

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)86(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
20.05.2026 - PsychoVersorgung
18.05.2026



Stellungnahme

Psychotherapeutische Versorgung

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 20. Mai 2026

18.05.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Anträgen „Psychotherapeuten bedarfsgerecht ausbilden – Weiterbildung sichern“ (BT-Drs. 21/1568), „Streichung der Konsiliarberichtspflicht vor Beginn einer Psychotherapie“ (BT-Drs. 21/1571) sowie den Antrag „Psychotherapeutische Versorgung strukturell stärken“ (BT-Drs. 21/4954) der Fraktionen der AfD und Bündnis 90/Die Grünen. Zu den Vorschlägen in den verschiedenen Anträgen vertritt die BPtK folgende Positionen:

1 Schaffung einer eigenständigen Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

In Deutschland leidet etwa jede fünfte Minderjährige* an einer psychischen Erkrankung. Aktuelle Studien und Versorgungsdaten weisen zudem auf einen Anstieg psychischer Belastungen und Behandlungsbedarfe in den vergangenen Jahren hin.

Während der Bedarf an Behandlung kontinuierlich steigt, ist eine schnelle, wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche vielerorts nicht gewährleistet. Betroffene Kinder und Jugendliche warten im Durchschnitt 28 Wochen auf einen Therapieplatz. Besonders kritisch ist die Lage im ländlichen Raum: Oft müssten zur nächsten Praxis mit einem Therapieplatz große Entfernungen zurückgelegt werden, nicht selten 20 bis 30 Kilometer. Dies sind Strecken, die für junge Menschen, die auf die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs angewiesen sind, meist nicht zu bewältigen sind – erst recht nicht jede Woche.

Die Konsequenzen sind gravierend: Psychische Belastungen werden zu spät erkannt, notwendige Behandlungen beginnen verzögert und nicht selten verschärfen oder chronifizieren sich Probleme, die bei frühzeitiger Therapie gut behandelbar gewesen wären. Für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien bedeutet das vermeidbares Leid. Für die Gesellschaft bedeutet das darüber hinaus langfristig hohe Folgekosten. Denn etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter. Sie beeinträchtigen die psychosoziale Entwicklung, die schulische und berufliche Bildung der Betroffenen und reduzieren die Chancen auf eine umfassende berufliche und gesellschaftliche Teilhabe.

Die bisherige Bedarfsplanungs-Richtlinie bildet den besonderen Bedarf von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend ab. Bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die jeweiligen Planungsregionen wird bislang nicht zwischen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und von Erwachsenen unterschieden. Stattdessen soll über einen pauschalen Mindestanteil von 20 Prozent für Psychotherapeut*innen, die ausschließlich Kinder und

Jugendliche behandeln, sichergestellt werden, dass in den Regionen auch ein ausreichendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche besteht. Eine zeit- und wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann damit jedoch nicht sichergestellt werden. Durch die aktuelle Bedarfsplanung wird weder berücksichtigt, wie viele Kinder und Jugendliche in einer Planungsregion wohnhaft sind und welche psychische Krankheitslast bei den dort lebenden Kindern und Jugendlichen besteht, noch dass Kinder und Jugendliche in besonderer Weise auf ein wohnortnahes Behandlungsangebot angewiesen sind. Die bei den gegenwärtigen Verhältniszahlen unterstellten Mitversorgungseffekte durch benachbarte Planungskreise sind schon für die Versorgung von Erwachsenen fragwürdig, für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind sie gänzlich unangemessen. Schließlich ist es erforderlich, bei der strukturellen Planung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen der in den vergangenen Jahren insgesamt gestiegenen psychischen Morbidität Rechnung zu tragen.

Die BPTK hält es daher für dringend geboten, eine gesonderte Bedarfsplanungsgruppe für psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen einzuführen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Denn nur wenn der Bedarf dieser Altersgruppe differenziert erfasst und planerisch berücksichtigt wird, können Ressourcen gezielt dorthin gelenkt werden, wo sie tatsächlich am stärksten gebraucht werden.

