



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Gestaltungsperspektiven für eine gute Gesundheitsversorgung in einer demokratischen Gesellschaft

APK-Fachtagung: Demokratie und seelische Gesundheit

Berlin | 4. November 2025

Professor Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

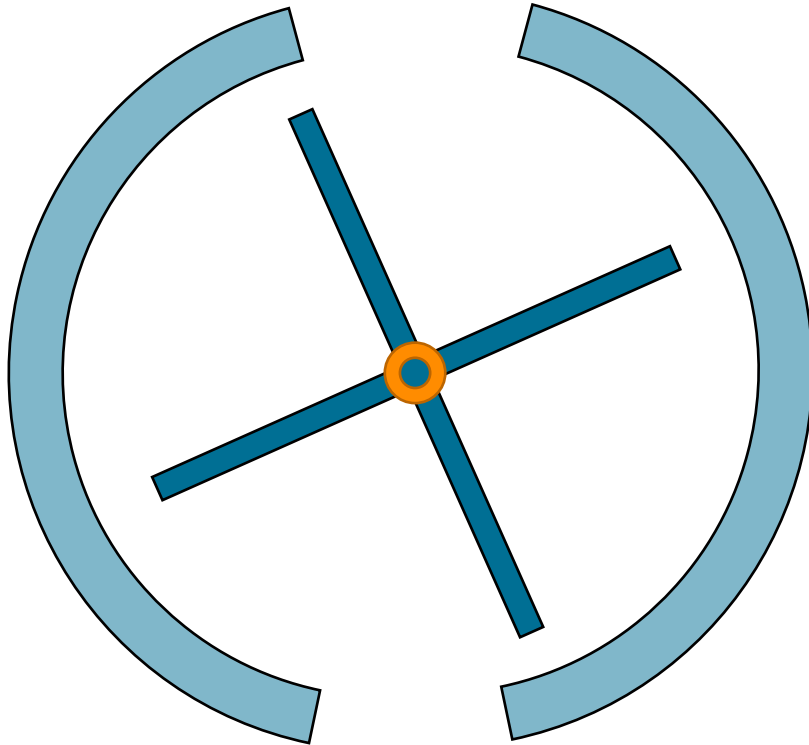
Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung – aktuelle Herausforderungen

- Anspruch und Realität klaffen auseinander: Die Idee einer humanen, lebensweltorientierten Versorgung mit fließenden Übergängen zwischen stationär, teilstationär und ambulant ist bis heute nicht flächendeckend eingelöst.
- Wartezeiten bleiben hoch: Trotz Tausender zusätzlicher Praxissitze und Reformen (Sprechstunde, Akutbehandlung, Gruppentherapie) warten viele Betroffene weiterhin monatelang auf eine Behandlung.
- Vernetzung stockt: Zwischen ambulanter Versorgung, Institutsambulanzen, stationären Einrichtungen und kommunalen Hilfesystemen bestehen weiterhin Brüche. Leistungen nach SGB V und kommunale Unterstützungsangebote nach SGB IX/XII greifen oft nicht ineinander.
- Ungleichheiten in der Versorgung: Starke regionale Unterschiede bei Dichte und Erreichbarkeit von Angeboten; in ländlichen Räumen fehlen häufig Partner für interdisziplinäre Netzwerke.
- Steigende Prävalenz und wachsender Hilfebedarf treffen auf begrenzte Kapazitäten; Enttabuisierung erklärt den Anstieg nur teilweise.

Gesellschaftliche und politische Spannungsfelder

- Stigmatisierungstendenzen nehmen wieder zu: Zuweisungen von „Gefährlichkeit“ an psychisch Erkrankte gefährden die Idee einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie.
- Psychiatrie darf nicht zur Ersatzarena für ungelöste Gewalt- und Sicherheitsprobleme werden: Öffentliche Diskussionen verschieben Verantwortung in Richtung Hilfesysteme, ohne deren Auftrag oder Ressourcen zu stärken.
- Inklusion bleibt Richtungsfrage: Zwischen dem Anspruch einer offenen, inklusiven Gesellschaft und populistischen Sicherheitsforderungen öffnet sich erneut eine Lücke.
- Erforderlich ist ein integrierter Blick auf seelische Gesundheit, der Prävention, Teilhabe, soziale Sicherung und Gesundheitsversorgung gemeinsam denkt.

