

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Bedarfsplanung der Psychotherapie (§ 101 SGB V)

Das Passungsproblem: Versorgungszugang als vorgelagerte, suizidpräventiv relevante Schutzlücke

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Warken,

Zugrunde gelegte Definitionen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen, deren Beeinträchtigung und Teilhabewirkung im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind — bei Menschen mit psychischen, neurologischen, chronischen oder immunologischen Erkrankungen, neurodivergenten Profilen sowie Sinnes- und kognitiven Beeinträchtigungen. Kriterium ist die funktionelle Belastungsreaktion, nicht die Diagnose.

Invisible Barrieren sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

wir vertreten Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Für diese Gruppe ist der rechtzeitige Zugang zu geeigneter Psychotherapie oft die zentrale, manchmal lebensrettende Versorgung. Die Bedarfsplanung nach § 101 SGB V (über die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA) berücksichtigt Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Versorgungsgrade, Morbiditätsfaktoren und regionale Besonderheiten. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen bleibt jedoch unzureichend sichtbar, ob vorhandene Kapazität tatsächlich rechtzeitig, passend und barrierearm erreichbar ist. Aus unserer Prüfung ergeben sich sieben Schutzrisiken.

Das Kernproblem ist die Passung: verfügbare Plätze, Wartezeiten und Behandlungsschwerpunkte treffen den tatsächlichen Bedarf neurodivergenter, trauma- und chronisch erkrankter Menschen nicht. Diese Stellungnahme konkretisiert die vorgelagerte Versorgungslücke, auf die unsere Stellungnahme zum Suizidpräventionsgesetz verweist: Suizidprävention bleibt unvollständig, solange Hochrisikogruppen nicht rechtzeitig passende Psychotherapie erreichen. Die Problemlage, die Präventionskaskade mit Suizid als möglichem Endpunkt und die vollständige LIORA-Architektur wurden dem Bundesministerium sowie allen ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern und Fraktionsreferenten des Gesundheitsausschusses am 9. April 2026 übermittelt und müssen dem Ressort bekannt sein.

Im Zentrum stehen die folgenden Fragen; Hintergrund und Formulierungsvorschläge folgen im Anschluss.

Unsere Fragen an das Bundesministerium

1. Wie wird der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V so konkretisiert, dass nicht nur ein psychotherapeutischer Sitz, sondern rechtzeitig erreichbare, passende und barrierearme Behandlung für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen verfügbar ist?
2. Welche Rechte bestehen, wenn Versicherte trotz Bedarf keinen passenden Therapieplatz erreichen — insbesondere Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V), Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung oder priorisierte Vermittlung?
3. Wie wird Sonderbedarf für neurodiversitäts-kompetente, trauma-informierte und ME/CFS-/Long-Covid-sensible Psychotherapie in der Bedarfsplanung berücksichtigt?

4. Werden Wartezeiten bis zum tatsächlichen Behandlungsbeginn differenziert nach Risikogruppe, Diagnose, Alter, Region, Behinderung und Barriere im Erstzugang erhoben?
5. Werden Therapieabbrüche, Nichtantritte und Fehlvermittlungen erfasst, um zu erkennen, ob Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen zwar formal vermittelt, aber praktisch nicht passend versorgt werden?
6. Wie wird die Terminservicestelle bzw. der Erstzugang so gestaltet, dass telefonbasierte, initiativlastige und reizbelastende Verfahren nicht die einzige Zugangsspur bleiben (Art. 9 UN-BRK)?
7. Wie wird der besondere Bedarf neurodivergenter, traumatisierter, chronisch kranker oder psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in der Bedarfsplanung abgebildet?
8. Wie wird sichergestellt, dass ausreichende Kapazitäten mit spezifischer Qualifikation für Autismus, ADHS, FASD, Trauma, ME/CFS, Long Covid und kommunikative Barrieren vorhanden sind?
9. Wie bewertet das BMG die BpTK-Forderung nach Senkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 % und die dokumentierte Wartezeit von rund 20 Wochen bis zum Behandlungsbeginn — und wie wird verhindert, dass Honorarkürzung und BStabG-Deckelung die Versorgung gerade für nicht sichtbar behinderte Menschen und für Kinder/Jugendliche weiter verschlechtern?
10. Wie verhält sich die Bedarfsplanung zur im BStabG vorgesehenen Rückführung der ambulanten Psychotherapie in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Wegfall der extrabudgetären Vergütung), vor der die BpTK in der Anhörung am 22. Juni 2026 als Ursache von Therapieplatzverlust, längeren Wartezeiten und Chronifizierung gewarnt hat — gerade für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen?
11. Sofern eine behinderungsspezifische Prüfung nach § 44 GGO stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor der nächsten Fortschreibung der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken — einschließlich der vollständigen LIORA-Architektur — wurden am 9. April 2026 übermittelt. Wir bitten ausdrücklich, diese Hinweise im weiteren Verfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.

