

Q&A

Psychotherapeutische Versorgung nach GKV-BStabG und Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

Q&A zu den Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und den mit dem Gesetz zur Notfallreform beschlossenen Korrekturen

Aktualisierte Fassung nach Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

20.10.2026

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Auf einen Blick.....	4
Was gilt ab wann?	4
Welche Leistungen sollen künftig außerhalb der MGV vergütet werden?	5
Regelungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	5
Regelungen für schwer psychisch erkrankte Patient*innen	6
Regelungen für dringliche Behandlungsfälle.....	7
Wie werden am Jahresende laufende Behandlungen geschützt?	9
Was bedeutet die Streichung der Angemessenheitsprüfung?	9
Werden die Zuschläge für Kurzzeittherapie und Terminvermittlung wieder eingeführt?	10
Wie ist der Stand bei der Vereinfachung des Konsiliarverfahrens?	10
Ändern sich dadurch auch die Regeln für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser?.....	10
Was gilt für die Gruppenpsychotherapie?.....	11
Mit welchen Einschränkungen müssen Psychotherapeut*innen künftig rechnen?	11
Wird das vorgesehene MGV-Volumen ausreichen?	12

Vorbemerkung

Das vorliegende Papier gibt einen Überblick über die aktuellen gesetzlichen Entwicklungen, erläutert die wesentlichen Regelungen und ordnet ihre möglichen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung und Vergütung ein. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hatte in den vergangenen Monaten viele Gespräche mit der Politik geführt und sich für eine gesetzliche Neuregelung im Zuge der Umsetzung der EntschlieÙung stark gemacht.

Am 15. Oktober 2026 wurden im Rahmen der zweiten und dritten Lesung der Notfallreform bedeutsame Nachbesserungen hinsichtlich der im Juli beschlossenen Budgetierung psychotherapeutischer Leistungen verabschiedet. Die Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie war kurzfristig als fachfremder Änderungsantrag zum Notfallreformgesetz eingebracht und am 7. Oktober im Gesundheitsausschuss beraten worden. Die nun beschlossenen Gesetzesänderungen sehen als Ausnahmen die extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei bestimmten Patientengruppen und einen verlängerten Schutz für laufende Behandlungen vor.

Hintergrund ist das am 10. Juli 2026 vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, GKV-BStabG). Es enthält weitreichende Änderungen, die die ambulante psychotherapeutische Versorgung sowie die Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser erheblich belasten. So sollen psychotherapeutische Leistungen ab dem 1. Januar 2027 grundsätzlich wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt werden. Die BPTK hat das Gesetz aufgrund seiner langfristigen negativen Folgen für die psychotherapeutische Versorgung und die finanziellen Rahmenbedingungen für die vertragspsychotherapeutischen Praxen scharf kritisiert.

Parallel zur Verabschiedung des Gesetzes hatten die Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD einen EntschlieÙungsantrag zur Psychotherapie eingebracht und beschlossen. Mit der EntschlieÙung wurden erste Korrekturen des GKV-BStabG mit Blick auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung angekündigt. Die BPTK hat die EntschlieÙung zum Anlass genommen, hierzu konkrete Vorschläge zur Umsetzung und Ergänzung der vorgesehenen Regelungen zu erarbeiten und hat diese frühzeitig an die Regierungsfractionen und das Bundesgesundheitsministerium übermittelt. Die Vorschläge der BPTK wurden bei der nun beschlossenen Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie teilweise aufgegriffen.

Auf einen Blick

Außerhalb der MGV ab 2027	Innerhalb der MGV ab 2027
• alle Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, einschließlich der Leistungen, die schon bisher im Rahmen der MGV vergütet wurden • psychotherapeutische Leistungen bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen, die die Voraussetzungen der KSVPsych-Richtlinien erfüllen • Psychotherapeutische Akutbehandlung nach Dringlichkeitsfeststellung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Vermittlung des Behandlungsplatzes über die TSS; begrenzt auf bis zu 600 Minuten Psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von zwölf Monaten	• alle weiteren ambulanten einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Leistungen bei Erwachsenen • Leistungen gemäß KSVPsych-RL (siehe Abschnitt 37.5 des EBM), die nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen zählen, die im unmittelbaren Patientenkontakt erbracht werden (u.a. Koordination der Versorgung, Aufsuchen eines Patienten durch eine „nichtärztliche Person“, Fallbesprechungen)

Was gilt ab wann?

