



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) DR 21/6130

18. Juni 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Gesetzesentwurfes, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 22. Juni 2026, behalten wir uns vor.

Allgemeines

Die mit dem Regierungsentwurf verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die Reduktion der Ausgabendynamik der GKV, Zuwächse von Preisen und Vergütungen zukünftig für alle Leistungsbereiche an die Entwicklung der Einnahmen zu koppeln sowie Ausgaben für Versicherte an einen nachweislichen Nutzen zu knüpfen, können seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich nachvollzogen werden, sind aber in bestimmten Bereichen abzulehnen bzw. kritisch zu bewerten.

Hervorzuheben ist zunächst, dass die Hausarztpraxen von mehreren (geplanten) Maßnahmen gleichzeitig erheblich nachteilig betroffen sind. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag verankerten geplanten Einführung eines verbindlichen hausärztlichen Primärversorgungssystems: insoweit würden in Gestalt mehrerer Neuregelungen Fehlanreize gesetzt (u. a. durch die Streichung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen, den Wachstumsabschlag für erfolgreiche HZV-Verträge nach § 73b SGB V und den Fixkostendegression-Abschlag für Hausärztinnen/Hausärzte), die wir nachfolgend näher erläutern.

Kritisch werden vor allem folgende Maßnahmen mit Bezug zur hausärztlichen Versorgung gesehen:

- die Grundlohnratenbindung gem. § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V-neu, insbesondere aber der „HZV-Wachstumsabschlag“; beide Neuregelungen stehen im deutlichen Widerspruch zu der Ankündigung, ein zukunftsorientiertes und funktionierendes Primärversorgungssystem zu etablieren bzw. in Gestalt der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) weiterzuentwickeln und zu stärken;
- die langfristige und regelhafte Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung; sowie
- die Fixkostendegression bei der haus- und kinderärztlichen Vergütung bei Mengenausweitung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung im Kollektivvertrag.



I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – § 71 SGB V-neu (Dauerhafte Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung – die Grundlohnrate als harte Vergütungsobergrenze)

Die Neuregelung in § 71 SGB V-neu zur Grundlohnrate als gesetzlich fixierte Vergütungsobergrenze für alle Vergütungsanpassungen, die für Orientierungswert, Punktwert in der MGV und HZV-Verträge (§ 73b SGB V) gelten soll, wird insbesondere in Bezug auf die HZV-Verträge kritisch bewertet und abgelehnt (siehe unsere Ausführungen unter B.).

Da die Praxiskostenentwicklung (insb. Personal, Miete, Energie) strukturell über der Grundlohnrate (GLR) liegt, bedeutet diese „Deckelung“ eine reale Ertragsminderung für Hausarztpraxen bei gleichzeitig wachsendem Kostendruck und setzt u. a. wegen der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems strukturell widersprüchliche Fehlanreize. Wenn, wie im Koalitionsvertrag festgelegt, die HZV eine wesentliche Säule einer Primärversorgung sein und als solche weiterentwickelt werden soll, wird dies mit dem geplanten Abschlag auf die Kosten einer modernen HZV-Praxis mit notwendigen Investitionen im personellen (Anstellung und Einsatz von akademisch ausgebildetem Praxispersonal) und sächlichen Bereich (Investitionen in digitale Versorgungsstrukturen) nicht gelingen.

B. Artikel 1 SGB V – § 73b SGB V-neu (Doppelbelastung für HZV-Verträge durch Grundlohnratenanbindung und Fixkostendegression)

Die Neuregelungen in § 73b SGB V-neu zur Grundlohnratenbindung, insbesondere aber die geplante Fixkostendegression in der HZV, stellen erhebliche, ungerechtfertigte und vor allem strukturfremde Eingriffe in die HZV dar und sind daher zu streichen.

