

Bundesminister für Gesundheit

████████████████████
Mauerstraße 29
10117 Berlin

-per E-Mail-

30. Juli 2026

GKV-BStabG: Gesetzliche Regelung zur Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM

████████████████████

mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BstabG) wurde im Zuge eines Änderungsantrags die bisherige gesetzliche Regelung in § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V zur sogenannten Angemessenheitsprüfung für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit gestrichen. Es ist unstrittig, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch ohne die bisherige gesetzliche Regelung unvermindert fortbesteht. Diese ersatzlose Streichung hat jedoch unter den Psychotherapeut*innen erhebliche Verunsicherung hinsichtlich der künftigen Stabilität der psychotherapeutischen Honorare ausgelöst. Konkret betroffen sind sowohl antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen, als auch die nicht antragspflichtige psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung. Verstärkt wird diese Verunsicherung durch die Gesetzesbegründung. Sie weist darauf hin, dass diese Leistungen künftig nach den gleichen Kriterien vergütet werden sollen wie vergleichbare Gesprächsleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Ein zentraler Zweck der Streichung besteht laut Gesetzesbegründung zudem darin, eine Verschiebung der Honorare zu Lasten der übrigen Facharztgruppen oder eine Nachvergütung durch die Krankenkassen zu vermeiden.

Grundsätzlich teilen wir das Anliegen, das hinter diesen Änderungen steht. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit sollte gesetzlich so geregelt werden, dass Psychotherapeut*innen nicht länger vorsorglich gegen jeden Honorarbescheid der Kassenärztlichen Vereinigungen Widerspruch einlegen müssen, um mögliche Nachvergütungsansprüche zu sichern. Nach unserer Einschätzung wird dies jedoch mit der erfolgten Streichung der Angemessenheitsprüfung nicht gelingen. Vielmehr wäre in erhöhtem Maße mit anhaltenden Rechtsstreitigkeiten vor den Sozialgerichten zu rechnen. Diese dürften zwar zeitverzögert auftreten, dann

...

aber umso umfangreicher ausfallen. Die Folge wäre, dass die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen erneut korrigiert werden müssen und es im Ergebnis wieder zu Nachvergütungen kommt.

Die mit dem GKV-BStabG beschlossenen Änderungen in § 87b SGB V gewährleisten, dass das Honorarvolumen für psychotherapeutische Leistungen auch nach der Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) mit einem entsprechenden Leistungsbedarf weiterhin für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung steht. Verschiebungen des Honorars in andere Fachbereiche können so vermieden werden. Diese Regelung ist ein wichtiger Schutz für die wirtschaftlichen Interessen der Psychotherapeut*innen, aber auch für die Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung. Mit Blick auf die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM reicht dieser Schutz jedoch nicht aus, um die Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung ausreichend zu berücksichtigen. Ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung sehen wir die Gefahr, dass der Bewertungsausschuss versuchen könnte, die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen unter Verweis auf nicht vergleichbare Gesprächsleistungen abzusenken.

Vor diesem Hintergrund halten wir es für dringend erforderlich, dass eine neue gesetzliche Regelung in § 87 Absatz 2c SGB V aufgenommen wird, die die Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser Besonderheiten bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM klarstellt, ohne damit erneut einen (jährlichen) Prüfzyklus zur Angemessenheit psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit anzustoßen. Ergänzend schlagen wir zur Stabilisierung der Vergütungssituation in der derzeit besonders volatilen Phase nach Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV ein dreijähriges Moratorium für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im EBM vor. Nach unserer Einschätzung wäre dies geeignet, um die grundlegende Problematik der Angemessenheitsprüfung und der resultierenden Nachvergütung aufgrund von Entscheidungen des BSG einzudämmen.

Unseren konkreten Regelungsvorschlag einschließlich seiner Begründung haben wir dem Schreiben beigelegt.

Wir möchten Sie herzlich bitten, dieses zentrale Anliegen der Psychotherapeutenschaft kurzfristig in einem der nächsten Gesetzgebungsverfahren aufzugreifen – idealerweise im Zuge der Umsetzung des Entschließungsantrags. Für weitere Erläuterungen zu unserem Regelungsvorschlag stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit auch in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Benecke', is placed above the printed name.

