

Beitragsstabilisierungsgesetz für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Vorabhinweis

Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG) ist verabschiedet — viele Detailfragen sind jedoch noch offen. Nicht alle Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt abschließend beurteilen; einzelne Regelungen bedürfen noch der Konkretisierung. Die konkreten Abrechnungsregeln werden erst mit den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen zum 1. Januar 2027 feststehen. Darüber hinaus haben die Koalitionsfraktionen ausdrücklich Nachbesserungen angekündigt, die in der ersten Sitzungswoche nach der Sommerpause gesetzlich verankert werden sollen — deren Reichweite ist derzeit noch nicht absehbar.

Dieses Dokument gibt den aktuellen Informationsstand zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder. Es handelt sich um eine erste Orientierungshilfe, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und keine rechtliche Beratung im Einzelfall ersetzt.

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes wird die Informationen fortlaufend aktualisieren, sobald verbindliche Regelungen/ Änderungen vorliegen.

Kurzfassung	1
Was konkret im Gesetz steht	1
Was ist zu beachten, wenn man freie Kapazitäten an Privatversicherte oder Selbstzahler vergibt?	2
Was ändert sich in der Abrechnung?	4
Was bedeutet das für die Wirtschaftlichkeit eines halben Kassensitzes?	5
Was bedeutet das für die Gruppenpsychotherapie in der Abrechnung?	6

Kurzfassung

Das am 10. Juli 2026 von Bundestag und Bundesrat verabschiedete GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG) greift vor allem in die **Vergütungsstruktur** der ambulanten Psychotherapie ein: Die bisher extrabudgetäre Vergütung wird wieder in eine gedeckelte Gesamtvergütung überführt, Zuschläge entfallen, und die gesetzliche Schutzregelung zur angemessenen Vergütung je Zeiteinheit soll gestrichen werden. Träte das Gesetz unverändert in Kraft, bedeutete das weniger Planbarkeit und nach Einschätzung der Kammern weniger Therapieplätze.

Was konkret im Gesetz steht

Rückkehr in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Richtlinien-Psychotherapie wird nicht mehr extrabudgetär zu festen Preisen vergütet, sondern wieder in einen gemeinsamen, gedeckelten Topf für die vertragsärztliche Versorgung einbezogen (neu gefasster § 87d SGB V). Wirksam ab 1. Januar 2026

Grundlohnratendeckel mit Abschlag. Vergütungssteigerungen werden 2027 bis 2029 auf die Grundlohnrate **minus einen Prozentpunkt** begrenzt — der Topf wächst also langsamer als Löhne und Bedarf.

Wegfall der Kurzzeittherapie-Zuschläge (GOP 35591) zum 1. Januar 2027.

Streichung extrabudgetärer Zusatzvergütungen für Vermittlungs-/Sprechstundenfälle in der vertragsärztlichen Versorgung, also auch Leistungen, die über die Terminservicestellen 116117 vermittelt wurden.

Streichung der gesetzlichen Angemessenheitsprüfung. Nach den nach dem Beschluss vom 10. Juli 2026 veröffentlichten Berichten sieht das Gesetz die Streichung der Normen vor, die eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit im EBM sichern (§ 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V und § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V) — eine Schutzregelung, die das Bundessozialgericht über Jahrzehnte als verfassungsrechtlich geboten eingestuft hatte.

Parallele Belastung, aber nicht Teil des Gesetzes

Der **Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA)** hatte bereits am 11. März 2026 (wirksam 1. April 2026) die EBM-Punktwerte für psychotherapeutische Gesprächsleistungen um 4,5 % gesenkt und die Strukturzuschläge um 14,25 % angehoben — netto ein Minus von 2,8 bis 3,5 % je Praxis. Das ist ein eigenständiger Beschluss der Selbstverwaltung, kein Bestandteil des BStabG, wirkt aber auf dieselben Praxen.

Nur angekündigt, noch nicht verbindlich gesichert

Über einen **Entschließungsantrag** der Koalitionsfraktionen wurden Ausnahmen von der Budgetierung in Aussicht gestellt — für Kinder und Jugendliche, besonders vulnerable Gruppen und bereits begonnene Behandlungen — sowie rund 100 Mio. Euro für prioritär weiter extrabudgetär zu vergütende Behandlungen. Zudem versprechen die Fraktionen, in der ersten Sitzungswoche nach der Sommerpause gesetzliche Regelungen zu Versorgungskontinuität und extrabudgetären Ausnahmen nachzubessern. Diese Punkte sind politische Zusage, noch nicht endgültig gesetzlich verankert.

Erwartete Folgen

Kammern und Verbände warnen vor einem spürbaren Abbau von Behandlungskapazitäten: Pro halbem Kassensitz könnten etwa sieben Therapieplätze pro Woche entfallen (von rund 25 auf 18 abrechenbare Sitzungen), die freien Kapazitäten dürften nur noch an Privatversicherte oder Selbstzahlerinnen und Selbstzahler vergeben werden.