Durch § 73b Abs. 5 S. 2 SGB V-neu zur Grundlohnratenbindung werden die Vergütungsanpassungen in HZV-Verträgen erstmals an § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität und Grundlohnrate) gebunden, was bisher vertragsautonom durch die Vertragspartner erfolgte und auf die HZV nicht übertragbar ist. Insbesondere bei der Begrenzung des Preisanstiegs (Bindung an die Grundlohnrate) in der HZV bestehen große Bedenken, da dies den sehr unterschiedlichen Versorgungseinheiten und Strukturen der Hausarztpraxen – teilweise betreuen diese eine sehr große Anzahl, teilweise nur eine sehr kleine Anzahl eingeschriebener Patienten – nicht gerecht werden kann. Die wissenschaftlichen Evaluationen zur HZV machen überdies mehr als deutlich, dass die Versorgung der Versicherten in der HZV die Kosten für die Krankenkassen klar mindern, weil die höheren Ausgaben im ambulanten Bereich durch Einsparungen in der stationären Versorgung sowie bei den Arzneimitteln deutlich überkompensiert werden. Pro HZV-Versicherten realisiert die Krankenkasse Einsparungen i. H. v. 169 Euro¹. Eine Vergütungsanpassung oberhalb der Grundlohnrate kann insofern insbesondere in der HZV gerechtfertigt sein, wenn die damit verbundenen Investitionen in moderne und digitale Primärversorgungsstrukturen durch Einsparungen an anderer Stelle überkompensiert werden.

Des Weiteren sollen entsprechend der geplanten Regelungen im kollektivvertraglichen Bereich (vgl. Art. 1 Nr. 32 c) durch § 73b Abs. 5 S. 3 SGB V-neu zur Fixkostendegression, Mehrleistungen aufgrund steigender Teilnehmerzahlen mit einem (Kosten-)Abschlag vergütet werden, was im Rahmen der HZV schlicht nicht funktionieren wird.

¹ https://neueversorgung.de/images/PDF/2025_11_05_HZV-Evaluation-Broschuere.pdf



Ungeachtet der geplanten Änderungen im Bereich der nicht mengenbegrenzten hausärztlichen Leistungen (Kapitel 3 des EBM + Hausbesuche) – vgl. hierzu unter D. – geht der Gesetzgeber hier offensichtlich von der kollektivvertraglichen Systematik der Verteilung der Gesamtvergütung nach § 87b SGB V aus, in der die Krankenkassen eine bestimmte Menge Geld an die KVen zahlen (Gesamtvergütungen), die dann das Geld auf Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und unter Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe an die Hausärztinnen und Hausärzte verteilen und dabei – mit Ausnahme der Vergütungen für Leistungen nach dem 3. Kapitel des EBM zzgl. der Hausbesuche (siehe hierzu unter C.) – über Begrenzungsregelungen auch durchschnittlich berechnete (Kosten-)Abschläge über die gesamte Fachgruppe hinweg festlegen können. Diese Systematik ist auf die HZV nicht übertragbar: hier wird keine Gesamtvergütung verteilt, sondern die hausärztlichen Leistungen werden arztindividuell entsprechend den in den HZV-Verträgen vereinbarten Preisen „1:1“ vergütet. Die Anwendung eines generellen Abschlages über alle teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte hinweg verbietet sich bereits aus diesem Grund und ist auf Direktverträge zwischen den Krankenkassen und den Hausärztinnen und Hausärzten nicht anwendbar.

Ebenfalls zu beachten ist, dass Versicherte in der HZV sich an eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt binden. Sind diese, von der/dem Versicherten gewählten Hausärztinnen bzw. Hausärzte in einer BAG oder in einem MVZ tätig, müssten die dortigen Praxiskosten auf den oder die an der HZV teilnehmende/n Hausarzt/Hausärztin anteilig „heruntergebrochen“ werden. Es ist nicht erkennbar, wie dies im Rahmen der HZV-Verträge gelingen soll.

