



Herrn
Tobias Eckert
Vorsitzender der SPD-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: Strukturreform statt Kürzung an der Basis

Sehr geehrter Herr Eckert,

die SPD hat in der Debatte um die Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Recht auf ein strukturelles Problem hingewiesen: Die GKV braucht mehr als kurzfristige Ausgabendeckelung. Sie braucht Reformen, die Versorgung besser steuern, unnötige Kosten vermeiden und die Menschen verlässlich erreichen — gerade chronisch kranke, ältere und sozial besonders belastete Patientinnen und Patienten.

Diese Diagnose teilen wir ausdrücklich. Umso problematischer ist, dass der aktuelle Entwurf des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes ausgerechnet jene Strukturen schwächt, die bereits heute zu einer besseren Steuerung beitragen: die koordinierte hausärztliche Primärversorgung und die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV).

Für Hessen ist das kein abstraktes bundespolitisches Thema. Es betrifft unmittelbar die Versorgung vor Ort. In Hessen gibt es rund 3.900 Hausarztstühle, 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. Strukturreform statt bloßer Deckelung

Die HZV ist das einzige bereits breit etablierte Instrument, das zentrale Ziele einer Strukturreform praktisch umsetzt: bessere Koordination, weniger Doppeluntersuchungen, 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 eine echte Strukturreform der GKV fordert, darf den funktionierenden strukturellen Ansatz im ambulanten Bereich nicht schwächen.

2. Soziale Gerechtigkeit und Schutz chronisch kranker Menschen

Hausärztinnen- und Hausärzte sind für viele Menschen die erste und oft wichtigste Anlaufstelle im Gesundheitssystem – besonders für ältere, multimorbide, pflegebedürftige und sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten. Gerade sie brauchen kontinuierliche Koordination. Wenn diese Leistungen nicht mehr verlässlich refinanziert werden, trifft das nicht zuerst die gut informierten und mobilen Patientinnen und Patienten, sondern diejenigen, die ohnehin stärker auf ein funktionierendes Primärversorgungssystem angewiesen sind.

Ein Gesetz, das die GKV stabilisieren soll, darf soziale Versorgungsungleichheiten nicht verschärfen.

3. Versorgungsgerechtigkeit im ländlichen Raum

Die rund 300 unbesetzten hausärztlichen Stellen in Hessen betreffen vor allem Regionen, in denen die Versorgung bereits heute unter Druck steht. Dort ist die Hausarztpraxis nicht nur medizinische Anlaufstelle, sondern häufig auch die zentrale Lotsin durch das Versorgungssystem.

Wenn der Ausbau der HZV wirtschaftlich erschwert wird, trifft das gerade jene Regionen, in denen verlässliche hausärztliche Steuerung am dringendsten gebraucht wird. Das wäre Versorgungspolitik am falschen Hebel.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht, **ob** gespart werden muss, sondern **wo** gespart wird. Eine Stabilisierung der GKV darf nicht dazu führen, dass der günstigste und wirksamste Steuerungsmechanismus im System geschwächt wird. Eine starke ambulante Primärversorgung ist kein Kostentreiber, sondern trägt dazu bei, unnötige Ausgaben zu vermeiden.

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

1. Fixkostendegression streichen — Strukturreform ernst nehmen

Die Fixkostendegression würde ausgerechnet die HZV schwächen — und damit den einzigen flächendeckend etablierten Patientensteuerungs- und Koordinationsmechanismus im ambulanten System. Sie wäre keine Strukturreform, sondern eine Deckelung dort, wo bessere Steuerung bereits funktioniert. Deshalb sollte die Fixkostendegression im parlamentarischen Verfahren gestrichen werden.

2. Vertragsautonomie der HZV sichern

Die HZV ist ein eigenständiges Versorgungsmodell mit eigener Versorgungslogik. Sie ermöglicht koordinierte Patientenversorgung, Chronikermanagement, Medikationssicherheit, Disease-Management-Programme (DMP), den Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), strukturierte Abläufe und eine bessere Steuerung durch die Hausarztpraxis.

Eine pauschale Grundlohnratenbindung würde dieses Modell planerisch schwächen und seine Weiterentwicklung erheblich erschweren. Strukturierte Versorgungsverträge brauchen verlässliche vertragliche Spielräume. 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. Besonders betroffen wären chronisch kranke, ältere und pflegebedürftige Menschen, die auf kontinuierliche Koordination angewiesen sind.

Wer Notaufnahmen entlasten und Versorgung sozial gerechter organisieren will, muss hausärztliche Koordination stärken — 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 nicht nur finanzpolitisch konsequent, sondern auch sozialpolitisch geboten.

Diese vier Korrekturen stellen die Gesamtarchitektur des GKV-BStabG nicht infrage. Sie liefern aber das, was die SPD selbst zu Recht einfordert: eine strukturelle Antwort auf das Ausgabenproblem der GKV. Sie verhindern, dass kurzfristige Sparmaßnahmen am falschen Hebel mittelfristig höhere Kosten verursachen — durch mehr Inanspruchnahme von Notaufnahmen, weniger Koordination, schwächere Chronikerversorgung und eine weitere Belastung hausärztlicher Praxen.

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 Einsparpotenzial zu behandeln, sondern als zentralen Bestandteil einer sozial gerechten, wirksamen und finanzierbaren Strukturreform.

Für eine vertiefende Darstellung der hessischen Versorgungsdaten — einschließlich Chronikerzahlen, regionaler Betroffenheitsanalyse, SaN-Erfahrungen 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 Hausärzterverbandes Hessen



Christian Sommerbrodt

1. Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes Hessen