

Stellungnahme

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; BT-Drs. 21/6130)
Gesetzentwurf

11.06.2026

Inhaltsverzeichnis

1. Kernanliegen der BpTK.....	3
2. Allgemeine Bewertung	5
3. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen	7
3.1. Extrabudgetäre Vergütung (§ 87a und § 87d SGB V)	7
3.2. Zuschläge zur Kurzzeittherapie (§ 87 Absatz 2c SGB V)	10
3.3. Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Konstellationen (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V)	11
3.4. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung (§ 3 BPfIV) ..	11
3.5. Krankengeldmanagement der Krankenkassen (§ 44 Absatz 4 SGB V)	12
3.6. Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c und § 44d SGB V) und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeut*innen (§ 73 SGB V).....	13
3.7. Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähigkeit und Preisfindung bei Digitalen Gesundheitsanwendungen ändern	14
3.8. Entfall des Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehender Voruntersuchung (§ 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V).....	14

1. Kernanliegen der BPtK

Im Folgenden fokussieren wir auf die aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wichtigsten Punkte und Auswirkungen der im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geplanten Änderungen auf die Situation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen:

- Die geplante **Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)** lehnt die BPtK entschieden ab. Eine Umsetzung dieser Regelung würde zu tiefen Einschnitten in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Die Budgetierung hätte unausweichlich einen erheblichen Abbau an Versorgungsangeboten und eine Verlängerung von Wartezeiten zur Folge. Das Versorgungssystem würde sich massiv verschlechtern und zugleich verteuern, da die Folgekosten unbehandelter psychischer Erkrankungen weiter ansteigen werden. Diese Regelung wird das von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag selbst gesteckte Ziel einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung konterkarieren. Die BPtK fordert daher nachdrücklich, die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), die Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Psychotherapeutischen Akutbehandlung, probatorischen Sitzungen, neuropsychologischen Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die Leistungen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V vollständig nach § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V extrabudgetär zu vergüten (§ 87a und § 87d SGB V).
- Die bestehenden **Zuschläge zur Kurzzeittherapie** bilden den erhöhten zeitlichen Aufwand zu Beginn einer Therapie insbesondere bei Behandlungen mit kurzer Behandlungsdauer ab. Die BPtK lehnt daher die im Entwurf vorgesehene Abschaffung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie ab.
- Die geplante **Abschaffung der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungsfälle** würde in der fachärztlichen Versorgung insgesamt zu einer substanziellen Reduktion der Terminangebote und zu erhöhten Wartezeiten führen. Die BPtK lehnt den Regelungsvorschlag daher ab (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V).
- Die BPtK lehnt die **Änderungen beim Krankengeldfallmanagement** und eine vereinfachte Kontaktierung Versicherter durch die Krankenkasse bei bevorstehendem oder bestehendem Bezug von Krankengeld ab (§ 44 Absatz 4 SGB V).
- Die Einführung der **Teilarbeitsunfähigkeit** sowie des **Teilkrankengeldes** wird grundsätzlich begrüßt. Dabei ist allerdings sicherzustellen, dass die teilweise Ausübung der Tätigkeit freiwillig ist und ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten erfolgt. Es ist außerdem notwendig, dass auch Psychotherapeut*innen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen dürfen (§ 73 SGB V).

- Im Hinblick auf **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** regt die BPTK an, der Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit zu folgen und die bestehenden Erprobungsregelungen zu streichen (§ 139e Absatz 4 SGB V und § 134 Absatz 5 SGB V).
- Der Empfehlung der Finanzkommission folgend, sollte nach Einschätzung der BPTK der obligatorische **Konsiliarbericht** vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehenden Voruntersuchungen entfallen.

2. Allgemeine Bewertung

Die BPtK sieht sich in der Verantwortung, für eine verlässliche, hochwertige und langfristig tragfähige Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzutreten und sich als Partnerin der Politik für eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung und Optimierung des Versorgungssystems zum Wohl der Patient*innen einzusetzen. Aus Sicht der BPtK besteht unstrittig die Notwendigkeit, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stabilisieren, um auch langfristig eine gute, finanzierbare und sozial faire gesundheitliche Versorgung sicherzustellen.

