

**STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG
(DPTV) ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR STABILISIERUNG DER
BEITRAGSSÄTZE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
(GKV-BEITRAGSSTABILISIERUNGSGESETZ)
VOM 26.05.2026 (BT-Drucksache 21/6130)**

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

BERLIN, 17.06.2026

Zusammenfassung

Die Einführung des § 87d SGB V führt für die Psychotherapie faktisch zu einer Rückkehr in die Logik der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Psychotherapeutische Leistungen, die in der Vergangenheit bewusst ausbudgetiert wurden, würden durch die Bezugnahme auf die Grundlohnsumme wieder in ein gedeckeltes Budget fallen. Weiterhin bleibt in dem Gesetzentwurf unklar, ob die bisherig extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen überhaupt weiter extrabudgetär vergütet werden. Da der Bedarf an Psychotherapie weiter steigt und diese Leistungen zeitgebunden sind, werden Praxen steigenden Leistungsanforderungen nicht mehr gerecht werden können. Dies hätte zwangsläufig Mengendeckel oder Versorgungsengpässe zur Folge. Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. geht aufgrund der bisherigen Erfahrungen von einer drastischen Reduktion des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes um schätzungsweise 25% aus. Dies würde die erreichten Verbesserungen in der Versorgung der letzten zehn Jahre rückgängig machen, das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung schwächen, die Weiterbildung gefährden und volkswirtschaftlich hohe Folgekosten erzeugen. Studien zeigen, dass jeder Euro, der in ambulante Psychotherapie investiert wird, einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen von zwei bis vier Euro erzeugt, unter anderem durch vermiedene Krankenhausaufenthalte oder reduzierte Arbeitsausfälle.

Einleitung

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV) nimmt im Folgenden ausschließlich zu den Regelungen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BT-Drucksache 21/6130, nachfolgend "RegE") Stellung, die unmittelbar die psychotherapeutische Versorgung betreffen.

Das Ziel, die Ausgaben im Bereich der GKV passgenauer zu steuern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die DPTV hat allerdings kein Verständnis dafür, dass diese Einsparungen mit nur wenigen gesetzlichen Ausnahmen und nur sehr eingeschränkten Möglichkeiten der Abweichung durch die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ohne Rücksicht auf die Versorgungsnotwendigkeit und die Versorgungsrealität gleichsam "mit der Gießkanne" auf die Leistungserbringer verteilt werden. Der RegE unterscheidet bei der Umsetzung der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (nachfolgend "FKG") kaum zwischen Empfehlungen der Kategorie A und der Kategorie B arbeitet und u.a. im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zwei Empfehlungen ein, die "mit

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

unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit“ einhergeht.

I. Gesamtvergütung für die EGV (Einfügung eines § 87d SGB V)

§ 87d SGB V i.d.F. des RegE sieht die Einführung einer von den Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung zu zahlenden Gesamtvergütung auch für die Versorgung mit extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen (“EGV”) vor (Abs. 1). Die Entwicklung der Gesamtvergütung wird an die Änderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied gem. § 71 Abs. 3 gebunden (Abs. 2), wobei die Obergrenze durch eine Änderung des § 71 Abs. 3 für die Jahre 2027 bis 2029 noch zusätzlich gesenkt werden soll. Die Verteilung der Gesamtvergütung für die EGV obliegt wie in der MGV den KVen. § 87d Abs. 4 RegE nennt wenige Bereichsausnahmen, überlässt dann allerdings dem Bewertungsausschuss die Entscheidungsmöglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Beschlüsse über die Ausbudgetierung aus der EGV zu treffen.

Die DptV lehnt diesen Entwurf sowohl aus strukturellen Gründen als auch speziell mit Blick auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung ab.

1. Doppelstruktur ohne Mehrwert

Mit § 87d i.d.F. des RegE würden MGV und EGV gleichermaßen durch einen Gesamtvergütungsvertrag geregelt und durch einen Verteilungsmaßstab an die Vertragsärzteschaft zugewiesen werden. MGV und EGV würden sich im Wesentlichen nur noch insofern unterscheiden, als bei der Entwicklung der MGV weiter der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, Veränderungen der Morbiditätsstruktur und die demographische Entwicklung zu berücksichtigen sind, während bei der EGV die Mengensteigerungen zu Grunde zu legen sind. Massiv eingehegt und wohl annähernd nivelliert würde dieser verbleibende strukturelle Unterschied zwischen MGV und EGV jedoch dadurch, dass beide Gesamtvergütungen höchstens um die Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 Abs. 3 SGB V weiterentwickelt werden können - in den Jahren 2027 bis 2029 aufgrund des in § 71 Abs. 3 Satz 4 RegE angelegten Moratoriums sogar abzüglich 1 %. Faktisch wird damit eine bürokratische Parallelstruktur geschaffen, die zu einer **Erhöhung des Verwaltungsaufwandes** und zu einer **Zunahme von Rechtsstreitigkeiten** mit Blick auf die Frage der Verteilungsgerechtigkeit der EGV führt.