Hintergrund und Formulierungsvorschläge

■ S = Systemisch ■ E = Erheblich ■ St = Strukturell — P = Psychisch · N = Neurologisch · C = Chronisch/Schmerz/Kognitiv · S = Sinnesbeeinträchtigungen

A — Bedarfsplanung: Kapazität vs. erreichte Versorgung

■ **A1 § 101 SGB V; Bedarfsplanungs-Richtlinie [P·N·S]** Die Bedarfsplanung misst vor allem rechnerische Kapazität und Versorgungsgrade; sie bildet bisher nicht hinreichend ab, ob Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen tatsächlich rechtzeitig passende und barrierearme Behandlung erreichen. Wartezeiten von mehreren Monaten bis zum Behandlungsbeginn sind dokumentiert und für Menschen in Krise oder mit fluktuierendem Verlauf ein eigenständiges Risiko. [1]

■ **A2 Behandlungsschwerpunkte / Passung [N·P·C]** Verfügbare Plätze passen häufig nicht zum Bedarf: zu wenig neurodiversitäts-kompetente, trauma-informierte und ME/CFS-/Long-Covid-sensible Therapie (Kenntnis von Pacing/PEM, Masking, Reizüberlastung; keine Pathologisierung funktionaler Schutzreaktionen). Standardpsychotherapie bedarf hierfür der Anpassung. Passung ist kein Komfortmerkmal, sondern Patientensicherheit. [2]

B — Erstzugang und Setting

■ **B1 Terminvergabe / Terminservicestelle; Art. 9 UN-BRK [N·P·C·S]** Telefonzentrierte Terminvergabe, wiederholtes Abtelefonieren, unklare Wartelisten und hohe Eigeninitiative beim Erstzugang schließen gerade die Gruppe aus, die Therapie am dringendsten braucht. Diese Wege können selbst psychische Krisen verstärken.

C — Sicherstellung, Kostenerstattung, Sonderbedarf

■ **C1 § 75 SGB V (Sicherstellungsauftrag) [P·N·C·S]** Der Sicherstellungsauftrag der KVen ist nicht so konkretisiert, dass nicht nur irgendein Sitz, sondern rechtzeitig erreichbare, passende und barrierearme Behandlung gesichert wird.

■ **C2 § 13 Abs. 3 SGB V; Sonderbedarf/Ermächtigung [P·N]** Bei Nichtverfügbarkeit passender Therapie sind Rechte auf Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V), Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung von Spezialambulanzen oder priorisierte Vermittlung nicht erkennbar gesichert.

D — Verzahnung, Daten und Governance

■ **D1 Verzahnung Suizidprävention / Notfallreform [P·N]** Ohne gesicherten Therapiezugang laufen Suizidprävention und Notfallsteuerung ins Leere: Wer nach der Krise keinen Platz findet, fällt zurück. Die Stufen der Kaskade müssen verbunden sein.

■ **D2 § 44 GGO; Art. 25, 26, 31 UN-BRK [alle]** Aus der Begründung ist keine behinderungsspezifische Folgenabschätzung erkennbar; disaggregierte Versorgungsdaten (Wartezeit bis Behandlungsbeginn, Abbrüche, Nichtantritte, Fehlvermittlung nach Diagnose/Alter/Region/Behinderung) fehlen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vier Ergänzungen, die Passung statt nur Sitzzahl sichern:

→ **Passungsmaßstab:** Die Bedarfsplanung ist um einen Maßstab erreichter, passender Versorgung zu ergänzen (Wartezeit bis Behandlungsbeginn, Verfügbarkeit neurodiversitäts-kompetenter und trauma-informierter Angebote, Abbruch-/Nichtantrittsquoten).

→ **Eskalations- und Überbrückungspflicht:** Bei Überschreiten definierter Wartezeiten bestehen Eskalations- und Überbrückungspflichten: Terminservicestelle, Akutbehandlung, Krisenüberbrückung, priorisierte Vermittlung bei Suizidrisiko, Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V), wenn kein passender Platz erreichbar ist.

→ **Sonderbedarf:** Neurodiversitäts-kompetente, trauma-informierte und ME/CFS-/Long-Covid-sensible Psychotherapie ist als Sonderbedarf in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.

→ **Barrierearmer Erstzugang:** Der Erstzugang (Terminservicestelle) ist barrierearm zu gestalten; telefonbasierte und initiativlastige Wege dürfen nicht die einzige Zugangsspur sein.

