

Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)

vom 06.10.2026

zu den Änderungsanträgen 1 bis 12 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

**Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
(Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 05.10.2026)**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

(BT-Drs. 21/6808)

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nehmen zu den Änderungsanträgen im Umfang der Betroffenheit des GBA Stellung. Sie knüpfen damit an ihre Stellungnahme vom 17.06.2026 zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Drs. 21/6130) an. Die Klarstellungen und Folgeänderungen, die den evidenzbasierten Rahmen der Versorgung stärken, werden begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Beschränkung des Vorrangs cannabishaltiger Fertigarzneimittel auf ihr zugelassenes Anwendungsgebiet, mit der eine in der Versorgung entstandene Auslegungsunsicherheit beseitigt wird. Kritisch sehen die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder die Koppelung der extrabudgetären Vergütung der psychotherapeutischen Akutbehandlung an eine zuvor in der Psychotherapeutischen Sprechstunde festzustellende Dringlichkeit. Sie setzt Fehlanreize, ohne die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zielgerichtet zu verbessern.

Dr. Sonja Optendrenk

Karin Maag

Dr. med. Bernhard van Treeck

(Unparteiische Vorsitzende)

(Unparteiisches Mitglied)

(Unparteiisches Mitglied)

II. Einzelbemerkungen

Zu Änderungsantrag 1, Artikel 1 Nummer 13: § 92 Absatz 6a SGB V i.V.m. Artikel 1a Nummer 3: § 87d SGB V

Inhalt der Regelung:

Der GBA soll bis zum letzten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde treffen. Nach § 87d Absatz 1 Nr. 5 bis 7 werden psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche, psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die die Voraussetzungen der Richtlinien nach der KSVPsych- und KJ-KSVPsych-Richtlinie sowie die Psychotherapeutische Akutbehandlung ab 2027 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Bei der Akutbehandlung (Nummer 7) setzt dies voraus, dass zuvor die Dringlichkeit nach § 92 Absatz 6a Satz 7 festgestellt wurde und die Behandlung über die Terminservicestelle vermittelt wurde.

Bewertung:

Grundsätzlich begrüßen die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder, dass mit dem Änderungsantrag der seit Jahren ungedeckte Versorgungsbedarf bei u.a. schwer psychisch kranken Menschen adressiert wird. Der vorgesehenen Koppelung von extrabudgetärer Vergütung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Feststellung der Dringlichkeit einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde liegen jedoch bestimmte Fehlanreize inne, sodass die damit intendierten Gesetzeszwecke der Verminderung von Wartezeiten sowie der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Vergütung in Frage stehen.

a. Strukturelle Fehlanreize durch extrabudgetäre Vergütung

Die Verknüpfung der extrabudgetären Vergütung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung mit einer Feststellung der „Dringlichkeit“ der Behandlung schafft falsche Anreize, weil sich die Dringlichkeit kaum an objektiven und evidenzbasierten Kriterien festmachen lässt, sondern immer eine individuelle therapeutische Einschätzung erfordert. Dies könnte die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in die Höhe treiben, während die tatsächliche Zahl der verfügbaren Therapieplätze dadurch nicht wächst.

Zudem hat der GBA hat im Zuge des neuen Satz 7 in § 92 Abs. 6a ausweislich des Wortlauts „*Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung*“ vorzunehmen. Allein durch die Verknüpfung zum § 87d wird der Zusammenhang

mit der Psychotherapeutischen Akutbehandlung hergestellt. Eine „ambulante psychotherapeutische Behandlung“ erschöpft sich jedoch nicht in der Psychotherapeutischen Akutbehandlung und kann insoweit auf diese nicht reduziert werden. Bei einem Beibehalten der derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen würde dies aber genau der Fall sein; für Leistungserbringer entstünde allein ein Anreiz die Psychotherapeutische Akutbehandlung in dem Richtlinienumfang innerhalb der 12 Monate anzubieten. Erforderliche Weiterbehandlungen im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung wären nicht entsprechend nicht privilegiert, obwohl sie ggf. auch dringlich sein können.

