

Weiterentwicklung der ambulanten Psychotherapie – ein Diskussionspapier der Ersatzkassen

Berlin, 26. März 2026



Inhalt

1. Einleitung	2
2. Strukturelle Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie.....	2
2.1 Therapien brauchen ein definiertes Ende	2
2.2 Gleiche Stundenkontingente bei gleicher Wirksamkeit	3
2.3 Förderung der Gruppentherapie durch Verpflichtung für neue Therapeuten und mehr Teamstrukturen.....	5
2.4 Die zweistufige Kurzzeittherapie soll erhalten bleiben	6
2.5 Erleichterung des Sektorenübergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung	6
2.6 Entbürokratisierung durch Modernisierung des Konsiliarverfahrens	7
3. Zugang in die Versorgung	8
3.1 Therapieplätze verpflichtend an die Terminservicestellen melden.....	9
3.2 Vorrang für Therapieverfahren mit höherer Versorgungskapazität.....	9
4. Vergütung	11
4.1 Budgetierung für nicht dringliche Fälle.....	11
4.2 Abschaffung der Sonderregelungen in der Vergütung für Psychotherapeut:innen.....	12
5. Digitalisierung	13
5.1 Videosprechstunde flexibel nutzen	13
5.2 Digitale Behandlungsangebote	13
5.3 Digitalisierung Antrags- und Gutachterverfahren	14
5.4 Elektronische Patientenakte stärkt Patientensicherheit.....	15
6. Mehr Transparenz über bestehende Kapazitäten durch einheitliche Überprüfung der Versorgungsaufträge.....	16
7. Psychische Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.....	17

1. Einleitung

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde in den vergangenen Jahren stetig erweitert. Es wurden neue Leistungen für einen niedrigschwelligen Zugang zu Therapieangeboten geschaffen, mehr Psychotherapeut:innen für den Ausbau der Versorgung zugelassen sowie der Zugang zur Gruppentherapie erleichtert. Dennoch scheinen diese Bemühungen nicht ausreichend zu einer Verbesserung der Versorgung beigetragen zu haben, denn die Kritik an langen Wartezeiten und fehlenden Therapieplätzen hält an. Somit steht das System nun vor dem Hintergrund des starken Kostenanstiegs der letzten Jahrzehnte an einem Wendepunkt: Ziel muss es sein, das qualitativ hochwertige psychotherapeutische Angebot im Gesundheitswesen nicht nur zu erhalten, sondern zukunftsfähig weiterzuentwickeln. Dafür sind ein bedarfsgerechter Einsatz der vorhandenen Mittel, eine noch stärkere Nutzung digitaler Möglichkeiten und eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen aller Patientengruppen entscheidend. Nur so kann gewährleistet werden, dass psychotherapeutische Leistungen auf hohem Niveau und für alle Versicherten gleichermaßen zugänglich bleiben. Mit den nachfolgenden Vorschlägen möchten die Ersatzkassen Impulse an Gesetzgeber, Selbstverwaltung und Leistungserbringer:innen für die Diskussion zur weiteren Ausgestaltung der ambulanten Psychotherapie geben.

2. Strukturelle Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie

2.1 Therapien brauchen ein definiertes Ende

Kürzere Sitzungsabstände verbessern die Wirksamkeit von ambulanter Psychotherapie. Die Studienlage¹ zeigt, dass die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen auch von der Frequenz, d. h., dem Abstand zwischen den Sitzungen, abhängt². Besonders in der frühen Phase einer Behandlung werden mit einer hohen Frequenz bessere Ergebnisse erreicht. Wöchentliche Sitzungen führen bei Patient:innen mit hohem Leidensdruck schneller zur Verbesserung ihrer Symptomatik und fördern die therapeutische Beziehung als zentralen Wirkfaktor. Die Kontinuität trägt nicht nur zu einer Planungssicherheit für die Patient:innen bei, sondern ermöglicht auch eine zügige Anwendung und Reflexion neuer Denk- und Verhaltensmuster im Alltag. Die in den Studien festgestellten positiven Effekte einer dichten Frequenz werden in der Versorgungsrealität allerdings nicht übernommen. Bisher gibt es keine Vorgaben, in welchem Zeitraum das bewilligte Kontingent an Therapiestunden in Anspruch genommen werden sollte.

¹ <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/122278400/441972.pdf>

[Psychotherapiefrequenz: Schnellerer Erfolg durch häufigere Sitzungen – Deutsches Ärzteblatt](#)

²“How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis.” Cuijpers et al. (2013) Journal of Affective Disorders

Abrechnungsdaten² zeigen, dass Patient:innen im Durchschnitt alle 18 Tage eine Sitzung in Anspruch nehmen; einige Patient:innen sogar in deutlich größeren Intervallen. Dies führt dazu, dass zwischen den Therapiestunden nicht selten längere Unterbrechungen stattfinden, die die Effektivität der Psychotherapie reduzieren und den therapeutischen Behandlungsprozess unnötig verlängern.

Nach Abschluss der Therapie steht zur Stabilisierung der erreichten Fortschritte und um Rückfälle nach abgeschlossener Therapie zu vermeiden, die Rezidivprophylaxe mit Stundenkontingenten in einem längeren Zeitraum zur Verfügung. Diese wird jedoch kaum genutzt.

Die Ersatzkassen fordern, dass zukünftig nicht nur die Anzahl an Therapiestunden bewilligt wird, sondern auch eine angemessene Zeitspanne, in der sie in Anspruch zu nehmen sind. Dabei sollte die Zeitspanne einen Zeitraum von 14 Tagen multipliziert mit der Anzahl der bewilligten Sitzungen nicht überschreiten. Die Bewilligung verliert nach dieser Zeitspanne ihre Gültigkeit. Bei weiterem Behandlungsbedarf ist ein Antrag für den nächsten Kontingentschritt zu stellen.

2.2 Gleiche Stundenkontingente bei gleicher Wirksamkeit

Derzeit bestehen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung vier Richtlinienverfahren: Systemische Therapie (ST), Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP) und Analytische Therapie (AT).

