

Dr. med. Christian Klaproth

Arzt für Gefäßchirurgie

Erichsenweg 16 · 25813 Husum

Tel.: 04841 7707440 · praxis@drklaproth.de · www.drklaproth.de

An

Herrn Abgeordneten Leif Bodin

Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1

11011 Berlin

Husum, den 29.08.2026

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz — was Ihre Zustimmung in meiner Sprechstunde auslöst

Mein Schreiben vom 11. Mai 2026

Sehr geehrter Herr Bodin,

vor der Abstimmung habe ich Ihnen geschrieben und dargestellt, was die geplanten Streichungen in der fachärztlichen Versorgung auslösen würden. Ihre Antwort auf mein Schreiben hat gezeigt, dass Sie die Tragweite damals nicht verstanden haben. Als einziger Bundestagsabgeordneter des Kreises Nordfriesland haben Sie dem Gesetz am 10. Juli 2026 zugestimmt. Ich schreibe Ihnen heute erneut, weil Sie die Folgen nicht später aus der Zeitung erfahren sollen, sondern jetzt von dem Arzt, den sie treffen. Ich stelle Ihnen die Zusammenhänge ausführlicher dar, als es sonst nötig wäre. Sie sind Mitglied im Umwelt- und im Tourismusausschuss und stellvertretendes Mitglied im Verkehrsausschuss, nicht im Gesundheitsausschuss. Die Wirkungsweise der vertragsärztlichen Vergütung gehört also nicht zu Ihrem täglichen Arbeitsfeld, und ich möchte nicht voraussetzen, was ich erklären kann.

Sie vertreten den Wahlkreis Nordfriesland – Dithmarschen Nord. Meine Sprechstunde liegt in diesem Wahlkreis. Die Menschen, über deren Versorgung Sie mit abgestimmt haben, sind Ihre Wählerinnen und Wähler.

Ich schreibe Ihnen als Bürger und als Arzt, nicht im Namen meines Arbeitgebers.

Ich bin Facharzt für Gefäßchirurgie und führe in Husum die gefäßchirurgische Sprechstunde eines Medizinischen Versorgungszentrums. Wir versorgen einen ländlichen Flächenkreis. Viele Zuweisungen kommen aber auch aus den Nachbarkreisen und sogar aus der Landeshauptstadt. Rund 60 Prozent meiner Patientinnen und Patienten sind Neuvorstellungen. Auf einen regulären Termin wartet man bei mir heute vier bis fünf Monate – Tendenz steigend.

Und um einem Wort des Bundeskanzlers zu widersprechen, das er kürzlich einer Kinderärztin entgegenhielt — sie sei als Ärztin selbst Nutznießerin dieses Systems: Nutznießer bin ich nicht. Ich bin einer von denen, die es am Laufen halten. Ich bin Rentner, arbeite freiwillig weiter, halte eine Sprechstunde offen, für die sich über Jahre keine Nachfolge fand, und bekomme ab Januar für fast jeden dritten Fall keine auskömmliche Vergütung mehr.

Ich müsste diese Sprechstunde nicht führen. Ich führe sie weiter, weil ich die Patienten dieses Kreises nicht ohne fachärztliche Versorgung zurücklassen wollte.

Und ich schreibe Ihnen nicht in eigener Sache. Mein Vertrag endet am 30. Juni 2027, dann höre ich auf. Die Folgen Ihrer Entscheidung werde ich selbst kaum noch tragen. Tragen werden sie die Patienten dieses Kreises und der Kollege, der die Sprechstunde von mir übernimmt.

Was das Gesetz für meine Sprechstunde bedeutet

Ab dem 1. Januar 2027 entfällt die extrabudgetäre Vergütung für Patienten aus der offenen Sprechstunde, für Hausarztvermittlungsfälle und für Termine über die Terminservicestelle. Das ist bei meiner Fallstruktur kein Randbereich, das ist der Kern meiner Tätigkeit. Dazu kommen der Wegfall der Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte, die Streichung der Hygienezuschläge und die Überführung der ambulanten Operationen in die budgetierte Gesamtvergütung.

Ich habe meine Abrechnung der vergangenen zwölf Monate daraufhin ausgewertet. Das Ergebnis ist eindeutig: Rund 30 Prozent meiner Fälle verlieren zum 1. Januar 2027 ihren Vergütungsstatus. Fast jeder dritte Patient, den ich versorge, fällt in einen Bereich, der nicht mehr auskömmlich finanziert ist. Hinzu kommt der vollständige Wegfall der Vergütung für die elektronische Patientenakte, deren Dokumentationsaufwand unverändert bei mir bleibt.

Diese Fälle verschwinden nicht. Die Patienten sind weiter krank. Nur bezahlt sie niemand mehr.

