges Strukturgesetz zur Konsolidierung der Kassenlandschaft zu ersetzen, das die Trägerzahl schrittweise über einen Zeitraum von acht bis zehn Jahren reduziert und die erforderlichen Übergangsregelungen – insbesondere hinsichtlich der versichertenseitigen Wahlrechte, der Personalübernahme und der Verbandsstrukturen – vorsieht. Der VSPV ist bereit, an einer entsprechenden Strukturreform konzeptionell mitzuwirken und konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung einzubringen.

III Rückführung der GKV auf das Äquivalenzprinzip – Systematische Entflechtung von Versicherung und Umverteilung

Die Maßnahmen in D.I (kostendeckende Bundesbeteiligung für Bürgergeldbeziehende) und D.II (Konsolidierung der Kassenstruktur) sind notwendig, aber nicht hinreichend. Sie beheben akute Systemschwächen, lassen aber die grundlegende Konstruktionsschwäche der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung unberührt: **die systemwidrige Vermischung von Versicherung und Umverteilung innerhalb eines einzigen Finanzierungsinstruments**. Der VSPV legt mit dem folgenden Vorschlag den dritten und strukturell tiefsten Reformpfeiler vor, der das gesamte Finanzierungssystem der GKV auf eine systematisch kohärente Grundlage stellt.

1 Der systematische Sonderweg der GKV

Das deutsche Zwangsversicherungssystem beruht in allen anderen seiner Zweige auf dem **Äquivalenzprinzip**: Der Versicherte zahlt einen Beitrag und erhält dafür einen Versicherungsschutz, dessen Umfang in einem systematischen Verhältnis zur Beitragsleistung steht.

Die gesetzliche Rentenversicherung setzt dieses Prinzip durch die Teilhabeäquivalenz konsequent um – die Rentenhöhe spiegelt die Beitragsleistung über die Entgeltpunkte wider. Die Arbeitslosenversicherung koppelt die Höhe des Arbeitslosengeldes an das zuvor



VSPV

Der Mobilitätsverband

versicherte Arbeitsentgelt. Die gesetzliche Unfallversicherung bemisst die Leistung nach dem Jahresarbeitsverdienst. Die private Kranken- und Pflegeversicherung kalkuliert risikoäquivalente Prämien, wobei jeder Versicherte für seinen tatsächlichen Versicherungsschutz einen entsprechenden Beitrag entrichtet.

Die gesetzliche Krankenversicherung und die parallel konstruierte soziale Pflegeversicherung sind die **einzigen Zweige des deutschen Zwangsversicherungssystems, in denen das Äquivalenzprinzip vollständig suspendiert ist**. Der Beitrag bemisst sich einkommensproportional, die Leistung ist einheitlich. Das bedeutet konkret: Der Versicherte mit einem beitragspflichtigen Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze zahlt mehr als das Sechsfache desjenigen, der am Mindestlohn arbeitet – bei **identischem Leistungsanspruch**. Die Differenz ist keine Versicherungsleistung, sondern eine **Umverteilung**. Die GKV und die SPV finanzieren über ihren Beitrags- und Leistungsmechanismus eine soziale Umverteilungsaufgabe, die in anderen Bereichen der Staatsfinanzen über die progressive Einkommensteuer abgebildet wird.

Der einzige nennenswerte äquivalenzorientierte Leistungsbestandteil der GKV ist das Krankengeld (§ 47 SGB V), dessen Höhe an das zuletzt erzielte Arbeitsentgelt anknüpft. Die Krankengeldausgaben beliefen sich 2023 auf 19,11 Milliarden Euro (Quelle: BMG-Statistik, veröffentlicht via Statista, August 2024) bei Gesamtleistungsausgaben von 306,2 Milliarden Euro – das entspricht einem Anteil von rund 6,2 Prozent. Diese einzige verbliebene Äquivalenzkomponente macht etwa ein Sechzehntel der gesamten Leistungsausgaben aus. Rund 94 Prozent der GKV-Leistungen werden einkommensunabhängig erbracht, rund 100 Prozent der Beiträge werden einkommensproportional erhoben – diese Asymmetrie ist der Systembruch.

2 Die doppelte Systemwidrigkeit

Die Umverteilung innerhalb der GKV ist in zweifacher Hinsicht dogmatisch problematisch.

Erstens: Die Vermischung der Funktionen. Eine Zwangsversicherung rechtfertigt sich aus dem Prinzip des Risikoausgleichs in einer Gefahrengemeinschaft – nicht aus dem Prinzip der Umverteilung zwischen sozialen Schichten. Wer die Versicherung mit einer Umverteilungsaufgabe belädt, verwendet das falsche Instrument. Die Umverteilung ist eine staatliche Aufgabe, die verfassungssystematisch dem **Steuerstaat** zugeordnet ist (Art. 105 ff. GG) – nicht der **Parafiskalität der Sozialversicherungsträger** (Art. 87 Abs. 2 GG). Die Finanzverfassung des Grundgesetzes trennt zwischen Beitrag (Sondervorteil für eine Gegenleistung) und Steuer (voraussetzungslose Finanzierung staatlicher Aufgaben) als tragendes Strukturprinzip. Eine Abgabe, die im Erhebungsmaßstab einkommensproportional ist und im Leistungsbezug einheitlich, entspricht in ihrem Charakter der Sache nach einer **auf einen begrenzten Personenkreis reduzierten Einkommensteuer mit Zweckbindung** – das ist das Gegenteil dessen, was eine Versicherung systematisch leistet. Die Kaschierung als



VSPV

Der Mobilitätsverband

"Solidaritätsprinzip" ersetzt keine systematische Rechtfertigung, sondern verschleiert die Asymmetrie.