Inkrafttreten: nach Verkündung, wesentliche Teile zum 1. Januar 2027 und 1. Januar 2028.

Was ist zu beachten, wenn man freie Kapazitäten an Privatversicherte oder Selbstzahlerinnen und Selbstzahler vergibt?

Freie Zeitkapazitäten können grundsätzlich für die Behandlung von Privatversicherten und Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern genutzt werden — dies ist jedoch an klar definierte rechtliche Voraussetzungen geknüpft, deren Missachtung vertragsrechtliche Konsequenzen haben kann.

Es ist zu unterscheiden zwischen:

- Privatversicherten (PKV) und Beihilfeberechtigten sowie
- GKV-Versicherten.

Privatversicherte (PKV) und Beihilfeberechtigte

Die Behandlung von Privatversicherten und Beihilfeberechtigten ist ohne besondere Einschränkung zulässig. Abgerechnet wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Für psychotherapeutische Leistungen gelten insbesondere GOÄ § 870 (Verhaltenstherapie), § 861 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) sowie die analogen Positionen § 812a (Kurzzeittherapie und psychotherapeutische Sprechstunde; 2,3-facher Satz: ca. 134 € je Sitzung) und § 801a (Erhebung des psychischen Befunds).

Die privaten Krankenversicherungen übernehmen Psychotherapiekosten in der Regel, teils jedoch nur innerhalb festgelegter Sitzungskontingente oder nach vorheriger Genehmigung — dies sollte vor Therapiebeginn bei der Versicherung geklärt sein.

GKV-Versicherte als Selbstzahlerinnen oder Selbstzahler — Grundsatz und Ausnahme

GKV-Versicherte haben gegenüber Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich Anspruch auf Sachleistung. Ein erschöpftes Praxisbudget nach dem BStabG ändert diesen Grundsatz nicht automatisch.

Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden GKV-Leistungen beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten (§ 18 Abs. 8 Satz 2 BMV-Ä in der Fassung vom 1. April 2026).

Eine privatärztliche Abrechnung gegenüber GKV-Versicherten ist ausnahmsweise zulässig, wenn die versicherte Person vor Beginn der Behandlung ausdrücklich und aus eigenem Antrieb verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dies der Praxis schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2 BMV-Ä).

Für diese Ausnahme gelten drei zwingende (!) Voraussetzungen:

Initiative von der Patientin oder dem Patienten. Der Wunsch zur Privatbehandlung muss ausschließlich und unaufgefordert von der Patientin oder dem Patienten ausgehen. Ein Hinweis, eine Empfehlung oder auch nur eine Andeutung seitens der Praxis, sich als Selbstzahlerin oder Selbstzahler zu melden, ist unzulässig und kann als unzulässige Beeinflussung gewertet werden.

Schriftliche Bestätigung vor der ersten Sitzung. Die Patientin oder der Patient muss ihren oder seinen Wunsch schriftlich und vor Behandlungsbeginn bestätigen. Eine nachträgliche Unterzeichnung der Vereinbarung genügt nicht.

Aufklärung über den GKV-Anspruch. Die Patientin oder der Patient muss darüber informiert worden sein, dass sie oder er grundsätzlich Anspruch auf die Leistung als GKV-Sachleistung hat — auch wenn dies gegebenenfalls mit einer Wartezeit verbunden ist.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können die Leistungen nach der GOÄ/GOP in Rechnung gestellt werden; die Abrechnung erfolgt direkt gegenüber der Patientin oder dem Patienten, nicht über die Kassenärztliche Vereinigung. **Es ist zu beachten, dass die vorgenannten Voraussetzungen zwingend vorliegen müssen und dokumentiert werden müssen – andernfalls droht der Verlust des Vergütungsanspruches wie auch vertragsrechtliche Konsequenzen wegen Verletzung des Versorgungsauftrages.**

GKV-Versicherte mit Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V

Eine wichtige Alternative zur privaten Selbstzahlung ist das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V.

Das Kostenerstattungsverfahren kennt zwei rechtlich unterschiedliche Varianten, die für Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sehr unterschiedliche Konsequenzen haben:

§ 13 Abs. 2 SGB V – freiwillige Kostenerstattung (bei Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten anwendbar): Eine GKV-Patientin oder ein GKV-Patient kann bei seiner Krankenkasse dauerhaft den Wechsel in das Kostenerstattungsverfahren beantragen. Ist dieser Wechsel genehmigt, gilt er für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen als Privatpatientin oder Privatpatient – auch bei Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten. Die Praxis stellt in diesem Fall eine Privatrechnung nach GOÄ, die Patientin oder der Patient reicht sie bei ihrer oder seiner Krankenkasse ein. Die Krankenkasse erstattet maximal den Betrag, den sie bei Erbringung als Sachleistung aufgewendet hätte, abzüglich eines Abzugs für Verwaltungskosten.