Mit den am 15. Oktober 2026 beschlossenen Änderungen zur Umsetzung der Entschlüsselung werden spezifische Ausnahmen von der Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gesetzlich geregelt. Diese Regelungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft. Das am 10. Juli 2026 beschlossene GKV-BStabG bleibt jedoch im Grundsatz bestehen: Leistungen, die nicht unter diese in § 87d Absatz 1 SGB V definierten Ausnahmen fallen, werden ab 1. Januar 2027 innerhalb der MGV vergütet.

Ebenfalls neu gilt: noch nicht abgeschlossene Behandlungen werden über das Jahr 2027 hinaus geschützt. Für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlungen, die vor dem 1. Januar 2027 begonnen wurden und noch nicht abgeschlossen sind, sind Maßnahmen zur Begrenzung oder Kürzung der Vergütung bis zum Abschluss der Behandlung ausgeschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen dies in ihren Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab beachten. Die Verlän-

gerung der Regelung über das Jahr 2027 hinaus macht deutlich, dass der Schutz begonnener Behandlungen auch gilt, wenn vor dem 1. Januar 2027 begonnene Psychotherapien im Verlauf des Jahres 2027 oder später in eine Langzeitpsychotherapie umgewandelt oder verlängert werden. Der Schutz der laufenden Psychotherapien bedeutet allerdings nicht, dass diese extrabudgetär vergütet werden, sondern er geht letztlich zu Lasten der anderen psychotherapeutischen Leistungen, die aus der MGV vergütet werden.

Welche Leistungen sollen künftig außerhalb der MGV vergütet werden?

Außerhalb der MGV werden künftig bestimmte psychotherapeutische Leistungen bei drei Patientengruppen vergütet:

- alle Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- psychotherapeutische Leistungen bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b erfüllen,
- sowie die psychotherapeutische Akutbehandlung bei Patient*innen, bei denen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung gemäß den in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Kriterien festgestellt und der Behandlungsplatz der Akutbehandlung über die TSS vermittelt wurde.

Die Ausnahmen sind auf einen Teil des Leistungsgeschehens in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung begrenzt. Sie heben die Budgetierung der ambulanten Psychotherapie nicht insgesamt auf. Andere psychotherapeutische Leistungen, die bis einschließlich 2026 noch extrabudgetär vergütet wurden, werden ab 2027 grundsätzlich im Rahmen der MGV vergütet.

Regelungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Alle Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden weiterhin extrabudgetär vergütet. Damit soll verhindert werden, dass die Rückführung in die MGV die ambulanten Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche zusätzlich begrenzt. Das gilt auch für psychotherapeutische Leistungen, die bislang im Rahmen der MGV vergütet wurden, wie zum Beispiel die Grundpauschalen, Testdiagnostik oder biographische Anamnese. Die MGV soll entsprechend um diese Leistungen, die zuletzt schon im Rahmen der MGV vergütet wurden, bereinigt werden.

Eine Beschränkung auf einzelne Berufsgruppen, wie ursprünglich in der Entschließung formuliert, ist dabei nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass neben den Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche insbesondere auch bei Psychologischen Psychotherapeut*innen mit einer Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie extrabudgetär vergütet werden.

Regelungen für schwer psychisch erkrankte Patient*innen

Die Ausnahmeregelung umfasst psychotherapeutische Leistungen bei Patient*innen, die die Voraussetzungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllen. Gemeint ist hier die sogenannte [KSV-Psych-Richtlinie](#) zur Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf. Die [KJ-KSVPsych-Richtlinie](#) für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem Behandlungsbedarf fällt ebenfalls unter diese Regelung – die extrabudgetäre Vergütung dieser psychotherapeutischen Leistungen ist jedoch bereits durch die Ausnahmeregelungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesichert.

Maßgeblich für die extrabudgetäre Vergütung ist, dass die behandelten Patient*innen die Voraussetzungen für eine Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie erfüllen. Eine tatsächliche Behandlung in einem bereits bestehenden KSVPsych-Netzverbund ist nicht erforderlich. Das ist wichtig, weil diese Netzverbünde in vielen Regionen noch nicht bestehen.

Psychotherapeutische Leistungen der KSV-Psych-Richtlinie, die nicht unmittelbar an der Patient*in erbracht werden, zum Beispiel Leistungen für Koordination, Vernetzung und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Netzverbund, werden ab 2027 budgetiert.