Der Bundesrechnungshof hat in seinem Bericht zur finanziellen Lage der GKV von 2021 umfangreich dargelegt, dass die GKV versicherungsfremde Leistungen in erheblicher Höhe aus Beiträgen finanziert, und dabei auf die Analyse des Karl-Bräuer-Instituts des Bundes der Steuerzahler verwiesen, die die Leistungen im Einzelnen systematisch daraufhin prüft, ob sie der Versicherungsfunktion oder der Umverteilungsfunktion zuzuordnen sind (vgl. BRH, Bericht zur finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung, 2021, mit Verweisen auf die Analyse des Karl-Bräuer-Instituts).

Zweitens: Die regressive Belastungswirkung. Die Beitragspflicht knüpft an versicherungspflichtiges Arbeitsentgelt an – unter der Beitragsbemessungsgrenze und aus abhängiger Beschäftigung. Kapitaleinkommen, Mieteinnahmen, Vermögenserträge, unternehmerisches Einkommen oberhalb bestimmter Grenzen und Einkommen jenseits der BBG bleiben beitragsfrei. Das heißt konkret: **Die Umverteilung innerhalb der GKV wird überwiegend von denjenigen getragen, die mit Arbeit zu wenig verdienen, um der Versicherungspflicht zu entgehen.** Der Arbeitnehmer, der nahe der Beitragsbemessungsgrenze verdient, finanziert die Umverteilung in doppelter Funktion – als Versicherter und als relativ schlechter gestellter Beitragszahler, dem der Wechsel in die PKV verschlossen ist. Der Bezieher hoher Kapitaleinkommen, der oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienende PKV-Versicherte, der vermögende Rentner – sie alle tragen zur Solidarfinanzierung der GKV überhaupt nicht oder nur unterproportional bei.

Die GKV-Umverteilung ist damit eine **regressive Solidarität** – eine Solidarität, die innerhalb einer bestimmten Gruppe abhängig Beschäftigter wirkt und die gesellschaftlich Leistungsfähigsten gerade nicht in die Pflicht nimmt. Das ist verteilungspolitisch nicht nur irregulär, sondern systematisch verkehrt. Die progressive Steuer auf das Gesamteinkommen ist das verteilungspolitisch saubere Instrument sozialer Umverteilung, weil sie nach tatsächlicher Leistungsfähigkeit bemisst. Der einkommensproportionale Sozialversicherungsbeitrag auf abhängiges Arbeitsentgelt unter BBG ist es nicht.

3 Die einzig kohärente Antwort: Einheitsbeitrag plus steuerfinanzierte Zuschüsse

Die dogmatisch korrekte Rückführung des Systems auf sein eigenes Prinzip erfordert zwei zusammengehörige Schritte.

Erstens: Einheitsbeitrag pro Versichertem. Jeder Versicherte zahlt denselben Beitrag für dieselbe Leistung. Das entspricht dem Äquivalenzprinzip und der systematischen Architektur jeder Versicherung. Die Beitragshöhe bemisst sich am tatsächlichen durchschnittlichen Leistungsaufwand pro Versichertem – nicht am Einkommen. Bei GKV-Gesamtausgaben von 327,4 Milliarden Euro im Jahr 2024 und rund 74,6 Millionen Versicherten entspricht dies



VSPV

Der Mobilitätsverband

einem rechnerischen Pro-Kopf-Beitrag von etwa 365 Euro monatlich (Quelle: eigene Berechnung auf Basis vdek/GKV-SVBu 2024). Die Kopplung an den Faktor Arbeit entfällt, die Beitragsbemessungsgrenze wird obsolet, die Abgrenzungsprobleme zur PKV verlieren an Schärfe.

Zweitens: Steuerfinanzierte Unterstützung derjenigen, die den Beitrag nicht aus eigener Kraft aufbringen können. Wer den Einheitsbeitrag aus seinem Einkommen nicht tragen kann, erhält einen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt. Die Höhe des Zuschusses orientiert sich am tatsächlichen Einkommen und wird steuerrechtlich erfasst. Für Bürgergeldbeziehende und andere Transferleistungsempfänger wird der volle Beitrag aus dem Bundeshaushalt übernommen (Verknüpfung mit der in D.I vorgeschlagenen Regelung). Für Einkommen unterhalb einer Schwelle – etwa des gewichteten Median-Einkommens – wird der Beitrag gestaffelt bezuschusst. Damit tritt an die Stelle der systemwidrigen Inner-GKV-Umverteilung die systemgerechte staatliche Subsidiärleistung.

Die praktische Umsetzbarkeit dieses Modells ist im internationalen Vergleich nicht theoretisch, sondern empirisch belegt. Das **schweizerische Grundversicherungssystem** nach KVG funktioniert seit 1996 exakt nach diesem Modell: Kopfprämie pro Versichertem, steuerfinanzierte Prämienverbilligung für Bedürftige aus Bund und Kantonen, freie Wahl zwischen Versicherern bei einheitlichem Leistungskatalog. Die Schweiz belegt im WHO-Vergleich regelmäßig Spitzenplätze bei der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, bei gleichzeitig **niedrigerer Belastung des Faktors Arbeit** als in Deutschland. Das von VSPV vorgeschlagene Modell ist kein Schreibtisch-Entwurf, sondern ein bewährtes Referenzmodell einer westlichen Industrienation mit vergleichbarem Wohlstandsniveau und föderaler Grundstruktur.

4 Das überlegene Instrument für die vielfach geforderte Ausdehnung der Beitragsbasis

Die deutsche gesundheitspolitische Diskussion kreist seit Jahren um die Frage, wie die Beitragsbasis der GKV verbreitert werden kann. Unterschiedliche Varianten werden erwogen: die Einbeziehung von Kapital- und Vermögenseinkommen in die Beitragspflicht ("Bürgerversicherungs"-Modelle), die Ausdehnung der Pflichtmitgliedschaft auf Selbständige, Beamte und Abgeordnete, die Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung privat Versicherter in einen Solidarausgleich. Alle diese Vorschläge teilen ein gemeinsames Grundmotiv: die gegenwärtige Beitragsbasis sei zu eng und belaste zu einseitig die abhängig Beschäftigten unterhalb der Bemessungsgrenze.

