

Positionspapier

11.08.2026

GKV-Reform: Die Reihenfolge entscheidet

Warum bei der Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuerst an der falschen Stelle gespart wurde

Können wir uns eine solidarisch finanzierte psychotherapeutische Versorgung noch leisten? Diese Frage wird selten offen gestellt, aber sie steht hinter fast jeder gesundheitspolitischen Entscheidung dieses Jahres. Die FinanzKommission Gesundheit beziffert die Deckungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung für 2027 auf 15,3 Milliarden Euro und für 2030 auf 40,4 Milliarden Euro. Die Finanzlage, aus der die Frage entsteht, ist real, und wir nehmen sie ernst. Was wir kritisieren, ist die Antwort, die daraus abgeleitet wurde.

Unser Einwand gilt der Reihenfolge, in der die Sparmaßnahmen ansetzen.

Die moderne Medizin und Psychotherapie gehen von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell aus und die Vermeidung psychischer Erkrankungen ist in aller Regel wirksamer und kostengünstiger als deren Behandlung. Für uns ist deshalb entscheidend, in welcher Reihenfolge gespart wird und wen die Folgen treffen.

Empfehlungen der Kommission und Beschlüsse

Die FinanzKommission Gesundheit hat am 30. März 2026 insgesamt 66 Empfehlungen vorgelegt, mit einer geschätzten Gesamtfinanzwirkung von 42,3 Milliarden Euro für 2027 und 63,9 Milliarden Euro für 2030. Das übersteigt die Deckungslücke um ein Mehrfaches. Die Kommission hält in ihrem Bericht ausdrücklich fest, die Politik habe damit einen großen Ermessensspielraum und könne entscheiden, welche Empfehlungen umgesetzt werden. Es gab also eine Wahl.

Die FinanzKommission Gesundheit hat ihre Empfehlungen zudem danach eingeordnet, welche Auswirkungen sie auf Qualität der Versorgung, Steuerungseffekte, Zugang und Verteilungsgerechtigkeit erwartet. Die Kategorie A* steht für Einsparungen oder Einnahmen mit positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, denen die Kommission besondere Priorität einräumt; sechs Empfehlungen mit 0,9 Milliarden Euro fallen darunter. Kategorie A steht für Einsparungen oder Einnahmen ohne erwartbare Auswirkungen, Kategorie B für solche mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen.

Aus dem ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit, Finanzwirkung für 2027 (Auszug)

Deckungslücke der GKV 2027	15,3 Milliarden Euro
Gesamtvolumen aller 66 Empfehlungen	42,3 Milliarden Euro
Empfehlung Nr. 10 zur Psychotherapie, in der Bezeichnung der Kommission „Rückführung in die MGV“ (<u>Kategorie B</u>)	0,1 Milliarden Euro
Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie (Empfehlung Nr. 11, <u>Kategorie B</u>)	0,1 Milliarden Euro
Prävention über Tabak-, Alkohol- und Zuckersteuer (Nr. 64 bis 66)	1,9 Milliarden Euro
Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund (Nr. 62 und 63, beide <u>Kategorie A</u>)	12,5 Milliarden Euro

Beide Maßnahmen zur Psychotherapie stehen in Kategorie B, tragen zusammen 0,2 Milliarden Euro bei und sind Gesetz geworden. Das entspricht gut einem Prozent der Deckungslücke. Die Kommission selbst hat sie mit einem Warnhinweis versehen.

Der mit Abstand größte Posten der Kommission liegt auf der Einnahmenseite: die Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund, rund 30 Prozent des gesamten Empfehlungsvolumens, und beide dafür maßgeblichen Empfehlungen ohne erwartbare Folgen für die Versorgung. Diesen Weg ist der Gesetzgeber nur zum Teil gegangen. Der Bund beteiligt sich künftig stärker an den Beiträgen für Bezieher*innen von Grundsicherungsgeld. Zugleich senkt er aber den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds, der seit 2017 ohnehin nicht mehr angepasst worden war, und verschiebt die Rückzahlung von Bundesdarlehen weit in die 2030er Jahre. Das schwächt die Überzeugungskraft der Forderung, jeder Leistungsbereich müsse seinen Beitrag leisten.

Bei der Prävention sieht es besser aus. Die Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer ist auf den Weg gebracht, und die Bundesregierung hat im Gesetzgebungsverfahren zugesagt, ab 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen, deren Aufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung zugutekommen soll. Das unterstützen wir ausdrücklich. Für die Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer ist eine solche Bindung bislang nicht geregelt.