Um dies zu erreichen, bedarf es einer Änderung des § 101 Absatz 4 SGB V, mit der der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt wird, innerhalb einer Frist eine eigene Bedarfsplanungsgruppe für psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zu bilden, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) geplante Rückführung der psychotherapeutischen Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gefährdet die angestrebten Versorgungseffekte einer eigenen Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die damit einhergehende gezielte Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die vorgesehene Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV würde zu erheblichen Einschnitten in der psychotherapeutischen Versorgung auch von Kindern und Jugendlichen und einem Verlust von Behandlungskapazitäten führen. Die gezielte Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung für junge Menschen würde so konterkariert.

Die BpTK spricht sich daher für eine gesetzliche Regelung in dem im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen § 87d SGB V aus, mit der für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen, die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die neuropsychologische Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die probatorischen Sitzungen eine vollständige extrabudgetäre Vergütung vorgegeben wird.

2 Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum

Psychisch erkrankte Menschen müssen durchschnittlich rund 20 Wochen auf einen Behandlungsplatz warten – in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind die Wartezeiten noch länger. Dies belegen nicht zuletzt Analysen auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlicher Vereinigungen. Doch obwohl sich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zwischen Stadt und Land kaum unterscheidet, sind nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie für den ländlichen Raum im Vergleich zu den Großstädten nur halb so viele Psychotherapeutenplätze vorgesehen. Hinsichtlich der tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich sogar eine noch stärkere Spreizung zwischen ländlichen Kreisen und den Großstädten.

Um die bestehenden Versorgungslücken im ländlichen Raum und in strukturschwachen Regionen zu schließen und die psychotherapeutische Versorgung zielgenau zu stärken, ist der Gemeinsame Bundesausschuss zu beauftragen, für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung insbesondere in den ländlichen und strukturschwachen Regionen vorzunehmen.

Fälschliche Annahmen über Unterschiede hinsichtlich der psychischen Morbidität und einer funktionierenden Mitversorgung durch benachbarte Regionen müssen korrigiert und die Verhältniszahlen entsprechend angepasst werden. Dadurch kann insbesondere in schlechter versorgten Regionen gezielt die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung gestärkt und Wartezeiten abgebaut werden.

Die jüngst vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Kürzungen bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen um 4,5 Prozent verbunden mit den weiteren Kürzungen (insbesondere Streichung der Zuschläge zur Kurzzeitpsychotherapie) und Deckelungen, die im Gesetzentwurf des GKV-BStabG vorgesehen sind, stellen ein besonderes Risiko für die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen dar. Gerade die geplante Rückführung der psychotherapeu-

tischen Leistungen in die MGV führt unmittelbar zu erheblichen Einschnitten in der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere durch den Verlust von Behandlungskapazitäten bei Psychotherapeut*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag. In ländlichen und strukturschwachen Regionen sind die Möglichkeiten, neben der psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Versicherten auch Privatversicherte und Beihilfeberechtigte zu versorgen, deutlich eingeschränkt. Die zu erwartenden Leistungsbeschränkungen in der Versorgung von GKV-Versicherten sowie die beschlossenen und angekündigten Honorarkürzungen werden daher in Verbindung mit den Unterschieden bei der Patientenstruktur zwischen Stadt und Land dazu führen, dass die Niederlassung in ländlichen Räumen weiter an Attraktivität verliert. Die Übernahme hälftiger Versorgungsaufträge wird in diesen Regionen in vielen Fällen wirtschaftlich kaum noch darstellbar sein. Damit besteht die Gefahr, dass die im Koalitionsvertrag vorgesehene Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum nicht erreicht werden kann bzw. sogar eine Verschlechterung der Versorgung eintreten wird.

