

1 Psychotherapeutische Praxen sind das Rückgrat der Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Die psychotherapeutische Versorgung hat sich in den vergangenen zehn Jahren erheblich verbessert. Die Anzahl der behandelten Quartalsfälle hat sich zwischen 2013 und 2023 von 4,6 Millionen auf 7,4 Millionen um über 60 Prozent gesteigert. Jährlich werden circa drei Millionen Patient*innen ambulant psychotherapeutisch versorgt, rund 1,6 Millionen davon im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie.

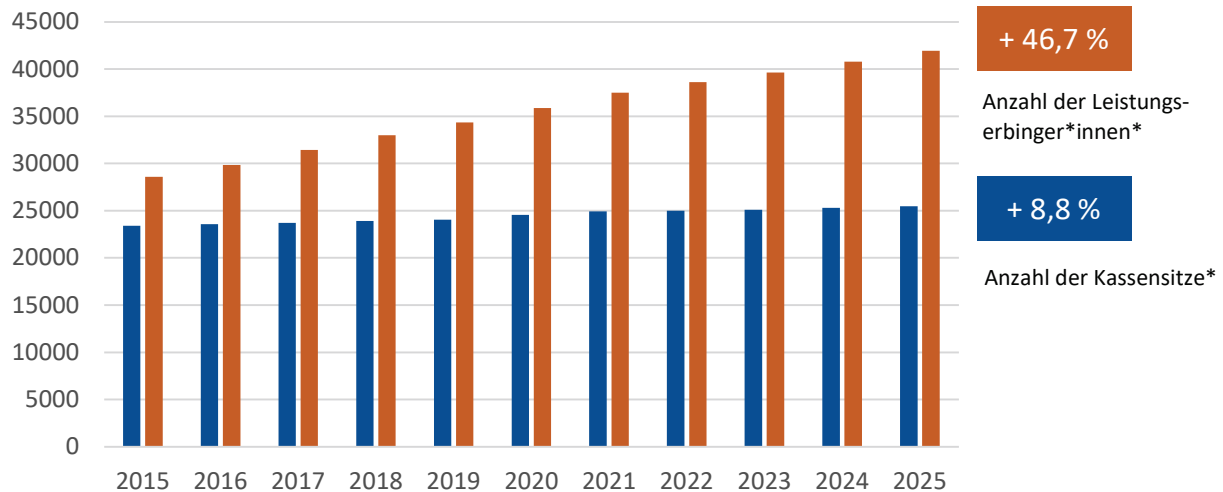
Eine zentrale Rolle spielt die psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung psychischer Beschwerden und Erkrankungen und der Indikationsstellung für die erforderliche Versorgung einschließlich der Einschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs. Pro Quartal nehmen etwa 600.000 Patient*innen dieses Angebot wahr. Rund 40 Prozent der Patient*innen erhalten nach der Sprechstunde keine weitere ambulante psychotherapeutische Behandlung.

2 Köpfe sind keine Kassensitze

Die Zahl der Psychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung ist in den letzten zehn Jahren um rund 50 Prozent gestiegen. Die Versorgungskapazitäten, gemessen an Kassensitzen beziehungsweise Bedarfsplanungsgewichten, haben sich im gleichen Zeitraum jedoch nur um 8,8 Prozent erhöht.

Der Grund: Immer mehr Psychotherapeut*innen teilen sich Kassensitze und gewährleisten dadurch, dass die bestehenden Versorgungsaufträge vollständig erfüllt werden. Das hat zwar insgesamt dazu geführt, dass mehr Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, in vielen – insbesondere ländlichen und strukturschwachen Regionen und in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – sind die Versorgungskapazitäten aber weiterhin durch die Anzahl der zugelassenen Kassensitze stark begrenzt. Gleichzeitig haben psychische Erkrankungen gerade bei Kindern und Jugendlichen weiter zugenommen. Der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung steigt seit Jahren. Wartezeiten auf einen Therapieplatz konnten deswegen nicht verringert werden.

Leistungserbringer*innen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung



* Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, Ärztliche Psychotherapeut*innen

Quelle: KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung.

