Stellungnahme

Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808)

Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie

06.10.2026

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

1 Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die zeitnahe Umsetzung der mit der Entschließung vom 10. Juli 2026 angekündigten Maßnahmen zur Abmilderung der negativen Folgen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag werden aus Sicht der BPtK an zentralen Stellen notwendige Korrekturen an den Regelungen des GKV-BStabG vorgenommen, die geeignet sind, negative Folgen der beschlossenen Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die daraus resultierende Deckelung und Begrenzung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote zumindest abzumildern. Dazu gehören insbesondere die vorgesehene extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die extrabudgetäre Vergütung von psychotherapeutischen Behandlungen schwer psychisch erkrankter Menschen sowie – mit deutlichen Einschränkungen – die Regelungen bei dringlichen Behandlungsfällen. Diese Korrekturen mildern die durch die Budgetierung drohenden Einschnitte für diese besonders vulnerablen Patientengruppen substanziell ab und sind ein wichtiger Schritt, um Versorgungseinbußen bei denjenigen Patient*innen abzuwenden, die in besonderer Weise auf eine zeitnahe und kontinuierliche Behandlung angewiesen sind.

An einigen wesentlichen Stellen ist die aktuell vorgesehene Umsetzung der Entschließung jedoch deutlich zu eng geführt und unzureichend, um wesentliche negative Folgen des GKV-BStabG auf die psychotherapeutische Versorgung abzuwenden. Dies gilt insbesondere für die Regelung zur extrabudgetären Vergütung bei dringlichen Behandlungsfällen mit der Begrenzung auf die Leistung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und die obligatorische Koppelung an eine Vermittlung des Behandlungsangebots über die Terminservicestellen (TSS). Es betrifft aber auch die fehlende Berücksichtigung der Leistungen der Vernetzung, Koordination und multiprofessionellen Abstimmung bei den Vergütungsregelungen für die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen im Rahmen der Netzverbünde bzw. durch die zentralen Teams gemäß den KSVPsych-Richtlinien. Diese sind für den Erhalt und weiteren Ausbau von Netzverbünden und Kooperationsstrukturen in der Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen wesentlich. Darüber hinaus sollten mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung von vulnerablen Patientengruppen auch die Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV Berücksichtigung finden und von der Ausnahmeregelung in § 87d Absatz 1 SGB V umfasst werden. Schließlich spricht sich die BPtK dafür aus, die durch die Streichung der gesetzlichen Regelung zur Angemessenheitsprüfung verursachten Fehlinterpretationen zu beseitigen und mit einer gesetzlichen Verankerung einer angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen zusätzlich klarzustellen, dass die verfassungsrechtlich abgeleiteten

Mindeststandards für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit und die Rechtsprechung des BSG unvermindert gelten und die Verteilung der Gesamtvergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit genügen müssen. Damit die positive Entwicklung evidenzbasierter und effizienter Versorgungsangebote der Gruppenpsychotherapie durch die Rückführung in die MGV nicht zum Erliegen kommt, ist aus Versorgungsgründen auch hier eine extrabudgetäre Vergütung geboten.

Bei den genannten Punkten besteht aus Sicht der BPtK dringender Nachbesserungs- und Ergänzungsbedarf. Im Folgenden nimmt die BPtK konkret zu den einzelnen Regelungspunkten der Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie Stellung:

2 Bewertung der Regelungen des Änderungsantrags im Einzelnen

2.1 Extrabudgetäre Vergütung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass die Umsetzung der Entschließung die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorsieht. Das Anliegen, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf diesem Weg zu stärken und den Abbau von Versorgungsangeboten zu verhindern, unterstützt die BPtK ausdrücklich. Der Versorgungsbedarf in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist aufgrund der Zunahme psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen in den vergangenen zwei Dekaden nachweislich gestiegen. Die multiplen Krisen haben in den vergangenen Jahren zu einem weiteren Anstieg psychischer Belastungen, Erkrankungen und des resultierenden Versorgungsbedarfs geführt. Eine frühzeitige Behandlung ist insbesondere bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von entscheidender Bedeutung, um langfristige negative Folgen mit Blick auf die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter, die schulische und berufliche Teilhabe und die gesamte psychosoziale Entwicklung bei den Betroffenen abzuwenden. Die vorgesehene Regelung ist geeignet, die andernfalls drohenden tiefgreifenden Einschnitte in die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verhindern. Sie ermöglicht zugleich eine noch flexiblere und bedarfsorientierte Allokation der Behandlungsressourcen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