Das vom VSPV vorgeschlagene Modell **erreicht genau dieses Ziel – aber auf dem ordnungspolitisch sauberen Weg.** Der Bürgergeld-Zuschuss und die einkommensabhängigen Prämienverbilligungen werden aus dem Bundeshaushalt finanziert. Der Bundeshaushalt speist sich aus Steuern – aus der Einkommensteuer (progressiv), aus der Kapitalertragsteuer, aus der Körperschaftsteuer, aus der Umsatzsteuer, aus der Energiesteuer. Das heißt: **Die Finanzierung**



VSPV

Der Mobilitätsverband

der sozialen Komponente der Krankenversicherung wird in einem Zug auf die maximal breite Basis aller Steuerpflichtigen gestellt – einschließlich der Selbständigen, der Beamten, der Bezieher hoher Kapitaleinkommen, der Rentiers, der privat Krankenversicherten, der Spitzenverdiener oberhalb der BBG.

Der wesentliche Unterschied zu den Bürgerversicherungsmodellen liegt in der systematischen Sauberkeit. Die Bürgerversicherung versucht, das Ziel einer breiten Solidarbasis durch künstliche Erweiterung der Beitragsbasis innerhalb des Sozialversicherungssystems zu erreichen – mit allen konstruktiven Problemen, die daraus entstehen: Abgrenzungsschwierigkeiten (welche Einkommen werden beitragspflichtig?), doppelte Erhebungsstrukturen (die Finanzverwaltung erhebt diese Einkommen bereits für die Einkommensteuer), europarechtliche Komplikationen (Freizügigkeitsrichtlinien, Arbeitnehmerfreizügigkeit), verfassungsrechtliche Sondergut-Problematik der Sozialversicherungsbeiträge. Das VSPV-Modell umgeht diese Komplikationen vollständig: Es erhebt die Umverteilungskomponente dort, wo sie systematisch hingehört – über das Einkommensteuerrecht –, und lässt die Sozialversicherung selbst zum tun, wofür sie konstruiert ist: Versicherung.

Wer die Beitragsbasis der GKV verbreitern will – und diese Forderung ist breit getragen, von den Gewerkschaften über die SPD-Fraktion bis in die Reihen der Linken, teilweise auch im Arbeitnehmerflügel der CDU –, findet im VSPV-Modell das **systematisch bessere Instrument**, um dasselbe Ziel zu erreichen. Der VSPV geht davon aus, dass die inhaltliche Anschlussfähigkeit dieses Arguments in einer breiten politischen Konstellation hoch ist.

5 Behandlung der einzigen echten Äquivalenzleistung: das Krankengeld

Das Krankengeld nach § 47 SGB V ist die einzige Leistung der GKV, die dem Äquivalenzprinzip tatsächlich entspricht – ihre Höhe knüpft an das vorherige Arbeitsentgelt an, und sie macht mit rund 19 Milliarden Euro (2023) etwa 6,2 Prozent der Leistungsausgaben aus. Bei einem Modell mit Einheitsbeitrag auf Leistungsbasis und einkommensunabhängiger Beitragserhebung muss diese Leistung gesondert behandelt werden. Zwei Lösungen kommen in Betracht, die beide mit dem Grundmodell kompatibel sind.

Variante A: Fixbetrag mit privater Aufstockungsmöglichkeit. Das Krankengeld wird auf einen einheitlichen Fixbetrag umgestellt, der sich an einem Basiseinkommen (etwa 80 Prozent des gewichteten Medianeinkommens) orientiert. Wer im Krankheitsfall eine höhere Einkommensersatzleistung wünscht, schließt eine private Zusatzversicherung oder eine Krankentagegeldversicherung ab – ein Versicherungsmarkt, der in der PKV bereits heute besteht und ohne weiteres auf die GKV-Versicherten ausgedehnt werden kann. Dieses Modell ist einfach, kohärent und entspricht dem Äquivalenzprinzip in reiner Form: Basissicherung aus dem Kollektivsystem, darüber hinausgehende Absicherung aus eigener Entscheidung.



VSPV

Der Mobilitätsverband

Variante B: Separate Krankengeldversicherung. Das Krankengeld wird vollständig aus der GKV herausgelöst und in eine eigene, einkommensproportional finanzierte Zwangsversicherung für abhängig Beschäftigte überführt (als Bestandteil etwa der Arbeitslosenversicherung oder als eigener Versicherungszweig). Die GKV selbst finanziert dann ausschließlich einkommensunabhängige Gesundheitsleistungen über den Einheitsbeitrag. Dieses Modell ist dogmatisch noch sauberer, weil es die Äquivalenzleistung dort anbindet, wo sie systematisch hingehört – nämlich an die Absicherung des Arbeitseinkommens –, statt sie als Fremdkörper in einem Gesundheitsversicherungssystem zu halten.

Der VSPV hält beide Varianten für diskussionsfähig. Die Entscheidung zwischen ihnen ist eine gesetzgeberische Detailfrage, die nach einer Grundsatzentscheidung für das Einheitsbeitragsmodell konkret ausgearbeitet werden kann. Was in jedem Fall vermieden werden sollte, ist die gegenwärtige unsystematische Mischform, in der eine kleine Äquivalenzleistung (Krankengeld) als Rechtfertigung für ein vollständig einkommensproportional finanziertes Gesamtsystem missbraucht wird.

6 Verfassungs- und systemsystematische Einordnung

Das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 GG) fordert den Schutz sozial Schwacher, schreibt aber **nicht vor**, dass dieser Schutz über einkommensbezogene Sozialversicherungsbeiträge organisiert werden muss. Das Bundesverfassungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung betont, dass der Gesetzgeber in der Ausgestaltung des Sozialstaats einen weiten Gestaltungsspielraum hat (vgl. etwa die ständige Linie in BVerfGE 113, 167 – Risikostrukturausgleich – zur Ausgestaltungsfreiheit bei der Finanzierungsarchitektur der GKV). Die Wahl des Finanzierungsinstrumentes – Beitrag oder Steuer – unterliegt seiner politischen Entscheidung, solange die Grundrechtsbindungen gewahrt bleiben.

