



Frau  
Wiebke Knell  
Vorsitzende der FDP-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: Vertragsautonomie sichern, Fehlanreize vermeiden, Praxen entlasten**

Sehr geehrte Frau Knell,

die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist ein Beispiel dafür, dass eigenständige Verträge im Gesundheitssystem Versorgung verbessern können. Krankenkassen und Hausärzterverbände haben auf Grundlage von § 73b SGB V Versorgungsverträge entwickelt, die Patientinnen und Patienten besser steuern, Chronikerversorgung strukturieren und unnötige Inanspruchnahme vermeiden.

Der aktuelle Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes greift jedoch ausgerechnet in diese Vertragsautonomie ein: durch Grundlohnratenbindung, Fixkostendegression und die Streichung zentraler Koordinationsvergütungen. Damit wird kein ineffizienter Bereich begrenzt, sondern ein funktionierendes Steuerungsinstrument im ambulanten System geschwächt.

Für Hessen ist das kein abstraktes bundespolitisches Thema. Es betrifft unmittelbar die Versorgung vor Ort. 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 deutschlandweit einzigartige hessische Modellprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) mit 35 Partnerpraxen, 8 Zentralen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) und rund 1.300 Zuweisungen, dass ambulante Steuerung Notaufnahmen entlasten kann. Der begrenzende Faktor ist bereits heute die Praxiskapazität.

Das GKV-BStabG setzt aus unserer Sicht an drei Stellen die falschen Anreize:

### **1. Vertragsfreiheit und Planungssicherheit werden geschwächt**

HZV-Verträge haben eine eigene Versorgungs- und Kostenstruktur: Chronikermanagement, Medikationssicherheit, Disease-Management-Programme (DMP), den Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), strukturierte Abläufe und Notfallweiterleitung.

Eine pauschale Grundlohnratenbindung würde diese Verträge planerisch schwächen und ihre Weiterentwicklung erheblich erschweren. Gerade dort, wo Krankenkassen und Hausärzterverbände eigenständig bessere Versorgungsformen entwickeln, sollte der Gesetzgeber Vertragsfreiheit ermöglichen — nicht zusätzlich begrenzen.

## **2. Die Fixkostendegression setzt einen negativen Wachstumsanreiz**

Die geplante Fixkostendegression würde ausgerechnet die HZV schwächen — und damit den einzigen flächendeckend etablierten Patientensteuerungs- und Koordinationsmechanismus im ambulanten System. Sie macht weiteres Wachstum wirtschaftlich unattraktiver, obwohl Hessen auf mehr koordinierte hausärztliche Versorgung angewiesen ist.

In einem Bundesland mit rund 300 unbesetzten hausärztlichen Stellen und stetig wachsendem HZV-Bedarf ist das ein falsches Signal — auch an niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte. Wer Versorgung ausbauen soll, darf für Wachstum nicht wirtschaftlich schlechter gestellt werden.

## **3. Mehr Aufgaben ohne verlässlichen Ausgleich belasten Praxen**

Hausarztpraxen sind medizinische Versorgungseinrichtungen — aber auch kleine und mittlere Unternehmen. Sie tragen steigende Personal-, Energie-, IT- und Bürokratiekosten.

Wenn zusätzliche Dokumentations- und Koordinationspflichten entstehen, zugleich aber Vergütungen gestrichen und vertragliche Spielräume eingeschränkt werden, entsteht eine Doppelbelastung: mehr Aufgaben, weniger Planungssicherheit. Das widerspricht dem Ziel, Bürokratie abzubauen und die ambulante Versorgung wirtschaftlich tragfähig zu halten.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob die GKV stabilisiert werden muss, sondern wo angesetzt wird. Eine Stabilisierung darf nicht den Sektor schwächen, der Versorgung wohnortnah organisiert, Patientinnen und Patienten steuert und unnötige Inanspruchnahme vermeiden hilft. Ebenso ordnungspolitisch fragwürdig ist, dass versicherungsfremde Leistungen wie die Gesundheitskosten von Bürgergeld-Empfängerinnen und -Empfängern weiterhin über Beitragsmittel mitfinanziert werden.

**Wir bitten Sie deshalb, sich für vier konkrete Korrekturen einzusetzen:**

### **1. Fixkostendegression streichen — Fehlanreize vermeiden**

Die Fixkostendegression wäre kein Beitrag zu mehr Effizienz, sondern ein Abschlag auf Wachstum dort, wo bessere Steuerung bereits funktioniert. Deshalb sollte sie im parlamentarischen Verfahren gestrichen werden.

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

Die HZV ist ein eigenständiges Versorgungsmodell mit eigener Versorgungslogik. Eine pauschale Grundlohnratenbindung würde dieses Modell planerisch schwächen und seine Weiterentwicklung erheblich erschweren. Vertragsfreiheit ist hier kein Selbstzweck, sondern Voraussetzung für bessere Versorgung. Deshalb muss die Vertragsautonomie nach § 73b SGB V erhalten bleiben.

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

Das SaN-Projekt zeigt, dass ambulante Notfallsteuerung funktioniert, wenn ausreichend hausärztliche Kapazität vorhanden ist. Genau diese Kapazität wird durch die geplante Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V gefährdet.

Weniger ambulante Kapazität bedeutet mehr Belastung für Notaufnahmen — medizinisch häufig unnötig und für das System insgesamt teurer. Wer Notaufnahmen entlasten will, muss hausärztliche Koordination wirtschaftlich ermöglichen.

#### **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. Das ist keine Ausweitung von Leistungen, sondern eine klare Zuordnung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben.

Diese vier Korrekturen stellen die Gesamtarchitektur des GKV-BStabG nicht infrage. Sie folgen einer ordnungspolitisch klaren Linie: Vertragsautonomie sichern, Fehlanreize vermeiden, Bürokratiebelastung begrenzen und Finanzierungsverantwortung sachgerecht zuordnen.

Wir bitten Sie daher, sich innerhalb Ihrer Fraktion und gegenüber den hessischen Mitgliedern im Gesundheitsausschuss für eine gemeinsame Hessen-Position einzusetzen. Ziel sollte sein, die hausärztliche Versorgung nicht als Einsparpotenzial zu behandeln, sondern als wirksamen, effizienten und wohnortnahen Steuerungsmechanismus im Gesundheitssystem zu stärken.

Für eine vertiefende Darstellung der hessischen Versorgungsdaten — einschließlich regionaler Betroffenheitsanalyse, SaN-Erfahrungen, Praxisstruktur und Investitionsbedarf — stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

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



Christian Sommerbrodt

1. Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Hessen