Zur Einordnung: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziffert den Verlust allein aus der Streichung der TSVG-Vergütung auf 1,64 Milliarden Euro jährlich und rechnet mit über 46 Millionen Behandlungsfällen, die künftig zusätzlich nicht finanziert sind.

Die Rechnung dahinter

Ich bitte Sie, einen Satz nachzuvollziehen, an dem nichts zu deuteln ist:

Eine nicht vergütete Leistung ist keine kostenlose Leistung.

Jede Untersuchung bindet Personal, Geräte, Räume, Sterilgut, Dokumentationszeit und IT. Diese Kosten steigen weiter, unabhängig davon, was der Gesetzgeber beschließt. Wenn die Vergütung gedeckelt und gleichzeitig ein Prozentpunkt unter die Grundlohnrate abgesenkt wird, ist der Kostendeckungsbeitrag ab einem bestimmten Punkt negativ. Ab da ist jede weitere Untersuchung ein Zuschussgeschäft. Um das zu verstehen, muss man nicht Betriebswirtschaft studiert haben.

Ein Krankenhausträger kann ein solches Zuschussgeschäft nicht dauerhaft finanzieren. Also wird die Leistungsmenge an das angepasst, was finanziert wird. Das ist keine Trotzreaktion und keine Verhandlungsposition. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt ausdrücklich fest, dass es keine unbegrenzte Leistungsverpflichtung gegenüber GKV-Patienten gibt, auch nicht bei vollem Versorgungsauftrag.

Konkret heißt das bei mir: Die Wartezeit auf einen regulären Termin wird sich von Monaten auf Jahre verlängern. Falls Vorbefunde, Medikationspläne und Fragebögen nicht vorliegen, wird der Ersttermin künftig nur noch die Erhebung der Vorgeschichte und die Festlegung des weiteren Vorgehens umfassen können. Ohne diese Unterlagen wird es in Zukunft keine Untersuchung mehr bei mir geben. Bildgebende Diagnostik werde ich weit häufiger überweisen als selbst erbringen, weil sie mir nicht mehr auskömmlich vergütet wird. Das wird zu erheblicher Verzögerung der Diagnostik führen, denn auch diese Termine sind reguliert und budgetiert.

Warum daraus Wartezeit wird, und zwar nicht durch meine Entscheidung

Ich verzögere nichts. Ich überweise — nur in dem Wissen, dass die Wartezeiten dort ebenfalls sehr lang sind, und ohne selbst innerhalb von drei Monaten einen freien Termin anbieten zu können, weil zu viele Patienten kommen. Die Ultraschalluntersuchung, mit der ich bisher zügig zu einer Entscheidung kam, wird künftig nicht mehr auskömmlich vergütet. Also gehe ich andere Wege der Diagnostik. Dass diese Wege länger dauern, liegt nicht an mir.

Das hat eine Kehrseite, die ich fairerweise nenne: Wo bisher meine klinische Einschätzung für die Entscheidung ausreichte, wird künftig apparativ abgesichert. Eine klinische Einschätzung hat eine

Irrtumsbreite; apparative Sicherung verringert sie. Schlechter wird die Medizin dadurch nicht. Langsamer schon — und genau darum geht es hier.

Für den Vergleich muss man nicht in die Medizin gehen. Bei der Kfz-Zulassungsstelle wartet man vier Wochen auf einen Vorgang, der zwei Minuten dauert. Niemand dort verzögert etwas; es sind schlicht zu wenige Schalter für zu viele Vorgänge, und wer am Schalter sitzt, kann daran nichts ändern. Genau so verhält es sich mit ärztlicher Kapazität, die politisch gedeckelt wird. Der einzige Unterschied ist, dass bei der Zulassungsstelle niemand in der Warteschlange ein Bein verliert.

Echte Notfälle erkenne ich weiterhin und weise sie sofort ein — daran ändert sich nichts. Nur ist auch das keine Garantie mehr. Es kommt vor, dass die Klinik den Patienten nicht aufnimmt, weil auch dort die Kapazität begrenzt ist. Dann steht er wieder bei mir, und ich komme in der Versorgung keinen Schritt weiter. Ambulant gedeckelt, stationär gedeckelt — dazwischen der Patient.

Der Widerspruch im Gesetz

Die Pflicht, wöchentlich 25 Stunden Sprechstunde anzubieten, bleibt bestehen. Die Pflicht zur offenen Sprechstunde bleibt bestehen. Gestrichen wurde ausschließlich die Bezahlung dafür.