Der VSPV erhebt mit seinem Vorschlag keinen verfassungsrechtlichen Zwang zur Umgestaltung. Das gegenwärtige System ist verfassungsrechtlich nicht beanstandet. Der VSPV argumentiert **rechtspolitisch**: Eine Umgestaltung im vorgeschlagenen Sinne ist verfassungsrechtlich zulässig und systematisch sachgerechter als der Status quo. Sie stellt die systematisch korrekte Zuordnung von Versicherung und Umverteilung wieder her, entlastet den Faktor Arbeit, verbreitert die Finanzierungsbasis der Solidaritätskomponente auf die größtmögliche Grundlage aller Steuerpflichtigen, und beseitigt die dogmatische Spannung zwischen Beitrags- und Steuerstaat, die sich in der gegenwärtigen Finanzierungsarchitektur der GKV manifestiert.

Im Übrigen: Die derzeitige Ausgestaltung wirft ihrerseits Fragen auf, die in der juristischen Literatur zunehmend diskutiert werden. Die Unterscheidung zwischen **Beitrag** (als Sondervorteil für Gegenleistung) und **Steuer** (als voraussetzungslose Finanzierung staatlicher Aufgaben) ist ein tragendes Strukturprinzip des deutschen Abgaben- und Finanzverfassungsrechts. Wenn der Beitrag die Versicherungsrelation verlässt und strukturell



VSPV

Der Mobilitätsverband

als Einkommensumverteilung wirkt, rückt er der Sache nach in die Nähe einer Sondersteuer – mit allen kompetenziellen und verfassungsrechtlichen Folgefragen. Der VSPV hält diese Diskussion für legitim und relevant, führt sie aber nicht im Rahmen dieser Stellungnahme abschließend aus; der Schwerpunkt liegt auf der rechtspolitischen Reformwürdigkeit, nicht auf einer verfassungsrechtlichen Unzulässigkeitsthese.

7 Einordnung in das Gesamtreformpaket

Die drei in Abschnitt D vorgeschlagenen Maßnahmen ergänzen sich zu einem kohärenten Reformpaket:

D.I (kostendeckende Bundesbeteiligung) beseitigt die **Bund-GKV-Unterdeckung** – der Bund zahlt kostendeckend für diejenigen, die er über SGB II und SGB XII in die GKV einweist. Unmittelbare Wirkung: rund 10 Milliarden Euro p.a. Entlastung der GKV ab 2027, vollständig finanziert aus dem Bundeshaushalt, getragen von einer bereits bestehenden einstimmigen Bundesratsentschließung und einer Klage des GKV-Spitzenverbandes.

D.II (Konsolidierung der Kassenstruktur) beseitigt die **Träger-Ineffizienz** – Voraussetzung für die Hebung der Digitalisierungsrendite (bis zu 13 Milliarden Euro p.a. laut Deloitte) und mittelfristige Einsparung von 2–4 Milliarden Euro p.a. in Verwaltung, Werbung, parallelen Strukturen.

D.III (Rückführung auf das Äquivalenzprinzip) beseitigt die **dogmatische Systemwidrigkeit** – der Faktor Arbeit wird strukturell entlastet, die Solidarfinanzierung wird auf die maximal breite Basis aller Steuerpflichtigen gestellt, die Versicherung wird zu dem, was sie ihrer Natur nach ist.

Die erste Maßnahme ist kurzfristig, innerhalb weniger Monate umsetzbar und trägt bereits einen Großteil der vom Referentenentwurf veranschlagten Deckungslücke. Die zweite Maßnahme ist mittelfristig über acht bis zehn Jahre zu realisieren. Die dritte Maßnahme ist die langfristige Systemgrundierung, die eine eigene Gesetzgebungsphase erfordert und ein Reformmandat der nächsten Bundesregierung sein sollte.

Alle drei Maßnahmen erreichen das vom Referentenentwurf formulierte Ziel – Stabilisierung der Beitragssätze – mit erheblich größerer Wirkung, ohne die rechtsdogmatischen Kollisionen des Entwurfs zu erzeugen, und in einer verfassungssystematisch kohärenten Architektur. Sie belasten nicht diejenigen einseitig, die als abhängig Beschäftigte unterhalb der BBG die geringste Gestaltungsmacht über ihre Abgabenlast haben, und sie nehmen die gesamte steuerpflichtige Bevölkerung in die Solidarpflicht – mithin die **größtmögliche Basis für eine Solidarität, die ihren Namen verdient**.



VSPV

Der Mobilitätsverband

E. Spezifische Forderungen

Aus den in den Abschnitten B, C und D vorgetragenen Einwänden und Alternativen ergeben sich konkrete Forderungen an das Bundesministerium für Gesundheit als federführendes Ressort und an die im weiteren Verfahren zu beteiligenden Ressorts. Der VSPV gliedert diese Forderungen nach ihrer zeitlichen und verfahrenstechnischen Dringlichkeit.

I Zwingende Maßnahmen in der Ressortabstimmung

Die folgenden Punkte müssen nach Auffassung des VSPV **dringend** im Rahmen der Ressortabstimmung erfolgen.

1 Aktive Einbeziehung des Bundesministeriums für Verkehr (BMV)

Die in Abschnitt C.II.1 dargestellte Normkollision zwischen § 133 SGB V (in der Fassung des Entwurfs) und § 51 Absatz 2 PBefG ist eine Kernfrage des Gesetzesentwurfs, die ohne Beteiligung des für das Personenbeförderungsrecht zuständigen BMV nicht sachgerecht bearbeitet werden kann. Der VSPV fordert das BMG auf, vor Einleitung der Ressortabstimmung eine gemeinsame fachliche Befassung mit dem BMV zu organisieren, deren Ergebnisse in die Gesetzesbegründung einfließen.

