



Stellungnahme

6. Oktober 2026

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

Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie, Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 5. Oktober 2026

Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. Oktober 2026

Vorbemerkung

Mit Änderungsantrag 1 setzen die Koalitionsfraktionen die Entschließung des Bundestages vom 10. Juli 2026 (BT-Drs. 21/7016) um. Die extrabudgetäre Vergütung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie sowie der Schutz begonnener Behandlungen bis zu ihrem Abschluss sind wichtige Korrekturen, die wir ausdrücklich anerkennen.

Unser Maßstab bleibt die vollständige extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Psychotherapie ist zeitgebunden, eine angebotsseitige Mengenausweitung, vor der eine Budgetierung schützen soll, ist bei ihr nicht möglich. Darauf hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 18.06.2026 (BT-Drs. 21/6559) hingewiesen. Die in § 87d Abs. 1 SGB V vorgesehenen Regelungen verstehen wir als Sofortmaßnahmen auf dem Weg dorthin. Innerhalb des mit dem GKV-BStabG gesetzten Sparrahmens sollten die Sofortmaßnahmen dort ansetzen, wo sie die größte Versorgungswirkung haben, aus unserer Sicht beim Zugang zur Behandlung, bei der Gruppenpsychotherapie und bei schwer erkrankten Menschen.

1. Zugang sichern: Sprechstunde und Akutbehandlung (Dringlichkeit)

Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung bilden den niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten Psychotherapie. In der Sprechstunde wird kurzfristig geklärt, ob eine Behandlung nötig ist, wie dringlich sie ist und welche Hilfe passt, innerhalb des Gesundheitswesens (inklusive Prävention) ebenso wie außerhalb, etwa in Beratungsstellen, Jugendhilfe oder Selbsthilfe. Der vorliegende Änderungsantrag weist der Sprechstunde selbst die Feststellung der Dringlichkeit zu (§ 92 Abs. 6a Satz 7 SGB V neu). Diese Lotsenfunktion kann sie aber nicht erfüllen, wenn sie selbst mengenbegrenzt ist.

Dass dringliche Fälle über die Akutbehandlung extrabudgetär versorgt werden (§ 87d Abs. 1 Nr. 7 SGB V), entspricht der Entschließung und ist richtig. Die Regelung ist aber an zwei Bedingungen geknüpft: eine festgestellte Dringlichkeit und die Vermittlung durch die Terminservicestelle. Wer in der Sprechstunde einer Praxis als dringlich erkannt wird, müsste für eine

extrabudgetär vergütete Behandlung zusätzlich den Umweg über die Terminservicestelle nehmen. In vielen Fällen würde dies bedeuten, die Behandler*in wechseln zu müssen, gerade dann, wenn eine tragfähige Arbeitsbeziehung am wichtigsten ist. Außerdem setzt der Änderungsantrag eine Dringlichkeitsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus, für die (laut Änderungsantrag) bis zum Ende des sechsten Monats nach Verkündung des Gesetzes Zeit ist (die Entschließung vom 10. Juli 2026 hatte den 31. Dezember 2026 genannt). Bis dahin läuft die Regelung ab dem 1. Januar 2027 ins Leere.

Beide Bedingungen sind aus unserer Sicht entbehrlich. Die Akutbehandlung ist nach der Psychotherapie-Richtlinie eine zeitnahe Intervention im Anschluss an die Sprechstunde. Ihre Indikation ist bereits eine fachliche Feststellung von Dringlichkeit der Behandlung. Eine zusätzliche Feststellung schafft vermeidbaren zusätzlichen Bürokratieaufwand, bietet aber keine zusätzliche fachlich-inhaltliche Steuerung. Unseren Formulierungsvorschlag enthält Abschnitt 4.

2. Gruppenpsychotherapie

Wo Gruppenpsychotherapie indiziert ist, wirkt sie ebenso gut wie Einzeltherapie. Eine Metaanalyse über 46 Studien fand bei gleicher Behandlung, vergleichbaren Patient*innen und gleicher Dosis keinen Unterschied im Behandlungserfolg (Burlingame et al., 2016). Zugleich können Praxen mit Gruppen bei gleicher Arbeitszeit mehr Patient*innen behandeln. Unter einem gedeckelten Budget senkt jede zusätzlich abgerechnete Gruppenleistung den Punktwert und damit die Vergütung aller psychotherapeutischen Praxen, auch für die Einzeltherapie. Zugleich verlangt der Aufbau von Gruppen Vorleistungen bei Räumen, Organisation und Qualifikation, die vor der ersten Sitzung entstehen und monatlich weiterlaufen. Die Budgetierung bestraft damit genau das Verhalten, das politisch gewünscht ist, nämlich mehr Gruppenpsychotherapie durchzuführen.

Im Änderungsantrag zeigt sich an einer anderen Stelle, wie der Gesetzgeber mit einer (ebenefalls) gewollten Versorgungsform umgeht. Leistungen des ambulanten Operierens, die bisher auf Grundlage eines Beschlusses des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet wurden, werden in § 87d Abs. 1 Nr. 8 SGB V gesetzlich abgesichert mit der Begründung, „um die Ambulantisierung weiter zu fördern“. Für die Gruppenpsychotherapie, deren Ausbau Gesetzgeber, Gemeinsamer Bundesausschuss und Krankenkassen seit der Strukturreform 2017 verfolgen, sollte unseres Erachtens dieselbe Logik angewandt werden.

