



## Stellungnahme

### Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der  
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

20. April 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Referentenentwurfs, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 20. April 2026, behalten uns vor.

## Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf 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 Hausärzterverbandes grundsätzlich nachvollzogen werden, sind aber in bestimmten Bereichen vehement 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 Primärarztsystems: 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-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;
- die Begrenzungen der Wachstumsdynamik extrabudgetär vergüteter Leistungen (EGV);
- die Abschaffung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen;
- die Streichung der extrabudgetären Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ab 2027, 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) schlichtweg 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 Hausarztzentrierte Versorgung 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 haben wir 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 Versicherte in der HZV, die Kosten für die Krankenkassen ganz 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 Euro<sup>1</sup>. 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 d) 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 praktikabel funktionieren wird. Der Gesetzgeber geht hier von einer

<sup>1</sup> [https://neueversorgung.de/images/PDF/2025\\_11\\_05\\_HZV-Evaluation-Broschuere.pdf](https://neueversorgung.de/images/PDF/2025_11_05_HZV-Evaluation-Broschuere.pdf)



Logik einer MGVplus aus, in der die Krankenkassen zuerst mit befreiender Wirkung eine Summe Geld an die KVen zahlen und dann für zusätzlich erbrachte Leistungen eine Nachzahlung an die KVen leisten, die dann das Geld an die Ärztinnen und Ärzte verteilt und so Abschläge festlegen kann. Dies ist in der Logik der HZV schlicht nicht der Fall, in der zwar ein Abrechnungsdienstleister zwischen Kassen und Arzt aktiv ist, aber letztlich alle Leistungen in voller Höhe vergütet werden. Darüber hinaus kommt u. a. der Umstand zum Tragen, dass in der HZV die Versicherten sich (numerisch) einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin wählen. Sind diese, von der/dem Versicherten gewählten Hausärzte bzw. Hausärztinnen in einer BAG oder in einem MVZ tätig, müssten die dortigen Praxiskosten auf den oder die an der HZV teilnehmenden Hausarzt/Hausärztin anteilig „heruntergebrochen“ werden. Es ist nicht erkennbar, wie dies im Rahmen der HZV-Verträge gelingen soll. Schließlich kennt die HZV nicht die „Verteilung einer Gesamtvergütung“, weshalb auch etwaige durchschnittlich berechnete und verhandelte Kostenabschläge nicht über alle an der HZV teilnehmenden Hausärzte und Hausärztinnen „umgelegt“ werden könnten. Zu beachten ist außerdem, die weit überwiegende Mehrzahl der an der HZV teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte, die weniger als 50 % ihrer Patientinnen und Patienten in der HZV versorgen. Der Punkt, an dem die Fixkosten für den Betrieb einer modernen HZV-Praxis im Zuge der HZV-Vergütung überkompensiert werden, dürfte insofern – wenn überhaupt – nur sehr wenige Praxen betreffen.

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 Patienten mit chronischen Erkrankungen) wäre ein Abschlag systemfremd und nicht übertragbar. Überdies sollten Verhandlungen zu möglichen Abschlägen aufgrund hoher Fallzahlen in der HZV, auch die Ergebnisse der analogen Verhandlungen im Kollektivvertrag berücksichtigen, die bis zum 15. Februar 2027 abgeschlossen sein sollen. Hier ist der Zeitraum deutlich zu knapp gewählt. 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 Sorge einer Fallzahlausweitung braucht insofern nicht zu bestehen.

Ein (Kosten-)Abschlag im Rahmen der HZV – den wir schon wegen der damit verbundenen Fehlanreize für das Primärversorgungssystem „HZV“ ablehnen (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 – Grundlohnratenbindung und Fixkostendegression – die HZV als funktionierendes Primärversorgungssystem unverständlicherweise und 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. 3d 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 Hausärzte nach § 87a Abs. 3d SGB V-neu (vgl. Art. 1 Nr. 32 d) kritisch zu bewerten und zu streichen, da dies den seit dem GVSG geltenden Entbudgetierungseffekt gezielt untergräbt. Sobald die abgerechneten Hausarztleistungen die vereinbarte Hausarzt-MGV übersteigt und Ausgleichszahlungen fällig werden, sollen diese Mehrleistungen nur noch mit einem (Kosten-)Abschlag vergütet werden. Die Gesetzesbegründung, wonach bei steigender Fallzahl keine proportional höheren Fixkosten entstünden und daher ein Abschlag geboten sei, ist auch an dieser Stelle nicht nachvollziehbar.

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.