Konkret müssen für die extrabudgetäre Vergütung der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen seitens der Patient*innen die folgenden Kriterien gemäß § 2 der KSV-Psych-Richtlinie erfüllt sein:

- vollendetes 18. Lebensjahr,
- psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM
- deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen: GAF-Wert von höchstens ≤50,
- komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf: zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) muss der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Disziplinen notwendig sein.

Das bedeutet, dass neben der psychotherapeutischen Behandlung zum Beispiel eine psychiatrische Mitbehandlung erforderlich ist oder die Notwendigkeit für die Verordnung von Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege besteht.

Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme außerdem Ausnahmen für psychotherapeutische Leistungen eingefordert, die im Rahmen einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV bzw. für die Leistungen der neuropsychologischen Therapie bei organisch bedingten psychischen Störungen gemäß Anlage 19 der MVV-RL. Diese Vorschläge zur Erweiterung der Ausnahmen wurden im Änderungsantrag jedoch nicht aufgegriffen. Für einen Teil der Patient*innen, die im Rahmen einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV versorgt werden, dürften jedoch die Voraussetzungen nach der KSVPsych-Richtlinie erfüllt sein, so dass auch hier die psychotherapeutischen Leistungen extrabudgetär zu vergüten wären.

Regelungen für dringliche Behandlungsfälle

Entgegen der ursprünglich in der Entschließung formulierten Zielsetzung und ungeachtet der vorgebrachten fachlichen Argumente gilt die Ausnahmeregelung für dringliche Behandlungsfälle ausschließlich für die Leistung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung.

Folgende Kriterien müssen dabei erfüllt sein, damit diese Leistungen für dringliche Behandlungsfälle künftig extrabudgetär vergütet werden:

- Feststellung der Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß den vom G-BA zu entwickelnden und in der Psychotherapie-Richtlinie zu definierenden Kriterien.
- Der Behandlungstermin der Psychotherapeutischen Akutbehandlung muss aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) zustande gekommen sein.

Der G-BA wird beauftragt, innerhalb von sechs Monaten Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in der Psychotherapie-Richtlinie festzulegen. Die Frist endet am letzten Tag des sechsten Monats nach Verkündung des Gesetzes. Das ist eine andere Frist als der in der Entschließung ursprünglich genannte 31. Dezember 2026. Auch mit Blick auf die erforderlichen Beratungen im G-BA

und die Durchführung des vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens dürfte eine Beschlussfassung bis zum 30. Juni 2027 äußerst ambitioniert sein. Die Regelung zur extrabudgetären Vergütung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung bei dringlichen Behandlungsfällen wird damit erst verzögert seine Wirkung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entfalten können.

Die Kriterien zur Feststellung der Dringlichkeit sollen im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben und entsprechend dokumentiert werden. Wie genau die Feststellung der Dringlichkeit in der Praxis aussehen wird und für welche Patientengruppen sie greifen, wird von der konkreten Festlegung der Kriterien durch den G-BA abhängen.

Die Psychotherapeutische Akutbehandlung wird bei Erfüllung der genannten Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten in dem Umfang extrabudgetär vergütet, wie er in der Psychotherapie-Richtlinie definiert ist. Das bedeutet nach aktuell gültiger Psychotherapie-Richtlinie, dass in diesem Zeitraum bis zu 24 Therapieeinheiten à 25 Minuten (in Summe 600 Minuten) extrabudgetär vergütet werden.

Die Verknüpfung der extrabudgetären Vergütung der psychotherapeutischen Akutbehandlung mit einer Vermittlung des Behandlungstermins über die TSS verursacht unnötigen bürokratischen Aufwand, wenn die Dringlichkeit bereits in der Psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt wurde und die indizierte Akutbehandlung unmittelbar in derselben Praxis beginnen könnte. Psychotherapeut*innen müssen in diesen Fällen den freien Behandlungsplatz zunächst der TSS melden, damit die jeweilige Patient*in diesen dann über die TSS vermittelt bekommen kann. Dabei besteht grundsätzlich das Risiko, dass ein hierzu bei der TSS gemeldeter Behandlungsplatz kurzfristig an eine andere Patient*in vermittelt wird und mangels weiterer Behandlungsplätze ein Psychotherapeutenwechsel nötig sein könnte.

Damit dürfte auch der in Anlage 28 des Bundesmantelvertrags-Ärzte geregelte Anspruch von Patient*innen auf Vermittlung eines Termins für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung über die TSS nach einer Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation unvereinbar sein. Schließlich ist zuvor die kriterienbasierte Feststellung der Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde erforderlich. Je nach weiterer Ausgestaltung der untergesetzlichen Normen könnte dann ggf. eine erneute Vermittlung über die TSS erforderlich werden, um eine extrabudgetäre Vergütung der Behandlungsleistung sicherzustellen.