- a. Die DptV erkennt in dieser **strukturellen Doppelung** auch **keinen effektiven Nutzen**. Schon heute beschließen GKV-SV und KBV gemeinsam als Bänke des Bewertungsausschusses über die Ausbudgetierung von Leistungen aus der EGV, aber ggf. auch über die Rückführung ausbudgetierter Leistungen in die MGV. Diese Möglichkeit besteht, um der Entwicklung von Versorgungsbedarfen mit bestimmten vertragsärztlichen Leistungen (wie den Akutbehandlungen, psychotherapeutischen Sprechstunden, den probatorischen Sitzungen und der Richtlinien-Psychotherapie, s. unter 2.) Rechnung zu tragen oder einer besonderen Förderungswürdigkeit von Leistungen aus qualitativen oder volkswirtschaftlichen Gründen Rechnung zu tragen. Durch § 87d Abs. 2 Satz 3 i.d.F. des RegE würden den Parteien der

gemeinsamen Selbstverwaltung nun Beschlüsse über aus der Gesamtvergütung für die EGV ausbudgetierte Leistungen treffen, die konsistent zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Beschlüsse des Bewertungsausschusses über die Ausbudgetierung bestimmter Leistungen aus der MGV wurden auch in der Vergangenheit nicht grundlos getroffen. § 87d Abs. 2 hat daher keinen Mehrwert. Soweit es um die Verpflichtung zu einer jährlichen Evaluation der Ausbudgetierung (§ 87d Abs. 4 Satz 4 RegE) oder die Schaffung einheitlicher Kriterien für die Ausbudgetierung (§ 87d Abs. 4 Satz 2 RegE) geht, könnte dieses Ziel auch ohne Weiteres im Rahmen der heutigen Struktur erreicht werden.

- b. Unklar bleibt überdies, ob bestehende Beschlüsse über die Ausbudgetierung und Vergütung nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bestehen bleiben oder zunächst alle ausbudgetierten Leistungen außer den unmittelbar in § 87d Abs. 4 Satz 1 RegE genannten in die Gesamtvergütung der EGV überführt werden und es dann eines neuen Beschlusses des BewA bedürfte, der zeitlich erst nach Vorliegen des Beschlusses über Kriterien nach § 87d Abs. 4 Satz 2 RegE getroffen werden könnte. Wäre dies so, gliche die Regelungsstruktur einer Achterbahnfahrt: Eine Leistung, die besonders förderungswürdig ist oder für die ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht, würde dennoch erst wieder (dann in die EGV) budgetiert und könnte erst dann durch einen Beschluss erneut ausbudgetiert werden, nachdem der Bewertungsausschuss generelle Kriterien für die Ausbudgetierung aus der EGV nach § 87d Abs. 4 Satz 2 RegE beschlossen hätte. Die DPTV sieht auch insoweit nicht, welchen zusätzlichen Nutzen diese Regelung gegenüber einem einfachen Auftrag brächte, (fort)bestehende Beschlüsse über Ausbudgetierungen turnusmäßig zu evaluieren.

2. Fehlannahmen und katastrophale Folgen mit Blick auf die Psychotherapie und der neuropsychologischen Therapie

- a. § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V (i.d.F. des RegE Satz 7) regelt das durch den Bewertungsausschuss zu konkretisierende Gebot einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit für die vertragspsychotherapeutischen Leistungen. Da die Regelung die seit 1999 vorangegangene Rechtsprechung des BSG überformt hat und diese auf verfassungsrechtlichen Implikationen beruht, indem sie die Grenze zum Willkürverbot bei der Honorierung und Honorarverteilung markiert (*std. Rspr. seit BSG, Urt. V. 20.1.1999 = BSGE 83, 205; v. 25.8.1999 = BSGE 84, 235; v. 12.9.2001 = BSGE 89, 1*), stellt auch der RegE § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V folgerichtig nicht zur Disposition. § 87d Abs. 1 RegE könnte daher, soweit für psychotherapeutische Leistungen weiterhin zunehmende Versorgungsbedarfe zu verzeichnen wären, nur durch Regelungen zu **Leistungsmengenbegrenzungen mit Abstufung der Vergütung** oder ähnlichen Instrumenten bei Überschreitung umgesetzt werden. Diese Regelungen haben vor der Ausbudgetierung zum 1.1.2013 in Form von Zeitkontingenten für die genehmigungspflichtigen und zeitgebundenen und Zusatzkontingenten für die weiteren Leistungen bereits existiert. Der Beschluss über die Ausbudgetierung sah bereits vor, dass die Partner der Gesamtvergütungs- bzw.