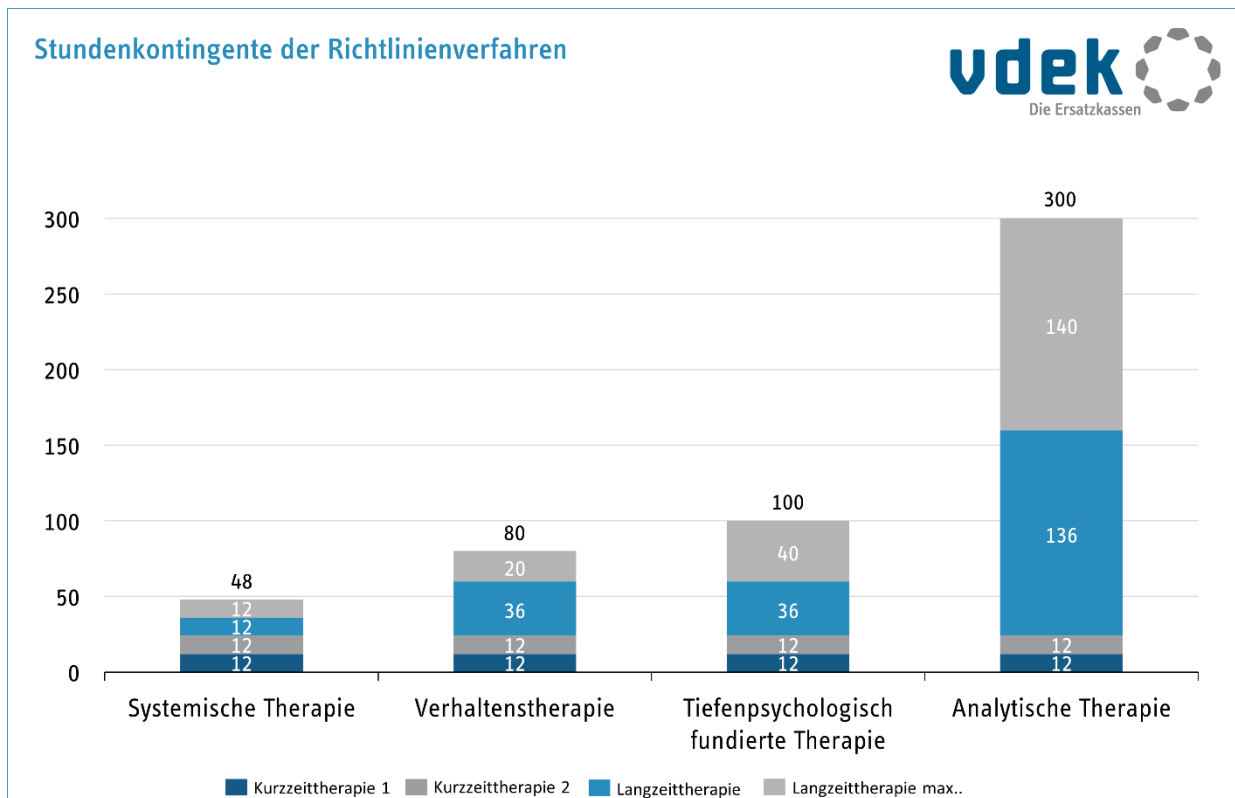
Alle vier Verfahren haben unterschiedliche Bewilligungsschritte und Höchstkontingente (vgl. Abb. 1). Diese sind historisch gewachsen und spiegeln die Annahme wider, dass verschiedene Verfahren unterschiedlich lange Behandlungszeiten benötigen, um wirksam zu sein. Die Stundenkontingente und Höchstgrenzen sind weder evidenzbasiert noch in anderen Ländern etabliert.

Die Psychotherapie-Richtlinie geht davon aus, dass alle zugelassenen Verfahren gleich wirksam sind. Da keine Zuordnung einzelner Krankheitsbilder zu spezifischen Verfahren vorgesehen ist, führen die unterschiedlichen Höchstgrenzen jedoch zu Unterschieden in den Behandlungskosten bei gleichen Störungsbildern.

Die Krankenkassen sind dem Wirtschaftlichkeitsgebot gesetzlich verpflichtet. Eine längere Therapiedauer eines Verfahrens bei ähnlicher Wirksamkeit bedeutet, dass dieses im Vergleich zu anderen Verfahren weniger wirtschaftlich ist.

³ [Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF](#)

Studien³ weisen darauf hin, dass eine bedarfsgerechte Therapieplanung und eine stabile therapeutische Beziehung bedeutsamer für den Therapieerfolg sind als die Wahl des Therapieverfahrens selbst.



(Abb. 1: Stundenkontingente gemäß Psychotherapie-Richtlinie)

Zudem zeigt die Versorgungsrealität, dass die räumliche und zeitliche Verfügbarkeit der Praxis eine größere Rolle bei der Suche nach einem Therapieplatz spielt, als das Therapieverfahren. Es unterliegt dem Zufall, auf welches Therapieverfahren die Patientin/der Patient trifft und entsprechend, welchen Bewilligungsschritten und Höchstkontingenten die Behandlung unterliegt. Auch zeigen Abrechnungsdaten, dass die Behandlung in den Richtlinienverfahren in vielen Fällen bereits heute innerhalb des Stundenkontingents der Verhaltenstherapie abgeschlossen werden. Dies spricht dafür, dass die Begrenzung auf dieses Niveau in der Regelversorgung praktikabel ist.

Die Ersatzkassen fordern, für die Kontingentschritte über alle Richtlinienverfahren einen einheitlichen, am Wirtschaftlichkeitsgebot ausgerichteten, Benchmark verbindlich festzulegen, der sich an der Verhaltenstherapie orientiert.