#### E. Artikel 1 SGB V – § 346 SGB V (Wegfall extrabudgetärer Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA)

Der Wegfall der extrabudgetären Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ab 2027 durch ersatzlose Streichung von § 346 Abs. 3 und 5 SGB V wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes abgelehnt.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Wegfall der gesonderten Vergütung für die Erstbefüllung der ePA ist aus Sicht der hausärztlichen Versorgung kritisch zu bewerten: Die Erstbefüllung der ePA stellt einen erheblichen initialen Arbeitsaufwand dar. Sie umfasst insbesondere die strukturierte Sichtung, Auswahl und Übertragung medizinisch relevanter Vorbefunde, Medikationsdaten und anamnestischer Informationen. Diese Tätigkeit ist weder marginal noch rein technisch, sondern erfordert ärztliche Bewertung und Priorisierung. Der ersatzlose Wegfall der Vergütung führt zu einer Entkopplung von Leistung und Honorierung und steht damit im Widerspruch zum Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung im vertragsärztlichen System. Gleichzeitig wird ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel – die schnelle und qualitativ hochwertige Befüllung der ePA – konterkariert. Aus hausärztlicher Perspektive ist zu erwarten, dass ohne angemessene Vergütung die initiale Befüllung verzögert oder nur unvollständig erfolgt, die Datenqualität der ePA leidet und die Akzeptanz digitaler Anwendungen in den Praxen weiter sinkt. Im Ergebnis entsteht ein Fehlanreiz zulasten der Versorgungsqualität, da gerade die koordinierende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der strukturierten Erstbefüllung nicht mehr abgebildet wird. Die ePA ist noch lange nicht so in der Tiefe und Breite der Versorgung angekommen, dass die Förderung von deren initialer Befüllung wegfallen könnte.



Das im Zuge dieses Streichvorschlages vorgebrachte Argument, dass die PVS die Befüllung inzwischen so einfach umgesetzt haben, dass damit kaum Aufwand in den hausärztlichen Praxen verbunden ist, geht meilenweit an der gelebten Realität in der Mehrheit der hausärztlichen Praxen vorbei.

#### F. Artikel 1 SGB V – § 87 Abs. 2b Satz 5 (Streichung extrabudgetärer Zusatzvergütung Organ-spendeberatung)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, wonach der EBM ab dem 1. Januar 2027 keine Zuschläge mehr für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes enthalten soll, sendet das falsche Signal aus und wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes abgelehnt.

#### G. Artikel 1 SGB V – § 25 Absatz 4 Satz 7 Nr. 2 SGB V (Überprüfungsauftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Vorgaben für ein Hautkrebsscreening – risikoorientiertes Screening)

Der vorgesehene Überprüfungsauftrag zur Weiterentwicklung des Hautkrebsscreenings hin zu einem risikoorientierten Ansatz wird zur Kenntnis genommen, bedarf jedoch einer sorgfältigen Ausgestaltung.

Aus hausärztlicher Sicht ist sicherzustellen, dass ein risikoorientiertes Screening nicht zu einer Einschränkung des niedrighwelligen Zugangs für Patientinnen und Patienten führt. Eine stärkere Fokussierung auf Risikogruppen darf nicht dazu führen, dass die breite Inanspruchnahme und damit die frühzeitige Erkennung beeinträchtigt werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Identifikation von Risikoprofilen sowie die entsprechende Beratung in den hausärztlichen Praxen erfolgen und zusätzlichen Aufwand verursachen, der angemessen berücksichtigt werden muss.

#### H. Artikel 1 SGB V – § 44c SGB V (Teilarbeitsunfähigkeit)

Künftig soll es möglich sein, Patientinnen und Patienten bei länger andauernden Erkrankungen, bei denen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist, eine teilweise Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen (25 %, 50 % oder 75 %). Auch wenn die Inanspruchnahme grundsätzlich freiwillig ist, ist absehbar, dass die konkrete Umsetzung dieser Regelung in der Praxis, vor allem durch die noch ausstehende Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, zu zusätzlichem Prüf- und Abstimmungsaufwand in den hausärztlichen Praxen führen wird. Dies wird in der Regel die hausärztliche Praxis sein und es steht zu befürchten, dass hier ein weiteres Bürokratiemonster geschaffen wird, das den Praxen im Alltag erhebliche Probleme bereiten kann.

#### I. Artikel 1 SGB V – § 73 Absatz 9 Satz 1 Nummer 5 und 6 (Anpassungen bei PVS-Systemen)

Künftig sollen die PVS verpflichtet werden, solche Arzneimittel zu kennzeichnen, für die die jeweilige Krankenkasse Rabbatverträge geschlossen hat. Einmal mehr wird hier die Umsetzungsverantwortung für den tatsächlichen Einsatz rabattierter Arzneimittel auf die hausärztlichen Praxen verlagert. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat hier die ernste Sorge, dass (erneut) eine unsachgemäße Übertragung von Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung in die hausärztlichen Praxen erfolgt, die ggf. mit rechtlichen und wirtschaftlichen Risiken für die Praxen (Stichwort: Regresse) verbunden ist.



### **Ihre Ansprechpartner**

Bundvorsitzende: [markus.blumenthal-beier@haev.de](mailto:markus.blumenthal-beier@haev.de), [nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de](mailto:nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de)  
☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: [joachim.schuetz@haev.de](mailto:joachim.schuetz@haev.de)  
☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: [sebastian.john@haev.de](mailto:sebastian.john@haev.de)  
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.  
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln  
🌐 [www.haev.de](http://www.haev.de)