§ 13 Abs. 3 SGB V – Kostenerstattung bei Systemversagen (bei Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten nicht anwendbar): Dieses Verfahren greift ausschließlich dann, eine gesetzlich versicherte Person trotz ernsthafter Suche keine Vertragspsychotherapeutinnen oder keinen Vertragspsychotherapeuten mit Kassenzulassung findet, die sie oder ihn innerhalb zumutbarer Zeit behandeln kann (sog. Systemversagen). Es richtet sich also per Definition an Privatpraxen ohne Kassenzulassung. Bei einer Praxis mit Kassensitz liegt kein Systemversagen vor – auch dann nicht, wenn das Praxisbudget ausgeschöpft ist. Dieses Verfahren ist daher für Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Kontext des BStabG grundsätzlich nicht nutzbar.

Was ändert sich in der Abrechnung?

Vom Festpreis zurück in das Budget. Bislang wurden viele psychotherapeutische Leistungen **extrabudgetär** vergütet — jede abgerechnete Sitzung wurde außerhalb eines festen Ausgabenrahmens zum festen Punktwert bezahlt. Mit dem BStabG werden diese Leistungen wieder in die **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)** einbezogen (§ 87d SGB V). Praktisch heißt das: Es gibt einen begrenzten Geldtopf für alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten einer Kassenärztlichen Vereinigung, verteilt über den **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)**. Wer über die zugeteilte Obergrenze hinaus abrechnet, bekommt Leistungen nur noch zu **abgesenkten Preisen** vergütet oder teilweise gar nicht mehr.

Punktwert statt garantierter Vergütung. Die Abrechnung läuft weiter über EBM-Punktzahlen (z. B. 899 Punkte je Therapiestunde nach dem EBA-Beschluss vom April 2026), aber der **Geldwert pro Punkt** kann sinken, wenn das Gesamtbudget der KV überlastet ist. Die Vergütung wird also weniger planbar und hängt davon ab, wie stark die regionale Gesamtabrechnungsmenge wächst.

Zuschläge fallen weg. Konkrete Abrechnungspositionen, die bisher zusätzlich vergütet wurden, entfallen zum 1. Januar 2027: **Kurzzeittherapie-Zuschläge** (GOP 35591) können nicht mehr zusätzlich abgerechnet werden.

Extrabudgetäre Zusatzvergütungen für Vermittlungs- und Sprechstundenfälle, etwa Termine über die 116117-Terminservicestelle, werden gestrichen — diese Leistungen wandern ins Budget und werden nicht mehr gesondert vergütet.

Wachstum des Budgets ist gedeckelt. Die jährliche Vergütungserhöhung wird 2027 bis 2029 auf die **Grundlohnrate minus 1 Prozentpunkt** begrenzt. Selbst wenn Praxisausgaben stärker steigen, wächst der abrechenbare Topf langsamer.

Rechtlicher Schutz bei der Abrechnung entfällt. Die gesetzliche **Angemessenheitsprüfung** soll gestrichen werden (§ 87 Abs. 2c Satz 8 und § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Bislang sicherte diese Regelung, dass die Vergütung je Zeiteinheit angemessen sein muss — ein Instrument, mit dem Praxen zu niedrige Punktwerte oder Honorarkürzungen rechtlich angreifen konnten. Fällt sie weg, verlieren Praxen diese Möglichkeit, die Abrechnungssätze durchzusetzen.

Praktische Folge für die Praxis: Die Abrechnung bleibt formal über den EBM und die KV-Systeme gleich, aber **jede zusätzlich abrechenbare Sitzung bringt nicht automatisch volles Honorar**. Bei Budgetüberschreitung greifen Abschläge; Zusatzpositionen entfallen; und der Punktwert kann regional sinken. Viele Praxen rechnen daher damit, die Anzahl der GKV-Sitzungen pro Kassensitz zu reduzieren.

Hinweis: Die genauen Abrechnungsregeln (HVM, Obergrenzen, Punktwert) legt jeweils die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Krankenkassen fest; sie werden voraussichtlich erst mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2027 final konkretisiert.

Was bedeutet das für die Wirtschaftlichkeit eines halben Kassensitzes?

Rund **72 % der psychotherapeutischen Versorgungsaufträge sind hälftige Sitze** — die Mehrheit der Praxen arbeitet also genau in dem Rahmen, den das BStabG am stärksten trifft. Die zentrale Stellschraube ist die Rückkehr zur **18-Stunden-Deckelung** (Hälfte der vom Bundessozialgericht angesetzten 36-Stunden-Vollauslastung): was darüber hinausgeht, darf im Schnitt nur noch an Privatversicherte oder Selbstzahlende abgerechnet werden.

Die vier Einzeleffekte im Überblick

EBA-Kürzung (–4,5 %, netto –2,8 %): auf einen Halbsitz mit 18 h ≈ **–2.163 €/Jahr** (volles Jahr ab 2027).

Wegfall Kurzzeittherapie-Zuschläge (GOP 35591, ~17,71 € je Zuschlagssitzung): proportional am Halbsitz ≈ **–2.440 €/Jahr** (AP+TP) bzw. **–4.470 €** (reine VT).

Grundlohnratendeckel (–1 Prozentpunkt, 2027–2029): auf die verbliebenen 18 h ≈ **–772 €/Jahr**, kumuliert bis 2030 rund –3.220 €.

Re-Budgetierung in die MGV: Unsicherheitsspanne von **0 € (optimistisch)** über **–5.365 € (mittel)** bis **–10.730 € (pessimistisch)** durch Punktwertverfall — die KBV warnt vor „erheblichen Verteilungskonflikten“.

Ein halber Kassensitz, der bisher auf 25–28 Therapiestunden pro Woche ausgelastet war, verliert unter dem BStabG **mehr als ein Drittel bis über die Hälfte seines Reinertrags** — vorausgesetzt, die Praxen halten sich an die 18-Stunden-Deckelung.

Praktisch bleiben nur zwei Auswege: die freigewordenen Stunden mit privat versicherten oder selbstzahlenden Personen füllen, oder die Praxis wirtschaftlich verkleinern. Damit einher geht nach Einschätzung der Verbände ein Abbau von GKV-Therapieplätzen — pro halben Sitz rechnerisch rund **7 Plätze pro Woche**.

Hinweis:

Dies sind Modellrechnungen auf Basis von Destatis-, BpTK- und DPtV-Daten; die tatsächlichen Effekte hängen von der regionalen Auslastung, dem Verfahrensschwerpunkt (VT/TP/AP) und den noch zu erlassenden Honorarverteilungsregeln ab.

Was bedeutet das für die Gruppenpsychotherapie in der Abrechnung?

Aktueller Status: Noch extrabudgetär. Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** (GOP 35173–35179) wird bislang **außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)** vergütet — also zu festen Punktwerten, ohne Deckelung durch ein Praxis-Budget. Dasselbe gilt für die probatorischen Gruppensitzungen (GOP 35163–35169) und die GOP 35151/35152. Abgerechnet wird je vollendete 100 Minuten und Teilnehmer, bis zu viermal im Krankheitsfall.

Das BStabG überführt die **Richtlinien-Psychotherapie generell wieder in die MGV** (§ 87d SGB V) — es enthält **keinen ausdrücklichen Sonderstatus für Gruppenpsychotherapie**. Damit droht auch die Gruppenbehandlung, in den Budget-Topf zurückzufallen. Praktisch hieße das: Gruppenleistungen würden über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) aus dem begrenzten Topf mitfinanziert und bei Budgetüberschreitung nur noch zu **abgesenkten Punktwerten** oder anteilig vergütet.

Besondere Wirkung bei Gruppentherapie: Gruppenpsychotherapie ist **zeitgebunden, aber pro Stunde mehrfach abrechenbar** (je Teilnehmer). Genau das macht sie im Budget-System anfällig: Eine Ausweitung der Gruppen erhöht die abgerechnete Leistungsmenge und damit das **Quotierungsrisiko** — Leistungen oberhalb des zugeteilten Rahmens werden entwertet. Es besteht also ein wirtschaftlicher Anreiz, Gruppen auszubauen, zugleich das Risiko, dass zusätzliche Gruppensitzungen nicht voll vergütet werden.

Bereits wirksam: Gekürzter Strukturzuschlag: Unabhängig vom BStabG hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zum 1. April 2026 den **Strukturzuschlag für Gruppentherapien (GOP 35572) von 77 auf 66 Punkte gesenkt** (–14 %); der Einzeltherapie-Zuschlag (GOP 35571) sank von 186 auf 159 Punkte. Das betrifft den pauschalen Ausgleich für Praxiskosten, nicht das eigentliche Fallhonorar.

Konsequenz für die Abrechnung: Bis Ende 2026 bleibt die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung voraussichtlich extrabudgetär abrechenbar. Ab 2027 ist mit **Unsicherheit bei Planbarkeit und Punktwert** zu rechnen: Sind Gruppen in die MGV einbezogen, drohen Abschläge bei Überschreitung des zugeteilten Rahmens; bleibt sie extrabudgetär (etwa prioritär gefördert), wäre sie im Vergleich zur Einzelpsychotherapie sogar relativ attraktiv. Die genauen Abrechnungsregeln werden erst mit der HVM-Anpassung durch die KV Ende 2026 konkretisiert.

Christian Lorenz, 22. Juli 2026