

Stellungnahme des BDPM-VPK

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beträge im der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz) BStabG, veröffentlicht am 29.04.2026

Zusammenfassung und Einordnung:

Der BDPM-VPK begrüßt die prinzipiellen Bemühungen der Bundesregierung, die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen und dadurch das Wirtschaftswachstum nicht weiter zu destabilisieren. Nachdem am 30.02.2026 ein erster Bericht der Finanzkommission mit einer Vielzahl von Empfehlungen veröffentlicht wurde, die in ihrer Gesamtheit mehrfach über das notwendig Einzusparende hinausgingen, war es Aufgabe eines Referentenentwurfs, diese nach dem Aspekt der Beitragsstabilisierung in eine Ordnung zu bringen, wohl wissend, dass der Koalitionsvertrag dem gleichen Haus ein Strukturgesetz zur Primärversorgung und Patientensteuerung aufgetragen hat, das derzeit für die zweite Jahreshälfte terminiert ist. Dieser Referentenentwurf wurde bereits am 16.04.2026 veröffentlicht und umfasst drastische gesetzlich vorgenommene Kürzungen, vor allem im ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich, und zwar bemerkenswerterweise bei denjenigen Leistungen, die der Gesetzgeber noch kürzlich als steuernd und besonders förderungswürdig erachtet hat.

Es stellt sich die Frage, wie ein geplantes Strukturreformgesetz darauf noch sinnvoll aufsetzen soll. Außerdem fehlt bei der Zusammenstellung der Kürzungen die strukturelle Auswirkungsabschätzung als Gesamtkonzept. Aus fachärztlicher und psychotherapeutischer Perspektive wird die ambulante Versorgung durch diesen Gesetzentwurf perspektivisch finanziell ausgetrocknet, ganz ungeachtet eines sich ändernden Bedarfs der Bevölkerung an Versorgung. Wenn das so gewollt ist, fehlt das politische Bekenntnis dazu.

Der mit Abstand größte Posten zur sofortigen Umsetzung einer Stabilisierung der Beträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre die **Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen**, die die Finanzkommission Gesundheit in ihrer Empfehlung 62, 60, 63 der Bundesregierung ans Herz gelegt hat.

Dadurch wäre fast der gesamte im Jahr 2027 einzusparende Betrag zu decken.

Von den 12 Milliarden Euro nur 2% für 2027 und 4% für 2028 zu decken, erfüllt den Zweck nicht, zumal zudem 2 Milliarden Euro weniger in den Gesundheitsfond eingezahlt werden sollen.

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

Es ist aber **nach Ansicht des Verbandes grundsätzlich falsch**, Besserverdienende, Privatversicherte sowie **Beamteninnen und Beamten aus der Verantwortung der gesamtgesellschaftlichen 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**, wobei er **sich selbst** aber **aus der Verantwortung zieht**.

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 werden nun ungeordnet in definierte Prozesse der Selbstverwaltung eingegriffen und auf Behauptungsebene Kürzungen vorgenommen mit zuweilen spekulativen Folgeabschätzungen, auch bezüglich der angeblichen finanziellen Entlastung, wie beispielsweise bei den Zuschlägen für Kurzzeittherapie.

Der angedachte Globaldeckel auf alle ambulanten Leistungen (-1% unter Indexanstieg) 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 gleichzeitigen und vorgeschalteten 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 beitragsrelevant mit Kosten belastet anstatt entlastet.

Auch die angedachten Kürzungen im stationären Bereich bedürfen einer kritischen Betrachtung mit ausreichender Zeit für einen fachlichen Diskurs.

All dies ist schwer vereinbar mit dem Gedanken der Beitragsstabilität, läuft sogar Gefahr, perspektivisch in die entgegengesetzte Richtung zu gehen.

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 mit Sondervergütungen sind, sondern nach Bewertungsmaßstab vergütete Leistungen mit einem kleinen Steuerzuschlag. **Weniger Termine und längere Wartezeiten** führen jedoch im Bereich psychischer Erkrankungen **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, der als echte Reform die Versorgung verbessert und die Beiträge stabilisiert.

Erste 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.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung gestaltet. Ein Verbotseingriff bedarf nicht nur einer guten Begründung, sondern auch einer fundierten und vertieften Kenntnis der Regelungsauswirkungen. Die Zuschläge gehen in die allgemeine Bewertung der Psychotherapie ein. Eine isolierte Kürzung hat daher nicht nur eine großen Bürokratieaufwand, sondern hätte auch sehr viel weniger Einsparung zur Folge, als sich dies die Finanzkommission vorgestellt hat, was dann offenbar unkritisch im Eiltempo in die Gesetzentwürfe übernommen wurde. Zur wirklichen Beitragsstabilisierung eignet sich die Kürzung also nicht. Ziel bleibt die Sicherstellung einer geordneten Finanzierung der gewünschten Versorgung.

Empfehlung des BDPM-VPK

Rücknahme der beabsichtigten Regelung.

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

Eine Gesamtdeckung 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 Systemstabilisierend 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.

Generell führt eine Bindung aller ambulanten Ausgaben an die Steigerung der Grundlohnsumme zu einer langsamen, aber sicheren finanziellen Austrocknung der ambulanten Versorgung, vornehmlich im fachärztlichen, aber auch im psychotherapeutischen Bereich. Sie negiert den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und die weit über die Grundlohnsteigerung hinausgehende Kostendynamik. Die starre Eindeckelung neuer Leistungen nach 2 Jahren ist rein technokratisch gedacht und verhindert jegliche Entwicklung hin zu kostengünstigen ambulanten Versorgungsmodellen.

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 großflächige Diagnostizierung der Bevölkerung durch Approbierte eines Psychologiestudiums, auch außerhalb der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Wenn das so gewollt ist, muss ein Transfer von Steuergeldern erfolgen, anderenfalls müssen 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 belastbaren 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** für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung bei verbesserten Versorgungsprozessen ab 2028 auf den Weg zu bringen. 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.

Das Gesetz in der **vorliegenden Form** würde zu einer **Verhinderung der Entwicklung kostengünstiger ambulanter Versorgungsmodelle führen** und vor allem **die fachärztliche** und auch **psychotherapeutische Versorgung** langfristig **finanziell austrocknen**. Ohne diese Versorgung wird aber auch eine Primärversorgung scheitern.

Berlin, 04.05.2026

Dr. Christian Messer

Präsident

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM-VPK e. V.)