Honorarverteilungsverträge regional weiterhin Begrenzungsregelung vorsehen konnten. Davon wurde auch vielfach Gebrauch gemacht, jedoch wurden diese Regelungen sukzessive abgeschafft. Das geschah nicht grundlos und "ohne Not", sondern aufgrund der Umstände, die auch und selbst die FKG benennt:

"Zwischen 2015 und 2025 lag die durchschnittliche jährliche Steigerung der Ausgaben bei circa 7 % [...] Gleichzeitig steigt die administrative Prävalenz psychischer Erkrankungen, also die Häufigkeit entsprechender Diagnosen in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Bevölkerung sowie die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen (Dehl et al. 2024 S. IX; Robert Koch-Institut 2025b). Dies weist auf einen wachsenden Versorgungsbedarf hin und unterstreicht die Bedeutung einer transparenten und steuerbaren Vergütungssystematik. Ein Abflachen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist in den verfügbaren Daten bislang nicht erkennbar" (FinanzKommission Gesundheit, Erster Bericht v 30.3.2026; S. 136).

Hintergrund der Ausbudgetierung 2013 und der über mehrere Jahre hinweg erfolgten Abschaffung von Mengenkontingentierungen mit Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen im jeweiligen KV-Bezirk war sicher nicht, eine ungesteuerte angebotsinduzierte Mengenausweitung zuzulassen. Vielmehr ging und geht es weiterhin um die steigende Prävalenz psychischer Erkrankungen und Versorgungsbedarfe, die aufgrund der strikten Zeitgebundenheit von 90 % der Leistungen auch nicht durch eine Leistungsverdichtung innerhalb der gleichen Arbeitszeit befriedigt werden können. Es geht in diesem Fall gerade nicht lediglich um ein Honorarverteilungsproblem, dass die KVen zu lösen hätten, und auch nicht um ein Problem der regionalen Verteilung vertragsärztlicher Zulassungen. **Mengenbegrenzungsregelungen mit abgestaffelten Vergütungen bei der Verteilung der EGV** werden in der Vertragspsychotherapie vielmehr zwangsläufig dazu führen, dass **gegenüber 2025 - erwartbare - zunehmende Leistungsbedarfe aufgrund fehlender Vergütung nicht im Sachleistungssystem des SGB V befriedigt werden können.**

Erst recht und in nochmals erhöhtem Ausmaß wird sich diese Folge für die **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** ergeben. Die DPTV hält es in ganz besonderem Maße für verfehlt, wenn verdrängt wird, dass u.a. die langfristigen Folgen der Covid-Pandemie zur Zunahme von Leistungsbedarfen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie führen (vgl. etwa die zuletzt 2025 aktualisierte COPSYS-Längsschnittstudie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, [researchsquare.com/article/rs-8260872/v1](https://www.researchsquare.com/article/rs-8260872/v1)).

Für die neuropsychologische Psychotherapie und die Leistungen nach Abschnitt 30.11. EBM gilt dies gleichermaßen.

- b. **Volkswirtschaftlich** wäre diese Entwicklung der Studienlage nach vollkommen **kontraproduktiv**. So hat bereits eine große von der Techniker Krankenkasse erstellte Studie aus dem Jahr 2011 ergeben:

“Die im Modellvorhaben beobachtete Effektgröße von 1,0 dokumentiert eine beeindruckende Leistung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die im oberen Bereich internationaler metaanalytischer Vergleichsuntersuchungen liegt [...] Eine ökonomische Bewertung von Interventionen ist möglich, auch wenn keine direkten und indirekten Kosten und Nutzenaspekte vorliegen [...] Die Modellrechnung in Abschnitt 5.4.12 demonstriert, dass sich jeder in die Psychotherapie investierte Euro gesamtgesellschaftlich gesehen mehr als zweifach auszahlt – selbst wenn man davon ausgeht, dass der Therapieeffekt nur ein Jahr lang anhält. Setzen wir nun die anderen drei Schätzungen dieses Parameters ein, so führen wir eine Sensitivitätsanalyse durch. Die Bandbreite reicht deshalb von Schätzungen zwischen 2 bis 4 Euro an gesamtgesellschaftlichem Nutzen, pro in die ambulante Psychotherapie investiertem Euro. Angesichts der Tatsache, dass die hier gemessenen Therapieeffekte zwischen Entlassung und Katamnese stabil sind, könnte man ebenso von einem Anhalten der Effekte über mindestens zwei oder auch drei Jahre hinweg ausgehen. Ambulante Psychotherapie ist also keine Kostenverschwendung, ambulante Psychotherapie rechnet sich! Dies bedeutet für erfolgreich behandelte Patienten nicht nur eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebensqualität, sondern auch ihrer Arbeitsfähigkeit. Somit zeugen die im Modellvorhaben gemessenen Effektstärken nicht zuletzt von einem erheblichen und (volks-) wirtschaftlich relevanten Kosten-Nutzen Potential der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.” (so die Zusammenfassung in: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie, Abschlussbericht zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V, S. 163).

Die Erstreckung des § 87d Abs. 1 RegE auf die psychotherapeutische Akutbehandlung, Sprechstunde, Probatorik und Richtlinien-Psychotherapie würde nicht zu Einsparungen führen, sondern im Gegenteil einen Ausgabenzuwachs durch vermehrte stationäre Behandlungen, längere AU-Zeiten und Erwerbsminderungsrenten bewirken. Das ist volkswirtschaftlich verfehlt.

- c. Die Parteien der Selbstverwaltung haben mit der Ausbudgetierung 2013, aber auch mit der Einführung der Strukturzuschläge 2016 verschiedene Bemühungen unternommen, um die **Auslastung vertragspsychotherapeutischer Zulassungen** zu verbessern. Das Bundesverfassungsgericht hat (*wie zuvor das BSG, Urt. V. 26.6.2019 - B 6 KA 8/18 R, Rn. 19 – juris*) entschieden, dass sich die Funktion des EBM nicht nur in der Bewertung vertragsärztlicher Leistungen erschöpfe, sondern ihm eine Steuerungswirkung zukomme. Ausdrücklich hat es den Zweck von Mechanismen im EBM gebilligt,

“einen nicht ausgeschöpften Versorgungsauftrag bei gleichbleibendem Arbeitspensum zu reduzieren, um so den Zuschlag mit einer geringeren Mindestpunktzahl zu erreichen. Dadurch können neue Psychotherapeuten zugelassen werden, was die Versorgungssituation zu Gunsten gesetzlich

Versicherter verbessert. Von zwei Ärzten mit jeweils einem halben, aber ausgeschöpften Versorgungsauftrag werden mehr Leistungen erbracht, als von einem Arzt mit einem vollen, aber nicht ausgeschöpften Versorgungsauftrag.” (BVerfG, Beschluss v. 20.3.2023 - 1 BvR 669/18 und 1 BvR 732/18, Rn. 36 – juris).

Diese Strategie war erfolgreich. Zwischenzeitlich beruhen ca. 70 % der Versorgungsaufträge in der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten auf Teilzulassungen, die besser ausgelastet werden. Das belegt, dass die **Entwicklung der Leistungsmenge im System der Vertragsversorgung gewollt und durch entsprechende Steuerungsmechanismen gefördert** worden ist, mithin nicht auf einer angebotsinduzierten Mengenausweitung beruht, sondern einem wachsenden Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Diese Bemühungen werden, soweit auch in den nächsten Jahren noch zunehmende Versorgungsbedarfe in der Psychotherapie zu erwarten sind, durch § 87d SGB V konterkariert.