Die BPtK spricht sich daher für eine gesetzliche Regelung in dem im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen § 87d SGB V aus, mit der für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen, die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung die neuropsychologische Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die probatorischen Sitzungen eine vollständige extrabudgetäre Vergütung vorgegeben wird.

3 Ambulante Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen

3.1 Ambulante Komplexleistungen für schwer psychisch kranke Erwachsene und Kinder und Jugendliche

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde 2019 der G-BA beauftragt, in seinen Richtlinien eine ambulante Komplexbehandlung nach der KSV-Psych-Richtlinie bzw. KJ-KSVPsych-Richtlinie (§ 92 Absatz 6b SGB V) zu schaffen. Nachdem sich das Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Erwachsene und die hierfür erforderlichen Netzverbände aufgrund der restriktiven Regelungen in der Richtlinie zunächst nur sehr eingeschränkt entwickelt hatten, hat der G-BA im August 2025 wesentliche Anpassungen bei der Richtlinie beschlossen.

Die nun im Entwurf des GKV-BStabG geplante Rückführung sowohl der psychotherapeutischen Leistungen als auch der neuen, spezifisch für die ambulante Komplexbehandlung

geschaffenen Leistungen in die MGV hätte besonders gravierende Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Versorgungsangebote für diese Patientengruppen.

Die ambulante Komplexbehandlung nach der KSVPsych-Richtlinie des G-BA (§ 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. Auch die erforderliche strukturelle und personelle psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung wären nicht mehr abgesichert. Damit könnten zentrale Bestandteile der Versorgung nicht mehr erbracht werden. Da die einzelnen Elemente der Komplexversorgung funktional eng miteinander verzahnt sind und einen gemeinsamen Behandlungspfad bilden, droht, dass der erforderliche Ausbau der Versorgungsangebote scheitert und die Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie insgesamt zum Erliegen kommen könnte.

Die BPtK spricht sich daher für eine gesetzliche Regelung in dem im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen § 87d SGB V aus, mit der für sämtliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V eine vollständige extrabudgetäre Vergütung vorgegeben wird.

3.2 Ambulante Anschlussbehandlung nach einer Krankenhausbehandlung

Eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach einer psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung ist zentral, um den Behandlungserfolg zu stabilisieren und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden. Die mit dem GKV-BStabG geplanten Kürzungsmaßnahmen werden den ohnehin schon schwierigen Übergang in die ambulante psychotherapeutische Versorgung weiter erschweren und konterkarieren das Ziel, die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Der Aufbau von Versorgungskapazitäten für diese besonders vulnerable Patientengruppe, zum Beispiel im Rahmen der KSV-Psych-Richtlinie oder durch Ermächtigungen für schwer psychisch Erkrankte, wird durch die Deckelung psychotherapeutischer Leistungen massiv erschwert.

Eine bedarfsgerechte, multiprofessionelle Anschlussbehandlung wird darüber hinaus durch die Regelungen in der PIA-Vereinbarung erschwert, die selbst im Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung eine parallele Behandlung von Patient*innen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung ausschließen. Dieser Ausschluss beruht nicht zuletzt auf den pauschalierten Vergütungsstrukturen, die bei der Mehrheit der PIA zur Anwendung kommen. Da die psychotherapeutische Behandlung laut PIA-Vereinbarung Bestandteil der Versorgung in der PIA ist, wird eine psychotherapeutische Behandlung in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis parallel zur Inanspruchnahme von Leistungen in der PIA von den Krankenkassen häufig nicht genehmigt.

Eine gesetzliche Klarstellung, dass eine parallele Behandlung in PIA und in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxis zulässig ist, sofern die Behandlungen aufeinander abgestimmt und nicht dieselben (psychotherapeutischen) Leistungen zum Gegenstand haben, ist deshalb zwingend erforderlich.

