

****Offener Brief
der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland
an die Bundesministerin für Gesundheit, Nina Warken****

Abstract

Während Einschnitte in Zeiten finanzieller Engpässe durchaus Gegenstand einer legitimen Debatte sein können, ist ein Beschluss auf Basis systematisch verzerrter Daten nicht akzeptabel. Eine politische Entscheidung muss auf Fakten und empirischer Evidenz basieren, damit sie vor den Bürgerinnen und Bürgern legitimiert werden kann. Dies ist hier nicht der Fall.

Wir, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland, warnen in diesem offenen Brief vor irreführenden Darstellungen des GKV-Spitzenverbands zur psychotherapeutischen Versorgung und Vergütung. Wir kritisieren die versorgungsgefährdenden, nicht evidenzbasierten pauschalen Honorarkürzungen sowie die Pläne zur Budgetierung und die geplante Patientensteuerung als höchst risikoreich. Zahlreiche Studien zeigen, dass Kürzungen regelmäßig Wartezeiten verlängern, Dropout-Raten steigern und damit zu hohen Folgekosten führen.

Der Brief fordert eine unabhängige Prüfung der vom GKV-SV angeführten Daten zur angeblichen psychotherapeutischen Vergütung, die Aussetzung der Kürzungen, eine Distanzierung von Fehl-narrativen und evidenzbasierte Prozesse, um eine Verschärfung der ohnehin bestehenden Versorgungskrise zu verhindern und das Koalitionsversprechen zur Stärkung der Psychotherapie einzuhalten.

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Nina Warken,

wir wenden uns als Psychotherapeutinnen in Deutschland mit großer Sorge an Sie. Anlass sind aus unserer Sicht irreführende und systematisch verzerrte Darstellungen psychotherapeutischer Versorgung und Vergütung durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Dabei geht es um weit mehr als einen kommunikativen Fehltritt. Es geht um eine systematische Verzerrung der Realität, die geeignet ist, dass auf deren unhaltbarer Grundlage fatale gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden, die sowohl uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, als auch die Patientinnen und Patienten und die Versorgungslage, sowie letztlich auch die Wirtschaft treffen werden: Internationale Studien (bspw. UK und Niederlande) zeigen, Kürzungen verlängern Wartezeiten, steigern Dropout und ziehen Folgekosten nach sich (vgl. Prudon, 2025; Bernardo et. al., 2021; OEDC, 2020). Infolge der verzerrten und manipulativen Darstellung des GKV-SV sind bereits folgende Entwicklungen umgesetzt worden, bzw. zu beobachten:

- Am 11. März kam es zur pauschalen Honorarkürzung um 4,5 % durch den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses. Diese ist bereits zum 01. April in Kraft getreten.
- Am 26. März wurde die Wiedereinführung der Budgetierung durch das Positionspapier des Verbands der Ersatzkassen (vdek) diskutiert.
- Am 30. März folgten Vorschläge weiterer struktureller Eingriffe in den Zugang zur Psychotherapie, u. a. im Rahmen der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit.

Deutschland bietet zwar durchaus eine umfassendere GKV-Versorgung – die derzeitigen Kürzungen würden dieses Alleinstellungsmerkmal jedoch zerstören und die Versorgung in Richtung eines niederländischen Budgetsystems oder britischen Step-Care zurückwerfen (vgl. TK-Gutachten, 2026).

Wer die psychotherapeutische Versorgung schwächt, reduziert keine Ausgaben – er erzeugt immense Folgekosten: Ein Monat längere Wartezeit erhöht das Risiko von Jobverlust um 2% und den Therapiebedarf um 10%; eine Investition in mehr Psychiater und Psychotherapeuten würde, so Prudon (2025), zwar Kosten verursachen, jedoch einen Nutzen haben, der die Investitionen um ein Dreißigfaches übersteigt (vgl. Prudon, 2025)¹. Eine Politik, die darauf nicht Bezug nimmt, ist nicht nur kurzfristig, sondern widerspricht grundlegenden Prinzipien evidenzbasierter Gesundheitspolitik.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (2026b) hat diese Entwicklung in ungewöhnlicher Deutlichkeit kritisiert. Ihre Präsidentin Dr. Andrea Benecke formuliert:

„Es ist erschreckend, dass sogar die Finanzkommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht diese Falschbehauptungen wiederholt, um eine Rückführung der Psychotherapie in die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zu begründen und damit einen erheblichen Verlust von Behandlungskapazitäten in Kauf zu nehmen. Das ist einer die Regierung beratenden Kommission nicht würdig.“

Diese Aussage zeigt den Kern des Problems auf: Nachweislich verzerrte oder falsche Darstellungen finden Eingang in politische Entscheidungsprozesse. Damit steht nicht nur die fachliche Qualität, sondern auch die Legitimität der Entscheidungen auf dem Prüfstand.

Daneben gefährdet die Intransparenz der zugrunde gelegten Daten des GKV-SV, die bloße Kostendämpfung und Verlagerung der Sparmaßnahmen auf Kostenreduktion ohne Strukturverbesserung, sowie die Unausgewogenheit der Einschnitte auf erhebliche Teile der Psychotherapie das Vertrauen in die Maßnahmen.

Während eine Diskussion über Einschnitte in Zeiten finanzieller Engpässe nachvollziehbar und legitim ist, sind Entscheidungen und auch bereits **Empfehlungen der Finanzkommission** (2026) auf Basis nachweislich falscher und verzerrter Darstellungen nicht zulässig. Der GKV-SV und der vdek kreieren systematisch ein falsches Bild und diffamieren gezielt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Hierbei werden drei Argumentationslinien genutzt:

- 1) Verzerrte statistische Darstellung der Einkommensverhältnisse der Psychotherapeuten, um Kürzungen und Budgetierungsvorschläge zu begründen und durchzusetzen.
- 2) Behauptung, PsychotherapeutInnen würden zu 72% in „Teilzeit“ arbeiten, um so die angespannte psychotherapeutische Versorgung zu begründen, um in Wahrheit von der mangelhaften Bedarfsplanung der GKV-SV, die die Anzahl der erlaubten Sitze nicht an die steigende Zahl der Diagnosen und des Versorgungsbedarfs angepasst hat, bewusst abzulenken.
- 3) Die systematische Unterstellung, ohne empirische Befundlage und trotz gegenteiliger Studienergebnisse, schwere Fälle würden nicht behandelt werden (vgl. GKV-SV, 2026a, b).

¹ Für weitere Informationen siehe auch:

Bernardo, M., et al. (2021). *European public healthcare systems failing to meet psychotherapy needs: A review of 23 EU countries*. Association of European Psychologists. Online unter: <https://associazionepsicologieurope.com/2024/11/15/european-public-healthcare-systems-failing-to-meet-psychotherapy-needs/>

OECD. (2020). *Waiting times for health services: Mental health care in OECD countries*. OECD Health Policy Studies. Online unter: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/waiting-times-for-health-services_9d746179/242e3c8c-en.pdf

Verzerrte Darstellung von Arbeitszeit und Einkommen: Der „Teilzeit“-Mythos

Durch die Gegenüberstellung eines angeblichen „Vollzeitverdienstes“ von 190.000 Euro und der Aussage, 72% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiteten „nur Teilzeit“, wird ein Bild erzeugt, das mit der Realität nichts zu tun hat:

Tatsächlich arbeiten 72% der Therapeutinnen und Therapeuten auf einer halben Zulassung. Ungeachtet der Zulassungsordnung² arbeiten jedoch PsychotherapeutInnen auf einem halben Kassensitz keineswegs mit halber Arbeitszeit; vielmehr entsprechen die geleisteten Arbeitsstunden regelmäßig einer Arbeitsbelastung nahe einer Vollzeitstelle, wie die Studienlage zeigt (vgl. Hansen & Jacoby, 2026). Die typischen Patientenkontaktstunden ergänzt um Dokumentation, Sprechstunden, Kriseninterventionen, Koordination, Supervision und Verwaltung, führen zu realen Arbeitszeiten von bis 34-37 Stunden pro Woche (ZiPP, 2023). Die Vorgaben der Zulassungsordnung sehen für einen halben Kassensitz dabei mindestens 12.5 Sprechstunden und für einen vollen Kassensitz mindestens 25 Sprechstunden vor. Die empirischen Daten belegen eindeutig, dass mit durchschnittlich 23-25 Therapiesitzungen sowohl die Praxen mit einem vollen, als auch insbesondere die Praxen mit einem halben Kassensitz den Versorgungsauftrag sogar übererfüllen. Es ist schlichtweg falsch, PsychotherapeutInnen würden überwiegend „Teilzeit“ versorgen.