Weitestgehend unerledigt ist außerdem, was längst vorliegt. Das vom Innovationsfonds geförderte Forschungsprojekt „Eva PT-RL“ hat im Juni 2025 die bisher umfassendste unabhängige Evaluation der Strukturreform der Psychotherapie von 2017 vorgelegt und daraus 25 konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet, von besseren Sektorübergängen über die Digitalisierung des Antragsverfahrens bis zur Entlastung therapeutischer Arbeitszeit durch Praxispersonal.

So gut wie keine dieser Empfehlungen ist bisher umgesetzt. Die Evaluation ist aus Beitragsmitteln bezahlt worden. Ihre Erkenntnisse sollten genutzt werden, bevor an der Versorgung gespart wird.

Folgen der Kürzungen für die Versorgung

Psychotherapie ist eine streng zeitgebundene Leistung. Eine Budgetierung ist auf Leistungen zugeschnitten, deren Menge sich angebotsseitig ausweiten lässt. Diese Voraussetzung fehlt hier. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2026 festgestellt, dass bei psychotherapeutischen Leistungen wegen ihrer Zeitgebundenheit keine unregulierte Mengenausweitung droht und sich damit die grundsätzliche Frage nach der Berechtigung einer Budgetierung stellt. Er weist zugleich darauf hin, dass die psychotherapeutischen Leistungen künftig mit anderen Leistungen um dasselbe begrenzte Budget konkurrieren.

Die Kosten einer Psychotherapiepraxis laufen unabhängig von den Einnahmen weiter und steigen derzeit deutlich, von Raum- und Personalkosten bis zu IT und Versicherungen. Sinkende Honorare schlagen deshalb unmittelbar darauf durch, wie viel Versorgung eine Praxis anbieten kann.

In anderen Fachgruppen ließe sich ein solcher Einkommens-Rückgang durch mehr Leistungen (in gleicher Zeit) ausgleichen. Davon abgesehen, dass das den Einspareffekt konterkarieren würde, geht das nicht in der Psychotherapie. Die Leistung ist an Zeit gebunden, das zugesicherte Sitzungsmaximum wird begrenzt. Zudem sind nach unseren eigenen Berechnungen auf Grundlage der verfügbaren Arbeitszeit- und Leistungsstatistiken im Mittel 26,5 bis 27,7 abrechenbare Therapiesitzungen bei einer Vollzeittätigkeit realistisch. Das sind deutlich weniger als die im Vergütungsmodell unterstellten 36. Mehr Arbeitszeit kann Mindereinnahmen nur begrenzt kompensieren. Der Kosteneffizienzsteigerung sind bei zeitgebundenen Leistungen starre Grenzen gesetzt.

Wenn Mehrarbeit als Ausgleich ausscheidet, bleibt Praxen vor allem, ihr Angebot zu verändern. Schon eine teilweise Verlagerung in Richtung privater Krankenversicherung und Selbstzahlerleistungen kostet spürbar noch mehr Behandlungsangebot für gesetzlich Versicherte. Auch der Bundesrat erwartet infolge der Budgetierung einen Rückgang von Behandlungskapazitäten für GKV-Versicherte, längere Wartezeiten und eine destabilisierte Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen.

Die Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn der Psychotherapie lag nach Auswertung der ambulanten GKV-Abrechnungsdaten der Jahre 2019 bis 2021 durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Median bei 97 Tagen. Das ist schon heute deutlich zu lang und bezieht nicht einmal den bereits bis zu vierwöchigen Weg bis zur ersten Sprechstunde ein. Es droht eine Zwei-Klassen-Psychotherapie, in der der Zugang davon abhängt, ob Patient*innen sich Selbstzahler- oder Privatangebote leisten können. Getroffen werden zuerst Patient*innen, die nicht in private Leistungen ausweichen können. In der somatischen Medizin ist diese Entwicklung vielerorts bereits sichtbar. Eine solche Entwicklung wollen wir nicht hinnehmen. Die Lösung liegt auf der Hand und kostet wenig.