b. Strategieanfälligkeit bei Verknüpfung von Bedarfsfeststellung und Behandlung

Nach der derzeitigen Fassung soll die Feststellung der Dringlichkeit in der Psychotherapeutischen Sprechstunde durch die Leistungserbringer erfolgen, die anschließend auch die extrabudgetär vergütete Akutbehandlung erbringen. Die zusätzliche Voraussetzung der Vermittlung durch die Terminservicestelle soll verhindern, dass die Feststellung unmittelbar der eigenen Behandlung zugutekommt. Dies ist jedoch nicht ausgeschlossen, da Leistungserbringer ihre freien Termine der Terminservicestelle melden. Gleichzeitig verlagert sich der Fehlanreiz: Patientinnen und Patienten, die bereits einen Behandlungskontakt in der Psychotherapeutischen Sprechstunde aufgebaut haben, müssten für eine extrabudgetär vergütete Psychotherapeutische Akutbehandlung den Umweg über die Terminservicestelle nehmen. Dadurch entsteht zusätzliche Bürokratie. Zudem würden freie Kapazitäten vorrangig für vermittelte Psychotherapeutische Akutbehandlungen statt für Richtlinientherapien gemeldet.

Die Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für eine Patientengruppe geht auch mit der Nichtfeststellung der Dringlichkeit für eine andere Patientengruppe einher. Auch für diese Patientengruppe, die sich bereits in einer entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung befindet, sind die konkreten Folgen des Regelungsauftrags an den GBA nicht abschließend geklärt.

In der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird bereits heute auf der individuellen Patienteninformation (PTV 11) festgehalten, ob eine Psychotherapeutische Akutbehandlung empfohlen wird. Diese gilt als „zeitnah erforderlich“ und ist unter anderem Voraussetzung für die Vermittlung durch die Terminservicestelle. Es ist fraglich, wie sich das Kriterium „zeitnah erforderlich“ zur „Dringlichkeit“ verhält.

c. Ohne Patientensteuerung keine Verbesserung

Mit der Anbindung an die Terminservicestelle knüpft der Änderungsantrag an ein bereits vorhandenes Steuerungsinstrument an. Die Terminservicestelle vermittelt allerdings nur Termine für Psychotherapeutische Sprechstunden, Psychotherapeutische Akutbehandlungen und probatorische Sitzungen, die zeitnah erforderlich sind. Eine an der Schwere der Erkrankung orientierte, verbindliche Steuerung in die weitere Behandlung ist damit nicht verbunden. Eine

Psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf bis zu 600 Minuten begrenzt. Danach müssen die Patientinnen und Patienten erneut einen Therapieplatz suchen, künftig innerhalb eines budgetierten Vergütungsrahmens. Damit ist wenig gewonnen.

Gerade schwer psychisch erkrankte Menschen haben oft nicht die psychische Stabilität, um die frustrane und aufwendige Suche nach einem Platz in einer Psychotherapeutischen Sprechstunde oder einer Richtlinien-therapie durchzuhalten. Die KSVPsych-Versorgung setzt genau hier an. Sie ist jedoch in Deutschland bislang noch nicht flächendeckend verfügbar, obwohl sich kontinuierlich weitere Netzverbünde in der Versorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen etablieren und die Versorgung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Rahmen der KJ-KSVPsych-Richtlinie anläuft.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass psychotherapeutische Leistungen zwar einen wichtigen, aber nicht den einzigen Bestandteil der KSVPsych-Versorgung darstellen. Sie sind Teil einer Komplexleistung. Es wäre daher nicht ausreichend, ausschließlich „psychotherapeutische Leistungen“ innerhalb der KSVPsych-Komplexbehandlung extrabudgetär zu stellen. Würden hingegen alle Leistungen, die im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie erbracht werden, extrabudgetär gestellt, so wäre dies der intendierten Verbesserung der Versorgung schwer psychisch Kranker zuträglich.