Die vom GKV-Spitzenverband angeführte Anzahl von 36 Therapiesitzungen in der Woche liegt darüber hinaus an der gerichtlich definierten absoluten Belastungsgrenze und stellt eine Ausnahme in der Praxis und nicht einen Richtwert für eine „vollausgelastete Praxis“ dar.

Der Mythos „Übervergütung“

Unabhängige Auswertungen zeigen, dass psychotherapeutische Praxen sowohl hinsichtlich des Umsatzes als auch aller gewinnrelevanten Kennziffern (Reinerträge) deutlich unter den ärztlichen Vergleichsgruppen liegen (Statistisches Bundesamt, 2025 a, b, c). Die vom GKV-SV behauptete „Übervergütung“ beruht auf methodisch unhaltbaren Konstruktionen, selektiv gewählten Szenarien und nicht repräsentativen Modellrechnungen – etwa unter Einbezug von Gruppentherapieleistungen, die nur von einem kleinen Teil der Kolleginnen und Kollegen erbracht werden können. Diese Leistungen setzen eine spezielle zeit- und kostenintensive Weiterbildung voraus und sind daher strukturell nur einem begrenzten Teil der BehandlerInnen zugänglich.

Betrachtet man die Kennzahlen der Abrechnungsgruppen für die Quartale 1/2023 – 4/2023 nach der Honorarübersicht der KBV, ergibt sich ein klares Bild. Demnach würden psychotherapeutische Praxen im Fall einer maximalen (und an der absoluten Belastungsgrenze liegenden, s.o.) Auslastung mit 36 Sprechstunden/Woche auf ca. 146.000 Euro Umsatz kommen. Betrachtet man dagegen die fachärztliche Vergleichsgruppe bestehend aus Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzten, Dermatologen und Urologen, bewegen diese sich in einer Spanne von 252.000 bis 298.000 Euro. Im Durchschnitt wären das 277.000 Euro. Vergleicht man den Umsatz für volle Kassensitze unter den Fachgruppen, ergibt sich ein Honorarunterschied von **47,19% zu Ungunsten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**. Die Aussage des GKV-Spitzenverbandes, dass Honorare der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aktuell noch rund 10 Prozent über dem Durchschnittshonorar der ärztlichen Vergleichsgruppe liegen, ist schlichtweg eine Falschbehauptung, die dazu dienen

² Laut Zulassungsordnung bedeutet ein halber Versorgungsauftrag mindestens 12 Sprechstunden pro Woche. Bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies 25 Sprechstunden. Daneben gilt eine maximale Belastungsgrenze von 36 Patientestunden als sogenannte „typisierende Vollaustattungshypothese“ pro Woche, die gerichtlich aufgenommen wurde. BSG, 24.10.2018 – B 6 KA 43/17 R

soll, die Bevölkerung und Entscheidungsträger wie die Finanzkommission und Sie, Frau Warken, als Bundesministerin für Gesundheit zu täuschen.

Das Statistische Bundesamt hat für 2023 die Einnahmen, Aufwendungen und den Reinertrag der verschiedenen Arztpraxen nach Fachgebieten veröffentlicht. Auch wenn der Reinertrag nicht dem Einkommen der Ärzte oder dem Gewinn der Praxen entspricht, ergibt sich hier ein gutes Vergleichsbild. Der Vergleich des Reingewinns zeigt, dass Praxen von Psychotherapeuten im Median lediglich 34,47% des Gewinns erwirtschaften, den andere Arztpraxen im Median erzielen. In Zahlen ausgedrückt verdient eine Praxis des Fachgebietes Haut- und Geschlechtskrankheiten im Median 235.000 Euro, während eine psychologische Psychotherapeuten Praxis einen Reingewinn im Median von 81.000 Euro aufweist.

Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen aus dem ZiPP-Jahresbericht 2023. Demnach waren Psychotherapeuten mit 88.300 Euro am unteren Ende der Jahresüberschüsse. Heruntergerechnet auf die durchschnittlichen Jahresarbeitsstunden je Inhaber wiesen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit 52,10 Euro mit großem Abstand den schlechtesten Wert auf, während in den übrigen Fachgruppen die Arbeitsstunden mit Werten von 93,50 Euro bis 110,40 Euro vergütet wurden (ZiPP, 2023).

Diese Erhebungen veranschaulichen sehr gut, dass das oben bereits analysierte Argument des GKV-Spitzenverbandes, dass Psychotherapeuten nur deswegen weniger verdienen als andere Fachgruppen, weil sie „Teilzeit“ arbeiten, nicht tragfähig ist. Die Darstellung, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten „nur in Teilzeit“ und wären daher überbezahlt, ist schlicht falsch. Sie verdeckt, dass die tatsächliche Arbeitszeit nahe an einer Vollzeittätigkeit liegt und die Versorgung bereits heute an den Grenzen ihrer Kapazität operiert.

Wir möchten an dieser Stelle auch noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass der GKV-Spitzenverband, im Gegensatz zu uns, keinerlei reale Erhebungen angeführt hat, um seine Behauptungen zu untermauern. Anhand fiktiver Modellrechnungen gesundheitspolitische Entscheidungen zu planen und zu treffen und die realen Zahlen dabei auszublenden, ist nicht nur ein fatales Signal an die gesamte Ärzte-, Therapeuten- und Patientenschaft, sondern auch geeignet, das Vertrauen in die Politik zu untergraben.

Daher richten wir uns mit allem Verständnis für strukturelle Verbesserungen an Sie. Wir fordern Sie nachdrücklich auf, die belastbare Evidenz zur tatsächlichen Vergütungssituation zur Kenntnis zu nehmen, wissenschaftlich prüfen zu lassen und im Rahmen Ihrer Aufsicht konsequent einzugreifen, wo derzeit offensichtlich Fehlsteuerungen bestehen.

Empirisch nicht tragbare Begründungen der Honorarkürzung um 4,5%

Die Diskussion betrifft dabei nicht nur die Höhe der Vergütungssätze, sondern vor allem die Frage, wie diese zustande kommen und ob sie den tatsächlichen Versorgungsrealitäten gerecht werden. Die vom GKV-Spitzenverband gesetzten Kürzungen in Höhe von 4,5 % werden in dessen öffentlicher Kommunikation als „notwendig“ und „angemessen“ dargestellt. Eine valide, sachlich belastbare Grundlage hierfür fehlt jedoch. Stattdessen wird eine irreführende Argumentation überproportionaler Honorarsteigerungen herangezogen.

Die fachliche Kritik an diesen Kürzungen, wie sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ihren Verbänden sowie den Kammern vorgebracht wird, lässt sich klar begründen: Die Kürzungen erfolgen, obwohl die unzureichende Vergütung zuvor erst gerichtlich nach oben korrigiert werden musste, sowie vor dem Hintergrund über Jahre stagnierender realer Einkommen. Der Hinweis auf angebliche **52-prozentige**

Honorarsteigerungen in den vergangenen Jahren missachtet den tatsächlichen Sachverhalt. Tatsächlich handelt es sich nicht um freiwillige Erhöhungen, sondern um **gerichtlich erzwungene Anpassungen durch mehrfache Entscheidungen des Bundessozialgerichts** nach langjährigen Auseinandersetzungen über eine unzureichende Vergütung. Das erste Urteil stammt noch aus 1999 und hat das Angemessenheitsgebot §87 SGB V festgeschrieben, das verbietet, dass Psychotherapeuten als „Fachärzte zweiter Klasse“ bezahlt werden (vgl. Bundessozialgericht, 1999).³

Die Argumentation des GKV-SV, diese Kürzungen seien „unausweichlich“ und „angemessen“, basiert letztlich auf demselben verzerrten Zahlenmaterial, das bereits der Darstellung von Einkommen und Arbeitsrealität zugrunde liegt. Auch hier zeigt sich, dass der GKV-SV nur mit Halbwahrheiten operiert, um so die Debatte in seine Richtung zu lenken. Die wahren Sachverhalte werden damit ad absurdum geführt.

Die Finanzkommission begründet schließlich die Honorarkürzung und die Rückführung in die Budgetierung mit Angemessenheitsprüfungen psychotherapeutischer Leistungen aus den Jahren 2025 und 2026 und behauptet, dass darauf basierend die Reinerträge der Vergleichsarztgruppen zwischenzeitlich geringer ausfallen als die der Psychotherapeuten, allerdings ohne aktuelle Datenlage oder empirische Befundlage zu benennen. Die uns vorliegenden Daten für die Jahre 2022, 2023 und die ersten 2 Quartale 2024, die oben ausgeführt sind, zeigen genau das Gegenteil. Das Ergebnis der Angemessenheitsprüfung basiert auf falschen Annahmen und Zahlen: Verglichen wird ein fiktives, maximal hochgerechnetes Einkommen für 2026 – basierend auf unrealistischen „Vollzeit“-Annahmen – mit realen Durchschnittseinkommen ärztlicher Praxen aus dem Jahr 2024 – also veralteten Daten, die die heutige Einkommenssituation nicht mehr abbilden. Dabei wird nicht mit den maximal möglichen Einkommen der Ärzte verglichen, sondern gezielt mit dem Durchschnitt der am schlechtesten vergüteten Arztgruppen (vgl. Psychotherapieverbund Unterfranken, 2026). Und dies, obwohl den Krankenkassen reale Abrechnungsdaten zu den tatsächlich erzielten Einkommen vorliegen.

Wir fordern daher, die Honorardaten für das Jahr 2025 zu veröffentlichen, so dass eine kennzahlengestützte Analyse erfolgen kann.

Verzerrung der Versorgungsqualität: Die systematische Unterstellung, schwere Fälle würden nicht behandelt.

Der GKV-SV führt zudem an, dass insbesondere schwer erkrankte PatientInnen nur unzureichend Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erhalten. Der GKV-SV nennt auch in diesem Zusammenhang keine empirischen Daten, die seine Aussagen verifizieren würden. Die Finanzkommission übernimmt ungeprüft diese

³ Das Urteil stellt fest, dass psychotherapeutische Leistungen nicht strukturell unterbewertet werden dürfen. Es gilt das Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine unangemessen niedrige Vergütung ist rechtswidrig. Dieses Urteil war der Startpunkt einer ganzen Reihe von Folgeentscheidungen, die später zu deutlichen Honorarsteigerungen geführt haben. Das „Angemessenheitsgebot“ steht im Gesetzestext selbst, nicht nur im Urteil: Psychotherapeutische Leistungen müssen eine „angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ haben. Ab 1999 und danach wurde wiederholt bestätigt: Dieses Gebot ist verbindlich. Hieraus folgt: Der Bewertungsausschuss hat keinen freien Spielraum, wenn die Vergütung unangemessen ist. Psychotherapie ist zeitgebunden und daher besonders schutzbedürftig. Eine Vergütung, die strukturell der fachärztlichen Vergütung schlechter gestellt ist, stellt eine Ungleichbehandlung ohne sachlichen Grund dar und verstößt gegen Artikel 3 GG). Ein weiteres zentrales Urteil aus dem Jahr 2017 hat geurteilt, dass Psychotherapeuten ein angemessenes Einkommen verbleiben muss, das sich an dem Einkommen der Fachärzte orientiert (BSG, 2017 sowie Parallelverfahren: B 6 KA 36/16 R). Nach dem Anstieg bis 2020 fielen die Anpassungen für Psychotherapeuten deutlich geringer aus, sodass z.B. von 2019 bis 2022 die Steigerungsrate der Jahresüberschüsse lediglich 1,5% pro Jahr betrug, während andere Fachgruppen im Schnitt mit jährlichen Steigerungen von 4,9% rechnen konnten. Während die Einnahmen lediglich um 2% pro Jahr stiegen, stiegen die Aufwendungen um 2,4% pro Jahr (ZiPP, 2023).

Aussage mit der Feststellung, es gebe „Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Behandlungen nicht immer entsprechend der in den Leitlinien vorgesehenen Frequenz und Intensität erfolgen“, wiederum ohne Angabe von Quellen (S. 137). Die Finanzkommission basiert die Einführung von „wirksamen Steuerungsinstrumenten“ damit auf nicht empirisch belegten Behauptungen, statt die Zunahme der Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Leistungen als Signal für weitere Kassenzulassungen anzuerkennen. Woher diese Hinweise stammen oder wie diese sich belegen lassen, ergibt sich nicht aus den weiteren Ausführungen. Mit realen Erhebungen und Statistiken können diese „Hinweise“ nicht zusammenhängen.

Umfangreiche Analysen von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch DPtV und bvvp (2026a und b) zeigen, dass psychotherapeutische Leistungen bedarfsgerecht erbracht werden und sich an einer Patientengruppe mit hoher Krankheitslast orientieren. Komorbidität ist dabei eher die Regel als die Ausnahme (vgl. Böker & Hentschel, 2023; auch AXA, 2025; BPtK, 2018)

Des Weiteren führt der GKV-SV wiederholt an, dass die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen habe, ohne dass sich Wartezeiten und Versorgungslage entsprechend verbessert hätten. Zwar ist die Zunahme der Zahl der Behandlerinnen und Behandler unstrittig, da viele Kolleginnen und Kollegen einen vollen Sitz geteilt haben (KBV, 2026 a). Dass sich die Wartezeiten dennoch nicht im gleichen Maße verkürzt haben, ist nicht Ausdruck einer Überversorgung, sondern Folge einer strukturell unzureichenden Bedarfsplanung, die die tatsächliche Versorgungsrealität verkennt. Eine aktuelle Studie zeigt sogar, dass zwei PsychotherapeutInnen auf zwei halben Sitzen mehr PatientInnen versorgen als eine Psychotherapeutin, bzw. ein Psychotherapeut auf einem vollen Sitz (Jacobi & Hansen, 2026).

Unberücksichtigt bleibt auch, dass der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist (u.a. AXA, 2025) – unter anderem im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, anhaltenden gesellschaftlichen Krisen, Kriegen sowie wirtschaftlichen Belastungen wie Inflation. Eine Bedarfsplanung aus dem Jahr 1999, die diese Entwicklungen nicht adäquat abbildet, kann zwangsläufig nicht zu einer spürbaren Entlastung der Versorgung führen und verursacht chronische Unterversorgung.

Abschätzung der Versorgungslücke

In Deutschland gibt es nach Angaben der KBV zum 31.12.2025, rund 31.351 niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit eigenem Versorgungsauftrag durch das System der GKV-SV (KBV, Arztregister, Stand: 31.12.2025). Im Durchschnitt werden in einer Praxis bis zu 25 psychotherapeutische Sitzungen pro Woche erbracht. Ausgehend von einer jährlichen Arbeitszeit von 43 Wochen, ergibt sich eine Kapazität von etwa 1.075 Sitzungen pro Praxis und Jahr.

Dabei wird im Folgenden bewusst unabhängig vom individuellen Umfang des Versorgungsauftrags (z.B. halber oder ganzer Sitz) gerechnet, um die Gesamtversorgung modellhaft abzubilden.