Wie werden am Jahresende laufende Behandlungen geschützt?

Für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlungen, die vor dem 1. Januar 2027 begonnen wurden und noch nicht abgeschlossen sind, sind Maßnahmen zur Begrenzung oder Kürzung der Vergütung bis zum Behandlungsende ausgeschlossen. Die KVen müssen dies in ihren Honorarverteilungsmaßstäben beachten.

Was bedeutet die Streichung der Angemessenheitsprüfung?

Über einen kurzfristig eingebrachten Änderungsantrag zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz war die gesetzliche Regelung zur Angemessenheitsprüfung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit (§ 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V) ersatzlos gestrichen worden. Diese ersatzlose Streichung bleibt auch nach Umsetzung der Entschließung bestehen. Die BPTK hatte hierzu eine gesetzliche Klarstellung gefordert, dass die zeitliche und persönliche Gebundenheit psychotherapeutischer Leistungen bei der Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angemessen berücksichtigt wird. Sie hatte außerdem ein dreijähriges Moratorium für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen vorgeschlagen. Diese Forderungen wurden nicht beschlossen. Damit entfällt der bisherige gesetzliche Schutzmechanismus für eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit im Sinne eines Mindesthonorars für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen.

Der vom Bundessozialgericht verfassungsrechtlich hergeleitete Anspruch auf eine solche Mindesthöhe des Honorars, die nicht unterschritten werden darf, gilt jedoch ungeachtet der Streichung unvermindert fort. Damit bleibt auch der besondere Schutz für die zeitgebundene und persönlich zu erbringende Leistung erhalten. Die Streichung des Gesetzestextes hebt diese verfassungsrechtlichen Maßstäbe nicht auf. Gestrichen wird damit allerdings die gesetzliche Regelung, die zu einer regelmäßigen, zuletzt jährlichen Prüfung der Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit führte.

Welche Folgen die Streichung für künftige Verhandlungen zur Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im Bewertungsausschuss haben, lässt sich noch nicht abschätzen. Grundsätzlich droht hier, dass die Durchsetzung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit und entsprechende Anpassungen bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM erneut nur über den langwierigen Weg der Klageverfahren bis zum Bundessozialgericht erreichbar ist.

Werden die Zuschläge für Kurzzeittherapie und Terminvermittlung wieder eingeführt?

Nein. Die Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapien und der Vergütungsregelungen für erfolgreiche Termin- oder Hausarztvermittlungen durch das GKV-BStabG bleibt bestehen und wird durch die Umsetzung der Entschließung nicht tangiert. Allein durch die Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge werden der ambulanten Psychotherapie Mittel in Höhe von circa 100 Millionen Euro entzogen. Dies entspricht einem durchschnittlichen Honorarverlust je psychotherapeutischer Praxis von circa 2 Prozent. Der Honorarverlust kann aber – abhängig vom bisherigen Leistungsprofil der einzelnen Praxis und dem Anteil der Kurzzeittherapie I an allen Behandlungsstunden – auch deutlich höher ausfallen.

Wie ist der Stand bei der Vereinfachung des Konsiliarverfahrens?

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seinen Auftrag aus dem GKV-BStabG, das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie zu vereinfachen, mit seinem Beschluss vom 15.10.2026 bereits umgesetzt. Künftig kann auf die Einholung eines Konsiliarberichts vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie verzichtet werden, wenn die Behandlung auf Überweisung durch eine Vertragsärzt*in oder auf Empfehlung eines Krankenhauses im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erfolgt. Bei Anträgen auf Langzeittherapie sind die vorliegenden Informationen zum somatischen Befund aus der Überweisung oder dem Entlassbericht des Krankenhauses mit dem Bericht an die Gutachter*in zu übermitteln. Die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie tritt nach Nicht-Beanstandung des Beschlusses durch das BMG und die Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger in Kraft.

Ändern sich dadurch auch die Regeln für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser?

Die beschlossenen Änderungen in Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie betreffen ausschließlich die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Die übrigen Regelungen des GKV-BStabG zur Krankenhausfinanzierung werden dadurch nicht aufgehoben.

Was gilt für die Gruppenpsychotherapie?