Problemfeld Sektorenübergang



„Bei den Übergängen zwischen den Sektoren werden von vielen Befragungsteilnehmern Schwierigkeiten gesehen. Dabei werden die Übergänge in den ambulanten Sektor (vor allem aus dem Krankenhaus, aber auch aus der Tagesklinik) als deutlich problematischer gesehen als umgekehrt. So beurteilen mehr als 50 % sowohl der Kliniken als auch der Niedergelassenen den Übergang von akutstationär nach ambulant als ‚eher nicht gut‘ oder ‚gar nicht gut‘. [...]“

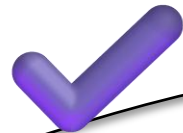
SVR-Gesundheit: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Rdn. 1242

Problemfeld Sektorenübergang

Regelungsaufträge für den G-BA

§ 92 Abs. 6a SGB V

Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.



§ 92 Abs. 6b SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie [...] Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. **In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.**



Ideen zur Neujustierung der Rolle der Psychiatrischen Institutsambulanzen

- Die Gruppe der Patientinnen und Patienten, die in psychosomatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen ambulant versorgt werden darf, wird um solche **mit einem akutem Behandlungsbedarf** und einem **gescheiterten Vermittlungsversuch** zu anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten erweitert.
- Weiterhin **entfällt die Notwendigkeit** einer **fachärztlichen Überweisung** zur ambulanten Behandlung in psychosomatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen, wenn es darum geht, **eine Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt** sicherzustellen.

Ungleichbehandlung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Innovative psychiatrische Versorgungsmodelle werden durch aktuelle Regelungen strukturell benachteiligt:

Kein Rechnungszuschlag

3,25 %-Zuschlag gilt nur für KHEntgG/BPflV-Abrechnung

§ 64b-Kliniken ausdrücklich ausgeschlossen

Gleiche Kostensteigerungen, aber keine Inflationskompensation

Budgetdeckung

Meistbegünstigungsklausel 2026 ausgesetzt

Budgets auf 2,98 % begrenzt, ohne Ausgleich

Innovationsrisiko verbleibt vollständig bei den Einrichtungen

Folge: Kein Zuschlag + gedeckeltes Budget = strukturelle Benachteiligung

→ Wer Reformen fordert, darf Reformträger nicht bestrafen!

Bedarfsplanung

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung (2018)

Erkenntnisse

- Für die Gruppe der Psychotherapeuten (PT) kommt das Gutachten nur unter ganz bestimmten Annahmen und unter Anwendung einer veränderten Systematik der Bedarfsplanung mithilfe von Gravitationsmodellen auf einen Bedarf von 2.413 zusätzlichen PT-Kapazitäten.
- In den anderen Szenarien sind es zwischen 641 und 1.674 zusätzliche Sitze, letztendlich wurden durch Anpassungen ca. 776 Sitze geschaffen und seit 2019 über 5.000 PT zugelassen.
- Zugleich zeigt das Gutachten auch eine deutliche Zahl (2.527) an PT in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 140 % auf.

„Für einzelne Arztgruppen – beispielsweise die Gruppe der Psychotherapeuten – kann ein hoher zusätzlicher Bedarf an Arztkapazitäten bestehen (Tabelle C.7.1) und gleichzeitig werden viele Arztkapazitäten über 140 Prozent verzeichnet (Tabelle C.7.2). Dies kann der Fall sein, wenn das Angebot der Fachgruppe regional deutlich ungleich verteilt ist und die Angebotsdichte regional stark variiert.“