3 Psychotherapeut*innen nutzen vorhandene Ressourcen verantwortungsvoll

Psychotherapeut*innen gehen verantwortungsvoll mit ihren Ressourcen um: Sie behandeln Patient*innen nach Dringlichkeit. Genehmigte Therapiekontingente werden differenziert und bedarfsgerecht eingesetzt und in der Regel nicht ausgeschöpft. Über 70 Prozent der Behandlungen sind Kurzzeittherapien. Etwa 30 Prozent der Behandlungen werden sogar innerhalb von zwölf Sitzungen beendet. Die Behandlungszeit in den psychotherapeutischen Praxen verteilt sich damit jeweils zur Hälfte auf die Patient*innen, die wegen der Schwere und Chronizität der Erkrankungen einer Langzeittherapie bedürfen, und Patient*innen, die von einer Kurzzeittherapie bereits ausreichend profitieren.

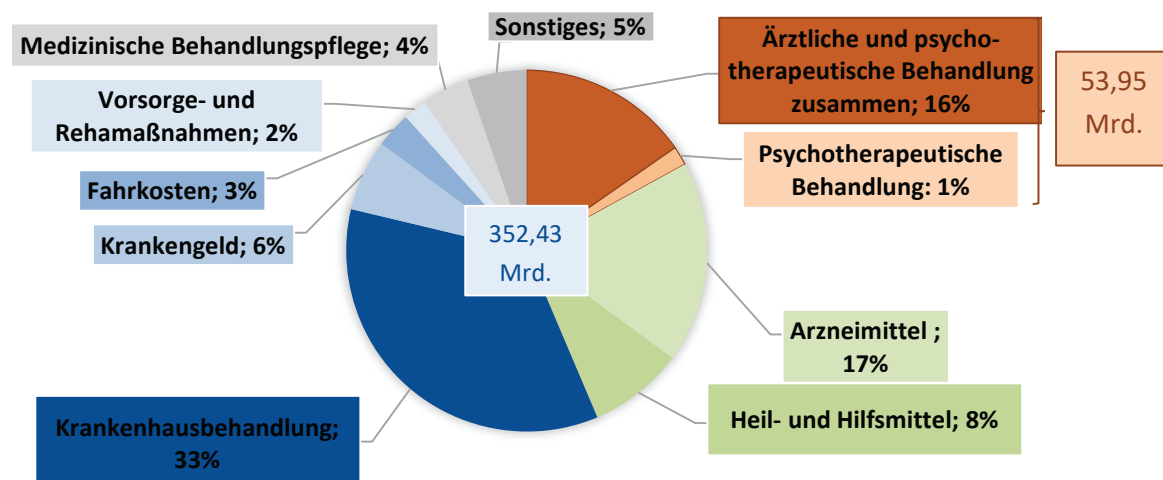
Ein zentraler Ansatz, die Behandlungskapazitäten noch weiter zu erhöhen, besteht im gezielten Ausbau gruppenpsychotherapeutischer Angebote. Bestehende Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie haben nach der Covid-19-Pandemie zunehmend gegriffen. Allein in den letzten beiden Jahren ist die Anzahl an Gruppentherapien um rund 62 Prozent gestiegen, während der Zuwachs bei Einzeltherapien im selben Zeitraum bei etwa 3,4 Prozent lag. Durch mehr Transparenz und Vermittlungsmöglichkeiten für gruppenpsychotherapeutische Angebote bei den Terminservicestellen können Gruppentherapien noch weiter ausgebaut und mehr Patient*innen versorgt werden.

4 Ambulante Versorgung ist kein Kostentreiber

Die ambulante Versorgung ist das Rückgrat unseres Gesundheitssystems. Hier werden 97 Prozent der Behandlungsfälle für nur 16 Prozent der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versorgt. In der ambulanten Psychotherapie werden jährlich drei Millionen Patient*innen versorgt. Für extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen wurden 2025 3,8 Milliarden Euro aufgewendet. Die teil- und vollstationäre psychiatrische Versorgung verursacht bei rund 850.000 Behandlungsfällen mehr als das Doppelte an Ausgaben. Allein im Jahr 2025 sind die Kosten für psychiatrische Krankenhausbehandlungen noch einmal um rund 1,2 Milliarden Euro auf 11,6 Milliarden Euro gestiegen. Das Ambulantisierungspotenzial bleibt weitgehend ungenutzt.