⁴ [Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie - Klaus Grawe Institut](#)

2.3 Förderung der Gruppentherapie durch Verpflichtung für neue Therapeut:innen und mehr Teamstrukturen

Durch ein flächendeckendes Angebot an Gruppentherapie könnten ohne die Schaffung neuer Therapeutesitze weitaus mehr Versicherte von einer Psychotherapie profitieren. In der (teil-)stationären Versorgung ist Gruppentherapie bereits Behandlungsstandard und zahlreiche hochwertige Studien bestätigen, dass die Gruppentherapie für die meisten Erkrankungsbilder genauso wirksam ist, wie eine Einzeltherapie. Auch wenn derzeit etwa die Hälfte der Psychotherapeut:innen dazu qualifiziert ist, Gruppentherapie zu erbringen, ist der Anteil an Gruppentherapiesitzungen im Vergleich zu Einzeltherapiesitzungen in der Regelversorgung mit weniger als 10 Prozent immer noch deutlich zu gering. Eine Hürde liegt auch darin, dass Psychotherapeut:innen weiterhin zu einem großen Teil in Einzelpraxen ohne eigenes Praxispersonal tätig sind und ihnen damit häufig sowohl die Räumlichkeiten als auch das Personal für die Organisation von Gruppentherapien fehlen.

Mit der neuen Ausbildungsreform werden zukünftig alle Fachpsychotherapeut:innen über die Qualifikation zur Gruppentherapie verfügen. Die Qualifikation allein stellt jedoch noch kein Versorgungsangebot sicher. In den letzten Jahren wurden zahlreiche organisatorische Erleichterungen und finanzielle Anreize zur Förderung der Gruppentherapie umgesetzt. Dies hat nur zu einem geringen Anstieg der Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung geführt. Es bedarf einer Regelung, die das Angebot zielgerichtet erhöht und die wertvolle Gruppentherapiequalifikation der Psychotherapeut:innen für die Versorgung psychisch Erkrankter nutzbar macht. Zukünftig sollte Einzel- und Gruppentherapie in allen Praxen gleichwertig nebeneinander angeboten werden. Das funktioniert am besten, wenn auch Psychotherapeut:innen stärker in Teamstrukturen, wie Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ, tätig werden. Auch die Möglichkeit zur Erbringung von Gruppentherapie in Räumlichkeiten außerhalb der eigenen Praxis sollte verstärkt genutzt werden.

Die Ersatzkassen fordern eine gesetzliche Regelung, dass bei Neuzulassungen und Nachbesetzungen von Kassensitzen ein festgelegter Mindestanteil der Leistungen einer Richtlinien-therapie von 40 Prozent* in Gruppentherapie zu erbringen ist.

Damit wird das Ziel verfolgt, den gruppentherapeutischen Anteil in der Versorgung insgesamt von heute knapp 10 Prozent innerhalb weniger Jahre zu verdoppeln.

*Rechenbeispiel: Eine Praxis erbringt bisher 25 Einzeltherapien in der Woche. Werden statt sechs Einzeltherapien à 50 Minuten drei Gruppentherapien mit sechs Teilnehmer:innen à 100 Minuten durchgeführt, liegt der Anteil an Gruppentherapie bereits bei knapp 40 Prozent. Ohne Erhöhung der Arbeitszeit würden somit zwölf Patient:innen mehr pro Woche versorgt. Gleichzeitig führt dies zu einer Erhöhung des Praxisumsatzes um 730 Euro pro Woche.

2.4 Die zweistufige Kurzzeittherapie soll erhalten bleiben

Die Kurzzeittherapie wurde 2017 im Rahmen der Strukturreform Psychotherapie in zwei Blöcke zu je 12 Stunden aufgeteilt. Vorangegangen waren unterschiedliche Versorgungsanalysen⁴, welche zeigten, dass ein relevanter Anteil der Patient:innen die Therapie innerhalb dieser 12 Stunden abschließt. Durch diese Festlegung wurden somit lediglich bereits etablierte Therapieschritte manifestiert.

Es ist sinnvoll, dass Psychotherapeut:innen in regelmäßigen Abständen einschätzen müssen, ob die Beantragung weiterer Therapiekontingente medizinisch erforderlich sind oder Therapieziele mit dem bewilligten Kontingent bereits erreicht wurden.

Eine Datenanalyse der DPtV⁵ aus dem Jahr 2023 auf Grundlage von KBV-Daten zeigt, dass diese Regelung in der Versorgungsstruktur wirkt. Über alle Verfahren betrachtet, konnte festgestellt werden, dass in der Teilkohorte der beendeten Therapien 30 Prozent bis zur 12. Sitzung abgeschlossen wurden (hierbei sind auch ausschließliche Akutbehandlungen inbegriffen) und 47 Prozent bis zur 24. Sitzung. Hierdurch werden neue Therapieplätze für wartende Patient:innen frei. Ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand ist für die Psychotherapeut:innen kaum gegeben. Die Praxisverwaltungssoftware unterstützt die Leistungserbringer:innen bei der Antragstellung und mit der Einführung eines digitalen Antrags- und Genehmigungsverfahrens wird der Aufwand nochmals minimiert.

Die Ersatzkassen fordern die Beibehaltung des zweistufigen Antragsverfahrens für die Kurzzeittherapie. Stattdessen sollte das gesamte Antrags- und Gutachterverfahren in ein vollständig digitales Verfahren überführt werden, um Bürokratiekosten zu senken.

2.5 Erleichterung des Sektorenübergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Die psychiatrische Krankenhausversorgung in Deutschland zeigt im internationalen Vergleich eine sehr viel größere Hospitalisierungsrate bei gleichzeitigem Personalmangel. In Modellvorhaben nach § 64b SGB V wird daher mit

⁵ G-BA [Tragende Gründe](#)

⁶ DPtV-Hintergrund 1.2023

Behandlungsbudgets eine flexible und integrierte Behandlung mit weniger stationärer und stärker patientenzentrierter Behandlung gefördert. Diesen Budgets werden voll- und teilstationäre Leistungen ebenso wie ambulante Behandlungsmöglichkeiten über die Psychiatrische Institutsambulanz einschließlich einer aufsuchenden Behandlung zugrunde gelegt. Innerhalb des Gesamtbudgets hat das Krankenhaus auf der Basis der Indikationsstellung die Möglichkeit, das Behandlungssetting frei zu wählen und Übergänge flexibel zu gestalten. Setting- und Sektorengrenzen werden hierdurch überwunden. Die bisherigen Ergebnisse sind positiv. Durch eine entsprechend stärkere Ambulantisierung der Patientenbehandlung könnte nach Berechnungen der Krankenkassen auf über 13.000 Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern verzichtet werden.