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung

ZUSAMMENFASSUNG

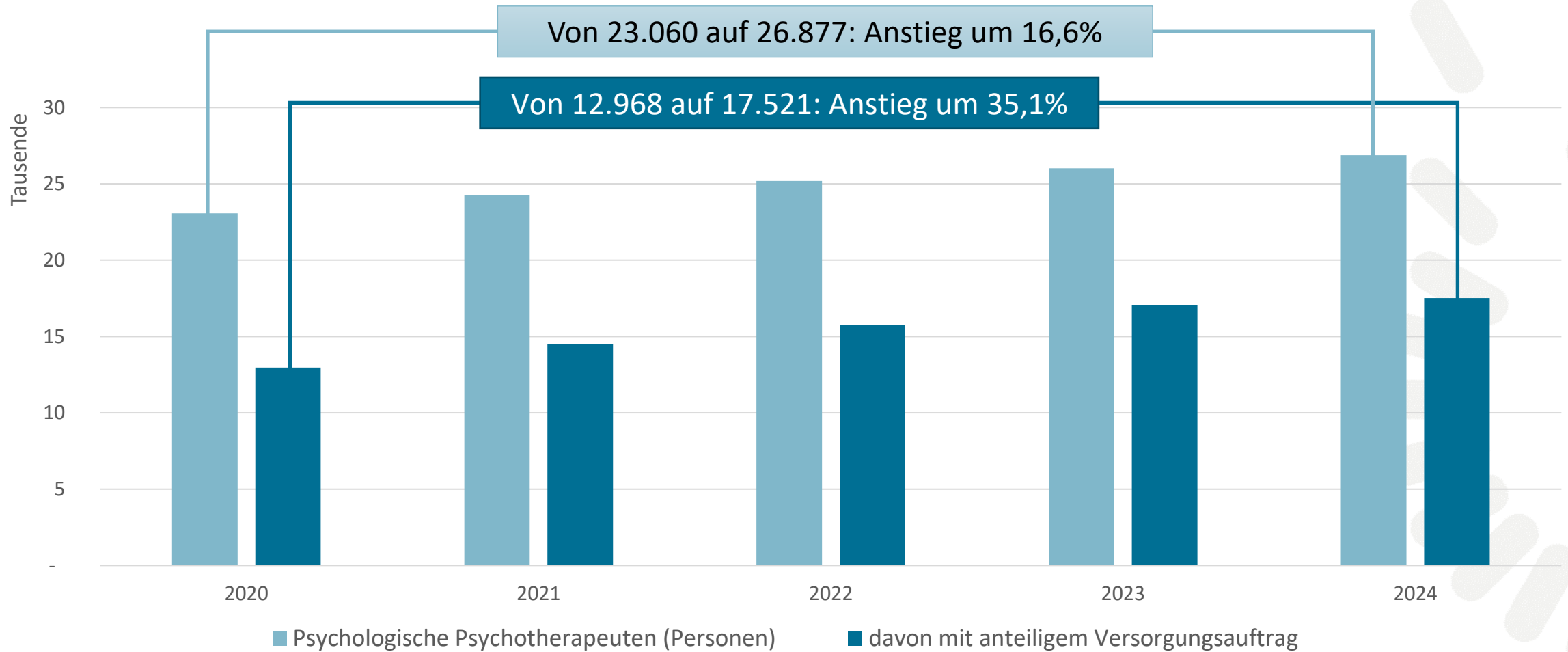
Die originalen Abbildungs- und Tabellenbezeichnungen der Gutachten-Langfassung sind beibehalten worden, um das schnelle Auffinden der entsprechenden Gutachterteile zu gewährleisten.

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management
WIG2-Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung Leipzig
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für
Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München
37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln

Juli 2018, Version 2.0

Bedarfsplanung

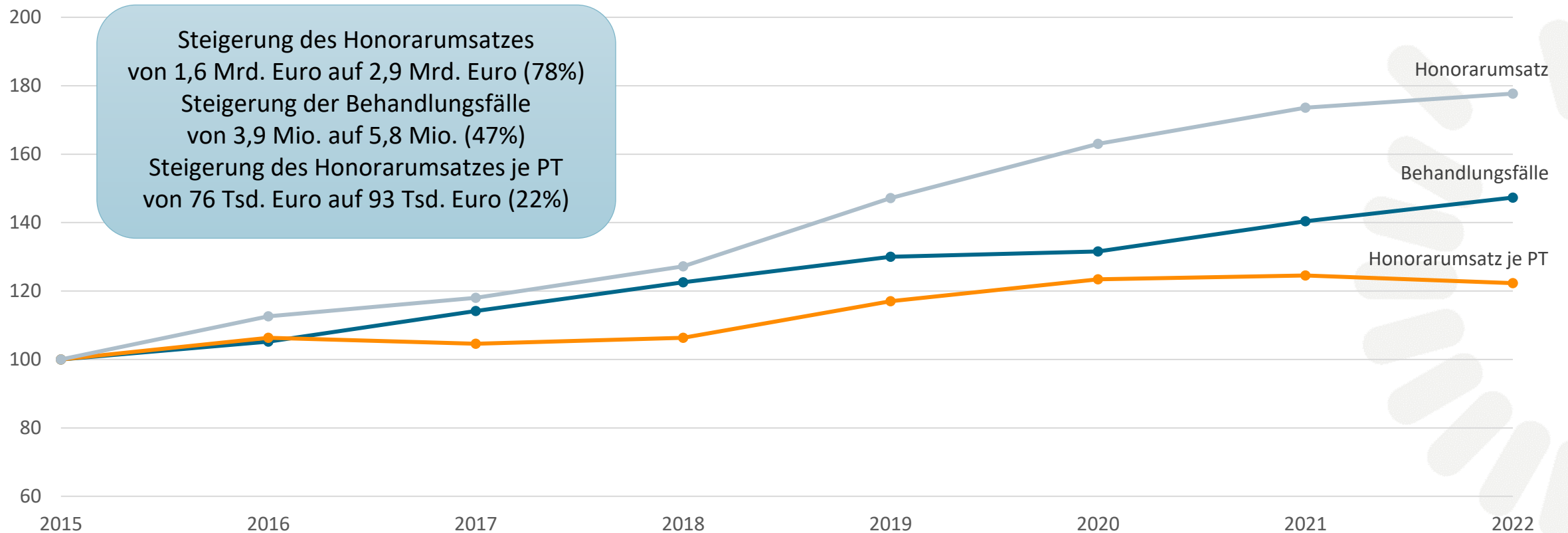
Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten (Personen)



