

## **Stellungnahme des BDPM-VPK zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beträge im der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz) BStabG, veröffentlicht am 16.04.2026**

### **Zusammenfassung und Einordnung:**

Der BDPM-VPK begrüßt die Bemühungen, die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen und dadurch das Wirtschaftswachstum nicht weiter zu destabilisieren.

Dafür ist die **Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen** als vorrangig zu sehen. Dies hat die Finanzkommission Gesundheit in ihrer Empfehlung 62, 60, 63 der Bundesregierung ans Herz gelegt. Dadurch wäre fast der gesamte im Jahr 2027 einzusparende Betrag zu decken.

Empfänger von Bürgergeld und andere Nutznießer versicherungsfremder Leistungen müssen gleichwertig gut medizinisch versorgt oder sozial abgesichert sein. Das ist die tiefste Überzeugung des Verbands, deren Mitglieder in ihrer täglichen Arbeit viel mit den Nöten dieser Menschen konfrontiert sind.

Es ist aber nach Ansicht des Verbands grundsätzlich falsch, Besserverdienende, Privatversicherte sowie Beamtinnen und Beamten aus der Verantwortung der Solidaritätsleistung zu nehmen und die GKV-Versicherten einseitig und unsachgerecht mit den Kosten zu belasten.

Wenn nun der Bund nicht gewillt ist, die notwendigen Aufwendungen in die allgemeine Verantwortung zu überführen, um trickreich den Bundes-Finanzhaushalt zu entlasten, belastet er die GKV-Versicherten doppelt, indem er ihnen die Lasten einseitig aufbürdet und zusätzlich Leistungen im fachärztlichen und qualifizierten psychotherapeutischen Bereich kürzt.

Der BDPM-VPK bedauert nicht nur diese Art der Sozialpolitik, sondern sieht durchaus auch die gesetzgeberischen Tendenzen, zur Entlastung des Sozialhaushalts (ehemalige) Leistungen der psycho-sozialen Daseinsfürsorge in das GKV-Finanzierte zu überführen, ohne dass die im Sozialhaushalt von Bund und Ländern eingesparte Mittel der GKV-Finanzierung zufließen: maßgeblich durch das fehlerhafte Psychotherapeutengesetz, aber auch durch neuartige Ermächtigungstatbestände. Dazu wird im Nachfolgenden noch Stellung bezogen werden.

Die finanzpolitischen Manöver sind durchsichtig, aber können nicht zu Lasten der Behandlungen durch die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte, sowie der hoch-qualifizierte ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und –Therapeuten im Kollektivvertrag gehen. Gerade das sieht allerdings der Gesetzentwurf vor.

Durch die Neufassung eines Buchstaben d des Paragraphen 87 SGB V zielen die Lasten im ambulanten Sektor einseitig auf diesen Bereich, aber auch auf die gesamte ambulante Versorgung, einschließlich der Haus- und Kinderärztlichen Versorgung.

Alle Maßnahmen im ambulanten Bereich haben vereinbarte Prozesse der Nutzenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss durchlaufen. Der an vielen Stellen vorzufindende Kommentar der Finanzkommission Gesundheit, es fehle an Evidenz, ist in diesem Zusammenhang häufig nicht nachvollziehbar, zumal nicht überzeugend angegeben ist, wie die angeblich fehlende Evidenz evaluiert und validiert wurde.

Auch die Festlegung von Honoraren und Zuschlägen hat geordnete Verfahren im (ggfs. Erweiterten) Bewertungsausschuss durchlaufen. Hier wird nun ungeordnet in definierte Prozesse der Selbstverwaltung eingegriffen und auf Behauptungsebene Kürzungen vorgenommen mit zuweilen spekulativen Folgeabschätzungen.

Der angedachte Globaldeckel auf alle ambulanten Leistungen erstickt mithin das politisch immer vorgetragene Credo einer Ambulantisierung im Keim. Eine echte Ambulantisierung bedeutet einen

Transfer vom Sektor mit der stärksten Kostenwachstumsrate, nämlich dem stationären Bereich, in den Sektor mit der geringsten Kostendynamik, nämlich dem ambulanten Bereich. Das geht aber nicht mit Kürzungen und Deckelungen. Gleichzeitig wird so die ambulante Weiterbildung noch weiter verunmöglicht. Weiterzubildende werden in Folge da, wo nicht gefördert wird, wieder in die stationäre Weiterbildung mit höherer Kostendynamik zurückgedrängt, und damit die Versorgung mit beitragsrelevanten Kosten. Auch die angedachten Kürzungen im stationären Bereich bedürfen einer kritischen Betrachtung mit ausreichender Zeit für einen fachlichen Diskurs. Das alles ist schwer vereinbar mit dem Gedanken der Beitragsstabilität, geht sogar perspektivisch in die entgegengesetzte Richtung. Anstatt ein Beitragsstabilisierungsgesetz vorzulegen, werden die GVK-Versicherten mit einem Leistungskürzungsgesetz konfrontiert. Nicht mehr angebotene sinnvolle Leistungen durch Kürzung der Finanzmittel werden aber an anderer Stelle Kosten auslösen, was weder bei der Finanzkommission noch in der Gesetzesbegründung eine angemessene Würdigung erfährt. Das trifft insbesondere durch den geplanten Wegfall der TSVG-Leistungen zu, die keine Sonderleistungen sind, sondern nach Bewertungsmaßstab vergütete Leistungen. Weniger Termine und längere Wartezeiten führen jedoch im Bereich der Psyche zu kostenintensiven und vermeidbaren Krankenhausschleifen. Das wird die Beiträge nicht entlasten- sondern belasten. Ein erheblicher Mehraufwand an Bürokratie und damit verbundene Kosten werden durch scheinbar einfache Eingriffe in das hochkomplexe Regelwerk der Selbstverwaltung und damit einhergehenden Rechtsunsicherheiten ausgelöst, was ebenfalls nicht zur Beitragsstabilität führt. Nicht zuletzt scheint ein einem geplanten Strukturreformgesetz vorgeschaltetes Finanzierungsgesetz in der Abfolge falsch und widersinnig für einen gelungenen Wurf.

### **Schlussfolgerung**

**Der BDPM-VPK lehnt das Gesetz in der jetzigen Form und vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ab.** Die Entlastung der GKV durch Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen ermöglicht eine weitgehende Beitragsstabilisierung für 2027. Das schafft Raum und Zeit, zunächst ein geplantes Strukturreformgesetz und im Nachgang ein daran angepasstes Finanzierungsgesetz auf den Weg für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung ab 2028. Das wäre ein geordnetes Verfahren, das dringend angemahnt wird.

### **Im Einzelnen:**

**Art. 1 Nr. 31 d) aa) und e) aa) (Absatz 2b und 2c – Wegfall der TSVG-Zuschläge)**

**und**

**Art. 1 Nr. 32 b) (Absatz 3 – Wegfall Der Extrabudgetären Vergütung Von TSVG-Konstellationen)**

### **Bewertung**

Die TSVG-Regelungen haben Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erstmalig ermöglicht, psychosomatisch-fachärztliche Behandlungen zumindest in einem Quartal zu

festen Preisen durchzuführen. Das ermöglicht häufig eine Weichenstellung in kostengünstige ausschließlich fachärztliche Fortsetzung der Behandlung und verhindert zweifelhafte und kostenintensive Psychotherapien.

Bereits die Streichung der Neupatientenregelung hat in fachärztlichen psychosomatischen Praxen zu einer deutlichen Reduktion von Neupatientinnen und -patienten geführt. Die weiteren Streichungen werden absehbar dazu führen, dass die deutlich ökonomischeren psychosomatisch fachärztlichen Behandlungen zugunsten von kostenintensiven Psychotherapien erneut verdrängt werden. Dieser Effekt entsteht dadurch, dass die Erkrankten die fachärztlichen Praxen nicht mehr erreichen und die fachärztlichen Praxen selbst aus ökonomischen Gründen wieder auf die Psychotherapie ausweichen müssen.

Durch die zu erwartenden weiter steigenden Wartezeiten durch Streichung der Regelungen werden die Erkrankten notgedrungen vermeidbare Krankenhausschleifen mit hohen Kosten in Anspruch nehmen

### **Empfehlung des BDPM-VPK**

Rücknahme der beabsichtigten Regelung

### **Art. 1 Nr. 31 e) bb) (Absatz 2c – Wegfall der Zuschläge Für Kurzzeittherapie)**

#### Bewertung

Kurzzeittherapien sind Therapiekonzepte, die für die Praxen einen erhöhten administrativen Aufwand bedeuten und durch Freigabe von Kapazitäten Wartezeiten verkürzen. Aus der Betrachtung von Verhältniszahlen von Kurzzeit- zu Langzeittherapien und der Wartezeiten im Bericht der Finanzkommission, der hier wohl zugrunde liegt, kann kein Fehlen einer Lenkungswirkung der Zuschläge abgeleitet werden. Hierzu sind differenzierte Betrachtungen – beispielsweise der Änderung der Anforderungsprofile durch das zwischenzeitliche Anbränden der Folgen der (notwendigen!) Maßnahmen der Corona-Pandemie – erforderlich.

Die aktuellen bestehenden Kürzungen zwingen bei weiteren Kürzungen zu Entlassungen von Personal, das für den erhöhten Aufwand bei Kurzzeittherapien.

In Folge ist es ist zu erwarten, dass mehr Langzeittherapien durchgeführt werden, Wartezeiten steigen und ersatzweise auf Klinikschleifen ausgewichen wird. Das ist alles kostenintensiv und trägt nicht zur Beitragsstabilisierung bei.

### **Empfehlung des BDPM-VPK**

Rücknahme der beabsichtigten Regelung

### **Art. 1 Nr. 34 (§ 87d SGB V – Vergütung Vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung)**

Eine Gesamtdeckelung des gesamten Leistungsgeschehens, einschließlich der extrabudgetär vergüteten Leistungen, greift unübersichtlich in das hochkomplexe Regelungsnetzwerk der Selbstverwaltung ein, mit unabsehbaren Verwerfungen im Gesamtsystem der ambulanten Versorgung, mit der damit verbundenen Rechtsunsicherheit und einem enormen Bürokratiewachstum, was alles kostenintensiv und weder Beitrags- noch System-stabilisierend wirkt. Psychotherapien sind angemessen zu vergüten. Das engt dort den Handlungsspielraum massiv ein.

Die Einführung mengenbegrenzender Maßnahmen bei steuernden (Sprechstunde), anzeigepflichtigen (Akutbehandlung) oder genehmigungspflichtigen Leistungen (Richtlinienpsychotherapie) vergrößert das bereits bestehende Problem der Versorgung psychisch Erkrankter und die damit verbundenen Wartezeiten. Dies führt zu einer Belastung der gesetzlichen Krankenkassen durch mehr Krankengeldzahlungen an anderer Stelle.

Eine Mengenbegrenzung in der psychotherapeutischen Regelversorgung führt Patientinnen und Patienten alternativ in die Erstattungspsychotherapie nach § 13, Abs. 3, Satz 3 SGB V, die weiterhin unbegrenzt zur Verfügung steht und im Übrigen auch durch aktive Kommunikation der Krankenkassenmitarbeitenden aus Marketing-Gründen an die Versicherten herangetragen wird.

### **Bewertung und Folgeabschätzung:**

Der Einsparungseffekt durch mengenbegrenzende Maßnahmen bei der Psychotherapie in der Regelversorgung würde durch die weiterhin bestehende, unbegrenzte und durch Krankenkassen aktiv betriebene alternative Erstattungspsychotherapie zu Lasten der GKV praktisch aufgehoben. Eine durch die Rückführung entstehende Belastung der fachärztlichen Versorgung wäre nicht zu rechtfertigen. Außerdem ist eine Mehrbelastung der GKV durch höhere Ausgaben beim Krankengeld und durch Warteschleifen in Kliniken zu erwarten.

### **Hinweis für die Regelungsmechanismen der Ausweitung „Psychotherapie“ im Bereich der GKV**

Sowohl das neue Psychotherapeutengesetz mit neuartig approbierten Psychologinnen und Psychologen, als auch weitere neu eingeführte Verordnungen, etwa zur Ermächtigung zur psychotherapeutischen Versorgung vulnerabler Patientengruppen in §32 ZVO (<https://www.bdpm-online.de/aktuelles/bdpm-kritisiert-verordnung-zur-aenderung-der-zulassungsverordnung-fuer-vertragsaerzte>, <https://assets.cockpit.coco.one/1891740485563-k7qKU2Se/anlage-stellungn-24-12-10-bdpm-sn-vo-and-zvo-arzte-final.pdf>), sind politisch gewollte, durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Gesetzgeber vorgenommene Weichenstellungen der Überführung staatlicher Fürsorgeleistungen (Beratungssektor) in den Bereich der GKV-Finanzierung (zum Gesetz siehe: <https://www.bdpm-online.de/psychotherapeut>), einschließlich der Kostenfolgeabschätzung einer großflächigen Diagnostizierung der Bevölkerung durch Approbierte eines Psychologiestudiums, auch außerhalb der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Wenn das so gewollt ist, muss ein Transfer von Steuergeldern hinterherfließen, anderenfalls muss die Weichenstellungen korrigierend überdacht werden. Diese Personengruppen bedürfen ohne Zweifel der Fürsorge. Dies kann aber ohne Zufuhr der dafür erforderlichen Mittel nicht auf Kosten der hochqualifizierten Krankenbehandlungen der GKV-Versicherten durch ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehen.

Der Transfer von Teilen des ehemals durch Haushaltmittel-finanzierten Beratungssektors in die Finanzierungspflicht der GKV im ambulanten Versorgungsbereich, wie beispielsweise beim

Ermächtigungstatbestand zur Betreuung vulnerabler Personengruppen per Zulassungsverordnung, bedarf einer Kosten- und Nutzenanalyse mit nachfolgender Finanzierung bei positiver Nutzenbewertung.

Es ist ein Grundsatz ambulanter Behandlung, dass nur Nutzenbewährtes durchgeführt und finanziert wird.

### **Empfehlung des BDPM-VPK**

Rücknahme der beabsichtigten Regelung

### **Schlussfolgerung**

**Der BDPM-VPK lehnt das Gesetz in der jetzigen Form und vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ab.**

Die Entlastung der GKV durch Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen ermöglicht eine weitgehende Beitragsstabilisierung für 2027. Das schafft Raum und Zeit, zunächst ein geplantes Strukturreformgesetz und im Nachgang ein daran angepasstes Finanzierungsgesetz auf den Weg für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung ab 2028. Das wäre ein geordnetes Verfahren.

Gesetz- und normgebende Weichenstellungen für die Übernahme psycho-sozialer Beratung in die GKV-Finanzierungspflicht bedürfen einer Kosten- und Nutzenanalyse und eines Transfers von Steuermitteln in den GKV-Bereich.

Berlin, den 27.04.2026

**Im Auftrag des BDPM-VPK-Präsidiums**

**Dr. Christian Messer**

**Präsident BDPM-VPK**