Die Notwendigkeit einer besseren setting-, sektoren- und rechtskreisübergreifenden psychiatrischen Versorgung wird von den Ersatzkassen gleichermaßen gesehen. Ein wichtiger Punkt stellt hierbei die systematische Untersuchung der regionenspezifischen Bedarfe dar sowie die Analyse der Strukturen und Kapazitäten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungserbringer:innen im stationären, ambulanten und kommunalen Bereich.

Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung und für den schrittweisen Umbau in eine sektorübergreifende Planung und Versorgung hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bereits im Juni 2023 mit einem Zehn-Punkte-Papier veröffentlicht.

Die Ersatzkassen fordern eine Überführung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V im Sinne der vom GKV-SV eingebrachten Vorschläge. Dazu zählt auch die Herstellung von Transparenz des Versorgungsgeschehens durch regionenspezifische Analysen.

Darüber hinaus stoßen Versicherte auf Probleme, nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung nahtlos beginnen zu können. Gerade diese Versicherten benötigen kurzfristig den Zugang zu Psychotherapeut:innen; dies kann mit einer Stärkung der Terminservicestellen (TSS) (siehe Abschnitt 3.1) erreicht werden. Um den nahtlosen Übergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung zu verbessern, sollten Kliniken direkt Termine für die Versicherten über die TSS vereinbaren können.

2.6 Entbürokratisierung durch Modernisierung des Konsiliarverfahrens

Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie soll sicherstellen, dass die Psychologischen Psychotherapeuten als nichtärztliche Leistungserbringer:innen keine somatischen oder psychiatrischen Ursachen oder Kontraindikationen bei einer ambulanten Psychotherapie übersehen. Gesetzlich ist daher festgelegt, dass zwingend

vor dem Beginn einer Richtlinientherapie eine somatische oder – falls erforderlich – eine psychiatrische Abklärung durch einen Arzt erfolgen muss. Hierbei wird außer Acht gelassen, dass eine Vielzahl an Störungen durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten gut erkennbar und direkt behandelbar sind und keiner weiteren Abklärung bedürfen, sodass in diesen Fällen auf das Konsiliarverfahren verzichtet werden kann.

Der Konsiliarbericht soll spätestens nach drei Wochen an die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten übermittelt werden. Durch das vorgeschaltete Konsiliarverfahren wird die Weiterbehandlung um mehrere Wochen verzögert. Stattdessen sollten Psychotherapeut:innen bei Bedarf jederzeit, also auch während einer bereits laufenden Richtlinientherapie, eine somatische Abklärung in die Wege leiten können. Durch die elektronische Patientenakte (ePA) stehen den Psychotherapeut:innen darüber hinaus zukünftig umfangreichere Informationen zu somatischen Erkrankungen zur Verfügung, als durch einen Konsiliarbericht.

Die Ersatzkassen fordern, das gesetzlich vorgeschriebene Konsiliarverfahren in ein optionales Konsiliarverfahren umzuwandeln, bei dem jederzeit eine somatische Abklärung in die Wege geleitet werden kann.

Unabhängig davon ist heute selbst dann ein Konsiliarbericht erforderlich, wenn die Therapie aufgrund einer ärztlichen Überweisung oder einer Empfehlung nach einem vorherigen Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt begonnen wird

Die Ersatzkassen fordern zumindest den Verzicht auf die Einholung eines Konsiliarberichts nach erfolgter Überweisung sowie nach Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalten aufgrund einer psychischen Erkrankung.

3. Zugang in die Versorgung

Etwa ein Drittel der Psychotherapien werden nach zwölf Behandlungsstunden oder weniger beendet. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Aufgabe, über den Zugang in die Versorgung zukünftig neu nachzudenken. Es muss hinterfragt werden, ob in allen diesen Fällen eine Psychotherapie zwingend erforderlich ist. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass Patient:innen mit schweren Erkrankungen und dringendem Behandlungsbedarf eine zeitnahe Behandlung in Anspruch nehmen können. Langfristig müssen die Indikationsvoraussetzungen für eine Psychotherapie überprüft werden. Kurzfristig halten die Ersatzkassen die folgenden Maßnahmen zur Steuerung des Zugangs für sinnvoll.

3.1 Therapieplätze verpflichtend an die Terminservicestellen melden

Mit den TSS existieren bereits Institutionen, die den Zugang zu ambulanter Psychotherapie sicherstellen könnten. Der Vermittlungsanspruch über die TSS kann jedoch nicht überall erfüllt werden, weil es kein geregeltes Verfahren über den Zugang zur ambulanten Psychotherapie gibt. 2024 lag die Vermittlungsquote der TSS für den Bereich der ambulanten Psychotherapie lediglich bei 38 Prozent.