d. Echte Hilfe für schwer psychisch Kranke

Mit dem Änderungsantrag soll ein schnellerer Zugang zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung erreicht werden. Diese ist per se nur auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptome ausgerichtet und soll akute Krisen- und Ausnahmezustände bessern, unabhängig vom zugrunde liegenden Erkrankungsbild. Akute Behandlungsbedürftigkeit und die Schwere einer psychischen Erkrankung sind zwei verschiedene Dinge. Wenn die zeitlich begrenzte Psychotherapeutische Akutbehandlung extrabudgetär vergütet wird, die anschließende aus fachlicher Sicht jedoch erforderliche Richtlinien-therapie dagegen budgetiert wird, entsteht ein Anreiz, Kapazitäten zugunsten kurzer Kriseninterventionen und zulasten längerfristiger Behandlungen einzusetzen. Für schwer psychisch erkrankte Menschen, die eine zeitintensive und komplexe Betreuung benötigen, würde sich die Lage dadurch voraussichtlich sogar langfristig verschlechtern.

Beispielsweise benötigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung eine Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie oder Psychosomatik hinter sich haben, in der Regel dringend und nahtlos eine ambulante Psychotherapie. Diese Personen würden von der aktuellen Regelung voraussichtlich nicht profitieren. Bei dieser Patientengruppe dient die Psychotherapie der Stabilisierung des Behandlungserfolgs, der Verhinderung vermeidbarer Wiederaufnahmen und letztlich der Einsparung von Geldern der Versichertengemeinschaft. Um das Versorgungsdefizit bei dieser Gruppe zu beheben, sind gezielte Anreize erforderlich, die eine nahtlose und verlässliche Weiterbehandlung für schwer psychisch erkrankte

Menschen attraktiver machen, zum Beispiel durch die Extrabudgetierung aller Leistungen innerhalb der KSVPsych-Richtlinie.

e. Reduzierung von Wartezeiten durch Förderung der Gruppenpsychotherapie

Das mit dem Änderungsantrag angestrebte Ziel einer Reduzierung der Wartezeiten auf Basis der im Antrag enthaltenen Vorgaben ist nicht oder nur kurzfristig für eine ausgewählte Patientengruppe zu erwarten. Ein möglicher Ansatz in diese Richtung wäre die gesetzgeberische Verknüpfung des Angebots von Gruppenpsychotherapie mit einer extrabudgetären Vergütung. Durch Gruppenpsychotherapie können wesentlich mehr Patientinnen und Patienten je Zeiteinheit behandelt werden. Obwohl bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie von Gruppenpsychotherapiefähigkeit auszugehen ist, werden nach wie vor weniger als zehn Prozent aller psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen von Gruppentherapie erbracht. Ein finanzieller Anreiz durch den Gesetzgeber wäre hier sinnvoll, um die Wartezeiten zu verkürzen.

f. Zeitliche Abstimmung

Artikel 1a tritt gemäß Artikel 11 Absatz 1a zum 1. Januar 2027 in Kraft. Die Regelungen des GBA zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde liegen dann voraussichtlich noch nicht vor. Solange sie nicht in Kraft sind, kann die Voraussetzung des § 87d Absatz 1 Nummer 7 nicht erfüllt werden, die extrabudgetäre Vergütung liefe in diesem Zeitraum ins Leere. Die Frist von sechs Monaten ist zudem ambitioniert, weil Beratung, Stellungnahmeverfahren und die Prüfung durch das BMG zur Wahrung der formellen Rechtmäßigkeit unabdingbarer Bestandteil des Beratungsverfahrens sind.

g. Verweis auf den Umfang der Richtlinie

§ 87d Absatz 1 Nummer 7 knüpft die Vergütung von Psychotherapeutischen Akutbehandlungen an den „vorgesehenen Umfang“ der Richtlinie (laut Begründung bis zu 600 Minuten in 12 Monaten). Damit haben künftige medizinisch begründete Änderungen der Richtlinie unmittelbar Auswirkungen auf das extrabudgetäre Volumen. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder bitten, dies bei der Bewertung des Verweises zu berücksichtigen.

Zu Änderungsantrag 7, Artikel 1 Nummer 18a neu: § 129 SGB V (Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika)

Inhalt der Regelung:

Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sonderregelungen über die Versorgung mit parenteralen Zubereitungen, insbesondere im Hinblick auf die Preise, wird wieder eingeführt. Diese Regelung dient der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven, ohne die Qualität und Sicherheit der Versorgung einzuschränken. Diese Verträge müssen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene abgeschlossen werden. Durch die Vereinbarungen auf regionaler Ebene soll eine friktionsfreie, orts- und zeitnahe Versorgung sichergestellt werden.

Bewertung:

Anhand des konkreten Wortlauts „parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten“ entsteht der Eindruck, dass die Verträge mit Apotheken nach § 129 Absatz 5 Satz 4 (neu) SGB V nur auf den Anwendungsbereich der Onkologie beschränkt sein sollen.

Vor dem Hintergrund, dass ausweislich der Begründung Sonderregelungen für „parenterale Zubereitungen“ allgemein ermöglicht werden sollen, regen die hauptamtlichen unparteilichen Mitglieder des GBA eine entsprechende Klarstellung durch Streichung des Wortlautes „in der Onkologie“ an.

Da sich in der Regelung über die Vereinbarungen nach § 130a Absatz 8c SGB V der analoge Wortlaut „parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie“ findet, wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass bereits im Zusammenhang mit dem Regelungsauftrag des GBA zum Austausch von Biosimilars für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten unterschiedliche Interpretationen in Bezug darauf bestanden, ob Rabattverträge nach § 130a Absatz 8c SGB V mit Wirkung für die Krankenkasse der Versicherten ausgehend vom Wortlaut der Regelung nur auf den Anwendungsbereich der Onkologie beschränkt sein sollen.

Gegen eine solche Auslegung spricht, dass im Wortlaut des § 129 Absatz 1 Satz 4 SGB V gerade nicht nur auf parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln „in der Onkologie“ Bezug genommen wird. Die Gesetzssystematik spricht somit dafür, dass der Bereich der parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln als Ganzes geregelt werden soll und durch den Verweis auf § 130a Absatz 8c SGB V konkretisiert, aber nicht beschränkt wird. Ausgehend vom Ziel des Gesetzgebers, Verwürfe bei parenteralen Zubereitungen grundsätzlich möglichst zu vermeiden, ist es sachgerecht, dass dies nicht nur bei parenteralen Zubereitungen in der Onkologie,

sondern auch in den übrigen Fällen gelten soll. Da für Apotheken die Indikation anhand der ärztlichen Verordnung per se nicht ersichtlich ist, käme es sonst bei Wirkstoffen, die sowohl für onkologische als auch nicht-onkologische Anwendungsgebiete zugelassen sind, zu der Situation, dass abweichend vom exakten Wortlaut des § 130a Absatz 8a (alt) SGB V mangels Kenntnis der konkreten Indikation auch in nicht-onkologischen Indikationen ausgetauscht würde.

Vor dem Hintergrund unterschiedlichen Formulierungen zwischen § 129 Absatz 1 Satz 4 und § 130a Absatz 8c SGB V wird deshalb angeregt, an beiden Stellen die Angabe „in der Onkologie“ zu streichen und somit deren indikationsunabhängige Geltung klarzustellen sowie die Regelungen zu vereinheitlichen.