Wer ausgerechnet an der ambulanten Versorgung spart, riskiert steigende Kosten an anderer Stelle. Für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von zwei bis vier Euro. Denn unbehandelte oder verspätet behandelte psychische Erkrankungen führen zu längeren Krankheitsverläufen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankengeldzahlungen sowie Berentungen wegen Erwerbsminderung und entsprechend höheren Folgekosten im Gesundheits- und Sozialsystem. Psychische Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage sowie der mit Abstand häufigste Grund für Krankengeldzahlungen und Erwerbsminderungsrenten. Die gesetzlichen Krankenkassen geben jährlich mehr für Krankengeldzahlungen bei psychischen Erkrankungen als für die ambulante Psychotherapie aus.

Jährliche Ausgaben der GKV



Quelle: BMG, Stand: 2025.

5 Psychotherapeut*innen werden unterdurchschnittlich vergütet

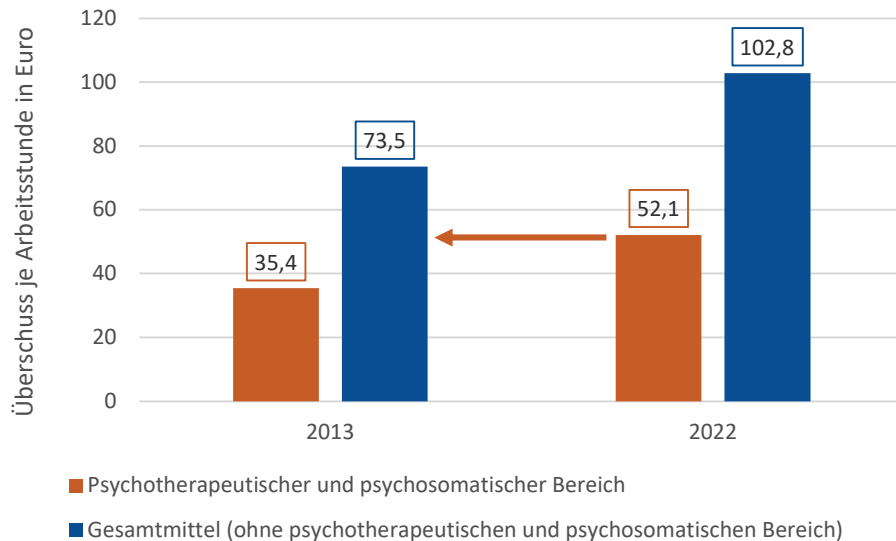
Die Krankenkassen verweisen darauf, dass die durchschnittlichen Honorare für psychotherapeutische Leistungen seit 2013 um 52 Prozent gestiegen sind. Was dabei vergessen wird: Vor zehn Jahren lagen die Honorare deutlich unter der gesetzlich vorgegebenen Mindesthonorierung. Dieser Missstand musste aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) behoben werden. Das heißt, der damit verbundene deutliche Anstieg der Honorare war eine überfällige und auch rechtlich notwendige Korrektur.

Heute liegen die Honorare von Psychotherapeut*innen dennoch unter dem, was Praxisinhaber*innen der hausärztlichen Versorgung beziehungsweise der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung vor zehn Jahren erhielten. Nach Abzug der Praxiskosten erwirtschaften Psychotherapeut*innen im Schnitt etwa 52 Euro Überschuss pro Arbeitsstunde. Das ist gerade einmal die Hälfte dessen, was Praxisinhaber*innen der hausärztlichen Versorgung beziehungsweise der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung erhalten.

Auch höhere Strukturzuschläge gleichen die Absenkung der Vergütung nicht ansatzweise aus: Selbst psychotherapeutische Praxen, die die Strukturzuschläge in vollem Umfang erhalten, verlieren rund drei Prozent ihrer Honorare. Über alle psychotherapeutischen Praxen gerechnet, ist von einer Absenkung der Vergütung um durchschnittlich circa 3,5 Prozent auszugehen.

Pauschale Honorarkürzungen in dieser Form hat es bisher für keine andere Facharztgruppe gegeben. Das ist ein Novum und zeigt den Stellenwert, den psychische Gesundheit offenbar für die Krankenkassen hat. Hier wird zulasten der Patient*innen gespart. Und es ist zugleich ein Ausdruck fehlender Wertschätzung für die „sprechende“ Medizin.

Überschuss je Arbeitsstunde nach Abzug der Praxiskosten



Quelle: Zi-Praxis-Panel, eigene Berechnungen.