Volkswirtschaftlich rechnet sich die Deckelung der Psychotherapie ebenso nicht. Nach dem DAK-Gesundheitsreport vom 20. Juli 2026 sind die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen im ersten Halbjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum erneut gestiegen, dieses

Mal um neun Prozent. Psychische Erkrankungen waren damit erstmals die häufigste Ursache für Fehlzeiten, während der Krankenstand insgesamt zurückging. Nach einer von der WHO mitgetragenen internationalen Modellrechnung von Chisholm und Kolleg*innen führt jeder in die Behandlung häufiger psychischer Erkrankungen investierte Euro zu einem etwa dreifachen ökonomischen Nutzen, wenn eingesparte Folgekosten berücksichtigt werden. Einsparungen an dieser Stelle bergen deshalb das Risiko, Kosten in Krankengeld, Klinikbehandlungen und Erwerbsminderungsrenten zu verlagern.

Vertrauen und Entscheidungsgrundlagen

Der Gesetzgeber hat sehr kurzfristig eine Regelung ins GKV-BStabG aufgenommen, mit der die gesetzliche Vorgabe einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit (die sog. „Angemessenheitsprüfung“) gestrichen wurde (§ 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V). Damit entfällt der Maßstab, an dem sich die Bewertung zeitgebundener Leistungen bisher messen lassen musste. Der Anspruch auf eine angemessene Vergütung folgt zwar weiterhin aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das geordnete Verfahren zu seiner Durchsetzung aber ist damit gestrichen.

Zusammen mit der Budget-Deckelung entsteht daraus eine Lage, in der 70 Prozent der Psychotherapeutischen Praxen weder wissen, welches Sitzungs-Honorar sie 2027 erwartet, noch wie viele Sitzungen sie abrechnen dürfen. Nur, worauf sie sich im Streitfall nicht mehr berufen können, steht fest. Diese Unsicherheit wirkt bereits jetzt nicht nur auf die Protest-Bereitschaft, sondern auf viele Planungsentscheidungen, welche Leistungen in welchem Umfang weiter angeboten werden, ob ein Sitz nachbesetzt werden kann, wie viele gesetzlich Versicherte neu aufgenommen werden. Vertrauen, das auf diesem Weg verloren geht, lässt sich schwerer zurückgewinnen als Honorarpunkte und vor allem strahlt das auf die Versicherten aus.

Die Reihenfolge, die wir vorschlagen

Aus den bisherigen Entscheidungen der Bundesregierung zur GKV-Finanzierung ergeben sich aus unserer Sicht weitere Schritte, die strukturell konsequent wären. Die Abfolge dieser Schritte stellt keine neue Überlegung dar. Sie steht in Teilen bereits im Bericht der Finanzkommission Gesundheit, und sie lässt sich unseres Erachtens ohne großen Aufwand einhalten.

1. Zuerst die Einnahmenseite ordnen und die Prävention wirksam werden lassen

Der Bund und der Bundesgesetzgeber haben mit den Erlösen aus der Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer und aus der geplanten Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ein wirksames Mittel in der Hand, um die GKV-Financen zu konsolidieren – sollten die Erlöse der gesetzlichen Krankenversicherung zugutekommen, wie es die Kommission selbst empfiehlt.

Um die Leistungsfähigkeit unseres GKV-Systems zu schützen, sollten aus unserer Sicht versicherungsfremde Leistungen auskömmlich aus Steuern finanziert werden. Die Absenkung des Bundeszuschusses ab 2027 sollte zurückgenommen und der Zuschuss dynamisiert werden, entsprechend der Empfehlung Nummer 63 der Finanzkommission. Dieser Schritt hat das mit Abstand größte Volumen und nach Einschätzung der Kommission keine Folgen für die Versorgung.

2. Dann umsetzen, was wenig kostet, und Bürokratie abbauen

Zuständig für die Umsetzung sind der Gemeinsame Bundesausschuss, die Selbstverwaltung und, wo nötig, der Gesetzgeber. Die 25 Handlungsempfehlungen aus der Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie gehören aus unserer Sicht in einen verbindlichen Umsetzungsplan: bessere Sektorübergänge, die Digitalisierung und Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens, die Entlastung therapeutischer Arbeitszeit durch Praxispersonal.

Aus der Erprobung des Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen sollte geordnet ausgestiegen werden: Sie bindet erhebliche Mittel bei ungeklärter Praktikabilität, während wissenschaftlich entwickelte, evaluierte und praxiserprobte Instrumente aus der universitären Forschung ohne Aufbaukosten bereitstehen. Qualitätsmanagement, IT-Sicherheit und Datenschutz gehören teils sogar per Berufsordnung zum etablierten Standard aller Praxen und sind inhaltlich absolut sinnvoll, doch ausufernde Dokumentationspflichten binden Kapazität, die für die Behandlung fehlt. Dieser Schritt kostet wenig und setzt unmittelbar Behandlungszeit frei.