2 Aktive Einbeziehung des Bundesministeriums der Finanzen (BMF)

Die in Abschnitt C.II.2 dargestellte umsatzsteuerliche Kaskadenwirkung – mögliche Rückfall der Mietwagen-Krankenfahrten in den Regelsteuersatz nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG in Verbindung mit Abschnitt 12.13 Absatz 10 UStAE, wenn die Taxi-Sondervereinbarung wegen PBefG-rechtlicher Unauskömlichkeit wegfällt – ist eine Frage des Zuständigkeitsbereichs des BMF. Der VSPV fordert das BMG auf, vor Einleitung der Ressortabstimmung eine fiskalische Gesamtbewertung unter Einbeziehung des BMF vorzulegen, in der die Nettowirkung der vorgesehenen Regelungen unter Berücksichtigung der umsatzsteuerlichen Folgeeffekte transparent ausgewiesen wird.

3 Plausibilitätsprüfung der Einsparerschätzungen durch den Bundesrechnungshof

Die Einsparererwartung des Entwurfs im Bereich Krankentransport – rund 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54) – beruht, wie in Abschnitt C.IV dargelegt, auf Annahmen, die sowohl die PBefG-Kollision als auch die UStG-Kaskade ausblenden und empirisch nicht belegbar sind. Der VSPV regt an, diese Einsparererwartung vor Einleitung der Ressortabstimmung dem Bundesrechnungshof zur Plausibilitätsprüfung vorzulegen. Der BRH hat mit seinem Beratungsbericht vom 15. August 2025 zur Entwicklung der Finanzlage in der



VSPV

Der Mobilitätsverband

GKV bereits gezeigt, dass er sich der Finanzierungsfragen des Gesundheitswesens aktiv annimmt; die Vorlage wäre eine konsequente Fortführung dieser Prüfkompetenz.

II Notwendige Überarbeitungen der zentralen Regelungen des Entwurfs

1 Neufassung des § 133 SGB V (Artikel 1 Nummer 54 des Entwurfs)

Der VSPV fordert eine grundlegende Überarbeitung der Neufassung in folgenden Punkten:

a) **Primärforderung: Streichung der Grundlohnratenbindung in § 133 Absatz 1 SGB V n.F.** Der VSPV fordert die ersatzlose Streichung des mit der Neufassung eingefügten Verweises „unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3“ in § 133 Absatz 1 Satz 1 SGB V n.F. sowie des parallelen Verweises in § 133 Absatz 1 Satz 2 SGB V n.F. Die bundessozialrechtliche Obergrenze der Grundlohnrate ist als Deckelung für die Vergütungen nach § 133 SGB V sachlich ungeeignet und führt zu einer Regelung, die mit der eigenen Zielsetzung des Entwurfs nicht zu vereinbaren ist.

Die Entwurfsbegründung behauptet, die Grundlohnratenbindung lasse bei einer erwarteten Inflation von rund 2 Prozent und einer Grundlohnrate von rund 3 Prozent auch nach Abzug des Prozentpunkt-Abschlags „weiterhin eine auskömmliche Finanzierung der Kosten der Leistungserbringer“ zu (Referentenentwurf, Begründung B. Wesentlicher Inhalt). Diese Aussage ist sektorfremd. Die tatsächliche Kostenentwicklung im Taxi- und Mietwagengewerbe lag in den vergangenen Jahren – wie in Abschnitt C.III.3 im Einzelnen dargelegt – kumuliert zwischen 25 und 35 Prozent, während die Grundlohnrate im selben Zeitraum kumuliert rund 15 Prozent betrug. Die Grundlohnrate bildet die Kostenentwicklung des Krankentransportsektors nicht ab und kann sie schon deshalb nicht begrenzen.

Der entscheidende Fehler der Entwurfsargumentation liegt in der Annahme, dass sektorspezifische Kostensteigerungen oberhalb der Grundlohnrate lediglich **zeitversetzt** in die volkswirtschaftliche Lohnentwicklung einfließen und damit über spätere Grundlohnraten refinanziert werden. Die Entwurfsbegründung formuliert dies ausdrücklich: „Sollte die Inflation höher ausfallen, so wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen zu dem Zeitpunkt möglich sein, ab dem diese sich auch in der gesamtwirtschaftlichen Lohndynamik und damit auch der Einnahmenentwicklung und der Grundlohnrate der gesetzlichen Krankenversicherung widerspiegeln“ (Referentenentwurf, Begründung B. Wesentlicher Inhalt).

Diese Konstruktion verfehlt die wirtschaftliche Realität der betroffenen Unternehmen in drei Punkten.

Erstens: Die Verluste in der Zwischenzeit sind nicht refinanzierbar. In der Zeit zwischen dem tatsächlichen Auftreten einer Kostensteigerung und ihrer angeblichen Abbildung in der



VSPV

Der Mobilitätsverband

Grundlohnrate – ein Zeitraum, den die Entwurfsbegründung selbst nicht beziffert und der realistisch mehrere Jahre betragen kann – müssen die Leistungserbringer die Kostensteigerungen aus eigener Substanz tragen. Für ein Taxiunternehmen mit historisch engen Margen und fehlender Rücklagenbildung bedeutet das die Aufzehrung der Eigenkapitalbasis. Die Behauptung einer späteren Refinanzierung ist für das betroffene Unternehmen wertlos.