Änderungsvorschlag:

Der Wortlaut „in der Onkologie“ wird sowohl in der geplanten Regelung in § 129 Absatz 5 Satz 4 (neu) SGB V als auch in § 130a Absatz 8c Satz 1 SGB V gestrichen.

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„18a.

1. § 129 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. Absatz 3 gilt entsprechend. In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen. Zur Sicherstellung der Versorgung mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln ~~in der Onkologie~~ zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge mit Apotheken der entsprechenden maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene schließen; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. Verträge nach Satz 4 müssen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen werden.“

2. In § 130a Absatz 8c Satz 1 wird die Angabe „in der Onkologie“ gestrichen.“

Zu Änderungsantrag 11, Artikel 1 Nummer 2a: § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V

Inhalt der Regelung:

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde § 31 Absatz 6 SGB V neu gefasst. Cannabis in Form getrockneter Blüten ist seit dem 30. Juli 2026 nicht mehr Bestandteil des Leistungsanspruchs. Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben unter den Voraussetzungen des Satzes 1 Anspruch auf Extrakte in standardisierter Qualität sowie auf Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Nach Satz 2 hat die Versorgung zunächst im Rahmen eines sechsmonatigen Therapieversuchs mit einem cannabishaltigen Fertigarzneimittel zu erfolgen.

Der Änderungsantrag fasst Satz 2 neu. Der Vorrang des Fertigarzneimittels gilt nur noch in der Indikation, für die es nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen ist. Die feste Dauer von sechs Monaten entfällt, die Dauer des Therapieversuchs liegt im ärztlichen Ermessen. Nach der Begründung gilt der Vorrang nicht für Patientinnen und Patienten, denen für ihre aktuelle Indikation bereits cannabishaltige Arzneimittel verordnet wurden.

Bewertung:

Die Neufassung beseitigt eine Auslegungsunsicherheit und wird daher begrüßt. Aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des GBA ist es im Sinne der Klarstellung zu begrüßen, dass der Therapieversuch mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln nur innerhalb deren arzneimittelrechtlichen Zulassung erfolgen soll. Da die Dauer des Therapieversuchs in das Ermessen der Vertragsärztinnen und -ärzte gestellt wird, kann dabei die individuelle therapeutische Situation der Patientinnen und Patienten angemessen berücksichtigt werden.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass von verschiedenen Seiten der Wunsch an den Gemeinsamen Bundesausschuss herangetragen wurde, einen maximalen THC-Gehalt von Cannabisextrakten in „standardisierter“ Qualität in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen. Allerdings handelt es sich bei der Regelung zum Leistungsanspruch auf cannabishaltige Arzneimittel in § 31 Absatz 6 SGB V um ein Lex specialis in der Arzneimittelversorgung. In Kenntnis der beschränkten Datenlage zum Nutzen wurde ein Leistungsanspruch auf Versorgung mit cannabishaltigen Arzneimitteln außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung geschaffen. Auch aus der Begleiterhebung, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in den ersten Jahren nach Einführung des Leistungsanspruchs durchgeführt hat, haben sich keine belastbaren Erkenntnisse zum Nutzen von Cannabisarzneimitteln einschließlich der Extrakte ergeben. Nach Auffassung der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder kann eine rechtssichere Begrenzung des bestehenden Leistungsanspruchs vor diesem Hintergrund nur durch den Gesetzgeber selbst erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 12, Artikel 1 Nummer 19a: § 137e Absatz 7 Satz 6 SGB V

Inhalt der Regelung:

Es erfolgt eine Klarstellung zu der Regelung, dass bei Erprobungen auf Antrag eines Herstellers oder sonstigen Anbieters einer neuen Methode der Antragsteller auf eigene Kosten eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung zu beauftragen hat. Ausnahmen gelten bei Antragsrücknahme oder wenn der GBA eine Beauftragung nach Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 beschließt.

Bewertung:

Die Klarstellung zur Kostentragung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag:

Entfällt.