Aber: Einsparungen im Gesundheitswesen und Belastungen für GKV-Beitragszahler*innen müssen fair und mit dem notwendigen Augenmaß erfolgen. Wenngleich unbestritten ist, dass in der aktuellen Lage alle Bereiche ihren Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finanzien leisten müssen, muss mit Blick auf die Sicherung effizienter, patientennaher Versorgungsstrukturen eine überproportionale Belastung des ambulanten Sektors unbedingt vermieden werden. Auch muss vermieden werden, durch Einsparungen die dringend notwendige Einrichtung ambulanter und stationärer Weiterbildungsstellen für Psychotherapeut*innen noch weiter zu behindern. Die finanzielle Basis für Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung darf nicht noch weiter geschwächt werden.

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht zutreffend festgestellt: Die Ausgaben der vertragsärztlichen Versorgung sind im Zeitraum seit 2015 moderater gestiegen als die Ausgaben insgesamt. Zugleich ist die vertragsärztliche Versorgung das Rückgrat der Gesundheitsversorgung in Deutschland, in der 97 Prozent der Behandlungsfälle für lediglich 16 Prozent der Kosten versorgt werden. Gerade unter Effizienzgesichtspunkten ist es daher erforderlich, dass angesichts der strukturellen Defizite in der GKV-Finanzierung die Strukturen der ambulanten Versorgung gestärkt und nicht geschwächt werden. Ziel muss es sein, das Ambulantisierungspotenzial im deutschen Gesundheitssystem endlich konsequent zu heben.

Die deutlich steigenden Kosten für Praxen durch Erhöhung der Mieten, der Energiepreise, der tariflichen Gehaltssteigerungen etc. müssen bei allen Sparbemühungen ausreichend beachtet werden.

Die BPtK unterstützt die in dem Entwurf vorgesehenen Reformen, die auf eine konsequente evidenzbasierte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland abzielen. Auch die geplante Einführung einer Teilzeitarbeitsunfähigkeit und damit verbunden des Teilzeitkrankengeldes wird ausdrücklich unterstützt.

Im Lichte dieser Überlegungen fordert die BpTK die Bundesregierung auf,

1. psychotherapeutische Leistungen, einschließlich der neuropsychologischen Therapie sowie Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V weiterhin außerhalb der MGV und künftig gemäß § 87d Absatz 4 SGB V vollständig zu vergüten,
2. strukturell wirksame Maßnahmen (Kurzzeittherapiezuschläge nach § 87 Absatz 2c Sätze 9 und 10 SGB V, Vergütungsregelungen zu den TSVG-Terminkonstellationen) zu erhalten und die ambulante Versorgung GKV-Versicherter zu stärken und damit
3. die finanzielle Basis für die Einrichtung von ambulanten und stationären Weiterbildungsstellen durch pauschale Sparmaßnahmen nicht noch weiter auszuhöhlen.
4. die versicherungsfremden Leistungen für Bezieher*innen der Grundsicherung vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren und so die GKV-Beitragszahler*innen schon 2027 um rund 12 Milliarden Euro zu entlasten.

Wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung in der vorgesehenen Form durch Sparmaßnahmen belastet wird, droht ein spürbarer Rückgang der ambulanten Behandlungskapazitäten in der hausärztlichen, fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Die drohende Ausdünnung und Schwächung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung würde enorme Folgekosten durch eine Zunahme von AU-Zeiten, Krankengeldzahlungen und Erwerbsminderungsrenten sowie vermeidbare stationäre Aufenthalte verursachen, die die Einsparungen bei Weitem überschreiten werden. Eine solche Entwicklung untergräbt die grundlegenden Strukturen eines effizienten und bedarfsgerechten Gesundheitssystems, das nach medizinischen Kriterien, insbesondere der Dringlichkeit der Versorgung, priorisiert, nicht nach Versicherungsstatus, und das die soziale Kohäsion in der Gesellschaft stärkt.

3. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

3.1. Extrabudgetäre Vergütung (§ 87a und § 87d SGB V)

Aus der vorgesehenen Änderung des § 87a Absatz 3 SGB V in Verbindung mit dem neuen § 87d SGB V würde zunächst eine Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV resultieren, da die bisherige Rechtsgrundlage in § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V für den Bewertungsausschuss, unter anderem die extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu empfehlen, ersatzlos gestrichen würde. Die neuen Regelungen in § 87d SGB V für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV sind zugleich sehr eng gefasst. Damit eine Leistung zusätzlich extrabudgetär vergütet wird, muss der Bewertungsausschuss zunächst verbindliche Kriterien für extrabudgetär zu vergütende Leistungen beschließen. Diese Kriterien müssen sicherstellen, dass die Leistungen „nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen“ und dass dieser Effekt mit einer Vergütung innerhalb der MGV nicht erreicht werden kann.

Darüber hinaus sehen die vorgeschlagenen Regelungen zur Vergütung von extrabudgetär zu vergütenden Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls eine Deckelung und die Vereinbarung einer Gesamtvergütung vor, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung entrichtet wird.

Diese Regelungen stehen Sinn und Zweck einer extrabudgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fundamental entgegen und verhindern, 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 Kassenärztlichen Vereinigungen im jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab obliegen würde. Insbesondere für die rund 72 Prozent der Vertragspsychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag steht zu befürchten, dass viele von ihnen aufgrund der Mengenbegrenzungen ihre bisherigen Therapieangebote für GKV-Versicherte in erheblichen Umfang einschränken müssen. In der Folge wäre für die psychotherapeutische Versorgung eine signifikante Reduktion der Versorgungsangebote und eine deutliche Verlängerung der Wartezeiten zu erwarten, während zugleich sogar ein weiteres Wachstum des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs bis 2030 um 23 Prozent prognostiziert wird. Erforderliche und im Koalitionsvertrag geplante Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung würden so nicht nur verhindert, sondern in ihr Gegenteil verkehrt.

Den stetig wachsenden Kosten für Krankenhausbehandlungen, AU-Zeiten, Krankengeldzahlungen oder Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen würde ausgerechnet mit tiefen Einschnitten in die ambulante Psychotherapie begegnet. Dabei ist die ambulante Psychotherapie besonders geeignet, eine wirksame und kosteneffektive Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, klinisches Leiden zu lindern und insbesondere mittel- und langfristige volkswirtschaftliche Folgekosten psychischer Erkrankungen zu reduzieren.

Die BpTK fordert daher, dass insgesamt die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel 35.2 des EBM sowie die Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde, Psychotherapeutische Akutbehandlung und probatorische Sitzungen, die neuropsychologische Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V vollständig extrabudgetär vergütet und entsprechend in § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V aufgeführt werden.

Wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stärken

Der Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer Erkrankungen ist im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, den multiplen Krisen sowie der Zunahme der damit verbundenen psychosozialen Belastungen in den vergangenen Jahren erheblich gewachsen. Studien zeigen, dass fast ein Viertel der Kinder und Jugendlichen von einer geringen Lebensqualität berichtet.¹ Die Zahl der Depressionen bei 5- bis 24-Jährigen stieg zwischen 2018 und 2023 um 30 Prozent an.² Bei jedem fünften Heranwachsenden zwischen 11 und 17 Jahren besteht der Verdacht auf eine Essstörung.³ Schwere Krankheitsverläufe nehmen zu. Die erforderliche zügige, wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher kann heute in vielen Regionen nicht ansatzweise sichergestellt werden. Kinder und Jugendliche müssen oft monatelange auf einen Therapieplatz warten – im Durchschnitt 28 Wochen. Besonders drastisch ist die Situation im ländlichen Raum. Bleiben psychische Erkrankungen unbehandelt, drohen langfristig gravierende Folgen. Psychische Erkrankungen verschlimmern und chronifizieren sich, Teilhabe und Bildungschancen geraten in Gefahr, Familien

¹ Kaman, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.-K., Reiß, F., Freitag, C. M. & Ravens-Sieberer, U. (2025). *Current Global Crises and Youth Mental Health in Germany: The Role of Media Use, Coping and Resources*.