Quellen: KBV, Bundesarztregister

Entwicklung der Honorarumsätze und Behandlungsfälle

Entwicklung der Honorarumsätze und Behandlungsfälle
Psychologische Psychotherapie/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (2015=100)



Quelle: Honorarberichte der KBV

Ausnahmen von Leistungsbeschränkung nur für Versorgung von schwer psychisch Erkrankten

Leistungsbeschränkung bei hälftigem Versorgungsauftrag ab einer Überschreitung des Versorgungsauftrags um 20 Prozent

Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung sind gerechtfertigt, sofern die psychotherapeutische Versorgung

- auf die Verbesserung des Zugangs von Patientinnen und Patienten nach § 92 Absatz 6b (KSV-Psych-RL),
- zur Behandlung vergleichbar schwerer Erkrankungen oder
- bei aufgrund des Erkrankungsbildes besonders dringlichem Behandlungsbedarf ausgerichtet ist.

Eine zur KSV-Psych-RL vergleichbar schwere Erkrankung liegt vor bei

- Schizophrenie und schizoaffektiven Erkrankungen, bipolaren Störungen und schwerer (unipolarer) Depression,
- Personen mit mindestens 2 Diagnosen aus dem Kapitel V ICD-10-GM („F-Diagnosen“) oder
- Personen nach stationärer Behandlung in einer akuten Krise zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten Versorgung.

Ein besonders dringlicher psychotherapeutischer Behandlungsbedarf liegt beispielsweise vor bei

- Schwangeren oder Müttern nach der Entbindung (bspw. postpartale Depression) oder
- Personen mit Sprachbarrieren, denen Psychotherapie zur Gewährleistung einer sachgerechten Versorgung mit Sprachmittlung anzubieten ist.

Psychotherapie-Richtlinie

Weiterentwicklung der PT-RL

Umfassende Neufassung der PT-Richtlinie (2017)

Psychotherapeutische Sprechstunde:

- Ziel: Niedrigschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung
- Pflichtangebot für alle Psychotherapeuten (mindestens 100 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag)
- Voraussetzung für weitere Leistungen: Patientinnen und Patienten müssen mindestens 50 Minuten in einer Sprechstunde gewesen sein, es sei denn, die Indikation wurde im stationären Kontext gestellt

Psychotherapeutische Akutbehandlung:

- Ziel: Schnelle Entlastung bei akuten psychischen Krisen
- Keine Antragspflicht bei der Krankenkasse, aber anzeigepflichtig
- Vorbereitung auf weiterführende ambulante, stationäre oder rehabilitative Maßnahmen

Rezidivprophylaxe:

- Bis zu 16 Stunden innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie (abhängig von der ursprünglichen Stundenanzahl)
- Stunden müssen bereits im Antrag auf Langzeittherapie geplant oder nachträglich angezeigt werden

Erleichtertes Antragsverfahren:

- Kurzzeittherapie (KZT): Antragspflicht, aber kein Gutachterverfahren erforderlich
- Langzeittherapie (LZT) und Umwandlung von KZT in LZT: Weiterhin gutachterpflichtig