Dies würde zudem eine engere Zusammenarbeit der Vertragspsychotherapeut*innen mit den PIA fördern und ermöglichen, dass indizierte Leistungen, die im individuellen Fall nicht in der vertragspsychotherapeutischen Praxis erbracht oder verordnet werden (können), zum Beispiel bestimmte indikationsspezifische Gruppentherapien oder Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege, in der PIA in Anspruch genommen werden können.

4 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung

Seit September 2020 gibt es in Deutschland einen neuen Qualifizierungsweg für Psychotherapeut*innen. Dieser besteht aus einem Studium und einer anschließenden Weiterbildung. Die Struktur der neuen Weiterbildung ist angelehnt an die ärztliche Weiterbildung. Nach Abschluss des Psychotherapiestudiums folgt die Approbation.

Die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in ist unverzichtbare Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung oder eine leitende Funktion in einer Klinik. Von der insgesamt mindestens 60-monatigen Weiterbildung sind jeweils mindestens 24 Monate an einer ambulanten und einer stationären Weiterbildungsstätte verpflichtend. Die Landespsychotherapeutenkammern haben bereits Praxen, Ambulanzen und Kliniken als Weiterbildungsstätten für Psychotherapeut*innen zugelassen. Aber es gibt bei Weitem nicht genügend Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsstellen. Das Problem verschärft sich zunehmend, da es bereits seit Herbst 2022 Absolvent*innen des neuen Psychotherapiestudiengangs gibt, die eine Weiterbildungsstelle suchen.

Schon in diesem Jahr könnten es 2.000 werden und in den folgenden Jahren werden jährlich mindestens 2.500 Absolvent*innen erwartet.

Viele als Weiterbildungsstätten zugelassene Praxen und Weiterbildungsambulanzen richten keine Weiterbildungsstellen ein, weil das mit einem zu großen wirtschaftlichen Risiko verbunden ist. Für sie müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Weiterbildungsteilnehmende anstellen zu können.

Mit der Änderung der Ärztezulassungsverordnung zum 1. Februar 2025 und der am 1. Januar 2026 in Kraft getretenen expliziten Verankerung von Weiterbildungsambulanzen und deren Anspruch auf Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen in § 120 SGB V wurden notwendige und begrüßenswerte gesetzliche Voraussetzungen für die Finanzierung geschaffen. Aber die erzielbaren Einnahmen aus den Patientenbehandlungen reichen bei Weitem nicht aus, um Weiterbildungsteilnehmer*innen ein angemessenes Gehalt zahlen zu können und die Kosten für die zur Sicherung des Fachpsychotherapeutenstandards notwendige Theorievermittlung, Behandlungssupervision und Selbsterfahrung zu decken.

Planstellen an Kliniken können nicht als Weiterbildungsstellen genutzt werden, weil sie in einer Übergangsphase noch bis Anfang der 2030er-Jahre durch Ausbildungsteilnehmer*innen besetzt sein werden. Kliniken sollen bei Koexistenz des alten Ausbildungs- und des neuen Weiterbildungssystem bis Anfang der 2030er Jahre sowohl Aus- als auch Weiterbildung anbieten können. Das geht aber nur, wenn sie für diese Zeit zusätzliche Personalstellen für diesen Zweck refinanziert bekommen, wenn alle Planstellen besetzt sind. In den letzten 20 Jahren wurden in Kliniken Planstellen in Praktikumsstellen für die postgraduale Psychotherapeutenausbildung umgewandelt.

Ohne eine ausreichende Zahl an Weiterbildungsstellen wird es Anfang der 2030er Jahre zu Engpässen in der psychotherapeutischen Versorgung kommen, weil es nicht genügend weitergebildete Fachpsychotherapeut*innen geben wird. Diesen Fachkräftemangel kann sich Deutschland angesichts des hohen Versorgungsbedarfs durch psychische Erkrankungen nicht leisten.