² BARMER. (2024, 23. Oktober). Diagnose Depression bei immer mehr jungen Menschen. Presseinformation. <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/diagnose-depression-bei-immer-mehr-jungen-menschen-1288264>.

³ Robert Koch-Institut (RKI). (2019). *KiGGS Welle 2 – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Essstörungssymptome*. Journal of Health Monitoring, RKI.

an ihre Grenzen. Langfristig drohen weniger Teilhabe am Arbeitsleben und ein höheres Risiko für Frühverrentung.

Daher ist die Umsetzung der im Koalitionsvertrag angekündigten Reform der Bedarfsplanung mit Schaffung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für eine zielgenaue Verbesserung der wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Sicherstellung eines schnellen Zugangs dringend geboten. Insbesondere in ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Quartieren ist die gezielte Schaffung zusätzlicher Kassensitze für die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung zwingend erforderlich.

Die vorgesehene Rückführung der extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen in die MGV würde jedoch verhindern, dass die für die gezielte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlichen Mittel im Zuge der Reform der Bedarfsplanung auch bereitgestellt gestellt werden können. Zudem drohten erhebliche Einschnitte in die bestehende Versorgung, insbesondere hinsichtlich des Behandlungsangebots kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Praxen mit reduziertem Versorgungsauftrag. Dies muss verhindert werden, indem in § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung auch die vollständige extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei allen Altersgruppen als vollständig extrabudgetär zu vergütende Leistungen ergänzt werden.

Ausbau der ambulanten, multiprofessionellen und sektorübergreifenden Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen sichern

Schwer psychisch erkrankte Patient*innen haben in vielen Regionen in Deutschland noch keinen ausreichenden Zugang zu einer multiprofessionellen ambulanten Versorgung. Die Versorgungsangebote nach der KSVPsych-Richtlinie für schwer psychisch erkrankte Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche konnten noch nicht hinreichend aufgebaut werden. Relevante Hürden in den normativen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der KSVPsych-Richtlinie, welche die Entwicklung der vorgesehenen Netzverbände behindert haben, wurden jüngst erst durch eine Anpassung der Richtlinie abgebaut. Auch die im Februar 2025 beschlossene Ermächtigungsregelung für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung vulnerabler Patientengruppen nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV beginnt erst langsam, in der ambulanten Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen zu greifen. Eine Vergütung der bei diesen Patientengruppen erbrachten Leistungen im Rahmen der MGV würde die gewünschte Entwicklung dieser patientenorientierten und kosteneffizienten Versorgungsangebote verhindern. Das

vorhandene Ambulantisierungspotenzial bliebe ungenutzt. Es ist daher auch für die Patientenbehandlungen, die nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie, der KSVPsych-Richtlinie oder aufgrund einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV erbracht werden, sicherzustellen, dass die jeweiligen Leistungen gemäß § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V extrabudgetär zu vergüten sind.

Förderung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen fortsetzen

Um dem wachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarf besser gerecht werden und die hierfür erforderlichen Behandlungskapazitäten stärker skalieren zu können, ist die Fortsetzung der Förderung der Gruppenpsychotherapie dringend geboten. Die Versorgungsdaten zeigen deutlich, dass es aufgrund der in der Psychotherapie-Richtlinie und im EBM getroffenen Regelungen gelungen ist, nach dem zwischenzeitlichen Stillstand während der COVID-19-Pandemie die gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebote deutlich auszubauen. Nach den Daten des ZI-Trendreports⁴ konnten seit 2021 innerhalb von vier Jahren die Fallzahlen für gruppenpsychotherapeutische Behandlungen verdreifacht werden. Gruppenpsychotherapeutische Behandlungen haben inzwischen einen Anteil von circa zehn Prozent an den antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapien. Diese für eine differenzierte und effiziente psychotherapeutische Versorgung gebotene Entwicklung drohte abubrechen, wenn nach Rückführung der Vergütung dieser Leistungen in die MGV die zu erwartenden Begrenzungsinstrumente im Honorarverteilungsmaßstab greifen.