Zweitens: Ein Nachholeffekt wird gar nicht vorgesehen. Die Konstruktion der Grundlohnratenbindung sieht keinen Mechanismus vor, der die Verluste aus der Zwischenzeit ausgleichen würde. Die Grundlohnrate wirkt jahresbezogen als Obergrenze der jeweiligen Vergütungsanpassung – nicht als kumulativer Aufholmechanismus. Wenn die Vergütung in den Jahren 2027 bis 2030 systematisch hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung zurückbleibt, wird dies in späteren Jahren nicht kompensiert. Die einmal entstandenen Verluste sind verloren. Die Entwurfsbegründung suggeriert mit ihrer Formulierung „zu dem Zeitpunkt, ab dem“, es werde später eine erhöhte Refinanzierung geben – tatsächlich sieht die Regelungsmechanik nur vor, dass ab dem Zeitpunkt der Anpassung der Grundlohnrate die Vergütungsanpassung wieder mit der Grundlohnrate mitlaufen darf. Eine Nachholung für verlorene Jahre ist weder rechtstechnisch vorgesehen noch wirtschaftlich durchsetzbar.

Drittens: Selbst ein theoretisch vorhandener Nachholeffekt käme zu spät. Ein Unternehmen, das in den Jahren der Unterdeckung aus dem Markt ausscheidet, kann von einer späteren Refinanzierung nicht profitieren. Für das Taxi- und Mietwagengewerbe mit seiner Struktur aus überwiegend Klein- und Kleinstunternehmen mit dünner Kapitaldecke bedeutet dies, dass die Grundlohnratenbindung in der tatsächlichen Marktwirkung zu Marktaustritten führt, bevor irgendein theoretischer Refinanzierungsmechanismus greifen könnte. Die Folge ist eine dauerhafte Strukturveränderung des Sektors mit Wirkungen auf die Versorgungssicherheit, die die Entwurfsbegründung nicht berücksichtigt und die durch nachträgliche Grundlohnratensteigerungen nicht umkehrbar ist.

Die Grundlohnratenbindung in § 133 Absatz 1 SGB V n.F. ist damit – gerade nach der eigenen Logik des Entwurfs, der die Auskömmlichkeit der Finanzierung als Voraussetzung der Versorgungssicherheit anerkennt – unvereinbar mit dem Grundsatz, dass öffentlich-rechtliche Vertragsvergütungen auskömmlich sein müssen. Die einzig systematisch kohärente Konsequenz ist die ersatzlose Streichung der Grundlohnratenbindung in § 133 Absatz 1 SGB V. Die Vergütungen nach § 133 SGB V sind nach Maßgabe der tatsächlichen sektoralen Kostenentwicklung zu vereinbaren, wie dies auch der bisherigen BSG-Rechtsprechung zum Auskömmlichkeitsgebot entspricht.

b) Hilfsweise Forderung: Auskömmlichkeitsschutzklausel im PBefG-Bereich. Hilfsweise – für den Fall, dass das BMG die Grundlohnratenbindung in § 133 Absatz 1 SGB V n.F. entgegen der Primärforderung nicht streicht – ist in die Norm eine ausdrückliche **Schutzklausel für die personenbeförderungsrechtliche Auskömmlichkeitsprüfung** aufzunehmen. Die Schutzklausel soll sicherstellen, dass die bundessozialrechtliche Grundlohnratenbindung den



VSPV

Der Mobilitätsverband

nach § 51 Absatz 2 PBefG in Verbindung mit § 39 PBefG geltenden Prüfungsmaßstab der Genehmigungsbehörden nicht unterschreitet. Eine mögliche Formulierung: „Bei Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes findet § 71 Absatz 1 bis 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass die Vergütung nicht unter den Maßstab der personenbeförderungsrechtlichen Auskömmlichkeitsprüfung abgesenkt wird.“ Die genaue Formulierung wäre in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Verkehr zu erarbeiten.

Diese Hilfslösung ist argumentativ schwächer als die Primärforderung, weil sie die Grundlohnratenbindung für den nicht-PBefG-Bereich der § 133-Verträge (sonstige Krankentransporte ohne PBefG-Bezug) weiterhin bestehen ließe und weil sie die Versorgungssicherheit in eben diesem Bereich derselben Gefährdung aussetzt, die in der Primärforderung beschrieben ist. Die Hilfslösung löst lediglich die in Abschnitt C.II dargestellten Normkollisionen zwischen § 133 SGB V und den parallelen Regelungskomplexen PBefG und UStG; sie löst nicht das strukturelle Problem der Unvereinbarkeit von Grundlohnratenbindung und sektorspezifischer Kostenentwicklung.

c) In § 133 Absatz 4 SGB V n.F. – der Schiedsstellenanbindung – ist eine ausdrückliche Korrekturklausel aufzunehmen, nach der die Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung die tatsächliche sektorale Kostenentwicklung der Leistungserbringer zu berücksichtigen hat. Ohne eine solche Klausel wird die Schiedsstelle für strukturschwache Leistungserbringer zu einem Instrument formalisierter Asymmetrie anstelle eines Instruments der Rechtssicherheit.

2. Rücknahme des Prozentpunkt-Abschlags auf die Grundlohnrate (Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b des Entwurfs). Der für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene Abschlag von einem Prozentpunkt auf die nach § 71 Absatz 3 SGB V ermittelte durchschnittliche Veränderungsrate ist dogmatisch nicht tragfähig, wie in Abschnitt C.III.1 dargelegt. Er löst den systematischen Zusammenhang zwischen der Einnahmenentwicklung der GKV und der zulässigen Vergütungsentwicklung der Leistungserbringer einseitig zulasten der Leistungserbringer auf. Der VSPV fordert die ersatzlose Streichung dieser Regelung.

3. Rücknahme der BBG-Neutralisierung in der Grundlohnratenberechnung (Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b des Entwurfs, § 71 Absatz 3 Satz 3 n.F.). Die vorgesehene Herausrechnung der Wirkung der außerordentlichen BBG-Erhöhung 2027 aus der Grundlohnratenberechnung für 2028 und 2029 führt zu einer asymmetrischen Kopplung der Vergütungsentwicklung an eine bereinigte Einnahmenbasis, während die Kassen die tatsächlichen Einnahmen behalten dürfen. Das ist, wie in Abschnitt C.III.2 dargelegt, dogmatisch nicht haltbar. Der VSPV fordert die ersatzlose Streichung der BBG-Neutralisierung.



