



Herrn  
Mathias Wagner  
Vorsitzender der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 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: Evidenzbasierte Primärversorgung stärken — Hessen darf nicht ausgebremst werden**

Sehr geehrter Herr Wagner,

eine starke Primärversorgung ist einer der wirksamsten Hebel für ein gerechteres, effizienteres und besser steuerbares Gesundheitssystem. Internationale Forschung und gesundheitspolitische Erfahrungen zeigen seit Jahren: Systeme mit einer gut ausgebauten hausärztlichen Versorgung erreichen bessere Koordination, vermeiden unnötige Inanspruchnahme und können Kosten begrenzen, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist in Deutschland das am weitesten entwickelte Instrument dieser Art. Sie stärkt die koordinierende Rolle der Hausarztpraxis, verbessert die Versorgung chronisch kranker Menschen und hilft, Patientinnen und Patienten gezielter durch das System zu lotsen.

Der aktuelle Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes schwächt jedoch ausgerechnet dieses evidenzbasierte Instrument: durch Fixkostendegression, Grundlohnratenbindung und die Streichung zentraler Koordinationsvergütungen. Das ist gesundheitspolitisch widersprüchlich — und trifft Hessen unmittelbar.

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 konterkariert diese hessische Versorgungsrealität in drei zentralen Punkten:**

#### **1. Evidenzbasierte Primärversorgung wird gebremst**

Die HZV ist das einzige bereits breit etablierte Instrument, das zentrale Ziele eines Primärversorgungssystems praktisch umsetzt: bessere Koordination, kontinuierliche Begleitung, verlässlicheres Chronikermanagement, gezieltere Weiterleitung und weniger vermeidbare Inanspruchnahmen der Notaufnahmen.

Die geplante Fixkostendegression bremst genau dieses Instrument. Sie macht weiteres HZV-Wachstum wirtschaftlich unattraktiver — ausgerechnet in einer Phase, in der mehr Primärversorgung politisch gewollt ist.

Wer Versorgung wissenschaftlich fundiert weiterentwickeln will, darf den funktionierenden Ansatz im ambulanten Bereich nicht schwächen.

## **2. Prävention und Chronikerversorgung brauchen verlässliche Strukturen**

Koordinierte hausärztliche Versorgung ist Prävention im Versorgungsalltag: Früherkennung, Medikationssicherheit, Disease-Management-Programme (DMP), strukturierte Chronikerbetreuung und die kontinuierliche Begleitung multimorbider Patientinnen und Patienten.

Wenn Koordinationsleistungen nicht verlässlich refinanziert werden, trifft das besonders ältere, chronisch kranke, pflegebedürftige und sozial benachteiligte Menschen. Gerade sie brauchen ein Primärversorgungssystem, das Orientierung gibt, Behandlungsschritte bündelt und vermeidbare Belastungen reduziert.

Ein Gesetz, das die GKV stabilisieren soll, darf Prävention und Chronikerversorgung nicht schwächen.

## **3. Sektorenübergreifende Versorgung darf nicht ausgebremst werden**

Das hessische SaN-Projekt zeigt, wie sektorenübergreifende Versorgung praktisch funktionieren kann: ambulante Steuerung, gezielte Weiterleitung und Entlastung der Notaufnahmen. Genau solche Modelle werden gesundheitspolitisch seit Jahren gefordert.

Die geplante Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V gefährdet jedoch die Praxiskapazität, die für solche Steuerung notwendig ist. Weniger ambulante Kapazität bedeutet mehr Belastung für Notaufnahmen — medizinisch häufig unnötig und für das System insgesamt teurer.

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 koordiniert und unnötige Inanspruchnahme vermeiden hilft. Ebenso strukturell falsch ist, dass versicherungsfremde Leistungen wie die Gesundheitskosten von Bürgergeld-Empfängerinnen und -Empfängern weiterhin aus Beitragsmitteln mitfinanziert werden.

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

### **1. Fixkostendegression streichen — evidenzbasierte Primärversorgung schützen**

Die Fixkostendegression wäre keine Strukturreform, sondern eine Deckelung 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. Deshalb muss die Vertragsautonomie nach § 73b SGB V erhalten bleiben.

### **3. Koordinationsvergütung erhalten — Chronikerversorgung 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 sektorenübergreifende Versorgung stärken will, muss hausärztliche Koordination ermöglichen — 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. Eine solche Lösung wäre strukturell sauber, solidarisch und finanzpolitisch konsequent.

Diese vier Korrekturen stellen die Gesamtarchitektur des GKV-BStabG nicht infrage. Sie folgen aber einer gesundheitspolitisch klaren Linie: Prävention stärken, Steuerung verbessern, Chronikerversorgung sichern 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 zentralen Bestandteil einer gerechten, präventiven und finanzierbaren Gesundheitsversorgung.

Für eine vertiefende Darstellung der hessischen Versorgungsdaten — einschließlich regionaler Betroffenheitsanalyse, SaN-Erfahrungen, Chronikerversorgung und praxisindividueller Auswertungen — 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