2.2 Extrabudgetäre Vergütung der Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf (§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V)

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass mit der Regelung in § 87d Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 die psychotherapeutische Versorgung schwer psychisch erkrankter Versicherter mit einem komplexen Behandlungsbedarf gestärkt werden soll. Angesichts der in vielen Regionen Deutschlands weiterhin unzureichenden Entwicklung von Netzverbünden für die ambulante Komplexbehandlung nach der KSVPsych-Richtlinie ist es sachgerecht, dass auf das Vorliegen der Voraussetzungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 Absatz 6b SGB V abgestellt wird und nicht auf eine tatsächliche Behandlung im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie. Nur so kann gewährleistet werden, dass bundesweit die psychotherapeutische Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf gestärkt und Einschnitte in die Versorgung dieser Patientengruppen durch die beschlossene Rückführung der psychotherapeutischen Leistungen in die MGV verhindert werden.

Zugleich sollten die Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass der bundesweite Ausbau von Netzverbünden und multiprofessionellen Kooperationsstrukturen fortgesetzt und weiter gestärkt werden kann. Bereits etablierte Netzverbünde müssen weiter funktionsfähig bleiben und ihr Versorgungsangebot ausbauen können. Hierfür ist es erforderlich, dass neben den psychotherapeutischen Leistungen, die unmittelbar gegenüber den Patient*innen erbracht werden, auch die spezifischen Leistungen der KSVPsych-Richtlinie gemäß Abschnitt 37.5 des EBM, die nicht im unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen erbracht werden, weiterhin extrabudgetär vergütet werden. Dies gilt für die spezifischen Leistungen der Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in, Koordinationsleistungen einschließlich Fallbesprechungen und Teilnahme an Hilfekonferenzen, die aufsuchende Behandlung durch die koordinierende Person, aber auch die Zusatzpauschalen für die Organisations- und Managementaufgaben im Netzverbund. Nur so ist eine ausreichende Finanzierungsgrundlage für den Erhalt und einen bedarfsgerechten Ausbau der Netzverbünde und der multiprofessionellen Kooperationen sowie deren Versorgungsangebote gewährleistet.

Änderungsvorschlag:

§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

> *„psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b erfüllen, sowie spezifische Leistungen der Planung, Koordination, Abstimmung und Vernetzung gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 6b,“*

Um den Zugang von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen zu Psychotherapie flächendeckend zu verbessern, sollte darüber hinaus die Ausnahmeregelung zusätzlich auf weitere Versorgungsangebote für vulnerable Patientengruppen ausgeweitet werden. Umfasst sein sollten auch die psychotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV zur Behandlung von Patient*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, Suchterkrankungen sowie erheblich eingeschränktem Funktionsniveau erbracht werden. Andernfalls droht, dass sich diese ergänzenden Versorgungsangebote für vulnerable und sozial benachteiligte Patientengruppen, die in systematischer Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen erbracht werden sollen, aufgrund der zu erwartenden Quotierung dieser Leistungen nicht entwickeln können und Anträge auf Ermächtigung zur Behandlung dieser Patient*innen nicht gestellt oder von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur mit erheblichen Beschränkungen genehmigt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird um die folgenden Wörter ergänzt:

> *„und psychotherapeutische Leistungen bei Patienten, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind und im Rahmen einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 der Ärzte-Zulassungsverordnung erbracht werden,“*

Damit ferner Einschnitte in die neuropsychologische Versorgung bei schwer erkrankten Patient*innen vermieden werden können, die aufgrund von hirnorganischen Erkrankungen oder Verletzungen unter psychischen Funktionsstörungen leiden und einer neuropsychologischen Therapie bedürfen, ist es erforderlich, auch diesen Leistungsbereich extrabudgetär zu vergüten. Eine neuropsychologische Versorgung konnte bislang nicht flächendeckend im Bundesgebiet aufgebaut werden

und bedarf einer weiteren Förderung. Eine Deckelung dieses spezifischen Versorgungsbereichs für schwer erkrankte Patient*innen, die regelhaften einer zeitnahen neuropsychologischen Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt und medizinischer Rehabilitation bedürfen, wäre daher in besonderem Maße unverhältnismäßig. Die BPtK schlägt daher vor, die neuropsychologischen Leistungen unter § 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird um die folgenden Wörter ergänzt:

> *„und Leistungen der neuropsychologischen Therapie bei Patienten mit organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen,“*

2.3 Extrabudgetäre Vergütung dringlicher psychotherapeutischer Behandlungen (§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V)

Die BPtK begrüßt, dass neben der psychotherapeutischen Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen mit einem komplexen Behandlungsbedarf auch bei der Versorgung von dringlichen Behandlungsfällen Einschnitte in das Versorgungsangebot vermieden werden sollen. Eine Regelung zur extrabudgetären Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen bei dringlichen Behandlungsfällen ist grundsätzlich geeignet, einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppen zu leisten. Im Verständnis der BPtK bemisst sich die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in Abgrenzung zu den schwer psychisch erkrankten Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf nicht vorrangig an der Schwere der Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionen, sondern danach, wie zeitnah eine indizierte psychotherapeutische Behandlung erfolgen muss, um schwere gesundheitliche oder sonstige gravierende Folgeschäden abzuwenden oder zu begrenzen. Bedeutsam ist hier unter anderem die Dynamik des Krankheitsverlaufs. Zentraler Maßstab ist insoweit, welche negativen Folgen zu erwarten wären, wenn die zeitnahe Einleitung der indizierten Behandlung unterbleibt. Zu den zentralen Kriterien zählen neben der akuten Eigengefährdung und der Gefährdung Dritter die akut drohende Ausweitung der Funktionsbeeinträchtigungen und des Versorgungsbedarfs, etwa durch eine drohende (erneute) Krankenhauseinweisung oder Arbeitsunfähigkeit.

Die in § 87d Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V vorgeschlagene Einschränkung der extrabudgetär zu vergütenden Leistung auf die Psychotherapeutische Akutbehandlung und deren Koppelung an eine Vermittlung des Behandlungsplatzes über die TSS ist aus Sicht der BPtK

jedoch nicht sachgerecht. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist lediglich eine von mehreren möglichen indizierten Interventionen bei einem dringenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und würde ggf. die zeitnahe Durchführung der indizierten, evidenzbasierten psychotherapeutischen Behandlung erschweren. Gemäß Psychotherapie-Richtlinie handelt es sich bei der Psychotherapeutischen Akutbehandlung um „*eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände.*“ Bei dringend behandlungsbedürftigen Patient*innen kann aber alternativ auch die zeitnahe Durchführung einer systematischen, ätiopathogenetisch orientierten Behandlung mit einem Richtlinienverfahren indiziert sein, die die Heilung der Erkrankung und nicht nur die kurzfristige Stabilisierung zum Ziel hat. Daneben sollten aber auch dringende Behandlungsfälle zeitnah versorgt werden können, die zum Beispiel zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs nach einer Krankenhausbehandlung vor allem höherfrequente psychotherapeutische Kurzinterventionen benötigen. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Psychotherapeutische Akutbehandlung per se bereits die Dringlichkeit einer Behandlung impliziert. Eine weitere kriterienorientierte Festlegung der Dringlichkeit dieser Leistung erscheint insoweit redundant. Die Feststellung der Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung darf sich aber nicht auf diese eine Intervention beschränken.

Die BPtK fordert daher, dass auch andere indizierte psychotherapeutische Leistungen bei dringlichen Behandlungsfällen in der Ausnahmeregelung für die extrabudgetäre Vergütung berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für dringlich erforderliche Richtlinienpsychotherapie einschließlich der Behandlung als Gruppentherapie oder als Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie sowie für das psychotherapeutische Gespräch (GOP 23220 mit bis zu 15 Einheiten à 10 Minuten im Quartal gemäß EBM) für stützende Kurzkontakte.