Damit das nicht abstrakt bleibt: Ich bin als Gefäßchirurg zu mindestens fünf Stunden offener Sprechstunde pro Woche verpflichtet, nach § 19a Abs. 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in Verbindung mit § 17 Abs. 1c Bundesmantelvertrag – Ärzte. Von dieser Pflicht kann mich niemand befreien; die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dafür ausdrücklich keine Rechtsgrundlage. Weder meine Spezialisierung noch die Struktur meiner Sprechstunde ändern daran etwas. Ab dem 1. Januar 2027 wird diese gesetzlich erzwungene Leistung nicht mehr auskömmlich vergütet. Ich muss sie anbieten, und gesondert vergütet wird sie nicht mehr.

2019 hat der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz zusätzliche Sprechstunden gefordert und dafür ausdrücklich eine Vergütung außerhalb des Budgets zugesagt. Sieben Jahre später wird die Zusage kassiert und die Verpflichtung behalten.

Die Nachfolge

Zum 3. Januar 2027 wird bei uns endlich ein Kollege eingearbeitet; seine Zulassung liegt vor. Die Einarbeitung beginnt am selben Tag, an dem die Kürzungen greifen, und sie muss bis zu meinem Ausscheiden am 30. Juni 2027 abgeschlossen sein. Sechs Monate, in denen ich eine Sprechstunde übergebe, deren Erlösbasis zeitgleich um rund ein Drittel einbricht, deren Vergütung bis 2029 unterhalb der Grundlohnrate fortgeschrieben wird und bei der eine gesetzliche Zusage von 2019 gerade widerrufen wurde. Die Einarbeitung selbst wird nicht vergütet; zwei Ärzte an einem Patienten sind abrechnungstechnisch ein Fall.

Der Kollege übernimmt also eine Stelle, die zum Zeitpunkt der Übernahme schlechter finanziert ist als zu dem Zeitpunkt, an dem er sich für sie entschieden hat.

Diese Stelle war schon vorher jahrelang nicht zu besetzen. Sie ist jetzt unattraktiver, und zwar genau in dem Monat, in dem die Übergabe beginnt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat vorher darauf hingewiesen, dass das Gesetz die Niederlassungsbereitschaft senkt. Ob diese Nachfolge hält, wird sich zeigen. Eine zweite werde ich nicht mehr überbrücken können.

Wer die Rechnung am Ende bezahlt

Das Gesetz trifft Ärzte und Kliniken hart: Umsatzeinbruch bei weiter steigenden Kosten für Personal, Miete, Geräte und IT. Aber wir können reagieren. Eine Praxis kann aufhören, Leistungen zum Nulltarif zu erbringen. Kliniken können das schon deutlich weniger — eine Notaufnahme schickt niemanden weg, und beim gedeckelten Pflegebudget gibt es kein Ausweichen.

Wer überhaupt nicht reagieren kann, sind die gesetzlich Versicherten. Sie zahlen steigende Beiträge und bekommen dafür weniger. Einen Hebel haben sie nicht, und kaum einer hat die Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung zu wechseln.

Dabei trifft es nicht einmal alle gleich. Wer es sich leisten kann, kauft sich um die Wartezeit herum. Warten werden die chronisch Kranken, die Alten, die Immobilen, die Menschen in der Fläche — also diejenigen, die am meisten auf Versorgung angewiesen sind. Das ist keine Zweiklassenmedizin, die ich mir ausgesucht habe.

Billiger wird es dadurch nicht. Was im ambulanten Budget eingespart wird, taucht an anderer Stelle wieder auf. In meinem Fach ist der Zusammenhang besonders direkt: Eine rechtzeitige Duplexuntersuchung und eine rechtzeitige Intervention kosten einen Bruchteil dessen, was eine kritische Extremitätenischämie, eine Amputation oder ein Schlaganfall nach übersehener Carotisstenose kostet. Diese Kosten fallen im Krankenhaus an, nicht in der Praxis. Und wenn Diagnostik aus Budgetgründen in die Radiologie verlagert wird, ersetzt eine teure Schnittbildgebung eine günstige Ultraschalluntersuchung. Versoben wird nicht die Krankheit, sondern nur der Ort und der Zeitpunkt ihrer Behandlung — und beides macht sie teurer.

Man kann einwenden, dass nicht jede ambulante Untersuchung notwendig ist. Das ist richtig. Nur unterscheidet eine Mengenbegrenzung nicht zwischen notwendig und verzichtbar. Sie trifft das, was zuerst an die Kapazitätsgrenze stößt, und das ist regelmäßig nicht die überflüssigste Leistung, sondern die zuletzt angemeldete. Untersucht wird, wer zuerst anruft — nicht, wer es am nötigsten hat. Wer wirklich Unnötiges streichen will, muss sagen, was unnötig ist. Genau das vermeidet dieses Gesetz.