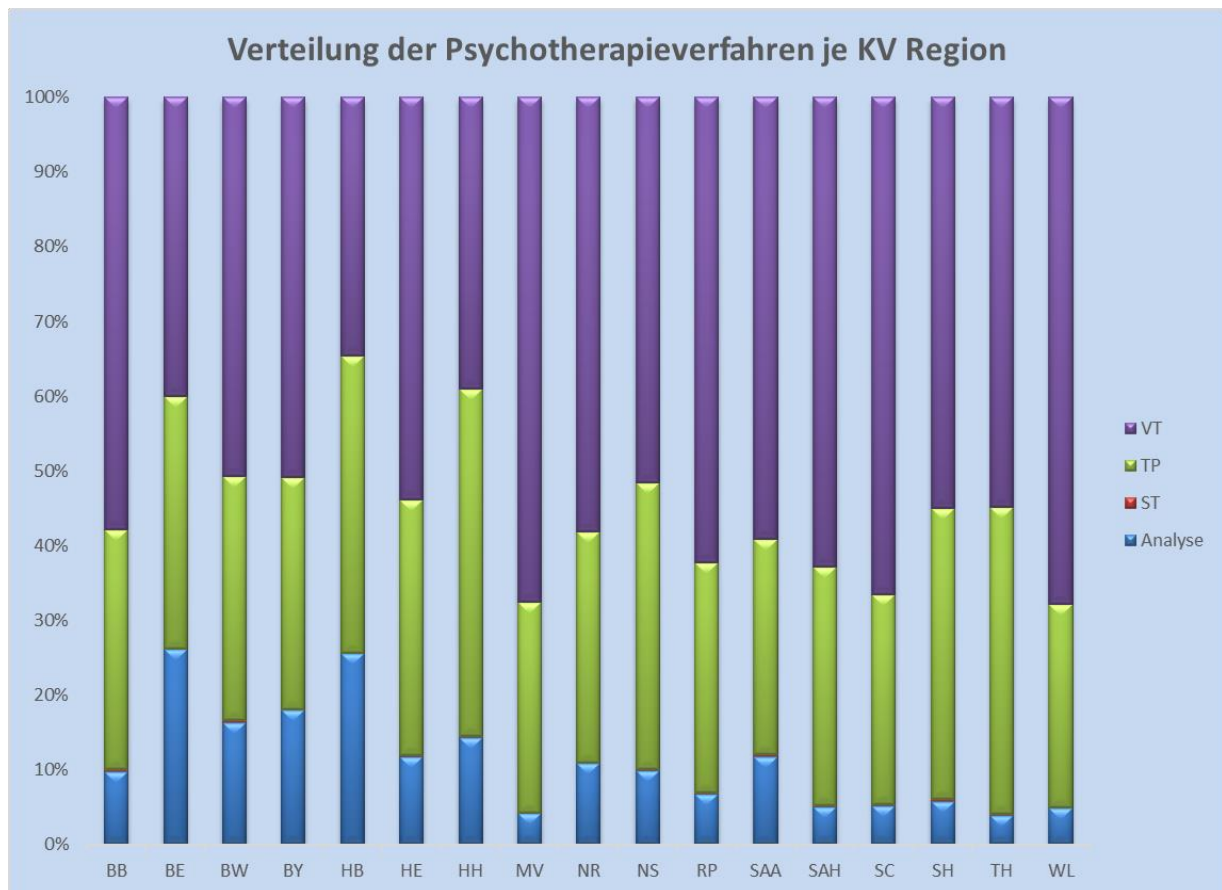
Es ist bislang den einzelnen Therapeut:innen überlassen, ob diese ihre freiwerdenden Therapieplätze nach Wartezeit, nach Schweregrad der Erkrankung oder nach Dringlichkeit der Behandlung vergeben. Patienten mit einem dringlichen Behandlungsbedarf brauchen jedoch verlässlich einen schnellen Zugang zur Versorgung.

Ebenso genügt es nicht, nur einzelne freie Probatoriktermine an die TSS zu melden, wie dies bisher erfolgt. Hierbei fehlt im Anschluss oft die Möglichkeit einer Therapie. Für Patient:innen stellt dies eine erhebliche emotionale Belastung dar, da sie nach der Probatorikstunde erneut eine:n Therapeut:in suchen müssen. Patient:innen brauchen eine Therapiesicherheit!

Die Ersatzkassen fordern eine Verpflichtung der Psychotherapeut:innen, mindestens 50 Prozent ihrer freiwerdenden Therapieplätze umgehend den Terminservicestellen zur Vermittlung dringlicher Patient:innen zur Verfügung zu stellen. Es bedarf der Anpassung bundesmantelvertraglicher Regelungen um sicherzustellen, dass Therapieplätze und nicht nur einzelne Stunden vermittelt werden.

3.2 Vorrang für Therapieverfahren mit höherer Versorgungskapazität

Die Psychotherapeut:innen der vier Richtlinienverfahren verteilen sich nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet. Regional gibt es eine deutliche Schwerpunktsetzung einzelner Verfahren. Durch die unterschiedlichen Gesamtkontingentstunden kann die gleiche Zahl an Psychotherapeut:innen in unterschiedlichen Regionen daher unterschiedlich viele Versicherte behandeln:



(Quelle: vdek-Datenanalyse; Arzt abrechnungsdaten GKV (Anzahl GOP) nach ARZTRG 2023).

Hinweis: Der Anteil der Systemischen Therapie (ST) ist so gering, dass er optisch kaum sichtbar ist.

Die regional unterschiedliche Verteilung der Therapieverfahren ändert sich im Zeitablauf nur geringfügig. Gibt es auf einen freiwerdenden Kassensitz mehrere Bewerber:innen, entscheiden sich in der Praxis die Zulassungsausschüsse in der Regel für eine:n Vertreter:in des gleichen Therapieverfahrens wie bei dem/der ausscheidenden Psychotherapeut:in. Damit werden historisch gewachsene Versorgungsstrukturen zementiert, anstatt sie auf die Erfordernisse in der Versorgung anzupassen. Nicht die Praxishistorie darf entscheidend sein, sondern das Erfordernis der regionalen Versorgung.

Die Ersatzkassen fordern daher, die Systemische Therapie und Verhaltenstherapie als Therapieverfahren mit einer höheren Versorgungskapazität bei der Nachbesetzung bevorzugt zu berücksichtigen.

Anmerkung: Die Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren gestattet zwar, alle Störungen gleichermaßen zu behandeln. Allerdings liegen nicht bei allen Verfahren für alle Störungen belastbare Studien vor, sodass voraussichtlich nicht alle Störungen durch alle Richtlinienverfahren gleich gut zu behandeln sind. Eine leitliniengerechte Behandlung ist zum Wohle der Patient:innen zu gewährleisten.