Eine gesetzliche Ausnahmeregelung für eine extrabudgetäre Vergütung der Gruppenpsychotherapie wurde nicht beschlossen. Gruppenpsychotherapeutische Leistungen bleiben daher grundsätzlich Teil der MGV, soweit sie nicht im Einzelfall unter eine andere gesetzliche Ausnahme fallen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder gruppenpsychotherapeutische Behandlung bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen, die die Voraussetzungen der KSVPsych-Richtlinie erfüllen). Die BPTK hatte eine Ausnahme für alle gruppenpsychotherapeutischen Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie gefordert, einschließlich der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und probatorischer Sitzungen im Gruppensetting.

Mit welchen Einschränkungen müssen Psychotherapeut*innen künftig rechnen?

Ab dem 1. Januar 2027 werden psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich wieder innerhalb der MGV vergütet. Dieser Finanzrahmen ist gedeckelt. Das heißt: Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich versicherter Patient*innen steht ab dem kommenden Jahr nur ein begrenzter Finanzrahmen zur Verfügung, unabhängig davon, ob die Leistungsmenge steigt. Erste Schätzungen weisen darauf hin, dass das Honorarvolumen auf Basis des Leistungsgeschehens im Jahr 2025 einschließlich der für die Jahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungsraten bereits die realen Leistungszuwächse im Jahr nicht abbilden kann. Dies kann dazu führen, dass künftig nicht jede erbrachte Leistung vollständig honoriert wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen das Honorar über ihre Honorarverteilungsmaßstäbe.

Eine Honorarkürzung für alle Praxen folgt daraus nicht automatisch. Wächst die Leistungsmenge, die aus der MGV zu vergüten ist, jedoch stärker als das verfügbare Honorarvolumen, kann die Auszahlungsquote sinken. Wie sich das im Einzelnen auf die jeweiligen Praxen auswirkt, hängt von den Entscheidungen der KVen zu möglichen Begrenzungsregelungen, wie zum Beispiel die Einführung und konkrete Ausgestaltung von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ab. Welche Begrenzungsregelungen konkret eingeführt werden und ob es dabei zu bundesweit zumindest vergleichbaren Regelungen kommt, lässt sich zurzeit nicht verlässlich abschätzen.

Für Psychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag könnten solche Begrenzungen auf Basis von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen besonders relevant sein. Insbesondere für solche Praxen, deren Praxisumfang deutlich über dem Fachgruppen-

durchschnitt liegt, könnten die nun beschlossenen Ausnahmeregelungen zur extrabudgetären Vergütung einen zusätzlichen Spielraum schaffen, der nötig ist, um weiterhin im gewohnten Umfang Behandlungen von GKV-Versicherten durchzuführen. Einen allgemeinen Schutz, mit dem Praxen ihren bisherigen Versorgungsumfang sicherstellen können, bieten die Ausnahmen jedoch nicht.

Für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlungen, die am 31. Dezember 2026 noch laufen, dürfen jedoch bis zum Behandlungsende keine Honorarbegrenzungen oder -minderungen angewandt werden.

Wird das vorgesehene MGV-Volumen ausreichen?

Das MGV-Volumen für 2027 knüpft an den nicht quotierten Leistungsbedarf des Jahres 2025 an und wird um die vereinbarten Veränderungsraten für 2026 und 2027 erhöht. Der tatsächliche Leistungsumfang psychotherapeutischer Leistungen zu Beginn des Jahres 2027 kann so jedoch nicht ausreichend abgebildet werden. Nach den vorliegenden Informationen einzelner KVen zeichnet sich bereits in den ersten beiden Quartalen 2026 ein erheblicher Zuwachs der erbrachten Leistungsmenge im Vergleich zum Vorjahr ab, der die vereinbarten Veränderungsraten deutlich übersteigt. Eine Neuberechnung anhand der tatsächlichen Leistungsmenge von 2026, wie sie die BPTK gefordert hatte, ist jedoch nicht vorgesehen. Dadurch kommt es – auch vor dem Hintergrund des Bestandsschutzes laufender Behandlungen – zu deutlichen Einschränkungen der Leistungsangebote für neue Behandlungsfälle. Problematisch ist daher insbesondere die mittel- bis langfristige Perspektive, wenn der psychotherapeutische Leistungsbedarf kontinuierlich stärker wächst als das Honorarvolumen. Innerhalb der gedeckelten MGV müssen die Psychotherapeut*innen dieses Wachstum weitgehend selbst tragen. Die Folge ist eine Auszahlungsquote, die mit der Zeit stetig sinken kann. Damit verliert die Profession an Planungssicherheit.