Dr. Andrea Benecke

Anlage

Vorschlag für eine Regelung mit einem Moratorium zur Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM

§ 87 Abs. 2c SGB V in der Fassung des GKV-BStabG wird um folgende Sätze 8 bis 9 - ergänzt:

[¹Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; Einzelleistungen sollen vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung, einschließlich der Möglichkeit telemedizinischer Erbringung gemäß Absatz 2a Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8, erforderlich ist. ²Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. ³Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf die jeweilige Grundpauschale für Behandlungen enthalten, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 oder aufgrund einer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfolgten Vermittlung erfolgen. ⁴Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt. ⁵Abweichend von den Sätzen 1 und 2 kann die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet werden. ⁶Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen. ⁷Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen enthalten, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden.] ⁸Bei den Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen ist deren zeitliche und persönliche Gebundenheit angemessen zu berücksichtigen. ⁹Die am [Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] geltenden Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen bleiben bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 unverändert.“

Begründung:

Mit den Urteilen vom 20.01.1999 (BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr.29), 25.08.1999 (BSGE 84, 23 5 = SozR 2500 § 85 Nr.33) sowie vom 12.09.2001 (BSGE 89,1 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 41) hatte das BSG Mindeststandards für die Vergütung genehmigungspflichtiger und zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen aus Art. 12 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG hergeleitet. Das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot sei verletzt, wenn die Honorierung aller ärztlicher Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die wegen der strikten Zeit- und Personengebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen die Leistungsmenge – im Unterschied zu anderen Arztgruppen – nicht gleichermaßen ausweiten kann.

Durch § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V i. d. F. des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) – zuletzt § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V – wurde die bis dahin nur den Partnern der Honorarverteilungsmaßstäbe überantwortete Regelung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit (auch) dem Bewertungsausschuss übertragen. Das BSG hat die gesetzliche Anordnung dabei als Kodifikation der eigenen Rechtsprechung begriffen (Urteil v.

28.01.2004 – B 6 KA 52/03 R). Da diese insoweit auf Verfassungsrecht beruht, als die Zeit- und Personengebundenheit des größten Teils psychotherapeutischer Leistungen bei deren Bewertung zu beachten ist, ist sie auch für den Gesetzgeber nicht verfügbar. Nach der mit dem GKV-BStabG erfolgten Streichung von § 87 Abs. 2c Satz 8 und § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V über die angemessene Vergütung je Zeiteinheit erfolgt durch Ergänzung des § 87 Abs. 2c um Satz 8 eine Klarstellung, dass der Zeit- und Personengebundenheit dieser psychotherapeutischen Leistungen bei Vergütungsregelungen auch weiterhin Rechnung zu tragen ist.

Die letzten beiden Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses über die angemessene Vergütung je Zeiteinheit aus der 84. Sitzung vom 22.01.2025 (*„Der Erweiterte Bewertungsausschuss bittet den Bewertungsausschuss, die Methodik zur Überprüfung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vor dem Hintergrund der nun jährlich vorliegenden Kostenstrukturhebungen des Statistischen Bundesamtes zu überprüfen“*) und aus der 87. Sitzung vom 11.03.2026 (*„Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. September 2026 ein Konzept zur Weiterentwicklung des Modells zur Prüfung der Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen“*) zeigen zugleich die mit den zuletzt jährlich durchgeführten Vergleichsrechnungen verbundenen statistischen Schwierigkeiten. Vor diesem Hintergrund wird die Vergleichsberechnung durch § 87 Abs. 2c Satz 9 SGB V im Rahmen eines Moratoriums bis zum 31. Dezember 2029 ausgesetzt, um der Selbstverwaltung die Gelegenheit zu geben, ein neues Modell zu entwickeln. Zugleich führt die Stabilisierung der Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen auf dem gegenwärtig geltenden Niveau zu einer verbesserten Planbarkeit der Umsätze im Rahmen der sogenannten Vollauslastungshypothese in den nächsten Jahren. Der Gesetzgeber leistet auf diese Weise einen Beitrag zum Erhalt der Therapieplätze und der Verteilungsgerechtigkeit.

Die Vollziehbarkeit der Herabwertung der bisher extrabudgetären Leistungen aufgrund des Beschlusses vom 11.03.2026 wurde – die Bewertung der Strukturzuschläge ausgenommen – durch Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 09.07.2026 (L 7 KA 11/26 KL ER) ausgesetzt. Gegenwärtig gilt also für die Bewertung der zeitgebundenen extrabudgetären Leistungen weiterhin der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.01.2025. Die letztlich maßgeblichen Bewertungen ergeben sich nach Abschluss des Hauptsacheverfahrens (anhängig unter dem Az. des LSG Berlin-Brandenburg L 7 KA 10/26 KL) und den weiteren zu vorangegangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses voraussichtlich am 04.11.2026 vom BSG zu verhandelnden Verfahren (Az. B 6 KA 11/25 R, 12/25 R und 13/25 R), denen durch die hier in Rede stehende Ergänzung nicht vorgegriffen werden soll.

1. § 87a Absatz 2 Satz 2 SGB V wird um folgenden Halbsatz 2 ergänzt:

[¹Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist.] ²Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen; Abschläge für psychotherapeutische Leistungen ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten sind dabei bis zum 31.12.2029 ausgeschlossen.

Zur Begründung:

Wie § 87 Abs. 2c Satz 9 SGB V dient auch diese Ergänzung der Stabilisierung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, der verbesserten Planbarkeit der Umsätze bei Erreichen der Vollauslastung und damit dem Erhalt der Therapiekapazitäten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung für die Dauer des dem Bewertungsausschuss eingeräumten Moratoriums.