4. Vergütung

Aufgrund der aktuellen Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen ist es wichtiger denn je, dass die vorhandenen finanziellen Mittel der Krankenkassen wirtschaftlich eingesetzt werden. Die Ersatzkassen wollen trotz der angespannten Lage nicht insgesamt weniger Geld für die Versorgung psychisch kranker Menschen zahlen, sondern vielmehr sicherstellen, dass mit dem vorhandenen Geld Menschen mit dem höchsten Versorgungsbedarf zuverlässig behandelt werden. Dafür benötigt es die Beseitigung bestehender Fehlanreize, insbesondere die finanzielle Bevorzugung der Behandlung von Menschen mit kurzem Behandlungsbedarf. Mit den untenstehenden Forderungen wird eine Umverteilung bestehender Mittel von der Behandlung von Menschen mit schnell zu behandelnden Erkrankungen zur finanziellen Förderung der Behandlung von Menschen mit schwereren Erkrankungen angestrebt.

4.1 Budgetierung für nicht dringliche Fälle

2013 wurden die Kernleistungen der ambulanten Psychotherapie aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) herausgelöst, sodass Mengensteigerungen seither entbudgetiert in voller Höhe vergütet werden. Die Leistungsmenge ist im Zeitraum 2013 bis 2024 um über 65 Prozent gestiegen und wurde in dieser Höhe auch zusätzlich vergütet. Gleichzeitig hat auch dieser enorme Leistungsanstieg nicht dazu geführt, dass sich der Zugang in die Psychotherapeutische Versorgung auch für schwer Erkrankte spürbar und systematisch verbessert hat.

Es liegt daher nahe, einen finanziellen Anreiz zu setzen, verstärkt schwer erkrankte bzw. dringend behandlungsbedürftige Versicherte zu versorgen.

Die Ersatzkassen fordern daher, dass Psychotherapie-Leistungen grundsätzlich wieder in die MGV zurücküberführt werden. Weiterhin außerhalb der MGV sollen Therapien für Patient:innen bezahlt werden, die von den Terminservicestellen in die Praxen vermittelt wurden.

Einen Vermittlungsanspruch über die TSS haben nur Patient:innen, für die in der ersten Sprechstunde ein besonders dringlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde. So wird ein finanzieller Anreiz gesetzt, dass die von der GKV zu finanzierenden Mengensteigerungen systematisch den dringend behandlungsbedürftigen Versicherten zugutekommen. Die Ersatzkassen fordern, dass mindestens 50 Prozent der freiwerdenden Therapieplätze für die TSS zu reservieren sind (siehe Abschnitt 3.1). Damit wäre sichergestellt, dass auch weiterhin mindestens 50 Prozent der Vergütung außerhalb der MGV fließen können.

4.2 Abschaffung der Sonderregelungen in der Vergütung für Psychotherapeut:innen

Die Kalkulation der Vergütung von Psychotherapie-Leistungen im Honorarkatalog der GKV (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) nimmt eine Sonderstellung im Vergleich zu allen anderen Arztgruppen ein. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) hatte über die Jahre hinweg eine Vielzahl an Sonderregelungen und Überprüfungsverpflichtungen zur Folge.

Dies durchbricht den Grundsatz des EBM, über alle Fachgruppen hinweg eine möglichst konsistente und einheitliche Form der Vergütung vorzusehen. Eine derartige Privilegierung genießt keine andere Gruppe vertragsärztlicher Leistungserbringer:innen.

Zusätzlich zur jährlichen Anpassung des Orientierungspunktwerts (OPW) für alle Arztgruppen, von der auch Psychotherapeut:innen profitieren, müssen daher mittlerweile jährlich zusätzlich die Bewertungen der Psychotherapie-Leistungen aufwendig überprüft und ggf. angepasst werden. Die Anpassungen erfolgen meist rückwirkend, sodass ein beispielloses Durcheinander an Vergütungssätzen sowie unvollständigen und nachträglichen Abrechnungen entstanden ist.

Die Rechtsprechung des BSG ist in einer Zeit entstanden, in der Psychotherapie-Leistungen nicht angemessen abgebildet waren. Diese Zeiten sind lange vorbei – die aufwendigen, komplexen und mit anderen Arztgruppen nicht vergleichbaren Sonderregelungen sind jedoch geblieben. Es ist an der Zeit, zu einer einheitlichen Kalkulation des EBM zurückzukehren und die Sonderstellung der Psychotherapeut:innen zu beenden.

Die Sonderstellung wird auch in den Strukturzuschlägen und Zuschlägen für Kurzzeittherapie deutlich:

Seit 2012 erhalten Psychotherapeut:innen sogenannte Strukturzuschläge, deren Höhe abhängig von der Praxisauslastung variiert. Die Strukturzuschläge sollen es Psychotherapeut:innen ermöglichen, Praxispersonal (z.B. Medizinische Fachangestellte – MFA) zu beschäftigen, um sich u. a. von administrativen Tätigkeiten zu entlasten. Die Zahl der Beschäftigten in Psychotherapiepraxen ist jedoch geringer gestiegen als die Zahl der Psychotherapeut:innen. Je Therapeut:in ist die Anstellung von Praxispersonal sogar zurückgegangen. Die dafür vorgesehene Vergütung wird von den Therapeut:innen selbst vereinnahmt (Mitnahme-Effekt).

2020 wurden Zuschläge in Höhe von 15 Prozent für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie (KZT) eingeführt. Die Zuschläge erhalten Therapeut:innen, die ihren Mindestversorgungsauftrag erfüllen. Damit sollte laut Gesetzesbegründung ein

finanzieller Anreiz gesetzt werden, „anstelle von Langzeittherapien mehr Patientinnen und Patienten zu behandeln, die einer neuen Kurzzeittherapie bedürfen“.

Die Zuschläge setzen diverse Fehlanreize und können aus heutiger Sicht als gescheitert betrachtet werden. Bei einer Neuordnung der Vergütung sollten gezielte finanzielle Anreize für die Behandlung von Versicherten mit objektiv dringendem Behandlungsbedarf gesetzt werden.

Die Ersatzkassen fordern daher, die Sonderregelungen zur Vergütung der Psychotherapeut:innen, insbesondere die jährliche Angemessenheitsprüfung der Psychotherapie-Vergütung, zu streichen. Die Vergütung soll, wie bei den meisten anderen ärztlichen Leistungen, über eine Anpassung des Orientierungswerts weiterentwickelt werden.