VSPV

Der Mobilitätsverband

III Aufnahme alternativer Strukturmaßnahmen in das weitere Verfahren

1. Kostendeckende Bundesbeteiligung für Bürgergeldbeziehende. Der VSPV fordert das BMG auf, die in Abschnitt D.I dargelegte Anpassung des § 232a SGB V im weiteren Verfahren aufzunehmen. Die dynamische Kopplung der Beitragspauschale an die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem der betroffenen Personengruppe ist methodisch durch das IGES-Gutachten (2024) belastbar hinterlegt. Die einstimmige Bundesratsentschließung vom 30. Januar 2026 (TOP 17 der 1061. Sitzung), die Klage des GKV-Spitzenverbandes vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen und die Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit tragen die Maßnahme politisch. Der VSPV fordert die Erarbeitung eines entsprechenden Artikels in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium der Finanzen, der spätestens mit dem vorliegenden Gesetzgebungsverfahren zum 1. Januar 2027 wirksam werden soll.

2. Konsolidierung der Kassenstruktur. Der VSPV fordert das BMG auf, die in Abschnitt D.II vorgeschlagene Strukturreform der Kassenlandschaft in einem eigenständigen Gesetzgebungsvorhaben der laufenden Legislaturperiode aufzunehmen. Die gegenwärtig in Artikel 1 Nummern 3 und 4 des Referentenentwurfs vorgesehenen Verwaltungskostenregelungen (Werbeausgaben-Halbierung, Grundlohnraten-Koppelung der Verwaltungsausgabensteigerung) sind Palliativmaßnahmen, die ohne die zugrundeliegende Strukturreform wirkungslos bleiben werden. Der VSPV bietet an, an der konzeptionellen Ausarbeitung der Strukturreform mitzuwirken und regt an, das BMG möge eine beteiligte Expertenkommission einberufen, in der Leistungserbringerverbände, Versichertenvertretungen, kommunale Spitzenverbände und Wissenschaft gemeinsam ein tragfähiges Konsolidierungskonzept erarbeiten.

3. Langfristige Rückführung der GKV auf das Äquivalenzprinzip. Der VSPV ist sich bewusst, dass die in Abschnitt D.III dargelegte fundamentale Neuordnung des Finanzierungssystems der GKV nicht im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens umsetzbar ist. Sie ist ein Reformmandat der nächsten Bundesregierung. Der VSPV fordert das BMG gleichwohl auf, diese Reformoption in den weiteren Ressort- und Länderberatungen zum Referentenentwurf explizit zu thematisieren und als mittelfristige Perspektive in der Gesetzesbegründung zu verankern. Das erhöht die öffentliche Anschlussfähigkeit der kurzfristigen Maßnahmen (D.I, D.II) und bereitet die grundlegende Strukturreform rechtzeitig vor.

IV Verfahrenstechnische Forderungen

1. Folgenabschätzung für Nachbarrechtsgebiete. Der Referentenentwurf ist um eine systematische Folgenabschätzung für das Personenbeförderungsgesetz, das Umsatzsteuerrecht, die Bundesordnung für Kraftfahrzeugunternehmer (BOKraft) und das



VSPV

Der Mobilitätsverband

Krankenhausfinanzierungsgesetz zu ergänzen. Die Folgenabschätzung ist in den A-Teil der Gesetzesbegründung aufzunehmen, nicht lediglich nachrichtlich in einer Anlage.

2. Empirische Unterlegung der Einsparschätzungen. Die Einsparschätzungen in der Finanzwirkungsdarstellung des Entwurfs (insbesondere für den § 133-Bereich, den Rettungsdienst, die medizinische Behandlungspflege und die Hebammenhilfe) sind empirisch zu unterlegen oder nach unten zu korrigieren. Eine allgemeine Wendung wie „kann nur näherungsweise geschätzt werden“ (Referentenentwurf, Begründung zu Art. 1 Nr. 54) ist für ein Gesetz mit der behaupteten Tragweite nicht hinreichend. Die Einsparschätzung muss die tatsächliche rechtstechnische Realisierbarkeit der Einsparwirkung im jeweiligen Sektor berücksichtigen.

3. Transparente Darstellung der Verteilungswirkungen. Der Referentenentwurf enthält keine transparente Verteilungswirkungsanalyse, obwohl die vorgesehenen Maßnahmen erhebliche verteilungspolitische Folgen haben – insbesondere die Krankengeld-Absenkung um 5 Prozentpunkte, die Halbierung der Festzuschüsse für Zahnersatz, die Einführung des Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und die BBG-Anhebung. Die gesamte Verteilungsarchitektur des Entwurfs – wer zahlt, wer wird entlastet, wer trägt die Finanzierungsfolgen – ist systematisch darzustellen. Das gehört zum Standard guter Gesetzgebung und ist bei einem Entwurf dieser Dimension unverzichtbar.

F. Zusammenfassende Bewertung

Der Referentenentwurf des Beitragsstabilisierungsgesetzes 2026 beschreibt das richtige Problem und zieht die falschen Schlussfolgerungen. Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung ist ernst; die Handlungspflicht des Gesetzgebers ist unbestreitbar. Daran hat der VSPV keinen Zweifel gelassen.

Was der VSPV bestreitet, ist die Annahme, dass die im Entwurf beschrittenen Wege zum erklärten Ziel führen. Diese Annahme ist in den zentralen Regelungsbereichen, die den Krankentransport betreffen, rechtstechnisch und empirisch widerlegt.

