



Frau Staatssekretärin
Dr. Sonja Optendrenk
Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 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: Hessische Versorgungsstrukturen sichern — Primärversorgung nicht ausbremsen

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Optendrenk,

Hessen investiert seit Jahren in den Ausbau und die bessere Steuerung der ambulanten Versorgung: mit der Landarztquote, mit dem deutschlandweit einzigartigen Modellprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) und mit dem kontinuierlichen Ausbau der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV).

Diese Initiativen verfolgen ein gemeinsames Ziel: Patientinnen und Patienten früher, gezielter und verlässlicher durch das Gesundheitssystem zu lotsen — und dadurch insbesondere Notaufnahmen zu entlasten, Chronikerversorgung zu verbessern und hausärztliche Versorgung auch in angespannten Regionen zu sichern.

Der aktuelle Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes läuft diesem Ziel jedoch entgegen. Durch Fixkostendegression, Grundlohnbindungen und die Streichung zentraler Koordinationsvergütungen würde ausgerechnet jene Struktur geschwächt, auf der die hessische Versorgungsagenda wesentlich aufbaut: die koordinierte hausärztliche Primärversorgung.

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. Zugleich zeigt das SaN-Projekt 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 gefährdet diese hessische Versorgungsstruktur in drei zentralen Punkten:

1. Notfallsteuerung braucht ambulante Kapazität

Das SaN-Modell zeigt, dass Patientinnen und Patienten aus der Notfallversorgung gezielt in ambulante Strukturen weitergeleitet werden können, wenn ausreichend hausärztliche Kapazität vorhanden ist.

Die geplante Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V würde genau diese Kapazität schwächen. Weniger ambulante Steuerungsmöglichkeiten bedeuten mehr Belastung für Notaufnahmen — medizinisch häufig unnötig und für das System insgesamt teurer.

2. HZV-Ausbau darf nicht wirtschaftlich bestraft werden

Die Fixkostendegression würde weiteres HZV-Wachstum für Praxen wirtschaftlich unattraktiver machen. Damit würde ausgerechnet der einzige flächendeckend etablierte Patientensteuerungs- und Koordinationsmechanismus im ambulanten System geschwächt.

Das trifft besonders die Versorgung chronisch kranker, pflegebedürftiger und multimorbider Patientinnen und Patienten sowie Regionen, in denen hausärztliche Versorgung bereits heute unter Druck steht.

3. Sicherstellung und Nachwuchs brauchen verlässliche Rahmenbedingungen

Die hessische Landarztquote ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Sie kann jedoch nur dann nachhaltig wirken, wenn die spätere Tätigkeit in der Niederlassung wirtschaftlich tragfähig und planbar bleibt.

Steigende Personal-, IT- und Bürokratiekosten bei gleichzeitig gedeckelten oder gekürzten Vergütungsstrukturen senden an niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte das falsche Signal. Das Bundesgesetz droht damit, zentrale Landesmaßnahmen in ihrer Wirkung zu schwächen.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob die GKV stabilisiert werden muss, sondern wo angesetzt wird. Eine Stabilisierung darf nicht die ambulante Primärversorgung schwächen, die Patientinnen und Patienten koordiniert, unnötige Inanspruchnahme vermeiden hilft und Krankenhäuser entlasten kann.

Wir bitten das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege deshalb um Unterstützung in vier Punkten, die im laufenden parlamentarischen Verfahren noch korrigiert werden können:

1. Fixkostendegression streichen — HZV-Skalierung ermöglichen

Patientensteuerung und koordinierte Primärversorgung können nicht gleichzeitig politisch gefordert und wirtschaftlich erschwert werden. Die Fixkostendegression würde die HZV ausgerechnet dort bremsen, wo sie wächst und Versorgung strukturiert. Sie sollte deshalb im parlamentarischen Verfahren gestrichen werden.

2. Vertragsautonomie der HZV sichern

Koordinierte Patientenversorgung setzt eigenständige Versorgungsverträge mit eigener Kostenstruktur voraus: Chronikermanagement, Medikationssicherheit, Disease-Management-Programme (DMP), den Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), strukturierte Abläufe und Notfallweiterleitung.

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 — SaN-Modell und Notfallversorgung schützen

Das SaN-Projekt belegt, dass ambulante Notfallsteuerung funktioniert, wenn Praxen die dafür notwendige Kapazität vorhalten können. Die geplante Streichung der Koordinationsvergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V würde diese Grundlage gefährden.

Wer Notaufnahmen entlasten will, muss hausärztliche Koordination wirtschaftlich 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. Hessen sollte diese Forderung im Bundesrat und in der Gesundheitsministerkonferenz aktiv unterstützen.

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

Wir bitten Sie daher, die hessische Position aktiv in die Gesundheitsministerkonferenz und in den Bundesrat einzubringen. Eine gemeinsame Länderposition mit Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen — allesamt Länder mit starker HZV-Struktur — erscheint fachlich naheliegend.

Hessen hat mit SaN-Modell, Landarztquote und HZV-Ausbau eine eigenständige Versorgungsagenda. Diese Agenda braucht eine stabile bundesrechtliche Grundlage.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir gerne zur Verfügung — auch auf Arbeitsebene mit der zuständigen Fachabteilung. KV-Auswertungen, der SaN-Projektbericht und eine Analyse der hessischen Betroffenheit können wir als Arbeitsgrundlage einbringen.

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