

## Ergänzende Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 18.04.2026

18.04.2026

### Effizienz ermöglichen statt Versorgung deckeln

DGVT und DGVT-BV nehmen wie folgt Stellung zum vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG):

#### Zusammenfassung

DGVT und DGVT-BV haben am 17. April 2026 eine erste Stellungnahme zum Referentenentwurf vorgelegt. Wir ergänzen diese um eine versorgungspolitische Perspektive. Im Folgenden präzisieren wir die Kritik am Referentenentwurf, formulieren mehrere konstruktive Vorschläge und stellen ein mögliches Angebot unserer Profession vor.

Der Referentenentwurf führt mit § 87d SGB V eine Deckelung der bisher extrabudgetären Vergütung ein, worunter Psychotherapie fallen würde. Wir verstehen die finanzpolitische Motivation. Doch genau diese Deckelung blockiert den größten verfügbaren Hebel zur Effizienzsteigerung: den **Ausbau der Gruppenpsychotherapie**. In einer Gruppensitzung werden drei bis neun Patient\*innen gleichzeitig behandelt. Der Gesamtaufwand je Sitzung entspricht nach EBM-Prüfzeiten etwa dem von zwei Einzeltherapiesitzungen. Der Versorgungsgewinn ist damit erheblich. Gruppentherapie geht jedoch mit höheren Praxiskosten einher: Räume, Personal, Technik, Ausstattung, Koordinationsaufwand und ggf. Kosten der Nachqualifikation. Sie wird deshalb zurecht pro Arbeitsstunde besser vergütet als Einzeltherapie. **Unter einem gedeckelten Budget wird genau dieser Anreiz zerstört: Bei einem Ausbau der Gruppentherapie-Angebote drückt die höhere Vergütung der Gruppentherapie den Punktwert der gesamten Fachgruppe, während die Praxiskosten steigen. Unterm Strich bleibt weniger – nicht mehr – und der Anreiz zur Effizienzsteigerung verkehrt sich ins Gegenteil.**

Der GKV entstehen für Gruppentherapie-Angebote moderate Mehrkosten, die durch geringere Ausgaben pro Behandlungsfall, kürzere Wartezeiten und vermiedene Folgekosten deutlich überkompensiert werden. **Wir schlagen vor, psychotherapeutische Leistungen in den Katalog der nach § 87d Abs. 4 vollständig zu vergütenden Leistungen aufzunehmen.**

Darüber hinaus bieten wir Maßnahmen an, die die Versorgungssteuerung verbessern und die psychotherapeutische Sprechstunde als Instrument der Frühintervention stärken. Wenn der Konflikt zwischen GKV und Psychotherapie sich festschreibt, verlieren alle: Psychotherapeut\*innen verlieren Honorar, die Versorgung von GKV-Patient\*innen verschlechtert sich, die daraus folgenden Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen belasten die Sozialkassen an anderer Stelle immens und Effizienzsteigerungen im System bleiben aus.

Wir schlagen etwas anderes vor: Effizienz durch Zusammenarbeit, nicht durch Kostenverlagerung.

## 1. Gruppentherapie: Der größte Hebel wird blockiert

Die Gesundheitspolitik fordert seit Jahren den Ausbau der Gruppentherapie. Die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL, Innovationsfonds des G-BA, 2025) enthält hierzu mehrere Empfehlungen. Die KV Rheinland-Pfalz zeigt, wie es durch Anreize gelingt: Der Anteil der Therapeut\*innen mit Gruppentherapie-Genehmigung stieg dort von 25 % (2017) auf über 41 % (2025).

In einer Gruppensitzung werden drei bis neun Patient\*innen gleichzeitig behandelt. Der Gesamtaufwand je Sitzung entspricht nach EBM-Prüfzeiten etwa dem von zwei Einzeltherapiesitzungen. Der Versorgungsgewinn ist damit erheblich – bei moderater Kostensteigerung durch die höhere Vergütung von Gruppentherapie. Gleichzeitig ist der Aufwand für Praxen erheblich: Gruppenräume müssen angemietet, Personal für die Organisation eingestellt, Koordinationsplattformen genutzt und die Dokumentation für mehrere Patient\*innen pro Sitzung geleistet werden. Da nur wenige Psychotherapeut\*innen für Gruppentherapie qualifiziert sind, kommen außerdem Kosten der Nachqualifikation sowie ein erheblicher Aufwand durch Praxisumzug in größere Räume hinzu.

**Hier liegt das Problem:** Nach § 87d (neu) wird das Gesamtbudget für die Fachgruppe gedeckelt. Wenn mehr Psychotherapeut\*innen Gruppentherapie anbieten, steigt das Gesamtvolumen der abgerechneten Punkte in der Fachgruppe, der Deckel bleibt aber gleich. Dasselbe Budget geteilt durch mehr Punkte ergibt einen niedrigeren Punktwert für alle. Wer Gruppentherapie anbietet, erhöht die eigenen Kosten durch Umzug, Räume, Personal und Organisation, senkt aber gleichzeitig das Honorar der gesamten Fachgruppe und von sich selbst. Die Anreizstruktur, die der Gesetzgeber 2019 mit dem TSVG bewusst geschaffen hat, würde durch § 87d (neu) neutralisiert werden. Das System bestraft genau das Verhalten, das die Versorgungspolitik seit Jahren fordert!

**Unser Vorschlag:** Psychotherapeutische Leistungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten in den Katalog der nach § 87d Abs.4 vollständig zu vergütenden Leistungen aufgenommen werden. Die ambulante Psychotherapie macht rund 1,4 % der GKV-Gesamtausgaben aus. Eine vollständige Vergütung ermöglicht moderate Kostensteigerungen, die durch den Effizienzgewinn aus mehr Gruppentherapie weit überkompensiert werden: mehr behandelte Patient\*innen bei geringeren Kosten pro Behandlungsfall.

Dies gilt umso mehr, als psychotherapeutische Leistungen nahezu vollständig zeitgebunden sind. Die Mengenausweitung, die anderen Facharztgruppen unter Budgetbedingungen als Ausgleichsinstrument dient, steht Psychotherapeut\*innen strukturell nicht zur Verfügung. Zusätzlich kumulieren mit der bereits wirksamen Honorarkürzung um 4,5 % (EBA, ab 01.04.2026) und der Absenkung der Grundlohnrate-Obergrenze um einen Prozentpunkt für 2027–2029 (§ 71 Abs. 3 neu) drei Kürzungsmechanismen, die zusammen einen erheblichen realen Einkommensverlust erzeugen

## 2. Psychotherapeutische Sprechstunde als Steuerungsinstrument und qualifizierte Versorgungsberatung

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist das gesetzlich verankerte Instrument der klinischen Triage (§ 92 Abs. 6a SGB V). Sie entscheidet, ob Richtlinienpsychotherapie indiziert ist oder ob andere Versorgungsangebote besser geeignet sind. Dieses Steuerungspotenzial wird bislang nicht ausgeschöpft. Das Formular PTV 11, mit dem Patient\*innen das Ergebnis der Sprechstunde mitgeteilt wird, beschränkt sich auf eine knappe Empfehlung zur weiteren Behandlung – ohne Bezug zu konkreten Versorgungsangeboten.

Der DGVT-BV entwickelt derzeit ein Beratungstool, das zeigt, wie die Sprechstunde mehr leisten kann: In elf Empfehlungskategorien – von ambulanter Therapie über medizinische Mitbehandlung, psychosoziale Beratung und Selbsthilfe bis hin zu DiGA und Präventionsangeboten nach § 20 SGB V – wird in der Sprechstunde ein individuelles Empfehlungsblatt zusammengestellt. Therapeut\*innen erhalten parallel eine kompakte Leitlinien-Übersicht zu 26 Diagnosekategorien auf Basis der AWMF-S3-Leitlinien. Das Tool arbeitet browserbasiert, ohne Server, und wird kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Das Ergebnis: Patient\*innen verlassen die Sprechstunde nicht nur mit einer Diagnose, sondern mit konkreten, auf ihre Situation zugeschnittenen Handlungsempfehlungen – auch und gerade dann, wenn eine Richtlinienpsychotherapie nicht sofort verfügbar oder nicht das richtige Angebot ist. Die Sprechstunde wird vom Erstgespräch zur qualifizierten Versorgungsberatung.

Wir regen an, das Formular PTV 11 in dieser Richtung weiterzuentwickeln und eine Integration solcher Unterstützungssysteme in Praxisverwaltungsprogramme zu fördern. Darüber hinaus empfiehlt die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL) die Erstellung regionaler Informationsplattformen, eine barrierefreie Überarbeitung des PTV 10 sowie die Ergänzung des PTV 11 um Angaben zur Gruppentherapie. Diese Maßnahmen sind ohne Gesetzesänderung umsetzbar.

## 3. Weitere Maßnahmen, die wir anbieten

**Praxiskooperationen fördern:** Praxisgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften ermöglichen gemeinsame Raumnutzung, koordinierte Patient\*innenaufnahme und effizientere Gruppentherapie-Organisation. Die Genehmigungsbürokratie sollte reduziert, regionale Praxisnetze durch die KVen aktiv gefördert werden.

Der DGVT-BV unterstützt seine Mitglieder durch Materialien und Handreichungen zu Praxiskooperationen.

**Eva PT-RL umsetzen:** 25 Handlungsempfehlungen aus dem GKV-finanzierten Forschungsprojekt liegen vor – darunter: Verbesserung der Sektorübergänge, Digitalisierung des Antragsverfahrens, Förderung von Qualitätszirkeln und Entlastung durch Praxispersonal. Bislang wurde nur die Digitalisierung des Antragsverfahrens umgesetzt ([vgl. G-BA-Beschluss vom 19.03.2026, noch nicht in Kraft getreten](#)). Keiner der Vorschläge findet sich im Referentenentwurf.

Wir fordern: Zuerst umsetzen, was bereits evaluiert und finanziert wurde, bevor weitere Einschnitte beschlossen werden.

**Entbürokratisierung vorantreiben:** Der Wegfall des Konsiliarberichts bei vorliegender ärztlicher Vorüberweisung (Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit Nr. 12) ist sinnvoll und wird von uns ausdrücklich unterstützt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass dieser Vorschlag im Referentenentwurf fehlt. Die Digitalisierung des Antragsverfahrens und die Reform des [QS-Verfahrens AmbPT](#) können zusätzlich erhebliche therapeutische Arbeitszeit freisetzen.

**Gruppentherapie-Qualifikation erleichtern:** Nachqualifikation sollte berufsbegleitend möglich sein. Die DGVT bietet Seminarangebote an und ist bereit, diese im Rahmen einer bundesweiten Förderinitiative auszuweiten. Die Durchführung von Gruppentherapie während der Nachqualifikation in eigenen Räumen sollte so bald wie möglich ermöglicht werden (Eva PT-RL Empfehlung 8).

**Sektorübergang stärken:** Anbindung von Kliniken an die Terminservicestellen und Anerkennung von Entlassberichten als Konsiliarbericht-Ersatz sind sofort umsetzbar.

#### 4. Zur Streichung der KZT-Zuschläge

Das BMG betont, dass unverhältnismäßige Eingriffe in die Kernkompetenz der Selbstverwaltung vermieden werden sollten. Folgerichtig wäre: Keine Streichung des Zuschlags, sondern Rückgabe der Aufgabe an die Selbstverwaltung mit dem Auftrag, die Kurzzeittherapievergütung sachgerecht zu gestalten. Der Zuschlag kompensiert den höheren Aufwand der Kurzzeittherapie und setzt einen Anreiz, Patient\*innen in Kurzzeittherapie zu behandeln statt aus wirtschaftlicher Logik eine Langzeittherapie zu beantragen. Entfällt der Zuschlag, kehrt sich die Anreizstruktur um. Die Folge: mehr Langzeittherapie-Anträge, höhere Gesamtausgaben.

#### Schlussbemerkung

Psychische Erkrankungen verursachen rund 40 % der krankheitsbedingten Ausfalltage. Die ambulante Psychotherapie ist das wirksamste und kostengünstigste Instrument ihrer Behandlung bei lediglich rund 1,4 % der GKV-Gesamtausgaben. Jeder investierte Euro führt zu einem etwa dreifachen Nutzen, wenn eingesparte Folgekosten berücksichtigt werden. Eine Deckelung des psychotherapeutischen Angebots, die den Ausbau des effizientesten Formats – der Gruppentherapie – bestraft, ist versorgungspolitisch kontraproduktiv.

Psychotherapeutische Leistungen sollten daher in den Katalog der nach § 87d Abs. 4 vollständig zu vergütenden Leistungen aufgenommen werden, um moderate Honorarzuwächse für Praxen zu ermöglichen, die in Effizienz und Versorgung z.B. durch Gruppentherapie und mehr Sprechstunde investieren möchten

Die Finanzlücke der GKV ist nicht allein ein Ausgabenproblem. Die strukturelle Unterfinanzierung durch zu niedrige Bundeszuschüsse für Bürgergeldempfänger\*innen trägt erheblich zur Deckungslücke bei. Die Finanzkommission Gesundheit selbst empfiehlt deren solidarische Steuerfinanzierung. An 1,4 % der Gesamtausgaben zu sparen, während diese einnahmeseitige Schieflage unangetastet bleibt, ist disproportional.

Steuererhöhungen auf Zucker, Tabak und Alkohol sind außerdem überfällig. Hier ist die Politik gefragt.

Die konkreten Maßnahmen in der Psychotherapie liegen vor: in der Eva PT-RL, in den Vorschlägen der Fachverbände, in der Praxis engagierter Psychotherapeut\*innen. Im

Koalitionsvertrag hat sich die Bundesregierung zur Stärkung der psychischen Gesundheit bekannt. Wir bitten darum, dies im Gesetzgebungsverfahren einzulösen.

DGVT e.V. und DGVT-BV stehen für eine sachliche, lösungsorientierte Zusammenarbeit bereit.