

Psychotherapeutische Versorgung in Gefahr

Q & A zu den Auswirkungen der geplanten Budgetierung psychotherapeutischer Leistungen

Was ist die „morbiditybedingte Gesamtvergütung (MGV)“?

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bezeichnet die Gesamtvergütung, die die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) von den gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung erhalten. Sie bildet damit das zentrale Finanzierungsbudget für die Versorgung gesetzlich versicherter Patient*innen. Die Höhe dieses Betrags verhandeln die KVen jährlich mit den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen (§ 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V).

Die Höhe der MGV orientiert sich an der Morbiditäts- und Altersstruktur der Versicherten in einer Region. Je mehr ältere oder erkrankte Menschen in einem Bundesland leben und gesetzlich krankenversichert sind, desto höher fällt grundsätzlich die Gesamtvergütung aus, die den KVen zur Verfügung steht.

Die MGV ist zugleich ein gedeckeltes Budget. Das heißt: Für die ambulante Versorgung steht nur ein begrenzter Finanzrahmen zur Verfügung. Innerhalb dieses Budgets werden die erbrachten Leistungen der Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen vergütet. Dies führt in vielen Fällen dazu, dass nicht jede erbrachte Leistung vollständig honoriert wird.

Was bedeutet „extrabudgetäre Vergütung“?

Extrabudgetär vergütete Leistungen werden außerhalb der MGV bezahlt, über welche ansonsten regelhaft vertragsärztliche und -psychotherapeutische Leistungen vergütet werden. Diese extrabudgetär vergüteten Leistungen unterliegen bislang keiner Budgetbegrenzung und werden vollständig nach den festgelegten Vergütungssätzen honoriert. Unabhängig davon, wie häufig sie erbracht werden oder ob das reguläre Budget bereits ausgeschöpft ist. Die extrabudgetäre Vergütung dient insbesondere dazu, medizinisch bedeutsame Leistungen gezielt zu fördern und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden, ist zum einen explizit in § 87a Absatz 3 ff. SGB V geregelt. Dort benennt der Gesetzgeber bestimmte Leistungen ausdrücklich, die außerhalb der MGV vergütet werden, zum Beispiel die Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 1 SGB V), bestimmte Zuschläge (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 SGB V), Leistungen, die über die Terminservicestellen vermittelt werden (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 SGB V), sowie Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Absatz 3b SGB V) oder Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (§ 87a Absatz 3c SGB V).

Darüber hinaus **erlaubt § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V** die Vereinbarung weiterer extrabudgetärer Leistungen, wenn diese besonders **gefördert** werden sollen oder **medizinisch beziehungsweise aufgrund der Leistungserbringung erforderlich** sind. Auf dieser Grundlage gibt der Bewertungsausschuss (BewA) Empfehlungen ab, welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden sollten. Darunter fallen auch psychotherapeutische Leistungen.

Welche Bedeutung hat die extrabudgetäre Vergütung für die psychotherapeutische Versorgung?

Derzeit werden die Kernleistungen der psychotherapeutischen Versorgung extrabudgetär vergütet. Dies sind insbesondere die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen als Einzel- und Gruppenbehandlung, psychotherapeutische Sprechstunden, psychotherapeutische Akutbehandlung sowie probatorische Sitzungen, aber auch die Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der neuropsychologischen Therapie. In diversen Beschlüssen hat der BewA für diese psychotherapeutischen Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung empfohlen (siehe zuletzt für 2026: [HON 2026-01-01 BA 788 BeeG MGV-Abgrenzung 2026](#)). Dieser Empfehlung folgend, haben die Vertragsparteien in den Honorarverträgen Regelungen zur extrabudgetären Vergütung psychotherapeutischer Leistungen aufgenommen.

Die extrabudgetäre Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger und weiterer zentraler psychotherapeutischer Leistungen ermöglicht es, die zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen unabhängig von Budgetgrenzen abzusichern und Versorgungskapazitäten verlässlich finanzieren zu können. Sie unterstützt den Zugang von Patient*innen zu psychotherapeutischer Behandlung und schafft mehr Planungssicherheit für ambulante Praxen.

Welche Änderungen sind im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehen?

Sämtliche psychotherapeutische Leistungen sollen künftig grundsätzlich wieder innerhalb der MGV vergütet werden. Die bisherigen Möglichkeiten einer extrabudgetären Vergütung ausgewählter Leistungen werden erheblich eingeschränkt.

Nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen konnten psychotherapeutische Leistungen auf Grundlage entsprechender Empfehlungen des BewA und regionaler Honorarvereinbarungen extrabudgetär vergütet werden. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht jedoch vor, diese Möglichkeiten künftig drastisch einzuschränken.

Die bisherige Ermächtigung der Vertragspartner*innen auf Landesebene, neben den im Gesetz genannten extrabudgetär zu vergütenden Leistungen weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren, wird gestrichen. Künftig sollen stattdessen strengere bundesweite Kriterien nach § 87d SGB V gelten, die eine vollständige extrabudgetäre Vergütung nur noch unter sehr engen Voraussetzungen ermöglichen.

Einzelne Leistungen sollen weiterhin von der MGV ausgenommen und künftig in § 87d SGB V als vollständig zu vergütende Leistungen aufgeführt werden. Dazu gehören insbesondere die Substitutionsbehandlung bei Suchterkrankungen sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung.

Andere Leistungen, wie die aus den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin oder der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, werden weiter extrabudgetär vergütet, unterliegen künftig aber – ähnlich der MGV – ebenfalls einer Deckelung nach § 87d SGB V.

Darüber hinaus sollen bestimmte Zuschläge vollständig entfallen. Dies betrifft insbesondere die Zuschläge zur Kurzzeitpsychotherapie und die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) eingeführten Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Sätze 3 und 4 SGB V.

Welche Auswirkungen hätte die Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV auf die psychotherapeutische Versorgung?

Notwendige Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung würden durch die Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV nicht nur erschwert, sondern faktisch konterkariert. Das im Koalitionsvertrag geplante Ziel einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen würde damit unterlaufen.

Eine Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV würde faktisch eine Deckelung psychotherapeutischer Leistungen bedeuten. Dies würde sich unausweichlich unmittelbar negativ auf Versorgungskapazitäten und den Zugang zur Behandlung auswirken. Dies steht dem Sinn und Zweck einer extrabudgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fundamental entgegen und verhindert, dass wachsenden Versorgungsbedarfen in der vertragsärztlichen Versorgung mit bedarfsgerechten Behandlungsangeboten begegnet werden kann.

Mit der vorgesehenen Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV würden künftig Begrenzungen der Vergütung greifen, deren konkrete Ausgestaltung den KVen im jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab obliegen würde. Es steht zu befürchten, dass erneut Zeitkapazitätsgrenzen eingeführt werden, die insbesondere für Praxen mit reduziertem Versorgungsauftrag dazu führen würden, dass antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen lediglich bis zu einem gewissen Umfang im Quartal (Kapazitätsgrenze) vollständig vergütet werden. Für Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung, probatorische Sitzungen oder Leistungen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V ist zu befürchten, dass diese insgesamt nur noch stark abgestaffelt vergütet würden. Vor dem Hintergrund des bisherigen Leistungsumfangs psychotherapeutischer Praxen mit reduziertem Versorgungsauftrag sowie des prognostizierten weiteren Anstiegs des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung um rund 23 Prozent bis 2030 wären eine signifikante Einschränkung der Versorgungsangebote sowie eine deutliche Verlängerung der Wartezeiten zu erwarten.

Was bedeutet das für die Einzelne*?

Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen heute schon durchschnittlich rund 20 Wochen auf einen Behandlungsplatz warten – bei Kindern und Jugendlichen sowie in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind die Wartezeiten noch länger. Zusätzliche Einschränkungen der Versorgung würden diese Wartezeiten unausweichlich verlängern und den Zugang zur Behandlung weiter erschweren.

Ohne Behandlung verschärft sich der Leidensdruck, Symptome können sich verstärken, psychische Erkrankungen sich weiter verschlechtern, Chronifizierungen und Komorbiditäten werden wahrscheinlicher und Krisen können sich zuspitzen. Bei Kindern und Jugendlichen beeinträchtigt dies zunehmend die psychosoziale Entwicklung.

Je später eine psychotherapeutische Behandlung beginnt, desto größer sind die Risiken für langfristige Beeinträchtigungen. Viele Betroffene sind infolge ihrer Erkrankung arbeitsunfähig oder können nicht mehr am schulischen, ausbildungsbezogenen oder universitären Leben teilnehmen. Dadurch drohen langfristige Einschränkungen der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe.

Hinzu kommt, dass es aufgrund fehlender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten häufiger zu stationären Aufenthalten kommt, diese länger als notwendig dauern und eine nahtlose Anschlussversorgung nach der Entlassung oft nicht gewährleistet werden kann, da ausreichend ambulante Therapieplätze fehlen.