- d. Aus Sicht der DPTV wäre damit auch die weitergehende Aushöhlung des Sachleistungsprinzips vorprogrammiert. Versicherten würde zunehmend wieder erschwert, eine notwendige ambulante Psychotherapie im System der Sachleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) zu erhalten. Fälle des **Systemversagens nach § 13 Abs. 3 SGB V** nähmen abermals zu. Zwangsläufige Folge wäre eine **Zunahme der Kostenerstattungspsychotherapie**. Da die Abrechnung von unaufschiebbaren, aber nicht als Sachleistung verfügbaren ambulanten psychotherapeutischen Leistungen auf der Grundlage der GOP/GOÄ einzeln und ohne Budgetierung erfolgt, wäre dadurch nichts gespart, sondern nur das Sachleistungsprinzip entwertet.
- e. § 87d SGB V würde erhebliche **Auswirkungen auf die Sicherstellung** der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erzeugen: Der Bundesregierung ist bekannt, dass die ungeklärte Refinanzierung finanzieller Mehrbedarfe aufgrund der Überführung der psychotherapeutischen Ausbildung in die Weiterbildung und damit einhergehend der (von der DPTV gewollten) Sozialversicherungspflicht und Anwendbarkeit des Arbeitsrechts während der Weiterbildung bereits jetzt zu einem erheblichen **Engpass an Weiterbildungsplätzen** führt. Eine Kontingentierungsregelung mit abgestaffelter Vergütung für die ambulante Psychotherapie führte zu einer Ausweitung der Refinanzierungslücken und folglich zu einer Verschärfung des sich schon jetzt abzeichnenden “Flaschenhalses” in der Weiterbildung.

Erst mit Wirkung vom 20.2.2025 wurde § 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eingefügt. Danach ist in den Fällen der ambulanten Weiterbildung nach § 95c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Zu Fachpsychotherapeut*innen eine Vergrößerung der Kassenpraxis bei vollem Versorgungsauftrag auf das 1,5 fache zulässig, ohne dass ein Verstoß gegen § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV vorliegt. Schutzzweck ist es, zur Refinanzierung der Weiterbildung beizutragen, indem zumindest bis zu diesem Wachstum der weiterbildenden Praxis Sicherheit vor Regressen besteht. Wird der Leistungszuwachs unter Budgetbedingungen aber gar nicht mehr vergütet, ist auch

§ 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV wertlos. Aus Sicht der DPtV setzt sich die Bundesregierung zu ihren eigenen Absichten in Widerspruch.

Die DPtV ist folglich der Meinung, dass § 87d RegE **insgesamt aufgegeben** werden sollte. Soweit an der Einführung einer an § 71 Abs. 3 SGB V gebundenen Gesamtvergütung für Leistungen der EGV festgehalten werden soll, wird folgende Ergänzung des § 87d Abs. 4 Satz 1 RegE um Nr. 5 vorgeschlagen:

5. Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung nach § 28 Absatz 3 Satz 1 und der neuropsychologischen Psychotherapie.

II. Weitere Änderungsbedarfe für die ambulante Vertragspsychotherapie

1. § 87 Abs. 2c Satz 8 i.d.F. des RegE

§ 87 Abs. 2c Satz 8 RegE schafft die Zuschläge in Höhe von 15 % für die höchstens zehn ersten psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie (nachfolgend "KZT") ab.

- a. Die DPtV merkt zunächst die Inkonsistenz zwischen der Regelung und der Begründung an. Nach der Begründung stellen nicht durch die Selbstverwaltung vereinbarte, sondern direkt durch den Gesetzgeber festgelegte Zuschläge auf bestimmte Leistungen einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Kernkompetenz der Selbstverwaltung mit dem Risiko einer Fehlsteuerung der Vergütungsausgestaltung dar. Konsequenterweise müsste es also der Selbstverwaltung überlassen bleiben, Zuschläge zur Versorgungssteuerung zu regeln. Der Wortlaut § 87 Abs. 2c Satz 8 RegE verbietet die Gewährung der bisher in den Sätzen 9 und 10 geregelten Zuschläge und wäre einem abweichenden Beschluss nicht zugänglich. Es ist demnach unklar, ob ein Verbot dieser Zuschläge oder eine Abschaffung unter dem Vorbehalt eines die Zuschläge bestätigenden Beschlusses des Bewertungsausschusses gewollt ist.
- b. Aus Sicht der DPtV spricht die bisherige Datenlage dafür, dass die Zuschläge ihren Zweck erfüllen. Die KZT wurde 2017 in zwei Blöcke zu je 12 Stunden aufgeteilt. Vorangegangen waren unterschiedliche Versorgungsanalysen, welche zeigten, dass ein relevanter Anteil der Patientinnen und Patienten die Therapie innerhalb dieser 12 Stunden abschließt. Durch diese Festlegung wurden somit lediglich bereits etablierte Therapieschritte manifestiert. Eine Datenanalyse der DPtV aus dem Jahr 2023 auf Grundlage von KBV-Daten zeigt, dass diese Regelung in der Versorgungsstruktur wirkt. Über alle Richtlinienverfahren betrachtet konnte festgestellt werden, dass in der Teilkohorte der beendeten Therapien 30 % bis zur 12. Sitzung abgeschlossen und weitere 47 % bis zur 24. Sitzung abgeschlossen werden konnten. Für die Analyse der Wirkweise der Zuschläge sollte die Entwicklung des Anteils der KZT an der Richtlinienpsychotherapie in der Zeit nach Einführung der Zuschläge herangezogen werden. Danach ist der Anteil der KZT von 46 % im Jahre 2021 auf 51 % im Jahr 2023 gestiegen. Zudem wird – wiewohl das