5. Digitalisierung

5.1 Videosprechstunde flexibel nutzen

Die Möglichkeiten, eine Psychotherapie als Videosprechstunde durchzuführen, wurden in den letzten Jahren sukzessive ausgeweitet. Seit 2025 ist es möglich, dass einzelne Therapien, inklusive der vorangehenden Diagnostik und Indikationsstellung, in der Sprechstunde und Probatorik komplett per Video stattfinden können.

Damit sind langjährige Forderungen der Ersatzkassen nach mehr Flexibilität beim Einsatz eines Videosettings erfüllt. Eine Behandlung per Video kommt medizinisch nicht für alle Patient:innen in Betracht und wird auch nicht von allen gewünscht. Dort, wo sowohl Therapeut:innen als auch Patient:innen eine reine Videobehandlung für sinnvoll halten, kann und sollte sie künftig allerdings auch stattfinden. Gerade für Versicherte in ländlichen Regionen oder mit Mobilitätseinschränkungen eröffnen sich so neue Versorgungsmöglichkeiten bzw. wird oftmals ein Zugang zur Therapie überhaupt erst möglich.

Die Ersatzkassen fordern die Therapeut:innen dazu auf, Videotherapie häufiger in der Regelversorgung einzusetzen. Sie sollte patientenorientiert zur Anwendung kommen, wo immer sie von Patient:innen gewünscht wird und medizinisch sinnvoll ist.

5.2 Digitale Behandlungsangebote

Psychische Erkrankungen stellen ein breites Spektrum mit unterschiedlicher Krankheitsschwere und Versorgungsbedarfen dar. Nicht für jede psychische Erkrankung bedarf es einer klassischen ambulanten Psychotherapie. Auch Online-Angebote gewinnen immer mehr Bedeutung in der Versorgung psychischer

Erkrankungen und haben ein großes Potenzial, die Ressourcen der Psychotherapeut:innen zu schonen und auf die Patient:innen mit dem größten Behandlungs- und Betreuungsbedarf zu fokussieren.

In der Regelversorgung werden digitale und hybride Angebote jedoch noch unzureichend von Psychotherapeut:innen eingesetzt. Vielen Onlinetherapie-Angeboten fehlt aktuell ein breites Netzwerk an Vertragstherapeut:innen. Für hybride, therapeutengeleitete Programme greifen die bestehenden Online-Anbieter meist auf Psychotherapeut:innen ohne Kassenzulassung und damit ohne geregelte Abrechnungsmöglichkeit zurück. Dies ist überwiegend auf eine fehlende Bereitschaft der Vertragstherapeut:innen zur weitergehenden Integration digitaler Angebote zurückzuführen.

Eine stärkere Verzahnung digitaler Angebote mit klassischer Psychotherapie, bis hin zur standardmäßigen Integration von Online-Interventionen für geeignete Störungsbilder in allen Therapiepraxen, sollte im Interesse der Therapeut:innen liegen. So könnte beispielsweise durch die Kombination einer Therapie-App mit wenigen begleitenden Gesprächen mehr Patient:innen geholfen werden, die ansonsten eine ressourcenintensive klassische Psychotherapie in Anspruch nehmen würden. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass sich digital eine stabile therapeutische Beziehung herstellen lässt und die Patientenzufriedenheit hoch ist.

Eine Behandlung aller Patient:innen mit klassischer Psychotherapie als einzigem Instrument ist auf Dauer nicht wirtschaftlich. Die Ersatzkassen erwarten von allen zugelassenen Psychotherapeut:innen, sich digitalen und hybriden Versorgungsprogrammen, als Ergänzung ihres bisherigen Behandlungsangebots, zu öffnen und diese bedarfsgerecht anzuwenden. Eine stärkere Digitalisierung ermöglicht es, dass Psychotherapeut:innen für mehr psychisch Erkrankte zur Verfügung stehen, die eine Therapie heute gar nicht oder erst nach einer längeren Wartezeit beginnen können. Weiterhin können durch digitale Angebote Personengruppen erreicht werden, denen durch besondere Lebensumstände das Aufsuchen einer Psychotherapie vor Ort erschwert ist, beispielsweise bei eingeschränkter Mobilität.

Die Ersatzkassen fordern die verpflichtende Integration von Online-Interventionen als weiteres Angebot der Regelversorgung. So kann ein sicherer zukunftsorientierter Behandlungsrahmen durch die Selbstverwaltung geschaffen werden.

5.3 Digitalisierung Antrags- und Gutachterverfahren

Das Antrags- und Gutachterverfahren in der Psychotherapie stellt eine vorweggenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung dar und gibt Therapeut:innen und Patient:innen einen sicheren und verlässlichen Rahmen für die Therapie. Die gesetzlich

vorgesehene Abschaffung nach Einführung eines Qualitätssicherungsverfahrens ist nicht sinnvoll und stellt diesen verlässlichen Rahmen infrage. Diese Erkenntnis wird mittlerweile von allen Beteiligten – Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und vielen Verbänden von Psychotherapeut:innen – geteilt.

Die Ersatzkassen unterstützen das mit der Abschaffung verbundene Ziel einer Entbürokratisierung und Entlastung der Therapeut:innen von administrativen Aufgaben. Dieses Ziel lässt sich auch mit einer Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens erreichen.

Anstatt millionenfach Anträge auf Papierformularen und Gutachterberichte in verschlossenen Umschlägen zu verschicken, sollte die Beantragung künftig mit wenigen Klicks in der Praxissoftware angestoßen und im Datenaustausch an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Bewilligung wird dann ebenfalls digital direkt in die Praxissoftware eingespielt. In der Mehrzahl der Fälle wird dies in kürzester Zeit möglich sein. Bereits umgestellte Verfahren (wie etwa beim Zahnersatz) zeigen, wie unbürokratisch und effizient ein digitales Antrags- und Gutachterverfahren funktioniert.

Die Arbeitsgruppe der Gematik hat 2024 wichtige Vorarbeiten für die Digitalisierung geleistet. Die Arbeiten daran müssen in der Selbstverwaltung zügig fortgesetzt und abgeschlossen werden. Gleichzeitig ist eine gesetzliche Verankerung (analog zum elektronischen Antragsverfahren beim Zahnersatz) erforderlich, um eine schnelle und vollständige Umsetzung zu ermöglichen.