Ferner ist es für eine weitere Stärkung der Steuerung und Koordination der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen und eine im Koalitionsvertrag angekündigte Verbesserung der psychotherapeutischen Notfallversorgung erforderlich, dass auch für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung weiterhin eine extrabudgetäre Vergütung sichergestellt ist. Nur so wird sich das dafür erforderliche Leistungsangebot unter anderem im Rahmen eines Primärversorgungssystems ausreichend entwickeln können.

3.2. Zuschläge zur Kurzzeittherapie (§ 87 Absatz 2c SGB V)

Die Zuschläge zur Kurzzeittherapie sind ein Vergütungsinstrument, um die zeitnahe Bereitstellung von Behandlungsressourcen für eine kompakte, zielorientierte psychotherapeutische Behandlung zu stärken, den damit verbundenen Aufwand abzubilden und

⁴ Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung (2026). Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 2. Quartal 2025. [zi-trendreport-2025-q2.pdf](#).

dadurch mehr Patient*innen zu versorgen. Maßstab für die Evaluation dieses Vergütungsinstruments kann dabei nicht sein, ob es zu einer signifikanten Verschiebung zwischen der Anzahl der Sitzungen einer Kurzzeittherapie in Relation zur Anzahl der Sitzungen einer Langzeittherapie gekommen ist. Circa ein Drittel der Patient*innen, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit einer Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, werden aufgrund der Schwere und Chronizität ihrer Erkrankung mit einer Langzeitpsychotherapie versorgt und beanspruchen dabei circa die Hälfte der Therapiestunden in den Praxen. Bedeutsam ist vielmehr, dass möglichst viele Patient*innen, die suffizient mit einer Kurzzeittherapie versorgt werden können, zeitnah eine solche kompakte Behandlung erhalten, ehe es zu Chronifizierungen kommt und länger dauernde Behandlungen erforderlich werden. Der erhöhte zeitliche Aufwand für Behandlungen mit kurzer Behandlungsdauer deutlich unterhalb der Kontingentgrenzen sollte über die Vergütungssystematik adäquat abgebildet werden. Genau dies leisten die bestehenden Zuschläge zur Kurzzeitpsychotherapie.

Die Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie würde zu einer weiteren Schwächung der ambulanten Versorgungsstrukturen führen, die gerade jetzt im Sinne einer effizienten und nachhaltigen Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen gestärkt werden müssen. Die BPTK fordert daher, auf die vorgesehene Streichung in § 87 Absatz 2c SGB V zu verzichten.

3.3. Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Konstellationen (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V)

Mit der Einführung der Vergütungsregelungen für die Terminvermittlungsfälle konnte das Terminangebot für gesetzlich Versicherte ausgebaut und der Zugang zur ambulanten Versorgung, orientiert an der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs, gestärkt werden. Mit der vorgesehenen Streichung dieser Vergütungsregelungen und der Rückführung der aufgrund einer Terminvermittlung erbrachten Leistungen in die MGV drohte eine substantielle Reduktion der Terminangebote in der fachärztlichen Versorgung, verbunden mit einer Erhöhung der Wartezeiten. Die BPTK spricht sich daher für den Erhalt der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungsfälle aus.

3.4. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung (§ 3 BPfIV)

Die Streichung der Tarifraten, nach der die Personalkosten künftig nicht mehr vollumfänglich finanziert werden, wird die ohnehin schon angespannte Personalsituation der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken weiter verschärfen.