Die BpTK fordert, weitere Restriktionen bei der Entstehung dringend benötigter Weiterbildungsstellen zurückzunehmen bzw. zu verhindern und jetzt gesetzliche Regeln zur Förderung der Weiterbildung zu schaffen, um die Reform der Psychotherapeutenausbildung aus dem Jahr 2019 mit ausreichenden Weiterbildungskapazitäten zu vollenden:

- Die Weiterbildung in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren muss analog zur Allgemeinmedizin und zu den grundversorgenden Fachärzt*innen gezielt gefördert werden (Ergänzung in § 75a SGB V).
- Weiterbildungsambulanzen müssen sämtliche mit der Behandlung durch Weiterbildungsteilnehmende verbundenen Kosten in die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen einbringen können.
- Zusätzliche Stellen für die obligatorische stationäre Weiterbildung in Kliniken müssen in einer Übergangsphase refinanziert werden, solange bestehende Personalstellen noch durch Psycholog*innen und Teilnehmer*innen einer Psychotherapeutenausbildung (PiA) besetzt sind (Ergänzung in § 3 BPfIV).

Die derzeitigen Entwicklungen verschärfen die Unterfinanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Hierzu zählen die am 1. April 2026 in Kraft getretene Absenkung der psychotherapeutischen Honorare sowie auch die Planungen zum GKV-BStabG. Das Gesetzesvorhaben würde bei Umsetzung in der aktuellen Form die Bedingungen zur Einrichtung von Weiterbildungsstellen noch weiter verschlechtern. Die Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV, die Beschränkung der Refinanzierung von Leistungen der Kliniken und die Kopplung der Entwicklung der Leistungsvergütung von Weiterbildungs- und Hochschulambulanzen an die Beitragsentwicklung würden die Unterfinanzierung noch deutlich vergrößern.

5 Streichung der Konsiliarberichtspflicht bei vorbestehender Untersuchung

Gemäß § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V sind Psychotherapeut*innen dazu verpflichtet, vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung beziehungsweise spätestens nach den probatorischen Sitzungen einen Konsiliarbericht einer Vertragsärzt*in, gegebenenfalls zusätzlich eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes, einzuholen. Damit sollen insbesondere mögliche somatische Erkrankungen vor Durchführung psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen abgeklärt werden.

Hierbei kommt es regelhaft zu Doppeluntersuchungen, etwa wenn eine Patient*in bereits von der Hausärzt*in untersucht und an eine Psychotherapeut*in überwiesen wurde. Gleiches gilt auch für die Konstellation einer ambulanten Anschlussbehandlung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen. In beiden Fällen ist die erforderliche Untersuchung bereits erfolgt.

Die BPTK spricht sich dafür aus, die Konsiliarberichtspflicht vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung bei ärztlich überwiesenen Patient*innen sowie bei einer psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach vorangegangener Krankenhausbehandlung entfallen zu lassen.

Damit werden bereits vorliegende Untersuchungsbefunde effizienter genutzt, insbesondere hausärztliche Praxen entlastet, Kosten für die GKV gesenkt und ein schnellerer Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung ermöglicht. Die BPTK empfiehlt hierzu eine Änderung des § 28 Absatz 3 SGB V.

Einen Entfall des Konsiliarberichts in den genannten Fällen empfiehlt auch die FinanzKommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht vom 30. März 2026. Das jährliche Einsparvolumen wird von der FinanzKommission auf 100.000 bis 180.000 Euro jährlich geschätzt.¹ Die BPTK begrüßt die Ankündigung der Bundesgesundheitsministerin, dass eine entsprechende Regelung in das geplante Bürokratieentlastungsgesetz aufgenommen werden soll. Um jedoch möglichst zeitnah die finanziellen Effekte, aber auch die Entlastung in den Praxen sowie die Beschleunigung in den Versorgungsprozessen zu erreichen, sollte diese Änderung noch in das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz aufgenommen werden.

¹ FinanzKommission Gesundheit: *Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027*. S. 143 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf.