

Berlin, 19.06.2026

Gemeinsame Stellungnahme der psychiatrischen Berufsverbände BVDP/ BVDN zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und weiteren Reformansätzen

Die Berufsverbände der Deutschen Psychiater (BVDP) und Nervenärzte (BVDN) erkennen als Ärztinnen und Ärzte an, dass Reformen im Deutschen Gesundheitssystem dringend erforderlich sind. Um die medizinische Versorgung langfristig zu sichern, Fehlsteuerung zu korrigieren und begrenzte Mittel evidenzbasiert nach medizinischem Bedarf einzusetzen, sind Reformprozesse nötig. Der vorliegende Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, erstmals am 12.6.26 in Bundestag und Bundesrat gelesen, leistet das nicht. Er versucht, wachsende Versorgungsbedarfe durch eine starre Einnahmenlogik zu begrenzen, statt sie durch Priorisierung, Patientensteuerung und strukturelle Anpassungen sachgerecht zu beantworten.

Für die haus- und fachärztliche Versorgung steht ein in seiner Struktur seit Jahrzehnten wenig reformiertes ambulantes Versorgungssystem zur Verfügung. Der Versorgungsbedarf ist in den vergangenen Jahrzehnten enorm gewachsen und wächst auch weiterhin. Die Einnahmen der GKV und die Ausgaben bleiben nahezu gleich. Mit dem oben genannten Gesetz wird es ausschließlich zu Verlagerungen des Versorgungsproblems innerhalb des SGB V-Bereichs, aber auch in andere SGB-Bereiche kommen. Die Folgen sind absehbar: längere Wartezeiten, kürzere Arzt-Patienten-Kontakte, höhere Arbeitsverdichtung und schlechterer Zugang zur spezialisierten fachärztlichen Behandlung.

BVDP und BVDN fordern eine Reformdiskussion, die sich an objektiven Versorgungsbedarfen, medizinischer Dringlichkeit und einer verantwortlichen Patientensteuerung orientiert — nicht an pauschalen Deckelungslogiken.

Kritik der Einnahmeorientierung: Dies ist der zentrale Webfehler des Gesetzes. Versorgung kann sich nur am Bedarf orientieren – nicht an den Einnahmen. Man kann Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und Demenzen nicht an die Grundlohnrate anpassen.

Wenn im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen objektiv steigende Versorgungsbedarfe auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik trifft, hat dies sektorübergreifend erhebliche Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung. So werden in der vertragsärztlichen Versorgung Orientierungswert, regionale Punktwerte und nach aktuell und schon seit Jahrzehnten geltender Vergütungslogik wichtige extrabudgetäre Ventile (u. a. TSVG-Fälle, offene Sprechstunden, Neupatientenregelung, Kurzzeitpsychotherapie) auf die Logik der Beitragssatzstabilität zurückgeführt. Steigende Fallzahlen, mehr Multimorbidität und komplexere Verläufe treffen damit auf ein Honorarvolumen, das sich primär an der Lohnentwicklung, nicht am Versorgungsbedarf orientiert. Rationierung zeigt sich in längeren Wartezeiten, kürzeren Kontakten und erschwertem Zugang zur Facharztversorgung – besonders

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

spürbar im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie, wo zeitnahe Versorgung Chronifizierung und Symptomwachstum und damit zunehmendes Leiden verhindern können
Bedarfs- und Sicherstellungsaspekte werden in dem Gesetzesentwurf zwar erwähnt, aber nicht als harte Ausnahmetatbestände gegenüber der Obergrenze normiert. Bei nachgewiesenem Mehrbedarf (z. B. Demographie, Morbidität, Ambulantisierung) und damit steigendem Versorgungsbedarf kann im aktuell an der Belastungsgrenze befindlichen ambulanten Versorgungssystem bei Mengenbegrenzung und strengerer Budgetierung eine medizinische Basisversorgung nicht gelingen. Ambulant, stationär, hochspezialisiert und im Rehabilitationsbereich entsteht dieselbe Konstellation: Der Gesetzgeber setzt ein einheitliches Finanzkorsett, während die Bedarfe – insbesondere bei psychischen und Hirnerkrankungen – systematisch darüber hinauswachsen. Wie dieser Mehrbedarf ohne qualitative Einbußen aufgefangen werden soll, bleibt unbeantwortet.

Lange Wartezeiten im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie: Wenn steigende Bedarfe auf gedeckelte Kapazitäten treffen, entsteht keine Effizienz. Es entstehen Wartelisten – zu Lasten der Patientinnen und Patienten, die dringend fachärztliche Versorgung benötigen.

Die langen Wartezeiten auf Termine in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen sind in erster Linie Ausdruck eines objektiv hohen und weiter steigenden Versorgungsbedarfs. Hinzu kommen eine hohe Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten sowie eine niedrige Überweisungsschwelle im hausärztlichen Bereich, die dazu führt, dass auch viele Fälle ohne hinreichende fachärztliche Dringlichkeit in den fachärztlichen Praxen vorgestellt werden. Die Ursache des Problems liegt damit nicht in einer angeblichen Fehlsteuerung einzelner Praxen, sondern in einem strukturellen Missverhältnis zwischen Nachfrage, Zuweisung und verfügbaren Kapazitäten.

Budgetierung, Ausgabenobergrenzen und einnahmeorientierte Zuwachsgrenzen schaffen keine zusätzlichen Behandlungskapazitäten, sie verkürzen keine Wartezeiten und verbessern keine Priorisierung. Im Gegenteil: Sie verschärfen die Versorgungslage, weil sie die wirtschaftliche Grundlage der versorgenden Einrichtungen und aller Leistungserbringer schwächen und damit gerade jene Strukturen unter Druck setzen, die bereits heute eine überproportional hohe Nachfrage bewältigen müssen.

Dass ein Hausarztmodell ohne hinreichende Evidenz als Lösung präsentiert wird, überzeugt ebenfalls nur dann, wenn es mit klaren Priorisierungsregeln und qualifizierten Überweisungen verbunden wird. Fehlen diese Voraussetzungen, wird das Problem lediglich verlagert: Der Hausarzt wird zum zusätzlichen Flaschenhals, Wartezeiten im hausärztlichen Bereich nehmen zu, notwendige fachärztliche Termine verzögern sich weiter, und es entstehen zusätzliche Kosten durch mehr Kontakt- und Steuerungsebenen. Ein Primärarztssystem ohne verbindliche medizinische Steuerungskriterien löst das Wartezeitenproblem nicht, sondern verschiebt und vergrößert es.

Ausnahmeregeln: Wer Dialyse und Substitution sowie die Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen schützt, muss erklären, warum hoch vulnerable erwachsene Patientinnen und Patienten mit psychischen und Hirnerkrankungen keinen vergleichbaren Schutz erhalten.

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 3991 8B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

Die genannten Ausnahmen von der Budgetierung sind für sich genommen sachlich gut begründbar. Sie zeigen, dass der Gesetzgeber selbst anerkennt, dass eine starre Rückführung in begrenzte Gesamtvergütungen nicht für alle Patientengruppen und Leistungsbereiche medizinisch verantwortbar ist.

Genau hier liegt aber auch das Problem: Die staatliche Priorisierung ist im Einzelfall richtig, sie bleibt jedoch inkonsistent. Wenn der Gesetzgeber für bestimmte Gruppen ausdrücklich anerkennt, dass eine vollständige extrabudgetäre Vergütung notwendig ist, weil Budgetierungslogik hier zu Fehlversorgung führen würde, dann stellt sich zwingend die Frage, warum andere, in gleicher Weise vulnerable und prognoserelevante Patientengruppen wie etwa in der Erwachsenenpsychiatrie hiervon nicht erfasst werden. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ist diese Leerstelle besonders gravierend. Psychische und Hirnerkrankungen gehören zu den Krankheitsgruppen mit besonders hoher Krankheitslast, hoher Komplexität, häufiger Chronifizierung und erheblichem Leidensdruck bis hin zu Suizidalität. Verzögerungen in der Diagnostik und bezüglich des Behandlungsbeginns bleiben oft nicht folgenlos. In vielen Konstellationen gilt: Nicht fachgerechte und unvollständige oder verzögerte medizinisch-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung führen zu Chronifizierung und zunehmender Schwere einer Erkrankung, zu hohem Leidensdruck, sozialer Isolation und zum Teilhabeverlust. Funktionseinbußen und höherer Pflegebedarf führen zu wachsenden Folgekosten. Ohne entsprechende Schutzmechanismen bestimmt die Budgetlogik damit über Krankheitslast und Prognose.

Vor diesem Hintergrund ist es schwer nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber einerseits für einzelne vulnerable Gruppen Schutzräume gegenüber der Budgetierungslogik schafft, andererseits aber die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht vergleichbar absichert.

KSV Psych-Richtlinie vor dem AUS

In den letzten Jahren wurde seitens des Gesetzgebers eine Intensivierung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gefordert und daraufhin wurde die ambulante Komplexversorgung gemäß KSVPsych-RL¹ § 92 Absatz 6b SGB V eingeführt. Diese ermöglicht die wohnortnahe psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von schwer psychisch Erkrankten durch ein strukturiertes, koordiniertes, multiprofessionelles und sektorübergreifendes Versorgungsmodell und stellt eine erhebliche Versorgungsverbesserung für diese Patientengruppe dar. Die entstandenen kooperativen multiprofessionellen und interdisziplinären ambulanten Versorgungsstrukturen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sind hochgradig gefährdet, da eine extrabudgetäre Vergütung außerhalb der Regelleistung für deren Fortbestand existentiell ist.

Diesem Versorgungsmodell droht durch den Wegfall der zwingend erforderlichen extrabudgetären Vergütung ebenso das Aus.

¹ [Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf \(KSV Psych-RL\)](#)

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

Fachärztliche Pflegeheimversorgung vor dem AUS

Pflegeeinrichtungen sind bereits heute ein Brennpunkt der Unterversorgung. Analysen zeigen, dass ein relevanter Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner in ambulanter und stationärer Langzeitpflege über längere Zeiträume keinen fachärztlichen Kontakt hat; besonders häufig fehlen Augenärzte, Neurologen und Psychiater. Gleichzeitig ist die neuropsychiatrische Krankheitslast in Heimen hoch: Viele Menschen leben dort mit Demenzen, Parkinson-Syndromen und anderen degenerativen und mitunter schweren Hirn- und Nervenerkrankungen, die eine kontinuierliche fachärztliche Begleitung erfordern.

Wer einerseits auf Beitragssatzstabilität setzt und andererseits spezifische Sicherungsmechanismen für die Heimversorgung streicht, nimmt in Kauf, dass die ohnehin lückenhafte psychiatrische Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern weiter ausgedünnt wird. Gerade in diesem Setting sind weiterhin gezielte Anreize, Kooperationsmodelle und klare Verantwortlichkeiten erforderlich und nicht eine zusätzliche Entwertung eines ohnehin schwer zu besetzenden Versorgungsbereichs.

Koordinierte und kooperative fachärztliche Pflegeheimversorgung nach §119b SGB V hat die Versorgungssituation v.a. von dementiell erkrankten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen durch die obligatorische Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt auf der einen sowie Pflegepersonal und Heilmittelerbringern auf der anderen Seite deutlich verbessert. Durch die aktuelle Gesetzgebung ist auch diese Versorgung vielerorts nicht aufrecht zu erhalten. Die Situation der Betroffenen wird sich wieder verschlechtern, der Versorgungsaufwuchs insbesondere durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für diese besonders vulnerable Patientengruppe wird nicht zu halten sein. Für alle Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und deren Angehörige bedeutet dies eine Verschlechterung des Zugangs zur medizinischen Versorgung; für besonders vulnerable Gruppen mit psychischen, kognitiven oder multimorbiden Erkrankungen kann sie zur Versorgungskatastrophe werden.

Es entsteht der Eindruck einer selektiven, politisch gesetzten Grenzziehung insbesondere zu Lasten psychisch Erkrankter und alter Menschen statt einer systematischen, bedarfs- und krankheitslastorientierten Priorisierung.

Die Entwertung der Pflegeheimversorgung verstärkt bestehende Versorgungslücken. Wenn die Politik Heimversorgung entwertet, trifft sie nicht ‚die Ärzte‘, sondern Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen (v. a. Demenzen). An ihnen darf ein Beitragssatz nicht stabilisiert werden.

Ambulantisierung ohne ambulante Stärkung ist keine Reform, sondern Lastenverschiebung
Wer stationär abbaut und ambulant deckelt, produziert Versorgungsgengpässe mit Ansage.
Gerade im Versorgungsbereich der Menschen mit psychischen Erkrankungen heißt Ambulantisierung nicht weniger Aufwand, sondern mehr koordinierte Hochleistungsversorgung außerhalb des Krankenhauses.

Die aktuellen Reformbemühungen verfolgen im Grundsatz nachvollziehbare Ziele: Stationäre Leistungen sollen dort reduziert werden, wo sie medizinisch nicht notwendig sind, Verweildauern sollen verkürzt und Ambulantisierungspotenziale systematisch gehoben werden.

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

Das ist gesundheitspolitisch richtig, weil eine moderne Versorgung nicht an überholten stationären Strukturen festhalten darf, wenn Leistung sicher, qualitativ hochwertig und patientennah ambulant oder sektorgleich erbracht werden kann.

Gerade deshalb ist es aber widersprüchlich, den ambulanten Bereich gleichzeitig finanziell einzuengen. Derselbe Gesetzentwurf, der auf Verlagerung aus dem Krankenhaus setzt, begrenzt im vertragsärztlichen Bereich die Honorarentwicklung durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze, führt extrabudgetäre Leistungen in die Budgetlogik zurück und baut Zuschläge ab, die bislang zumindest teilweise zusätzliche Kapazitäten refinanziert haben. Damit wird ausgerechnet der Sektor geschwächt, der die Folgen der Krankenhausstrukturreform und der gewollten Ambulantisierung tatsächlich auffangen soll.

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt v. a. ambulant und selbst bei Notwendigkeit einer vorübergehenden stationären Versorgung ist eine sektorenübergreifende bzw. sektorenverbindende Versorgung für die gute Patientenbetreuung anzustreben. Genau dieser strukturelle, personelle und medizintechnische Mehrbedarf ist aber nicht kostenlos zu haben. Ambulantisierung im Versorgungsbereich der Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeutet nicht weniger Aufwand, sondern in der Regel mehr: mehr Diagnostik im Vorfeld und im Verlauf, mehr Koordination zwischen Praxis, Klinik, Reha, Pflege und anderen an der medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Versorgung Beteiligten, mehr Überwachung komplexer Therapien, mehr Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Wenn der Gesetzgeber gleichzeitig die ambulante Vergütungsdynamik deckelt, zusätzliche und notwendige Leistungen budgetiert und die Refinanzierung des Versorgungsaufwands erschwert, entzieht er dem System genau die Mittel, die für eine gelingende Ambulantisierung erforderlich wären.

Der zentrale Widerspruch lässt sich daher einfach benennen: Ambulantisierung ist richtig, aber sie kann nur gelingen, wenn die ambulante Versorgung strukturell gestärkt und nicht parallel budgetär eingeengt wird. Wer stationär abbaut und ambulant deckelt, reformiert nicht konsequent, sondern verlagert denselben Bedarf in ein unterfinanziertes Setting – mit absehbaren Folgen für Zugang, Qualität und Versorgungstabilität.

Primärarztmodell: Steuerung ja – Pflichtkontakt ohne Qualität nein

Wenn Patientinnen und Patienten erst durch ein überlastetes hausärztliches System müssen, entstehen zusätzliche Kontakte, zusätzliche Bürokratie und zusätzliche Verzögerungen. Bei der Versorgung psychischer Krankheiten gilt: mit hoher Fachlichkeit müssen sowohl medizinisch, psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozialmedizinische Aspekte integrativ erfasst und indikationsgerecht umgesetzt werden.

Bereits heute ist absehbar, dass die hausärztlichen Kapazitäten in vielen Regionen knapp sind und unter dem demografischen Wandel weiter unter Druck geraten werden. Die für die Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen erforderlichen Zeitressourcen fehlen oft in den hausärztlichen Praxen. Ein genereller Überweisungsvorbehalt ist keine Steuerung, sondern führt zu zusätzlichen Kontakten in einem ohnehin knappen System und einer Verschlechterung der Versorgung insbesondere von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen sind häufig komplex und insbesondere in ihren Frühstadien und Grenzbereichen diagnostisch schwer zu fassen. Eine zeitnahe fachärztliche Diagnostik und

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

Behandlungsplanung sind erforderlich. Nur die genannten psychiatrisch-psychotherapeutisch weitergebildete Fachärzte sind in der Lage, nach effizienter Erstdiagnostik zielgenau eine Weiterleitung in Spezialdiagnostik oder aber medizinisch-pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung in die Wege zu leiten. Entscheidungen mit hoher und umfassender Fachlichkeit können Erkrankungsverläufe verkürzen, Krankheitslast mindern und Suizidalität verhindern oder lindern.

„Nichtärztliche Psychotherapeuten“ besitzen nicht die umfassenden medizinisch-pharmakologischen Kenntnisse und Fähigkeiten, alle erforderlichen Aspekte in die ressourcensparende Steuerung der Versorgung einzubeziehen.

Prävention als blinder Fleck der Reform

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie umfasst auch die Vorbeugung psychischer Erkrankungen, nicht nur Diagnose und Behandlung. In einem System, das Bedarfe strukturell an die Grundlohnrate bindet und Mehrleistungen primär über Effizienz und Mengenbegrenzung abfangen will, geraten jedoch gerade präventive und frühzeitige Interventionen unter Druck, die Zeit, Kontinuität und strukturierte Programme brauchen. Das Gesetz beantwortet nicht die Frage, wie Prävention und frühzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gestärkt werden sollen, sondern begrenzt lediglich ihre Finanzierungsdynamik – und verfehlt damit eine der größten Chancen zur Reduktion von Krankheitslast und zur Entlastung der Sozial- und Pflegesysteme.

Apothekengesetz - Mehrarbeit, nicht Entlastung: Was als Entlastung verkauft wird, ist faktisch ein Einfallstor für zusätzliche, unfinanzierte Mehrarbeit in der ambulanten Versorgung.

Jeder zusätzliche Schnelltest in der Apotheke erzeugt eine neue Schnittstelle zur ärztlichen Versorgung – mit der Erwartung, dass Ärztinnen und Ärzte im Zweifel die Indikation klären, das Ergebnis bewerten und das weitere Vorgehen verantworten. Damit entstehen Mehrbedarfe, die vollständig auf die ambulante Versorgung durchschlagen: Patientinnen und Patienten kommen mit Testergebnissen, deren Indikation unklar ist, deren Aussagekraft begrenzt ist und die häufig eine erneute Diagnostik erforderlich machen. Diese zusätzlichen Arztkontakte sind im System weder strukturell noch finanziell abgebildet.

Es entsteht genau damit mehr Arbeit ohne Gegenfinanzierung in ohnehin überlasteten Praxen. Es drohen Qualitätsprobleme bei der Indikation, Aufklärung und Interpretation der Tests. Und es entstehen Rollenkonflikte zwischen Apotheken und Ärzteschaft, wenn Patientinnen und Patienten mit Erwartungen in die Praxis kommen, die auf einer vorgelagerten, nicht ärztlich gesteuerten Testung beruhen. Von Entlastung kann unter diesen Bedingungen keine Rede sein.

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

Konstruktive Lösungsansätze: Steuerung statt pauschaler Deckelung

BVDP und BVDN verstehen sich ausdrücklich nicht als Gegner von Reformen, sondern als Mitgestalter einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung. Gerade im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie ist offenkundig, dass steigende Krankheitslast, medizinischer Fortschritt und zunehmende Ambulantisierung nicht durch pauschale Ausgabenbegrenzung beantwortet werden können. Wo Bedarfe steigen, braucht es nicht blinde Deckelung, sondern kluge Steuerung: Priorisierung, gezielte Strukturentwicklung, neue Versorgungsformen und eine konsequent evidenzbasierte Gesundheitspolitik.

- 1. Priorisierung und Patientensteuerung**
- 2. Strukturelle Anpassungen, wie z. B. die Sozialpsychiatrievereinbarung im Bereich der KJP**
- 3. Effizienz durch neue Versorgungsformen, multiprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung, Einbezug Telemedizin, Physician Assistants und Fach-MFAs**
- 4. Evidenzbasierte Politikgestaltung – begleitende Evaluation aller Maßnahmen**

Der Beschluss des GKVStabG mit den hier beschriebenen Folgen erfolgt mit dem Wissen um mind. 3 weitere Gesetzesinitiativen (Primärversorgungsgesetz, Präventionsgesetz, Notfallgesetz, Digitalgesetz), die sich mit großer Wahrscheinlichkeit gegenseitig beeinflussen und in Wechselwirkung treten. Allein, die Ausgestaltung der noch in der Vorbereitung befindlichen Gesetze ist heute noch nicht bekannt. Für eine umfassende Reformierung der Gesundheitsversorgung und für den Erhalt der starken Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems ist aber die Zusammenführung der Gesetze dringend geboten. Synergien müssen geprüft werden und genutzt werden!

6. Angebot an die Politik

BVDP und BVDN bieten an, den Reformweg konstruktiv mitzugestalten. Dazu gehören die gemeinsame Entwicklung von Priorisierungs- und Steuerungsinstrumenten, die Bereitstellung von Versorgungsdaten und fachlicher Expertise sowie die Mitarbeit an Modellprojekten zur Patientensteuerung und zur Evaluation neuer Versorgungsformen.

Es geht nicht um Blockade, sondern um kooperative Reformgestaltung. Ziel muss eine gute und effiziente Patientenversorgung sein, die sich an Dringlichkeit, objektiven Bedarfen und am Gemeinwohl orientiert – nicht an pauschalen Deckelungsmechanismen, die den Mangel nur verdecken.



Dr. med. Sabine Köhler



Dr. med. Klaus Gehring

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psychiater.de
www.berufsverband-psychiater.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de