Anschluss an die Fachverbände

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) belegt auf Basis von KBV-Abrechnungsdaten rund 20 Wochen Wartezeit nach dem Erstgespräch bis zum Behandlungsbeginn und fordert, die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung um mindestens 20 % zu senken (rund 1.600 zusätzliche Sitze, v.a. ländlich/strukturschwach); zudem sei die Bedarfsplanung „für Erwachsene konzipiert, nicht für Kinder“. Im Mai 2026 warnte die BPtK vor einer Verschlechterung durch Honorarkürzung (4,5 %) und Deckelung im BStabG.

Das bestätigt unsere Linie doppelt: die Wartezeit als eigenständiges Risiko (A1), den Kinder-Blindspot der Planung und die Kumulation mit dem BStabG. Die BPtK-Zahl (≈20 Wochen) ist die belastbare Grundlage für die Frage nach erreichter statt rechnerischer Versorgung.

Zur strukturellen Ursache

Eine Bedarfsplanung, die rechnerische Kapazität zählt, aber erreichte Versorgung nicht misst, erzeugt eine Lücke, die statistisch unsichtbar bleibt und real lebensbedrohlich ist. Der Zugang zur Psychotherapie ist eine der entscheidenden vorgelagerten Stufen vor dem Suizid — Wartezeit und Fehlpassung sind nicht nur Versorgungsprobleme, sondern suizidpräventiv relevante Schutzlücken.

Wer Barrieren früh anerkennt, verhindert chronisches Leid und gesellschaftliche Folgekosten. Wer sie ignoriert, produziert sie. Die Lösungen existieren. Die Evidenz existiert. Die völkerrechtliche Verpflichtung existiert.

Wir bitten um Berücksichtigung und um ein Hintergrundgespräch.

Studien und Quellen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung; gekennzeichnet nach direktem Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den Gesetzeskontext.

[1] Bundespsychotherapeutenkammer (2018). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: BPTK.

Design: Versorgungsstudie/Erhebung | Qualität: Hoch (Fachkammer). Direkte Evidenz: durchschnittlich mehrere Monate Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn trotz rechnerischer Versorgung. Übertragung: belegt Sitze-vs.-erreichte-Versorgung; aktueller Stand vor Versand zu prüfen.

[2] Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D. & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: a review. Research in Autism Spectrum Disorders, 9, 151–162. DOI: 10.1016/j.rasd.2014.10.019

Design: Review | Qualität: Mittel-Hoch. Direkte Evidenz: Standard-Psychotherapie bedarf autismspezifischer Anpassung, um wirksam zu sein. Übertragung: stützt das Passungsargument (neurodiversitätskompetente Therapie).

[3] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen vs. 2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 7,55 für ASD insgesamt; OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung, OR 2,41 mit Intelligenzminderung. Übertragung: Risikohintergrund, kein direkter Normierungsbeweis.

[4] König, R.S., Paris, D.H., Sollberger, M. & Tschopp, R. (2024). Identifying the mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland: A pilot study. Heliyon, 10(5), e27031. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e27031

Design: Querschnittsbefragung, n=169 ME/CFS-Betroffene (Schweiz, Pilotstudie) | Qualität: Mittel — peer-reviewed, Open Access, kleine Stichprobe. Direkte Evidenz: 39,3 % berichten Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn. Übertragung: ME/CFS-spezifisch; Pilotcharakter zu kennzeichnen.

[5] Hull, L. et al. (2017). Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. JADD, 47(8), 2519–2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5

Design: Qualitative Thematische Analyse, n=92; UCL & Autism Research Centre Cambridge | Qualität: Hoch — über 2.000 Zitationen. Direkte Evidenz: Masking führt zu Erschöpfung, Burnout. Übertragung: Suizidrisiko nur indirekt.

[6] National Institute for Health and Care Excellence (2021). ME/CFS: diagnosis and management. NICE Guideline NG206. London: NICE.

Design: Evidenzbasierte nationale Leitlinie | Qualität: Sehr hoch. Explizite Schulungspflicht zu PEM. Für Deutschland nicht bindend, aber internationaler Evidenzstandard.

[7] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3.

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | Qualität: Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Ziffer 8b (medizinisches Modell), 12c (fehlende disaggregierte Daten). Direktes Korrekturmandat.

Hinweis: Zahlen aus epidemiologischen Studien belegen Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist jeweils gekennzeichnet und als strukturelles, nicht kausales Einzelargument zu lesen.

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.
Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro
post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

*Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO
https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf
— gemeinsam zusammen e.V., März 2026. www.stille-stunde.com*