3. Dann Effizienz ermöglichen, statt sie zu deckeln

Zuständig sind Gesetzgeber und Selbstverwaltung; unseren Teil tragen wir als Berufsgruppe selbst bei.

- **Gruppenpsychotherapie indikationsgeleitet weiterentwickeln.**

Gruppenpsychotherapie ist eine sinnvolle Ergänzung, kein Ersatz für die Einzeltherapie. Sie ist nur für einen Teil der Patient*innen zweckmäßig und indiziert, Gruppen lassen sich nicht beliebig zusammenstellen, und die Indikation folgt fachlichen Kriterien. Über eine gesetzliche Mindestquote ist sie deshalb nicht zu steuern. Wo sie umsetzbar und indiziert ist, lässt sich Behandlungskapazität wirtschaftlich ausweiten, und die Inanspruchnahme wächst seit Jahren deutlich. Der Ausbau verlangt den Praxen allerdings Vorleistungen ab: größere oder zusätzliche Räume, Ausstattung, laufende Organisation der Gruppen, häufig eine Nachqualifikation. Diese Kosten entstehen, bevor die erste Gruppensitzung stattfindet, und laufen monatlich weiter. Unter einer Deckelung stehen dem keine Mehreinnahmen gegenüber, im Gegenteil: Jede zusätzlich abgerechnete Gruppenleistung senkt den Punktwert und damit die Vergütung aller Praxen, auch für die Einzeltherapie. Ein gedeckeltes Budget bestraft damit genau das Verhalten, das politisch gewünscht ist. Soll die Gruppenpsychotherapie schrittweise ausgebaut werden, muss sie extrabudgetär vergütet werden. Dass entsprechende Förderung wirkt, zeigt Rheinland-Pfalz: Die dortige Kassenärztliche Vereinigung unterstützt die Nachqualifikation mit bis zu 2.500 Euro, und der Anteil der Therapeut*innen mit Gruppentherapie-Genehmigung stieg dort von 25 Prozent im Jahr 2017 auf über 41 Prozent im Jahr 2025, durch Anreiz und nicht durch Zwang. Das ist aus unserer Sicht der gangbare Weg, und wir unterstützen ihn durch Fortbildungen und Handreichungen für Praxen.

- **Die psychotherapeutische Sprechstunde als Steuerungsinstrument stärken.**

Der Entschließungsantrag des Bundestages weist der Sprechstunde die Feststellung der Dringlichkeit selbst zu. Ein Instrument mit dieser Funktion darf nicht zugleich mengenbegrenzt sein. Der Bundesrat forderte im Gesetzgebungsverfahren, neben der

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch die Gruppenpsychotherapie, die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung von der Deckelung auszunehmen. Das Formular PTV 11 sollte differenziert und ausgebaut werden. Ein digitales Beratungstool für Praxen ist erforderlich, um regionale und digitale Versorgungsangebote zu bündeln und die Sprechstunde noch mehr im Sinne einer Lotsenfunktion auszubauen.

- **Digitale Angebote dort einsetzen, wo sie indiziert sind.**

Qualitätsgesicherte Anwendungen und die Videosprechstunde gehören bereits zur Regelversorgung. Psychotherapeut*innen tragen ihre Weiterentwicklung mit, ebenso gestufte und kombinierte Behandlungsformen. Hier sollten jedoch die gleichen Qualitätsstandards und Wirksamkeitsnachweise wie für ambulante Psychotherapie gelten. Behandlungskapazität schaffen diese Angebote allerdings nicht und sind vielfach eher im Sinne von Stepped Care oder Blended Care in die Versorgung integrierbar.

- **Zusammenarbeit erleichtern und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen eigenständig planen.**

Praxisgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften sollten gefördert und die Genehmigungsbürokratie sollte reduziert werden. Für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen braucht es eine eigenständige Bedarfsplanung; auch der Bundesrat hält sie für dringend erforderlich und weist darauf hin, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sie ohne Gesetzesänderung nicht umsetzen kann.

Diese Maßnahmen kosten wenig, einige lassen sich ohne Gesetzesänderung umsetzen, und sie erhöhen die Versorgungswirkung je eingesetztem Euro.