Ich bin dann nicht mehr dabei

Zum 30. Juni 2027 endet mein Vertrag. Was danach in der ambulanten Versorgung dieses Kreises und in unserem Land geschieht, werde ich nicht mehr mitgestalten müssen. Denen, die es müssen, wünsche ich aufrichtig Glück bei der Sicherstellung der Versorgung. Sie werden es brauchen. Die Politik jedenfalls hat bisher versagt.

Was mit diesem Gesetz verschwindet, ist der letzte Leistungsanreiz. Bis zum 31. Dezember 2026 gibt es diesen Anreiz noch. Leistungen in der offenen Sprechstunde, nach Terminvermittlung, ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen — sie werden außerhalb des Budgets zu festen Preisen vergütet. Genau das war 2019 der erklärte Zweck des Terminservice- und Versorgungsgesetzes: Wer zusätzliche Termine anbietet, bekommt sie bezahlt. Diesen Bereich haben Sie mit Ihrer Zustimmung zum 1. Januar 2027 ersatzlos gestrichen. Es ist also nicht ein ohnehin schwacher Anreiz weiter geschwächt worden. Sie haben den letzten Bereich beseitigt, in dem Mehrarbeit überhaupt noch vergütet wurde.

Was daraus folgt, ist keine Unterstellung gegenüber irgendjemandem, sondern die berechenbare Reaktion auf ein Vergütungssystem, das Mehrleistung nicht mehr vergütet: Wer weiß, dass 25 Wochenstunden bezahlt werden und jede darüber hinausgehende Leistung ein eigenes Zuschussgeschäft ist, wird genau diese 25 Stunden erbringen und keine Minute mehr. Er wird Personal abbauen, weil er es nicht mehr finanzieren kann, und mit weniger Personal wird die Versorgung langsamer. Das gilt für jede Praxisform gleichermaßen.

Ich habe über vierzig Jahre in meinem Beruf gearbeitet und führe meine Sprechstunde seit meinem Ruhestand freiwillig weiter. Ich schreibe Ihnen nicht, weil ich noch etwas zu gewinnen hätte. Ich schreibe, weil ich nicht kommentarlos aus einer Versorgung ausscheiden möchte, von der ich weiß, in welchem Zustand ich sie zurücklasse.

Und das ist der Punkt, der mich am meisten stört: Das Gesetz rationiert nicht selbst. Es bringt Ärzte und Kliniken dazu, zu rationieren. Die Entscheidung, welche Leistung künftig entfällt, haben Sie an meinen Schreibtisch verlagert. Ich werde sie treffen müssen, weil mir nichts anderes übrig bleibt. Aber ich habe sie nicht getroffen, und ich möchte nicht, dass sie mir als meine zugerechnet wird.

Meine Fragen an Sie

Ich bitte um Beantwortung, nicht um eine allgemeine Erläuterung der Gesetzesziele:

1. Wie sollen Fachärzte im ländlichen Raum eine gesetzlich vorgeschriebene offene Sprechstunde anbieten, deren Vergütung Sie gestrichen haben?
2. Welche konkrete Wartezeit auf einen fachärztlichen Regeltermin halten Sie in Ihrem Wahlkreis für zumutbar?
3. Welche Leistungen sollen Ihrer Vorstellung nach entfallen, wenn drei Milliarden Euro aus der ambulanten Versorgung genommen werden? Bitte benennen Sie sie, denn irgendeine Leistung wird es treffen.
4. Sind Sie bereit, sich für eine Rücknahme der Streichung der TSVG-Vergütung und für eine Entkopplung der ärztlichen Vergütung von der abgesenkten Grundlohnrate einzusetzen?
5. Wie stellen Sie sich die Nachbesetzung fachärztlicher Stellen in Nordfriesland vor, wenn deren wirtschaftliche Grundlage per Gesetz verschlechtert wird? Ich frage das nicht abstrakt, sondern für meine eigene Stelle.
6. Sind Sie bereit, die Folgen messen zu lassen? In meinem Fach gibt es dafür harte Endpunkte: Amputationsraten, Schlaganfälle nach Carotisstenose, Zeit von der Erstvorstellung bis zur Diagnose, stationäre Aufnahmen wegen verzögerter ambulanter Abklärung. Wenn das Gesetz die Versorgung nicht verschlechtert, sollte eine Erhebung dieser Zahlen für Sie unproblematisch sein.

Ich erwarte Ihre Antwort bis zum 30.09.2026. Für ein persönliches Gespräch in meiner Praxis in Husum stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Sie können sich dann ansehen, worüber Sie abgestimmt haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christian Klaproth
Facharzt für Gefäßchirurgie