Die Neufassung des § 133 SGB V operiert in einem rechtlichen Umfeld, das der Entwurf nicht zur Kenntnis nimmt. Die Grundlohnratebindung als verbindliche materielle Grenze für Vergütungsverträge mit Taxen und Mietwagen kollidiert mit dem personenbeförderungsrechtlichen Auskömmlichkeitsgebot nach § 51 Absatz 2 PBefG. Diese Kollision ist keine theoretische Randproblematik, sondern eine praktische Blockade: Eine Sondervereinbarung, die den PBefG-Maßstab unterschreitet, ist nicht genehmigungsfähig – und ohne Genehmigung existiert sie nicht. Die kassenseitige Vergütungsdeckelung läuft im Taxi-Pflichtfahrbereich damit faktisch leer.

Die umsatzsteuerliche Kaskade, die aus dem Wegfall der Taxi-Sondervereinbarung folgt, verschärft das Bild. Ohne Taxi-Referenz entfällt die Grundlage für den ermäßigten



VSPV

Der Mobilitätsverband

Umsatzsteuersatz auf Mietwagen-Krankenfahrten nach § 12 Absatz 2 Nummer 10 UStG. Die Kassen tragen dann nicht weniger, sondern mehr. Aus gesamtstaatlicher Sicht ist der Effekt im besten Fall ein Nullsummenspiel: Der Bund vereinnahmt Umsatzsteuer, die er andernorts als GKV-Zuschuss aufwenden müsste – mit Bürokratie als einzigem Mehrwert.

Die dogmatischen Inkonsistenzen des Grundlohnratens-Regimes selbst verschärfen den Befund. Der Prozentpunkt-Abschlag für 2027 bis 2029 hebt das erklärte Prinzip der Einnahmenorientierung auf. Die BBG-Neutralisierung ordnet der Kassenseite Mehreinnahmen zu, ohne die daran gekoppelte Ausgabenobergrenze proportional mitzuführen. Das Ergebnis ist kein neutrales Regulierungssystem, sondern eine asymmetrisch konstruierte Lastenverteilung. Die Einsparererwartung des Entwurfs im § 133-Bereich – 0,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, aufwachsend auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2030 – ist damit keine belastbare Haushaltsgröße. Sie ist eine Projektion, die auf der unausgesprochenen Annahme beruht, das PBefG werde keinen Widerstand leisten und das UStG keine Kaskadenfolge auslösen. Beide Annahmen sind unzutreffend.

Neben den rechtstechnischen Mängeln leidet der Entwurf an einem strukturellen Grunddefizit: Er adressiert die wesentlichen Ursachen der GKV-Finanzkrise nicht. Die chronische Unterdeckung der Bundesbeteiligung für Transferleistungsempfänger – nach dem IGES-Gutachten 2024 rund 9,2 Milliarden Euro jährlich – ist eine verdeckte Querfinanzierung des Bundeshaushalts durch die Sozialversicherung, der der Entwurf kein Wort widmet. Die Verwaltungseffizienz einer historisch zersplitterten Kassenlandschaft mit 93 Trägern wird mit Kosmetik adressiert, wo strukturelle Reform geboten wäre.

Demgegenüber hat der VSPV in Abschnitt D drei Alternativmaßnahmen vorgelegt, die das Ziel des Entwurfs mit erheblich größerer Wirkung, ohne Normkollisionen und in verfassungssystematisch kohärenter Architektur erreichen. Die kostendeckende Bundesbeteiligung nach § 232a SGB V deckt mit einer einzigen haushaltspolitischen Entscheidung mehr als die Hälfte der für 2027 veranschlagten Deckungslücke – und ist politisch breit getragen: durch einstimmige Bundesratsentschließung vom 30. Januar 2026, die Klage des GKV-Spitzenverbandes vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen und die Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit. Die Konsolidierung der Kassenstruktur schafft die Voraussetzungen dafür, dass die Digitalisierungsrendite der GKV tatsächlich gehoben werden kann. Die langfristige Rückführung auf das Äquivalenzprinzip beseitigt die dogmatische Konstruktionsschwäche des Gesamtsystems.

Der VSPV hat diese Stellungnahme bewusst vor Beginn der Ressortabstimmung eingereicht. Ein Referentenentwurf dieser Tragweite darf nicht ohne vorherige Prüfung der aufgezeigten Kollisionslagen und Alternativen in das weitere Verfahren gehen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat es in der Hand, die Kollisionen durch Einbeziehung des Bundesministeriums für Verkehr und des Bundesministeriums der Finanzen zu adressieren und durch Aufnahme der strukturellen Alternativmaßnahmen das eigentliche Ziel des Entwurfs auf einem tragfähigen Weg zu erreichen. Der VSPV bietet hierzu konstruktive fachliche Mitarbeit an.

Verband des privaten gewerblichen Straßenpersonenverkehrs Nordrhein-Westfalen VSPV e.V.

Benninghofer Str. 152, 44269 Dortmund

Vereinsregister Dortmund, VR 3301

1. Vorsitzender: Jörg Füchtenschnieder, 2. Vorsitzender: Rainer Nee, Geschäftsführer: Sascha Waltemate

Hauptstadtbüro: VSPV, Pariser Platz 6A, 10117 Berlin



VSPV

Der Mobilitätsverband

Was der VSPV nicht akzeptieren wird, ist die Verabschiedung eines Gesetzes, das in seiner zentralen Einsparberechnung auf einer Scheinersparnis beruht, das die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Auskömmlichkeitsgebot der Leistungserbringer ohne ausreichende Ersatzverankerung außer Kraft setzt und das einen Gewerbebezweig, der zu zwei Dritteln aus Kleinstunternehmen besteht, mit einer Belastung konfrontiert, deren Folgen in der flächendeckenden Versorgungssicherheit spürbar werden, bevor irgendein theoretischer Refinanzierungsmechanismus greifen könnte.

Sascha Waltemate
Geschäftsführer
waltemate@vspv-nrw.de
0231 528 227

Patrick Meinhardt
Generalbevollmächtigter & Leiter Hauptstadtbüro
meinhardt@vspv-nrw.de
030 300 149 3443