Derzeit erfüllen nur etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen der Psychiatrie die Mindestvorgaben der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie). Die größten Umsetzungsprobleme gibt es in der Pflege. Hier erfüllen nur rund 64 Prozent der Erwachsenenpsychiatrien und 60 Prozent der Kinder- und Jugendpsychiatrien die Personalvorgaben. In der Konsequenz heißt das, dass in vielen Einrichtungen Patient*innen behandelt werden, obwohl zu wenig Personal dafür vorhanden ist.

Durch die Streichung der Tarifraten wird der Kostendruck in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, deren Kosten zu 80 Prozent durch Personal verursacht werden, deutlich steigen. Dies wird sich negativ sowohl auf die Vorhaltung von Personal als auch auf die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern auswirken. Insgesamt droht ein ungesteuerter Abbau von Behandlungskapazitäten und -strukturen in den Krankenhäusern, der der gebotenen Umwandlung stationärer in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote zuwiderläuft.

3.5. Krankengeldmanagement der Krankenkassen (§ 44 Absatz 4 SGB V)

Die BpTK lehnt die Neufassung von § 44 Absatz 4 SGB V entschieden ab. Zum Schutz der Versicherten muss die bestehende gesetzliche Regelung erhalten bleiben. Die Erfahrungen mit dem Krankengeldfallmanagement zeigen deutliche Fehlentwicklungen: Laut dem jährlichen Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland berichten Versicherte von wiederholten Kontakten, belastenden Nachfragen und erheblichem Druck⁵. Häufig entsteht der Eindruck, dass dabei nicht die Genesung, sondern die schnelle Beendigung des Krankengeldbezugs im Vordergrund stehen könnte.

Vor dem Hintergrund der Interessenkonflikte sowie der negativen Erfahrungen der Versicherten bei der Beratung durch die Krankenkassen ist die geltende Schutzregelung zentral: Eine Beratung bei bevorstehendem oder bestehendem Krankengeldbezug darf ausschließlich nach vorheriger Information und mit ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Versicherten erfolgen. Eine Aufweichung dieser Vorgaben lehnt die BpTK ab.

⁵ Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). 2023. Monitor Patientenberatung der UPD. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/beratung/2023_UPD_Monitor_Patientenberatung.pdf.

3.6. Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c und § 44d SGB V) und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeut*innen (§ 73 SGB V)

Die BPtK begrüßt die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit sowie des Teilkrankengeldes nach § 44c und § 44d SGB V. Eine Teilarbeitsunfähigkeit kann insbesondere bei psychischen Erkrankungen zur Genesung beitragen, indem eine frühzeitige, individuell angepasste und genesungsförderliche Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht wird und der Übergang in den Arbeitsalltag strukturiert unterstützt wird.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die teilweise Ausübung der Tätigkeit freiwillig ist und ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten erfolgt. Eine bloße Zustimmung reicht hierfür nicht aus. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Instrument der Teilarbeitsunfähigkeit zur Leistungsreduktion missbraucht wird oder sich Versicherte unter Druck gesetzt fühlen, gegen ihren Willen vorzeitig an den Arbeitsplatz zurückzukehren.

Wie in der Begründung des Gesetzentwurfs dargelegt, wird die avisierte Regelung insbesondere bei psychischen Erkrankungen relevant sein, die zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit zählen und oft mit langen Ausfallzeiten einhergehen. Die Nutzung der Teilarbeitsunfähigkeit setzt allerdings eine genaue Kenntnis der Anforderungen an dem individuellen Arbeitsplatz voraus und ist darüber hinaus für die erforderlichen Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse mit erheblichen zeitlichen Anforderungen verbunden. Diese werden regelhaft nur erfüllbar sein, wenn – wie im Falle einer Psychotherapie – eine intensive ambulante Behandlung auch die spezifische Situation am Arbeitsplatz mit ihren Anforderungen und Belastungsfaktoren systematisch in den Blick nimmt und für den begleitenden Prozess einen geeigneten Rahmen liefert. Für eine umfassende Versorgung von Patient*innen mit (insbesondere schweren) psychischen Erkrankungen ist es notwendig, dass auch Psychotherapeut*innen die Befugnis erhalten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und eine stufenweise Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten einzuleiten. Sie verfügen über die notwendige diagnostische Kompetenz sowie aufgrund der Behandlungsfrequenz häufig über die beste Informationsgrundlage zur Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands, der Belastbarkeit sowie der arbeitsplatzbezogenen Anforderungen ihrer Patient*innen. Um diese Kompetenz auch im Sinne der Patientenversorgung und in Abstimmung mit der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlung nutzen zu können, bedarf es einer Änderung in § 73 SGB V. Die BPtK schlägt daher vor, den 2. Halbsatz in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu streichen.

3.7. Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähigkeit und Preisfindung bei Digitalen Gesundheitsanwendungen ändern

Aus Sicht der BpTK ist es nicht nachvollziehbar, dass relevante Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit mit Blick auf DiGA nicht aufgenommen wurden. Die FinanzKommission Gesundheit hatte insbesondere die Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen und den Ersatz durch eine Nutzenbewertung analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln empfohlen. Diese Empfehlung sollte nicht nur aus Kostengründen umgesetzt werden, sie dient auch der Patientensicherheit.

DiGA können grundsätzlich, sofern ihre Wirksamkeit nachgewiesen ist, eine Ergänzung in der Versorgung von Patient*innen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf darstellen. Die BpTK lehnt es jedoch ab, dass Patient*innen in der Regelversorgung DiGA zur Verfügung gestellt werden, bevor durch klinische Studien nachgewiesen wurde, dass sie wirksam sind und dass sie die Patientensicherheit nicht gefährden. Die Erprobungsregelungen, die eine Aufnahme von DiGA in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und damit eine Erstattung durch die GKV ohne bereits vorliegenden Nachweis positiver Versorgungseffekte ermöglichen, sollten zur Sicherung der Behandlungsqualität, wie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen, gestrichen werden.

Hinzu kommt, dass zu erwarten ist, dass die Ausgaben der GKV durch den Einsatz von DiGA ansteigen werden, teilweise auch aufgrund eines unzureichenden Verfahrens für die Preisbildung. Aus Sicht der BpTK sollte sichergestellt werden, dass die ohnehin knappen Versichertengelder nicht für DiGA mit unklarem Nutzen aufgewendet werden und darauf aufbauend ein adäquates Verfahren für Preisverhandlungen ermöglicht wird.

Die BpTK schlägt daher vor, § 139e Absatz 4 SGB V und § 134 Absatz 5 SGB V ersatzlos zu streichen.

3.8. Entfall des Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehender Voruntersuchung (§ 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V)

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht unter 6.3.11 den Wegfall des obligatorischen Konsiliarberichts vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschlagen, soweit dessen Notwendigkeit aufgrund von bestehenden Voruntersuchungen nicht gegeben ist. Die mit dem Gesetzentwurf betrauten Ausschüsse des Bundesrats haben in ihren Empfehlungen (BR-Drs. 256/1/26) unter Punkt 4 den Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit ebenfalls aufgegriffen.

Der Wegfall des obligatorischen Konsiliarberichts betrifft ärztlich überwiesene Patient*innen sowie Patient*innen in psychotherapeutischer Anschlussbehandlung nach einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung. In diesen Fällen ist die erforderliche Abklärung möglicher somatischer Erkrankungen bereits erfolgt. Kosten, bürokratische Aufwendungen und Verzögerungen in der psychotherapeutischen Versorgung durch vermeidbare Doppeluntersuchungen können durch eine entsprechende Änderung des § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V reduziert werden. Das Einsparvolumen würde sich dabei nicht allein auf die unmittelbaren Kosten für den Konsiliarbericht beschränken, sondern auch auf die mögliche Auslösung von Quartals- und Konsultationspauschalen bei Patient*innen erstrecken, die in dem jeweiligen Quartal ausschließlich für die konsiliarische Untersuchung ihre Haus- bzw. Fachärzt*in aufsuchen. Darüber hinaus könnten wertvolle Behandlungskapazitäten insbesondere in der hausärztlichen Versorgung anderweitig genutzt werden.