Festlegung telefonischer Erreichbarkeit:

- Vorgabe von festen Telefonzeiten, um den Zugang zu Therapeuten zu verbessern

Weiterentwicklung der PT-RL

Weitere Änderungen

Erweiterungen für Menschen mit geistiger Behinderung (2018):

- Bis zu 10 Einheiten in der Sprechstunde speziell für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung
- Beteiligung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen in der Probatorik und Rezidivprophylaxe

Anerkennung der Systemischen Therapie (2019):

- Aufnahme als viertes Richtlinienverfahren neben Verhaltenstherapie, analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
- Zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar

Stärkung der Gruppentherapie und Digitalisierung (2020):

- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, bis zu 4 Sitzungen je Krankheitsfall (je 100 Minuten Dauer)
- Keine Antragspflicht bei der Krankenkasse
- Gruppen können praxisübergreifend und durch zwei Therapeut*innen gleichzeitig durchgeführt werden (max. 14 Teilnehmende)
- Nutzung digitaler Hilfsmittel (gemäß § 33a SGB V) zur Unterstützung von Behandlungsmaßnahmen

Erweiterung der Verordnungsbefugnisse (2021):

- Psychologische Psychotherapeuten können bei bestimmten Indikationen Ergotherapie und Soziotherapie verordnen

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen (2024):

- Aufnahme nun auch für Kinder und Jugendliche

Anpassungen bei Abhängigkeitserkrankungen (2025):

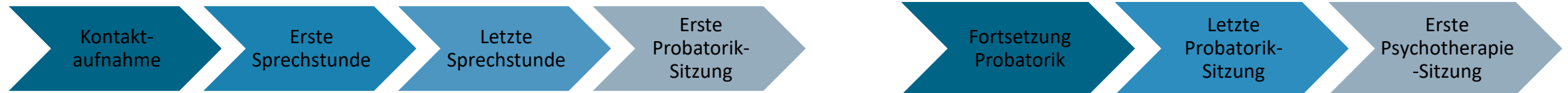
- Psychotherapie kann begonnen werden, wenn Abstinenz voraussichtlich bis zur 12. Sitzung erreicht
- Fortführung bis 24 Sitzungen möglich, wenn Abstinenz als Therapieziel festgelegt und nachgewiesen ist
- Gilt nun für alle psychotropen Substanzen, nicht mehr nur Alkohol, Drogen, Medikamente

Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie

Wartezeit ≠ unbehandelte Zeit

BPtK¹: 142 Tage Gesamtwartezeit (Mittelwert)

ES-Rip²: 103 Tage (Mittelwert)



nach 4 Sitzungen bzw. **45 Tage** nach erster Sprechstunde haben Patient:in und Therapeut:in eine Entscheidung über den Beginn einer PT getroffen

Zeit ohne Behandlung zwischen Sprechstunde und Probatorik 22 Tage (Mittelwert)³

nach weiteren 2 Probatorik-Sitzungen beginnt die PT (**52 Tage** nach der Entscheidung, eine PT zu beginnen)

Zeit ohne Behandlung zwischen Probatorik und Therapie 28 Tage (Mittelwert)³

¹Pressemitteilung der BPtK vom 9. Dezember 2022: Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie. BPtK zur Befragung des GKV-Spitzenverbandes

²Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten ([ES-Rip](#))

³Malinke, S.: vdek-Analyse. Moderate Wartezeit auf Psychotherapie, ersatzkasse magazin 04//2023

KSV-Psych-Richtlinie

Herausforderungen und Hindernisse bei der Netzverbundbildung

Hoher organisatorischer und bürokratischer Aufwand:

- Komplexität der Gründung: 94 % der Befragten empfinden den Aufbau eines Netzverbunds als zu aufwändig, z. B. wegen umfangreicher Vertragsabschlüsse und administrativer Anforderungen.
- Einhaltung der Fristen: Viele geben an, dass die durch die Richtlinie vorgeschriebenen Fristen, z. B. für Eingangssprechstunde zu 61 %, für die differentialdiagnostischen Abklärung zu 73 %, für die jederzeitige Sicherstellung der Krisenbetreuung (45%) nicht realisieren können.

