



Frau  
Ines Claus  
Vorsitzende der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag  
Schlossplatz 1–3  
65183 Wiesbaden

Hofheimer Straße 16a  
65795 Hattersheim  
Tel 06190 / 974 34 70  
Fax 06190 / 974 34 79  
info@haev-hessen.de  
www.haev-hessen.de

Hattersheim, 11. Mai 2026

## **GKV-BStabG 2026: Hessen darf bei der Primärversorgung nicht ausgebremst werden**

Sehr geehrte Frau Claus,

Hessen investiert seit Jahren in den Ausbau der hausärztlichen Versorgung: mit der Landarztquote, mit regionalen Steuerungsmodellen wie dem deutschlandweit einzigartigem Modellprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) und mit einem stetigen Ausbau der Hausarztzentrierten Versorgung. Diese Maßnahmen verfolgen dasselbe Ziel, das auch im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD auf Bundesebene angelegt ist: ein flächendeckendes Primärarztsystem, das Patientinnen und Patienten besser steuert, Praxen stärkt und unnötige Inanspruchnahmen der Notaufnahmen vermeidet.

Der aktuelle Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes läuft diesem Ziel jedoch zuwider. Ausgerechnet die Hausarztzentrierte Versorgung — das einzige bereits etablierte und bundesweit skalierte Primärversorgungsmodell — soll durch Fixkostendegression, Grundlohnratenbindung und die Streichung zentraler Koordinationsvergütungen wirtschaftlich geschwächt werden.

### **Für Hessen ist das kein abstrakter bundespolitischer Konflikt. Es betrifft unmittelbar die Versorgungsrealität im Land.**

In Hessen gibt es rund 3.900 Hausarztsitze, derzeit etwa 300 unbesetzte hausärztliche Stellen, rund 800.000 HZV-versicherte Patientinnen und Patienten und einen jährlichen Zuwachs von etwa 100.000 HZV-Einschreibungen. Gleichzeitig zeigt das hessische SaN-Modell mit 35 Partnerpraxen, 8 Zentralen des ÄBD (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) und rund 1.300 Zuweisungen, dass ambulante Steuerung Notaufnahmen entlasten kann. Der begrenzende Faktor ist bereits heute die Praxiskapazität.

### **Das GKV-BStabG konterkariert diese hessische Versorgungsrealität in drei zentralen Punkten:**

#### **1. Koalitionsvertrag und Systemlogik**

Der Koalitionsvertrag kündigt ein flächendeckendes Primärarztsystem an. Die Fixkostendegression in der HZV bewirkt jedoch das Gegenteil: Sie macht Wachstum wirtschaftlich unattraktiver. In einem Bundesland mit rund 300 unbesetzten hausärztlichen Stellen und wachsendem Steuerungsbedarf ist das ein falsches Signal.

Wer ein Primärarztssystem aufbauen will, darf das bereits funktionierende Primärversorgungsinstrument nicht schwächen. Dieser Widerspruch sollte aus der Koalition heraus klar benannt und im parlamentarischen Verfahren korrigiert werden.

## **2. Landarztquote und Nachwuchs**

Die Landarztquote ist ein zentrales hessisches Projekt zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Sie kann aber nur dann nachhaltig wirken, wenn die spätere Niederlassung auch wirtschaftlich attraktiv bleibt.

Steigende Personalkosten, gedeckelte Honoraranpassungen, wachsende Bürokratie und zusätzliche Eingriffe in erfolgreiche Versorgungsverträge senden an Nachwuchsärztinnen und Nachwuchsärzte das falsche Signal. Das Bundesgesetz droht damit, einer wichtigen Landesmaßnahme die wirtschaftliche Grundlage zu entziehen.

## **3. SaN-Modell und Notfallsteuerung**

Das hessische SaN-Modell zeigt, dass ambulante Steuerung funktioniert, wenn ausreichend hausärztliche Kapazität vorhanden ist. Gerade diese Kapazität wird durch die geplanten Eingriffe gefährdet.