Wie wirkt sich die vorgesehene Budgetierung auf die ambulante Komplexbehandlung schwer psychisch erkrankter Menschen aus?

Die geplanten Änderungen hätten gravierende Auswirkungen auf die multiprofessionelle Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen. Die ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch erkrankte Menschen würde durch die aktuell geplanten Änderungen infolge der Budgetierung unmittelbar zum Erliegen kommen.

Die ambulante Komplexbehandlung nach der KSVPsych-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Absatz 6b SGB V) basiert auf einer eng koordinierten, multiprofessionellen Versorgung in Netzverbänden. Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen sowie weitere Leistungserbringer*innen (zum Beispiel Sozio- und Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege) arbeiten dabei strukturiert zusammen und werden bislang über eine extrabudgetäre Vergütung finanziert. Diese stellt sicher, dass auch koordinierende und vernetzende Leistungen vollständig vergütet und an die beteiligten Berufsgruppen weitergeleitet werden können.

Mit einer Budgetierung entfielen die Möglichkeit, die beteiligten Leistungserbringer*innen zu den bislang vereinbarten Vergütungsbeträgen zuverlässig zu finanzieren. Zentrale Bestandteile der Versorgung können nicht mehr erbracht werden. Da die einzelnen Ele-

mente der Komplexversorgung funktional eng miteinander verzahnt sind und einen gemeinsamen Behandlungspfad bilden, wäre eine Teilaufrechterhaltung in der Praxis nicht möglich.

Warum sind Einsparungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen volkswirtschaftlich riskant?

Einsparungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung verursachen mittel- und langfristig hohe gesamtgesellschaftliche Kosten.

Psychische Erkrankungen betreffen einen großen Teil der Bevölkerung: Mehr als jede vierte Person erkrankt psychisch – das sind 20 Millionen Menschen in Deutschland pro Jahr. Sie sind bereits heute eine der zentralen Ursachen für Arbeitsunfähigkeit mit über 123 Millionen Fehltagen pro Jahr und besonders langen Ausfallzeiten von durchschnittlich rund 5,5 Wochen pro Fall. Auch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankengeldzahlungen haben sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdreifacht und lagen 2025 bei 21,6 Milliarden Euro. Mindestens ein Viertel dieser Kosten geht auf psychische Erkrankungen zurück, Tendenz weiter steigend. Ferner sind sie mit über 40 Prozent die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten.

Die volkswirtschaftlichen Kosten sind entsprechend hoch: Neben direkten Krankheitskosten psychischer Erkrankungen von rund 63 Milliarden Euro jährlich entstehen erhebliche Produktionsausfälle in Höhe von 22,3 Milliarden Euro sowie massive Verluste an Bruttowertschöpfung in Höhe von 38 Milliarden Euro. Zudem entstehen erhebliche Kosten durch Erwerbsminderungsrenten, die allein im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auf rund 10 Milliarden Euro jährlich geschätzt werden.

Werden notwendige Behandlungen verzögert oder eingeschränkt, steigen diese Folgekosten weiter an. **Demgegenüber zeigt die Evidenz klar: Die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen wirkt kostenreduzierend.** Sie verbessert die Prognose, erhält Lern- und Arbeitsfähigkeit und kann stationäre Aufenthalte sowie Wiederaufnahmen vermeiden. Für jeden in Psychotherapie investierten Euro entsteht ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von etwa 2 bis 4 Euro, unter anderem durch weniger Krankschreibungen, geringere Behandlungskosten und reduzierte Erwerbsminderungsrenten.

Aktuelle Auswertungen von Versichertendaten zeigen zudem, dass Psychotherapie Arbeitsunfähigkeitszeiten im Schnitt um rund 40 Prozent (ca. 14 Tage pro Jahr) reduziert und die direkten Gesundheitskosten pro Patient*in um etwa 1.800 Euro senken kann.¹

Insgesamt gilt daher: Einsparungen im ambulanten Bereich führen häufig nicht zu geringeren Gesamtkosten, sondern zu Kostenverlagerungen in andere Versorgungsbereiche und langfristig zu einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung des Gesundheits- und Sozialsystems.

¹ Bothe, T., Basedow, F., Kröger, C. & Enders, D. (2023). Sick leave before, during, and after short-term outpatient psychotherapy - A cohort study on sick leave days and health care costs between behavioural and psychodynamic psychotherapies on anonymised claims data. *Psychological Medicine*, 54(6), 1235 - 1243. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003094>.