Fehlende finanzielle Attraktivität:

- Unzureichende Vergütung: 85 % der Befragten sehen die finanzielle Vergütung als unattraktiv im Verhältnis zum Aufwand.
- Etwa zwei Drittel der Befragten (68 %) gaben anhand der erhaltenen Rückmeldungen an, dass die potenziell Teilnehmenden ohne vollen Versorgungsauftrag eine Versorgung im Netzverbund nur dann als interessant einschätzen, wenn ihnen eine bezugsärztliche oder bezugstherapeutische Tätigkeit möglich wäre.

Mangel an regionalen Anschlussmöglichkeiten:

- Keine Netzverbände vor Ort: 64 % der Befragten geben an, dass in ihrer Region keine Netzverbände existieren, denen sie sich anschließen könnten. Vor allem in ländlichen Regionen fehlt es oft an geeigneten Partnern.
- Fehlende Kooperationspartner: Schwierigkeiten, Krankenhäuser und spezialisierte Anbieter wie Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und Anbieter psychiatrischer häuslicher Pflege zu gewinnen, erschweren die Netzbildung.

Weiterentwicklung der KSV-Psych-RL

Beschluss des G-BA vom 21. August 2025

- **Teilnahme erleichtert:** Reduktion der Mindestgröße eines Netzverbands von zehn auf sechs Leistungserbringende; mindestens zwei Fachärztinnen/-ärzte und zwei Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene müssen beteiligt sein.
- **Neue Berufsgruppe integriert:** Aufnahme der Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene nach neuer Muster-Weiterbildungsordnung (PsychThG 2020 ff.) als gleichberechtigte Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
- **Bezugsärztinnen/-psychotherapeutinnen:** Kein voller Versorgungsauftrag mehr erforderlich – halber Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellung genügt. → Erleichtert Beteiligung von Teilzeit-Tätigen, insbesondere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
- **MVZ oder BAG können Netzwerk bilden:** Netzverbände müssen nicht mehr zwingend Zusammenschlüsse mehrerer Einzelpraxen sein.
- **Krankenhauskooperation:** Kooperation anzustreben; bleibt sie trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg, kann die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassen den Netzwerk befristet für zwei Jahre genehmigen.
- **Kooperationspflichten flexibilisiert:** Formale Kooperationsverträge können durch einseitige schriftliche Erklärungen ersetzt werden. Damit weniger juristisch-administrativer Aufwand, ohne inhaltliche Kooperationserfordernisse aufzugeben.
- **Nachweis gegenüber KV:** Erfüllung der Richtlinienanforderungen kann durch Vereinbarung oder Einzelerklärung erfolgen; keine verbindliche Vertragsstruktur mehr notwendig.
- **Transparenz und Information:** Netzverbände melden ihre Erreichbarkeit an die KV; Verzeichnis soll öffentlich zugänglich sein und in die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals integriert werden.

→ **Stärkung der flächendeckenden Umsetzung durch Abbau bürokratischer Hürden**

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) – Änderungen zum Erfassungsjahr 2026

- **Dokumentation entlastet:** Die stations- und monatsbezogene Nachweisführung entfällt. Das Personal kann künftig stations- und settingübergreifend eingesetzt werden.
- **Berufsgruppen zusammengeführt:** Spezialtherapie, Bewegungstherapie und Physiotherapie bilden eine gemeinsame Berufsgruppe (§ 5 Buchst. d).
- **Neue Anrechnungsmöglichkeiten:**
 - Bis zu 15 % Pflegehilfskräfte dürfen befristet auch im Nachtdienst angerechnet werden.
 - Ärztliche Tätigkeiten: erstmals bis zu 5 % Anrechnung anderer Berufsgruppen möglich.
 - Anrechnung fachfremder Berufsgruppen auf Pflege, Therapie und Sozialarbeit bis zu 15 %.
- **Förderung berufsbegleitender Qualifizierung:** Mitarbeitende, die sich in einer Weiterbildung zu PPP-Berufsgruppen befinden, können bis zu fünf Jahre anteilig angerechnet werden.
- **Nachtdienst:** Mindestvorgaben werden bis 2027 überprüft und fortgeschrieben.
- **Berücksichtigung besonderer Bedarfe:** Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung dürfen erhöhten Personalbedarf in Budgetverhandlungen ansetzen.

→ **Mehr Flexibilität beim Personaleinsatz, Entlastung der Kliniken von Dokumentationspflichten und Förderung von Weiterqualifikation**



Gemeinsamer
Bundesausschuss