Dass Anreize wirken, zeigt Rheinland-Pfalz, wo der Anteil der Psychotherapeut*innen mit Gruppengenehmigung nach einer Förderung der Nachqualifikation durch die Kassenärztliche Vereinigung von 25 Prozent (2017) auf über 41 Prozent (2025) stieg. Wie beim ambulanten Operieren ist ein Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87d Abs. 2 SGB V kein Ersatz für eine gesetzliche Regelung, denn er ist jährlich zu überprüfen und gegebenenfalls aufzuheben. Investitionen in für Gruppen geeignete Räume und ergänzende Qualifikation brauchen eine langfristige Grundlage. Unseren Formulierungsvorschlag enthält Abschnitt 4.

3. Schwer erkrankte Patient*innen

§ 87d Abs. 1 Nr. 6 SGB V stellt auf Patient*innen ab, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach § 92 Abs. 6b SGB V erfüllen, und verweist in der Begründung auf deren Bestimmung der Zielgruppe (§ 2 KSVPsych-RL, § 2 KJ-KSVPsych-RL). Wir verstehen die Regelung so, dass es auf diese Kriterien ankommt und nicht darauf, ob die Behandlung in einem der

bislang wenigen Netzverbünde stattfindet. Andernfalls liefe sie in weiten Teilen des Landes leer. Unseren Formulierungsvorschlag enthält Abschnitt 4.

4. Formulierungsvorschlag zu Artikel 1a Nummer 3 (§ 87d Absatz 1 SGB V)

Nummer 6 bleibt unverändert. In der Begründung wird ergänzt:

„Maßgeblich sind die Kriterien nach § 2 KSVPsych-RL und § 2 KJ-KSVPsych-RL. Auf die Teilnahme an einem Netzverbund kommt es nicht an. Die Kriterien können auch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt werden.“

Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a, ...“

Hilfsweise, falls an der Feststellung der Dringlichkeit festgehalten wird, wird nach Satz 1 eingefügt:

„Bis zum Inkrafttreten der Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 7 gilt die Dringlichkeit einer Behandlung als festgestellt, wenn in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Akutbehandlung indiziert wurde.“

Nach Nummer 8 wird angefügt:

„9. Leistungen der Gruppenpsychotherapie einschließlich der Kombinationsbehandlung aus Gruppen- und Einzelpsychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a.“

Die weiteren Vorschläge der gemeinsamen Stellungnahme der Psychotherapieverbände vom 5. August 2026, insbesondere zu Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV und zu neuropsychologischen Leistungen, unterstützen wir weiterhin.

5. Kinder und Jugendliche

Zu § 87d Abs. 1 Nr. 5 SGB V bitten wir um Klarstellung in der Begründung, dass die Regelung alle Leistungserbringer*innen mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche und die Einbeziehung von Bezugspersonen erfasst.

6. Begonnene Behandlungen

Der Schutz begonnener Behandlungen gilt nun bis zu ihrem Abschluss (§ 87b Abs. 2 SGB V), wirkt aber innerhalb der Gesamtvergütung. Damit verkleinert jede geschützte laufende Behandlung den Spielraum für Neuaufnahme von Patient*innen. Wie in unserer gemeinsamen Stellungnahme mit den anderen Psychotherapieverbänden vom 5. August 2026 fordern wir deshalb die extrabudgetäre Vergütung begonnener Behandlungen. Mindestens sollte klargestellt werden, dass Fortführungen, Verlängerungen und Umwandlungen, etwa von der Kurzzeit- in die Langzeittherapie, zur begonnenen Behandlung gehören.

In § 87b Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V (Artikel 1a Nummer 2) werden nach „psychotherapeutischen Leistungen“ die Wörter „einschließlich ihrer Fortführung, Verlängerung und Umwandlung“ eingefügt.

7. Angemessene Vergütung

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist die Vorgabe einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit in § 87 Abs. 2c SGB V (bisher Satz 8) gestrichen worden. Der Anspruch ergibt sich jedoch weiterhin aus der langjährigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Entfallen ist damit der Maßstab, an dem sich der Bewertungsausschuss bisher messen lassen musste. An dessen Stelle treten mit der Gesetzesänderung langwierige Gerichtsverfahren mit Nachvergütungsrisiken für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen. Die Wiederherstellung der bisherigen Gesetzeslage ist mit keinen Kosten verbunden, aber sie verhindert bundesweit eine erhebliche (vermeidbare) Belastung der Sozialgerichte, finanzielle Unsicherheiten bei Psychotherapeut*innen und zahlreiche haushalterische Herausforderungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dem § 87 Absatz 2c SGB V wird der folgende Satz angefügt, der dort bis zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz als Satz 8 stand: „Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.“

8. Unser Beitrag

Wir tragen Einsparungen mit, wo sie die psychotherapeutische Versorgung nicht verschlechtern. Ein geordneter Ausstieg aus der Erprobung des Qualitätssicherungsverfahrens ambulante Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen würde beispielsweise unmittelbar Mittel bei Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Praxen einsparen. Die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens und die Umsetzung der Empfehlungen der Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie setzen Behandlungszeit frei.

Vor weiteren Leistungseinschnitten sollte zunächst die Einnahmenseite der GKV geordnet werden, wie es die FinanzKommission Gesundheit mit der Dynamisierung des Bundeszuschusses deutlich empfohlen hat.

Für Rückfragen und ein Gespräch stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Alfred Luttermann und Monika Bormann
Vorstand DGVT