Darüber hinaus führt die im Regelungsvorschlag vorgesehene Koppelung der extrabudgetären Vergütung der Behandlungsleistung nach Feststellung des dringenden Behandlungsbedarfs in der Psychotherapeutischen Sprechstunde an eine anschließende Vermittlung der Akutbehandlung über die TSS zu erheblichen Verzögerungen im Versorgungsprozess. Sie erschwert für Patient*innen den Zugang zur Versorgung und führt aufgrund der

bürokratischen Regelung zu einer ineffizienten Nutzung von Behandlungsressourcen. Ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde, verbunden mit den vermeidbaren emotionalen Belastungen für die Patient*innen, wäre in diesen Fällen obligatorisch vorgegeben, auch wenn die diagnostizierende Psychotherapeut*in selbst nach der Indikationsstellung in der Sprechstunde unmittelbar die dringend erforderliche Behandlung anbieten könnte. Aus Sicht der BPtK muss die Feststellung der Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in der Sprechstunde den Weg für eine dringlich erforderliche Behandlung in derselben Praxis ebnen können. Ansonsten drohen unnötige Verzögerungen und Patient*innen werden gezwungen, sich erneut mit ihrer krisenhaften Problematik einer weiteren Psychotherapeut*in zu offenbaren. Diese Vorgabe würde neue Barrieren schaffen, zu vermeidbaren Ineffizienzen führen, ohne dass damit ein relevanter Nutzen für die Versorgung verbunden wäre. Die in der Gesetzesbegründung angeführte Anreizbedingung für Psychotherapeut*innen, bei der TSS Behandlungsplätze für die Psychotherapeutische Akutbehandlung zu melden, ist bereits auch ohne diese bürokratische Zusatzbedingung gegeben. Allein die Regelung einer extrabudgetären Vergütung bei dringenden Behandlungsfällen wird angesichts der beschlossenen Deckelung psychotherapeutischer Leistungen dazu führen, dass die Bereitschaft von Psychotherapeut*innen steigt, für solche Fälle Behandlungsplätze bei der TSS zu melden, um insbesondere bei hälftigen Versorgungsaufträgen den Leistungsumfang der Praxis über die erwarteten Zeitkapazitätsgrenzen hinaus aufrechterhalten zu können. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, die Vorgabe für eine extrabudgetäre Vergütung, dass die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt ist, ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag:

§ 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

> *„die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Kurzzeitpsychotherapie mit einem Psychotherapieverfahren entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a in dem vorgesehenen Umfang sowie psychotherapeutische Kurzinterventionen innerhalb eines Zeitraums von 12 Kalendermonaten, sofern zuvor die Dringlichkeit einer entsprechenden Behandlung nach § 92 Absatz 6a Satz 7 festgestellt worden ist ~~und die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt ist~~, sowie“*

2.4 Fortführung begonnener Behandlungen (§ 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V)

Die geplante Verlängerung des Bestandsschutzes für bereits vor dem 1. Januar 2027 begonnene Behandlungen begrüßt die BPtK ausdrücklich. Damit wird sichergestellt, dass laufende Behandlungen auch über das Jahr 2027 hinaus vollständig vergütet werden.

Inwieweit dieser spezifische Schutz für die bereits vor dem 1. Januar 2027 begonnenen psychotherapeutischen Behandlungen jedoch zu Lasten der Versorgungsangebote der Psychotherapeutischen Sprechstunde, probatorischer Sitzungen und Behandlungskapazitäten für neu zu beginnende Richtlinien-Psychotherapien als Einzel- oder Gruppenbehandlung geht, hängt entscheidend davon ab, auf welcher Grundlage die verfügbaren Honorarvolumina berechnet werden. Das Volumen, das in die MGV zurückfließt, bemisst sich bislang nach dem nichtquotierten Leistungsbedarf aus dem Jahr 2025 zuzüglich vereinbarter Veränderungen für 2026 und 2027. Das Bezugsjahr 2025 mit den vereinbarten Veränderungsraten für die Kalenderjahre 2026 und 2027 kann jedoch den tatsächlichen Leistungsumfang psychotherapeutischer Leistungen zu Beginn des Jahres 2027 nicht ausreichend abbilden: Nach den vorliegenden Informationen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen 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.

Wird dieses reale Mengenwachstum bei der Berechnung der Honorarvolumina nicht berücksichtigt, würde der verlängerte Bestandsschutz auch in den kommenden Jahren dazu führen, dass Leistungsangebote für neue Behandlungsfälle deutlich eingeschränkt bleiben. Ein Ansatzpunkt, dies zu verhindern, wäre, dass spezifisch für den psychotherapeutischen Honorartopf der zu vereinbarende Behandlungsbedarf für das Kalenderjahr 2027 quartalsweise und basiswirksam um das Punktzahlvolumen des Leistungsbedarfs für die bislang extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Kalenderjahres 2026 anstelle des Kalenderjahres 2025 angehoben wird.