Dass die Vertragspartner in ihren Verträgen schon bis zum 31. März 2027 die Höhe des Abschlages auf die vereinbarten Preise festzusetzen haben, wird ebenfalls kritisch gesehen, da diesbezüglich vergleichbare Abschläge in der HZV und Bezugsgrößen – u. a. mit Blick auf mögliche heranzuziehende Vergütungspositionen/Pauschalen – fehlen. Bisher gibt es in der HZV keine Abschläge im Sinne von Honorarkürzungen auf die vereinbarten Leistungen. Insbesondere auf die P2 (Behandlungspauschale für den tatsächlichen Arzt-Patienten-Kontakt) oder auf die P3 (Chronikerpauschale für den besonderen Betreuungsaufwand für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen) wäre ein Abschlag systemfremd und nicht übertragbar. Zu beachten ist außerdem, dass durch die Systematik eines pauschal vergüteten Einschreibesystems eine medizinisch und versorgungstechnisch nicht begründete Ausweitung der Fallzahlen der hausärztlichen Praxen ohnehin systemimmanent unterbunden wird. Die einer Fixkostendegression zugrundeliegende Sorge einer Fallzahlausweitung braucht insofern nicht zu bestehen.

Ein (Kosten-)Abschlag im Rahmen der HZV – welcher schon wegen der damit verbundenen Fehlanreize für das Primärversorgungssystem „HZV“ abzulehnen ist (s. o.) – müsste, so er dennoch gesetzlich verankert werden sollte, im Ergebnis also arztindividuell berechnet werden und wäre wegen des enormen bürokratischen Aufwandes nicht nur unverhältnismäßig teuer in der Umsetzung, sondern gänzlich unvertretbar.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte aber wesentlich und politisch völlig unverständlich ist, dass insbesondere durch die beiden Maßnahmen – Grundlohnratebindung und Fixkostendegression – die HZV als funktionierendes Primärversorgungssystem systemwidrig in ihrem Bestand und in ihrer Entwicklung massiv gehemmt wird. Gerade die HZV-Verträge stellen ein effektives Instrument dar, um Hausärztinnen/Hausärzte durch attraktive Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu gewinnen und zu binden. Der Wachstumsabschlag trifft gerade diejenigen Regionen am härtesten, in denen die HZV erfolgreich wächst. Angesichts des angekündigten Primärversorgungssystems erscheint eine Wachstumsbremse für erfolgreiche HZV-Verträge nicht nachvollziehbar, widersprüchlich und kontraproduktiv. Dieser Widerspruch dürfte den ohnehin bestehenden Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin weiter verschärfen.



C. Artikel 1 § 87a Abs. 3 SGB V-neu (Abschaffung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen)

Die Streichung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen wird abgelehnt. Die Vermittlung von dringenden Terminen bei fachärztlichen Praxen, die in Zukunft absehbar deutlich schwieriger werden wird, erzeugt auch ohne TSVG-Regelungen einen erheblichen Aufwand in den hausärztlichen Praxen, der gegenfinanziert werden muss. Wenn gewollt ist, das hausärztliche Praxen ihre Patientinnen und Patienten in dringlichen Fällen bei der Terminvermittlung an fachärztliche Praxen unterstützen, ist die Streichung dieser Regelung kontraproduktiv.

D. Artikel 1 § 87a Abs. 3c SGB V-neu (Fixkostendegression bei der haus- und kinderärztlichen Vergütung bei Mengenausweitung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung im Kollektivvertrag)

Zudem ist auch die Neuregelung zum Fixkostendegression-Abschlag für Hausärztinnen und Hausärzte nach § 87a Abs. 3c SGB V-neu (vgl. Art. 1 Nr. 32 c) kritisch zu bewerten und zu streichen, da dies den seit dem GVSG geltenden Entbudgetierungseffekt gezielt untergräbt. Sobald die abgerechneten Hausarztleistungen die vereinbarte Hausarzt-MGV übersteigen und Ausgleichszahlungen fällig werden, sollen diese Mehrleistungen nur noch mit einem (Kosten-)Abschlag vergütet werden.

Die vollständige Vergütung nach Euro-Gebührenordnungspreisen würde künftig nur noch innerhalb der Hausarzt-MGV gelten und darüber nur noch mit einem Abschlag vergütet werden. Dies wäre faktisch eine partielle „Rebudgetierung“ durch die Hintertür.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.blumenthal-beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de
☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de