Die Ersatzkassen fordern, die gesetzlich vorgesehene Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu streichen und durch eine verpflichtende Digitalisierung des Verfahrens zu ersetzen.

5.4 Elektronische Patientenakte stärkt Patientensicherheit

Die ePA ist seit 29. April 2025 flächendeckend eingeführt und seit Oktober 2025 für alle Arztpraxen verpflichtend. Somit können Arztberichte, Medikations- und Behandlungspläne auf der ePA gespeichert und damit wichtige Behandlungsdaten an einem Ort zur Verfügung gestellt werden. Je vollständiger die Behandlungsdaten sind, desto besser wird die Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Gerade bei komplex psychisch erkrankten Menschen mit medikamentöser Therapie bietet die ePA den behandelnden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen wichtige Zusatzinformationen, die den Behandlungsprozess positiv beeinflussen. Der hohe Standard der Informationssicherheit in Deutschland gewährleistet einen sehr guten Datenschutz. Die bestehenden Bedenken hinsichtlich einer potenziellen Stigmatisierung von Patient:innen können durch die Regelungen zur ePA adressiert

werden. Patient:innen haben die Möglichkeit, Zugriffsrechte für einzelne Praxen differenziert zu steuern, indem sie der Einsicht widersprechen, bestimmte Inhalte ausblenden oder löschen.

Die Ersatzkassen fordern die Therapeut:innen auf, die ePA standardmäßig in ihre Behandlung zu integrieren und die Patient:innen sachlich über den Nutzen der ePA aufzuklären. Nur wenn alle relevanten Behandlungsinformationen in der ePA verfügbar sind, kann die bestmögliche Behandlung und damit die Patientensicherheit gewährleistet werden.

6. Mehr Transparenz über bestehende Kapazitäten durch einheitliche Überprüfung der Versorgungsaufträge

In der Diskussion um ausreichende Behandlungskapazitäten ist auch ein Blick auf die Auslastung der bestehenden Kapazitäten zu richten. Für einen vollen Kassensitz sieht der Gesetzgeber einen Sprechstundenumfang von wöchentlich mindestens 25 Stunden vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, einmal jährlich die Einhaltung bundeseinheitlich zu prüfen und bei Auffälligkeiten Maßnahmen zu ergreifen, um die Einhaltung sicherzustellen.

Anders als vorgeschrieben erfolgt die Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge nicht bundeseinheitlich und entspricht in ihrem Vorgehen auch nicht dem gesetzlichen Auftrag. Die Grenze von 25 Sprechstunden wird pauschal um Urlaubs-, Fortbildungs- und Krankheitstage sowie weitere Toleranzen teilweise erheblich reduziert, sodass die ermittelte Auffälligkeitsquote nur eine geringe Aussagekraft über die tatsächliche Auslastung der Leistungsgruppe der Psychotherapeut:innen hat. Darüber hinaus erfolgt bisher keine Übermittlung der Auslastung der Leistungserbringer:innen eines Planungsbereichs an die Zulassungsausschüsse. Damit können sie ihrer Verpflichtung, bei wiederholtem Verstoß von Amts wegen einen (Teil-)Entzug der Zulassung zu beschließen, nicht nachkommen. Dies gilt ebenso für die Bewertung von Sonderbedarfszulassungen durch die Zulassungsausschüsse, welche bisher ohne Daten über die Auslastung der bestehenden Leistungserbringer:innen im betreffenden Planungsbereich erfolgt.

Die Ersatzkassen fordern daher den gesetzlichen Auftrag, dass GKV-SV und KBV ein einheitliches Prüf- und Berichtsschema vereinbaren, wobei die 25 Mindestsprechstunden pro Woche als Untergrenze zu verstehen sind, dessen vollständige Erfüllung zu prüfen ist.

Die Auslastung sowie Maßnahmen zur Einhaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf Einzelfallebene zu dokumentieren und den Zulassungsausschüssen regional für ihren Planungsbereich zugänglich zu machen. Die jährliche Überprüfung sollte zudem in eine laufende, quartalsweise Überprüfung überführt werden.

7. Psychische Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Der Erhalt und die Stärkung der psychischen Gesundheit sind gerade auch vor dem Hintergrund einer sich immer schneller entwickelnden Gesellschaft und der Zunahme von Krisen von herausragender Bedeutung. Seelisch gesundes Aufwachsen und die Schaffung gesunder Lebenswelten beugen der Entstehung von psychischen Erkrankungen vor und stärken die Resilienz.

Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen durch Prävention und Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten und im betrieblichen Kontext im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben und fördern somit die Resilienz und damit die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit. Dies kann jedoch nur ein Baustein auf dem Weg zu einer psychisch gesünderen Gesellschaft sein. Vielmehr sind alle Akteure aufgefordert, dem Erhalt der seelischen Gesundheit einen größeren Stellenwert einzuräumen. Wichtige Aspekte in dem Zusammenhang sind insbesondere die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz, der weiteren Entstigmatisierung von psychischen Störungen und die Ermöglichung niedrigschwelliger Zugänge und Beratungsangebote durch Kommunen, Arbeitgeber und Bildungseinrichtungen.

Die Ersatzkassen fordern, dass alle Akteure Prävention und Gesundheitsförderung von psychischen Erkrankungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen und den Erhalt der seelischen Gesundheit in den Vordergrund rücken.

Eine besondere Rolle spielt die Arbeitswelt. In den letzten Jahren ist die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen stark gestiegen, sodass psychische Erkrankungen mittlerweile der zweithäufigste Grund für Krankschreibungen sind. Den Arbeitgebern kommt daher eine besondere Verantwortung zu, gesunde Arbeitswelten zu schaffen, um der Entstehung psychischer Erkrankungen vorzubeugen.

Die Ersatzkassen fordern alle Arbeitgeber auf, im betrieblichen Umfeld die mentale Gesundheit der Beschäftigten mitzudenken und arbeitsbedingte Belastungen zu reduzieren.