BSG darüber noch entscheiden wird – die Zuschläge teilweise auf den Soll-Umsatz zur Ermittlung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit angerechnet.

Daher plädiert die DPTV eindringlich dafür, von der Streichung des § 87 Abs. 2c Sätze 9 und 10 (in der bisherigen Fassung) Abstand zu nehmen.

Die Zuschläge zu den ersten Sitzungen einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie incentivieren kürzere Therapiedauern und sparen dadurch bisher erheblich Kosten ein. Eine Steigerung der Kurzzeittherapien im Vergleich zu Langzeittherapien um 5% (siehe oben) innerhalb von zwei Jahren, zeigt eindrucksvoll die vorhandenen Kosteneinspareffekte der Zuschläge. Des Weiteren wird durch die Wegnahme der Zuschläge das Instrument der Kurzzeittherapie erheblich geschwächt, das psychotherapeutische Versorgung schnell, wirksam und effizient an die Patient*innen bringt. Diese kompakten und versorgungseffizienten Leistungen der Kurzzeittherapie ermöglichen höhere Aufnahmekapazitäten in den Psychotherapiepraxen und kompensieren den erhöhten Aufwand für Dokumentation, zusätzlicher Diagnostik, interdisziplinärer Zusammenarbeit und den Aufbau einer gelingenden therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Wir möchten daran erinnern, dass es der Bundesregierung darum geht, Kosteneinsparungen im Bereich der Gesundheitsausgaben zu ermöglichen. Versorgungsinstrumente einzukürzen, die die Aufnahmekapazitäten im ambulanten psychotherapeutischen Bereich erhöhen und damit kostenintensive stationäre Behandlungen, lange AU-Zeiten und Frühberentungen verhindern, kann nicht im Sinne von insgesamt Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen sein.

2. § 120 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V RegE

§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V soll folgende Fassung erhalten:

Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.

§ 120 Abs. 2 Satz 2 erstreckt sich auch auf die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Abs. 3b SGB V (§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Weitere Vorgaben für die Ausgestaltung deren Vergütung enthält § 120 Abs. 2 Sätze 8 und 9.

Die DPTV hat (wie z.B. auch die BPTK) bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass gegenwärtig ein eklatanter Mangel an Weiterbildungsplätzen droht, weil Refinanzierungsfragen ungeklärt sind (s.o. unter I.2.). Tatsächlich bieten bislang aus diesem Grunde auch nur wenige Träger bisheriger Ausbildungsinstitute auf der Grundlage einer Ermächtigung als Weiterbildungsambulanz die ambulante Weiterbildung an. Der

Gesetzgeber hat auf diesen Umstand damit reagiert, die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen aus § 117 Abs. 3c SGB V herauszulösen und in § 120 Abs. 2 Sätze 1, 8 und 9 SGB V zu regeln. Derzeit fehlt es für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen jedoch noch an validen Daten, die z.B. auch die Durchführung von Schiedsverfahren vor der Schiedsstelle nach § 18a KHG ermöglichen. Die Träger der Weiterbildungsambulanzen haben daher nach dem Informationsstand der DPTV massiven Bedarf an Übergangsvereinbarungen auf der Grundlage einer EBM-analogen Vergütung, damit überhaupt Weiterbildungsplätze angeboten und reliable Daten zum Finanzierungsbedarf erhoben werden können. Wenn eine Überprüfung solcher "Brückenvereinbarungen" anhand der Daten allerdings nicht möglich ist, weil jede Entwicklung auf die Entwicklung der Grundlohnsumme (abzüglich 1 %) gedeckelt ist, wird der Mangel an Weiterbildungsplätzen absehbar vertieft. Dies lässt sich mit einfachen Mitteln vermeiden, sodass die DPTV folgende Ergänzung des § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorschlägt:

Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt für die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen allerdings erstmals bei Abschluss oder Festsetzung der auf die erste Vergütungsvereinbarung für die Weiterbildung folgenden Vereinbarung.