Hierfür wäre eine Ergänzung des § 87a Absatz 3 Satz 11 SGB V um den folgenden Halbsatz erforderlich:

> *„für die in Satz 7 Nummer 4 genannten psychotherapeutischen Leistungen gilt dies mit der Maßgabe, dass die Anhebung des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Kalenderjahres 2026 erfolgt und sich die Anpassung des Punktzahlvolumens nach Satz 12 auf die für das Kalenderjahr 2027 vereinbarten Veränderungen beschränkt.“*

Da ein wesentlicher Teil der Mengendynamik auf den – auch politisch gewünschten – Ausbau der gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebote zurückgeht, wäre ein alternativer Lösungsansatz, in § 87d Absatz 1 SGB V die extrabudgetäre Vergütung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen vorzugeben. Siehe hierzu auch den Änderungsvorschlag der BPtK unter 3.2.

Unabhängig davon hält es die BPtK für geboten, den Begriff der „nicht abgeschlossenen Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen“ in § 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V zu präzisieren. Es sollte klargestellt werden, dass unter diese Regelung auch Behandlungen fallen, die vor dem 1. Januar 2027 als Kurzzeittherapie 1 begonnen wurden und bei einem fortbestehenden Behandlungsbedarf erst nach dem 1. Januar 2027 als Kurzzeittherapie 2 fortgeführt oder in eine Langzeittherapie umgewandelt wurden.

Änderungsvorschlag:

Um eine divergierende Auslegung der gesetzlichen Regelung auszuschließen, schlägt die BPtK vor, § 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V um folgenden Halbsatz zu ergänzen:

> „*; dies gilt auch für Behandlungen, deren Verlängerungen nach dem 31. Januar 2026 beantragt und genehmigt wurden.*“

3 Weitere ergänzende Änderungsvorschläge

3.1 Regelung zur Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM

Mit dem GKV-BStabG wurde im Zuge eines Änderungsantrags die bisherige gesetzliche Regelung in § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V zur sogenannten Angemessenheitsprüfung für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit gestrichen. Laut Gesetzesbegründung sollen diese Leistungen künftig nach den gleichen Kriterien vergütet werden wie vergleichbare Gesprächsleistungen im EBM. Ein zentraler Zweck der Streichung besteht laut Gesetzesbegründung zudem darin, eine Verschiebung der Honorare zulasten der übrigen Facharztgruppen oder eine Nachvergütung durch die Krankenkassen zu vermeiden.

Die mit dem GKV-BStabG beschlossenen Änderungen in § 87b SGB V stellen zwar sicher, dass das Honorarvolumen für psychotherapeutische Leistungen auch nach der Rückführung in die MGV für die psychotherapeutische Versorgung erhalten bleibt und Verschiebungen in andere Fachbereiche vermieden werden. Es fehlt jedoch eine ausdrückliche

gesetzliche Regelung, dass die Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung bei der Bewertung im EBM angemessen zu berücksichtigen sind. Die BPtK fordert daher, die durch die Streichung der gesetzlichen Regelung zur Angemessenheitsprüfung verursachten Fehlinterpretationen zu beseitigen und über eine gesetzliche Regelung klarzustellen, dass die verfassungsrechtlich abgeleiteten Mindeststandards für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit und die Rechtsprechung des BSG unvermindert gelten und die Verteilung der Gesamtvergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit genügen müssen.

Hierzu fordert die BPtK, § 87 Absatz 2c SGB V um eine Regelung zu ergänzen, die die Notwendigkeit klarstellt, die Besonderheiten der zeitlichen und persönlichen Gebundenheit der psychotherapeutischen Leistungserbringung bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM zu berücksichtigen – ohne dadurch erneut einen (jährlichen) Prüfzyklus zur Angemessenheit psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit auszulösen. Ergänzend schlagen wir zur Stabilisierung der Vergütungssituation in der derzeit besonders volatilen Phase nach Rückführung der psychotherapeutischen Vergütung in die MGV ein dreijähriges Moratorium für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM vor. Dies wäre geeignet, die grundlegende Problematik der Angemessenheitsprüfung und der daraus resultierenden Nachvergütungen aufgrund von BSG-Entscheidungen einzudämmen.