6 Angemessenheitsprüfung sichert nur Mindestvergütung und führt zu keiner „angemessenen“ Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Jährlich hat der Bewertungsausschuss zu prüfen, ob die Bewertung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen noch den Anforderungen an eine Mindestvergütung entspricht. Grundlage hierfür ist die gesetzliche Regelung in § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V in Verbindung mit der BSG-Rechtsprechung, welche die anzulegenden Berechnungsgrundlagen weiter konkretisiert hat. Zur Ermittlung der Mindestvergütung wird der erzielbare Ertrag einer maximal ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis mit dem Durchschnittsertrag unterdurchschnittlich verdienender grundversorgender Facharztgruppen verglichen.

Hierbei kommen gleich mehrere Ungleichbehandlungen zum Tragen:

1. Die maximale Auslastung einer psychotherapeutischen Muster-Praxis wird mit dem Durchschnitt der anderen Facharztgruppen verglichen.
2. Für die Berechnung des Ertrags der Facharztgruppen werden nur die GKV-Einnahmen herangezogen; Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten, Behandlungen zulasten der Unfallversicherungen und Berufsgenossenschaften sowie Selbstzahlerleistungen bleiben unberücksichtigt.
3. Die für eine psychotherapeutische Praxis erzielbaren Einnahmen im Jahr 2026 werden mit den GKV-Einnahmen der Vergleichsfacharztgruppen aus dem Jahr 2024

verglichen, obwohl in der Zwischenzeit die Vergütungen über den Orientierungspunktwert um 6,8 Prozent angehoben wurden.

Für die Berechnung des bei maximaler Auslastung erzielbaren Ertrags (nach Abzug der Praxiskosten) wird eine psychotherapeutische Muster-Praxis zugrunde gelegt, die regelmäßig 36 genehmigungspflichtige Einzelsitzungen pro Woche in 43 Arbeitswochen eines Jahres erbringt. Hinzu kommen sogenannte psychotherapeutische Nebenleistungen wie probatorische Sitzungen, biografische Anamnese, Berichte an die Gutachter*in, weitere diagnostische und Gesprächsleistungen. Um durchschnittlich 36 Einzeltherapiesitzungen pro Woche erbringen zu können, müssen somit regelmäßig mehr als 40 Stunden im Patientenkontakt erbracht werden. Nach den Daten des ZI-Panels beträgt der Anteil der Tätigkeiten im unmittelbaren Patientenkontakt an der Gesamtarbeitszeit von Psychotherapeut*innen circa 62 Prozent. Hinzu kommen insbesondere Arbeitsstunden für das Praxismanagement und patientenbezogene Tätigkeiten, die nicht im direkten Patientenkontakt erbracht werden. Daraus resultiert eine Gesamtarbeitszeit einer maximal ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis von circa 55 Stunden. Die mit dieser Maximalauslastung erzielbaren Erträge werden also verglichen mit den durchschnittlichen Erträgen aus GKV-Einnahmen der unterdurchschnittlich verdienenden Facharztgruppen.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Vergleichsarztgruppen liegt jedoch zwischen 46,5 und 49,3 Stunden, ist in der Tendenz rückläufig und bezieht sich nur teilweise auf die Behandlung von GKV-Versicherten.

Einer psychotherapeutischen Praxis ist es daher auf Basis dieser Mindestvergütung selbst bei maximaler Praxisauslastung nicht möglich, einen den anderen Facharztgruppen vergleichbaren Ertrag zu erwirtschaften. Insoweit kann der Befund aus dem ZI-Panel nicht verwundern, dass Psychotherapeut*innen je Arbeitsstunde nur die Hälfte des Überschusses der anderen Facharztgruppen erwirtschaften. Diese geringeren Einkünfte von Psychotherapeut*innen sind entgegen den Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes nicht verursacht durch einen höheren Anteil von Psychotherapeut*innen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag oder durch geringere Praxiskosten. Sie sind vielmehr Ergebnis einer unzulässigen Auslegung der vom BSG intendierten Mindestvergütung als Maximalvergütung mit dem vorläufigen negativen Höhepunkt, dass das defizitäre Berechnungsmodell nun sogar zur Begründung von empfindlichen Honorarkürzungen herangezogen wird. Dazu passt, dass inzwischen auch Instrumente zur Förderung bestimmter psychotherapeutischer Leistungen – wie die höher bewertete Gruppenpsychotherapie, die Pauschale zur

Förderung der psychotherapeutischen Grundversorgung und der Kurzzeittherapie-Zuschlag – als höhere Umsatzmöglichkeiten in die Berechnung der „angemessenen“ Vergütung einbezogen und die insgesamt erzielbaren Erträge entsprechend gedeckelt werden.