4. Und erst dann über Leistungseinschnitte entscheiden

Zuständig ist der Gesetzgeber. Die ambulante Psychotherapie macht rund 1,4 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus; in dieser Größenordnung ist eine Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro nicht zu schließen. Die einfachste, bürokratieärmste und verlässlichste Lösung für Patient*innen und Praxen bleibt die vollständige extrabudgetäre Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen. Zugleich muss der gesetzliche Schutz einer angemessenen Vergütung dringend wiederhergestellt werden. An die Stelle eines geordneten Verfahrens der Angemessenheitsprüfung treten sonst jahrelange Gerichtsverfahren mit Nachvergütungs-Unwägbarkeiten für die Psychotherapeut*innen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

Zusagen nach der Sommerpause umsetzen

Der Bundestag hat sich am 10. Juli in einem Entschließungsantrag darauf festgelegt, in der ersten Sitzungswoche nach der Sommerpause Ausnahmen von der Honorardeckelung für die Psychotherapie zu regeln. Diese Zusage muss verbindlich und vollständig umgesetzt werden. Gemeinsam mit DGPT, DPtV, VAKJP und VPP im BDP hat der DGVT-Berufsverband dazu am 5. August konkrete Formulierungen vorgelegt:

- In § 87d Abs. 1 SGB V eine neue Nummer 5 für alle Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- eine neue Nummer 6 für die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf, ausdrücklich auch für Versicherte mit erheblichen psychosozialen Funktionseinschränkungen (GAF-Wert von 50 oder darunter), die mangels Netzverbünden nicht nach der KSVPsych-Richtlinie versorgt werden können, sowie für Leistungen für Ermächtigungen zur Psychotherapie bei besonders vulnerablen Patient*innen-Gruppen nach § 31 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-Zulassungsverordnung.
- eine neue Nummer 7 für Behandlungen, deren Dringlichkeit in der psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt wurde, verbunden mit einem entsprechenden Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 92 Abs. 6a SGB V.
- und die extrabudgetäre Vergütung der neuropsychologischen Leistungen.

Darüber hinaus halten wir es – wie ausgeführt – für erforderlich, Sprechstunde, Gruppenpsychotherapie und Kombinationsbehandlungen als Steuerungsleistungen aus der Deckelung auszunehmen. Diese politisch gewollten bzw. priorisierten Leistungen dürfen nicht zulasten der budgetierten Leistungen gehen.

Diese Sofortmaßnahmen ersetzen nicht die vollständige extrabudgetäre Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen. Diese bleibt der versorgungspolitisch beste Weg. Sie stellt verlässliche Bedingungen her, kommt ohne neue Abgrenzungs- und Prüfbürokratie aus und schafft den Spielraum für die Verbesserungen, die wir oben beschrieben haben und die die Profession selbst mitträgt.

Der DGVT-BV steht für eine sachliche, lösungsorientierte Zusammenarbeit bereit.

Quellen: FinanzKommission Gesundheit, Erster Bericht vom 30. März 2026 in der Fassung vom 1. Juni 2026, Management Summary und Übersicht über alle 66 Empfehlungen. GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der vom Bundestag am 10. Juli 2026 beschlossenen Fassung, BT-Drucksache 21/7016, insbesondere §§ 87a, 87b, 87d, 221, 223 und 232a SGB V. Bundesrat, Stellungnahme vom 12. Juni 2026, BT-Drucksache 21/6559. Entschließungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD vom 8. Juli 2026. Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsfonds, Ergebnisbericht Eva PT-RL, Juni 2025. Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, Berichtsjahr 2024. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Presseinformation vom 10. Februar 2023. D. Chisholm et al., Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis, 2016. DAK-Gesundheit, Gesundheitsreport vom 20. Juli 2026. DGVT-BV, Zur Angemessenheitsprüfung psychotherapeutischer Honorare, 12. Juni 2026, und Ergänzende Stellungnahme zum Referentenentwurf, 20. April 2026.

Kontakt:

DGVT-Berufsverband

Ansprechperson: Alfred Luttermann, Vorstand DGVT-BV

E-Mail: bv@dgvt-bv.de, Telefon: 07071-9434-10

Der DGVT-BV (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.) ist die berufspolitische Interessenvertretung für Psychotherapeut*innen und Fachkräfte im psychosozialen Bereich. Er setzt sich für faire Arbeitsbedingungen, angemessene Honorierung und die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ein. Der DGVT-BV hat über 11.000 Mitglieder, darunter niedergelassene Psychotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen in Anstellung und Psychotherapeut*innen in Ausbildung und Weiterbildung.