Änderungsvorschlag:

§ 87 Abs. 2c SGB V in der Fassung des GKV-BStabG ist um folgende Sätze 8 bis 9 zu ergänzen:

> *„[8]Bei den Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen ist deren zeitliche und persönliche Gebundenheit angemessen zu berücksichtigen. [9]Die am [Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] geltenden Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen bleiben bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 unverändert.“*

§ 87a Absatz 2 Satz 2 SGB V sollte außerdem um folgenden Halbsatz 2 ergänzt werden:

> *„Abschläge für psychotherapeutische Leistungen ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten sind dabei bis zum 31.12.2029 ausgeschlossen.“*

3.2 Gezielte Förderung gruppenpsychotherapeutischer Versorgungsangebote

Mit dem GKV-BStabG wurden auch die bisher extrabudgetär vergüteten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen in die MGV zurückgeführt.

Bei der Gruppenpsychotherapie handelt es sich jedoch um ein evidenzbasiertes, effektives und kosteneffizientes Behandlungsangebot, das in besonderer Weise geeignet ist, vor dem Hintergrund eines wachsenden Versorgungsbedarfs mehr Patient*innen mit entsprechender Indikation den zeitnahen Zugang zu einem geeigneten Behandlungsangebot zu ermöglichen. Die Wirksamkeit gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen ist für nahezu das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen gut belegt.

Vor dem Hintergrund mehrerer gesetzlicher Aufträge an den G-BA wurden die Rahmenbedingungen für gruppenpsychotherapeutische Behandlungen seit 2019 wiederholt verbessert und flexibilisiert. Nachdem initial die Entwicklung gruppenpsychotherapeutischer Behandlungsangebote durch die COVID-19-Pandemie gehemmt wurde, konnte der Umfang gruppenpsychotherapeutischer Leistungen seit 2021 erheblich ausgebaut werden. Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) für die vergangenen fünf Jahre konnten zeigen, dass ein wesentlicher Teil der Mengenentwicklung in der ambulanten Psychotherapie auf den Ausbau der gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebote zurückzuführen ist. Allein im Zeitraum von 2021 bis 2025 haben sich die Fallzahlen in der Gruppenpsychotherapie von 153.503 Behandlungsfällen im Jahr 2021 auf 464.041 im Jahr 2025 verdreifacht. Die jährlichen Steigerungsraten betrugen in den vergangenen vier Jahren zwischen 23,6 und 38,7 Prozent und übersteigen mittlerweile die Mengenentwicklung in der Einzeltherapie auch in absoluten Zahlen. Wenngleich der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Behandlungsfälle bei rund 10 Prozent liegt, ist das Versorgungspotenzial der Gruppenpsychotherapie noch bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Nicht zuletzt die verbesserten Möglichkeiten der Transparenz über bestehende Versorgungsangebote und die gezielte digitale Terminvermittlung auf freie gruppenpsychotherapeutische Behandlungsplätze über die TSS haben das Potenzial, mehr Patient*innen spezifisch auf die jeweils indizierten gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebote zu vermitteln und Psychotherapeut*innen den Aufbau und die Auslastung entsprechender Versorgungsangebote zu erleichtern.

Dieser bedarfsgerechte und effiziente Ausbau von Behandlungsangeboten droht jedoch durch die Rückführung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen in die MGV gestoppt zu werden. Bei weiter wachsendem Versorgungsbedarf würden zentrale Effizienzpotenziale in der psychotherapeutischen Versorgung nicht genutzt. Die BPtK schlägt daher vor,

dass gesetzlich vorgegeben wird, alle gruppenpsychotherapeutischen Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie extrabudgetär zu vergüten. Dies umfasst neben der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie mit einem Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie auch die Leistungen der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung nach § 11a Psychotherapie-Richtlinie und die probatorischen Sitzungen im Gruppensetting.

Änderungsvorschlag:

Nach § 87d Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V wird als Nummer 8. neu eingefügt:

> *„8. Gruppenpsychotherapeutische Leistungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a SGB V sowie“*