Die vorgesehene Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V entzieht einem wirksamen ambulanten Steuerungsmechanismus die finanzielle Grundlage. Weniger ambulante Kapazität bedeutet mehr Fälle in den Notaufnahmen — medizinisch unnötig, organisatorisch belastend und für das System insgesamt teurer.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob gespart werden muss, sondern wo gespart wird. Wenn ausgerechnet die ambulante Primärversorgung überproportional belastet wird, während kostentreibende Strukturen weitgehend geschont bleiben, ist das ordnungspolitisch nicht überzeugend. Ein stabiles GKV-System braucht eine starke erste Versorgungsebene.

**Wir bitten Sie deshalb, sich im laufenden parlamentarischen Verfahren für vier konkrete Korrekturen einzusetzen:**

### **1. Fixkostendegression streichen — Koalitionsvertrag ernst nehmen**

Rund 800.000 Versicherte sind in Hessen bereits in die HZV eingeschrieben. Jährlich kommen etwa 100.000 hinzu. Die Fixkostendegression würde jeden weiteren Wachstumsschritt wirtschaftlich unattraktiver machen und damit den einzigen flächendeckend etablierten Patientensteuerungs- und Koordinationsmechanismus im ambulanten System schwächen.

Das widerspricht dem Ziel eines flächendeckenden Primärarzt-systems. Deshalb sollte die Fixkostendegression im parlamentarischen Verfahren gestrichen werden.

### **2. Vertragsautonomie der HZV sichern**

Die HZV ist kein gewöhnlicher Vergütungsmechanismus, sondern ein eigenständiges Versorgungsmodell mit koordinierender Funktion: Chronikermanagement, Medikationssicherheit, DMP, VERAH-Einsatz, strukturierte Versorgung und Notfallweiterleitung setzen verlässliche vertragliche Rahmenbedingungen voraus.

Eine pauschale Grundlohnratebindung würde dieses Modell planerisch schwächen und die Weiterentwicklung der HZV erheblich erschweren. Die Vertragsautonomie nach § 73b SGB V muss deshalb erhalten bleiben.

### **3. Koordinationsvergütung erhalten — SaN-Modell schützen**

Das SaN-Modell zeigt, dass ambulante Notfallsteuerung funktioniert. Voraussetzung ist jedoch, dass Hausarztpraxen die dafür notwendige Kapazität vorhalten können.

Die Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V würde genau diese Grundlage schwächen. Das hätte unmittelbare Folgen für die ambulante Steuerung und würde die Notaufnahmen zusätzlich belasten. Hessen sollte im Bund klar deutlich machen: Wer Notaufnahmen entlasten will, darf die hausärztliche Koordination nicht schwächen.

### **4. Bürgergeld-Gesundheitskosten vollständig steuerfinanzieren**

Die pauschale Monatszahlung von derzeit 144,04 Euro je Bürgergeld-Versichertem deckt die tatsächlichen Behandlungskosten bei Weitem nicht. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesgesundheitsministeriums könnte die GKV durch eine vollständige Steuerfinanzierung um rund 12 Milliarden Euro jährlich entlastet werden.

Bürgergeld ist eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung des Bundes. Die damit verbundenen Gesundheitskosten gehören deshalb sachgerecht in den Bundeshaushalt — nicht dauerhaft in die Beitragskassen der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Diese Forderung ist parteiübergreifend anschlussfähig und sollte im parlamentarischen Verfahren konsequent weiterverfolgt werden.

Diese vier Korrekturen stellen die Gesamtarchitektur des GKV-BStabG nicht infrage. Sie sorgen aber dafür, dass erfolgreiche hessische Versorgungsinvestitionen — Landarztquote, SaN-Modell und HZV-Ausbau — nicht durch Bundesgesetz geschwächt werden.

Wir bitten Sie daher, sich innerhalb Ihrer Fraktion und insbesondere gegenüber den hessischen Mitgliedern im Gesundheitsausschuss für eine gemeinsame Hessen-Position einzusetzen. Ziel sollte sein, die hausärztliche Versorgung nicht als Kostenproblem zu behandeln, sondern als zentralen Teil der Lösung für ein leistungsfähiges, steuerndes und finanzierbares Gesundheitssystem.

Für eine vertiefende Darstellung der Datenlage — KV-Auswertungen, SaN-Projektbericht und praxisindividuelle Betroffenheitsanalysen — stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

im Namen der hessischen Hausärztinnen und Hausärzte  
sowie des Vorstandes des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes Hessen



Christian Sommerbrodt

1. Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes Hessen