Gleichzeitig geht der GKV davon aus, dass eine ambulante Psychotherapie – verfahrensübergreifend – im Durchschnitt etwa 45 Sitzungen umfasst. Rechnet man zusätzlich etwa fünf Sitzungen für Sprechstunde und Probatorik mit ein, ergibt sich ein gesamt durchschnittlicher Behandlungsumfang von 50 Sitzungen pro Behandlungsfall. Unter diesen Annahmen kann eine durchschnittliche psychotherapeutische Praxis jährlich etwa 21 neue Patientinnen in eine vollständige Behandlung aufnehmen.

Diese Zahl stellt jedoch eine theoretische Obergrenze dar, denn in der Versorgungsrealität reduzieren krankheitsbedingte Ausfälle, Fortbildungsverpflichtungen sowie Terminabsagen von PatientInnenseite die tatsächlich verfügbare Kapazität. Auch die verpflichtenden Sprechstundentermine, die niedergelassene Psychotherapeuten wöchentlich anbieten müssen, unabhängig davon, ob sie freie Kapazitäten zur Verfügung haben oder nicht, reduzieren das Angebot an freien Therapieplätzen weiter. Vor diesem Hintergrund wird die

Tragweite selbst kleiner Veränderungen deutlich. Wenn Praxen gezwungen sind, ihr Leistungsangebot auch nur geringfügig zu reduzieren – etwa um wirtschaftliche Einbußen infolge von Honorarkürzungen durch alternative Angebote auszugleichen oder auf Unsicherheiten im Hinblick auf eine mögliche Budgetierung zu reagieren – ergeben sich erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung.

Selbst in einem konservativ gerechneten Szenario, in dem jede Praxis jährlich lediglich drei Therapieplätze weniger für gesetzlich Versicherte anbieten würde, entspräche dies bereits einem Rückgang von rund 14% pro Praxis. Hochgerechnet auf die bundesweit rund 31.351 niedergelassenen Psychotherapeutinnen entspricht dies einem Wegfall von 94.000 Therapieplätzen pro Jahr.

Bereits geringfügige Reduktionen im Leistungsangebot führen zu zehntausenden unbehandelten Patientinnen – und machen deutlich, wie sensibel die psychotherapeutische Versorgung auf strukturelle Veränderungen reagiert. Dies entspricht im Versorgungsumfang etwa der Größenordnung einer ganzen Stadt.

Bereits jetzt besteht eine erhebliche Unterversorgung im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung. Bundesweit warten Patientinnen und Patienten regelmäßig über mehrere Monate auf einen Therapieplatz, in ländlichen Infrastrukturen deutlich länger – sofern es ihnen überhaupt gelingt, einen hart umkämpften Platz auf einer Warteliste zu erhalten (BDP, 2025). Vor diesem Hintergrund bedeutet jede weitere Reduktion verfügbarer Therapieplätze keine bloße rechnerische Verschiebung, sondern eine unmittelbare Verschärfung einer bereits angespannten Versorgungslage.⁴ Die dargestellten Effekte treffen somit auf ein System, das schon jetzt an seiner Kapazitätsgrenze arbeitet.

Die Wartezeit und der Effekt auf die Versorgung wird nicht wie von der Finanzkommission angenommen ohne negative Auswirkungen bleiben. Es ist anzunehmen, dass Wartezeiten erheblich verlängert werden und eine große Anzahl an PatientInnenplätzen weniger zur Verfügung stehen wird. Einschränkungen im Zugang oder in den Wartezeiten sind keine bloßen Nebenwirkungen, sondern direkte Auswirkungen auf die reale Versorgungslage. Wir gehen davon aus, dass dies nicht im Sinne der politischen Linie des Bundesministeriums für Gesundheit ist.

Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Konsequenzen der vorgeschlagenen Rückführung in die Budgetierung

Die von der Finanzkommission vorgeschlagene Rückführung in die MGV zielt eindeutig auf eine Einschränkung der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung ab. Anhand der oben benannten Zahlen ist zu erkennen, dass direkte Auswirkungen auf die psychotherapeutische Behandlungskapazitäten zu erwarten sind. Die Finanzkommission weist selbst darauf hin, dass eine stärkere

⁴ Direkte Studien fehlen, aber die Kausalität ist evident: Therapiemangel führt im schlimmsten Fall zu einer höheren Suizidrate; dies ist in Deutschland indirekt belegt. Versorgungsdefizite bedeuten unbehandelte Depressionen, diese können zu Suizid führen. „Über 80% der Suizidenten hatten psychische Erkrankungen, die unbehandelt blieben. (BMG, 2021, S. 17)“. „Mangelnde Versorgungskapazitäten sind ein zentrales Hindernis effektiver Suizidprävention.“ (BMG, 2021, S. 45)

Einbindung in die MGV die finanziellen Anreize für eine Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungskapazitäten verringern kann.

Seit Jahrzehnten ist die Evidenz eindeutig: Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht nur klinisch hoch wirksam, sondern auch gesundheitsökonomisch außerordentlich effizient. Internationale Studien zeigen konsistent, dass psychotherapeutische Interventionen nachfolgende Gesundheits- und Sozialkosten signifikant reduzieren („medical cost offset“) (vgl. Layard et al., 2007; Chiles et al., 1999; Gabbard et al., 1997).

Darüber hinaus belegen Analysen der Weltgesundheitsorganisation, dass sich Investitionen in die Behandlung psychischer Erkrankungen in erheblichem Maße auszahlen: Jeder investierte Euro generiert im Durchschnitt einen volkswirtschaftlichen Nutzen von etwa 2 bis 5 Euro (vgl. Chisholm et al., 2016; WHO, 2016). Auch deutsche Routinedaten bestätigen diese Befunde eindeutig: Nach psychotherapeutischer Behandlung gehen Arbeitsunfähigkeitstage und insbesondere kostenintensive stationäre Behandlungen deutlich zurück (vgl. BPtK, 2018; Techniker Krankenkasse, 2021).

Vor diesem Hintergrund sind Einsparungen in der psychotherapeutischen Versorgung nicht nur fachlich nicht zu rechtfertigen – sie sind ökonomisch irrational. Wer hier kürzt, spart nicht, sondern verlagert Kosten systematisch in andere, deutlich teurere Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems.

Umso unverständlicher – und angesichts der vorliegenden Evidenz auch nicht akzeptabel – ist es, dass ausgerechnet in diesem Bereich Kürzungen zur Debatte stehen. Die wiederholt vorgebrachte Behauptung einer angeblichen „Übervergütung“ psychotherapeutischer Leistungen entbehrt jeder tragfähigen empirischen Grundlage. Sie ist nicht nur fachlich hochgradig zweifelhaft, sondern lenkt von der eigentlichen Realität ab: einer seit Jahren bestehenden Unterversorgung bei gleichzeitig nachgewiesener Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Wer an Psychotherapie spart, reduziert keine Ausgaben – er erzeugt Folgekosten. Eine solche Politik ist nicht nur kurzfristig, sondern widerspricht grundlegenden Prinzipien evidenzbasierter Gesundheitspolitik und nimmt bewusst in Kauf, dass gesamtgesellschaftliche Kosten steigen. Sie schwächt gezielt einen infrastrukturell unabdingbaren Versorgungsbereich, für den sowohl die klinische Wirksamkeit als auch der ökonomische Nutzen in absoluter Klarheit belegt ist.

Desinformationskampagne und politische Rezeption

Der GKV-SV streut verzerrte Darstellungen zu Arbeitszeit, Einkommen, Kürzungen und der Versorgungsrealität von Patientinnen und Patienten, um in der Öffentlichkeit ein Bild zu erzeugen, das PsychotherapeutInnen direkt oder indirekt als „überbezahlt“, „arbeitscheu“ und Patientinnen und Patienten als überversorgt darstellt.

Die realen Probleme der Versorgung werden hierdurch verdeckt:

- zu knappe Bedarfsplanung (angelegt an das Jahr 1999),
- unzureichende Anzahl an Kassensitzen,
- steigender Bedarf aufgrund zunehmender psychischer Belastungen,
- zusätzliche Absenkung einer ohnehin unzureichenden Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Besonders besorgniserregend ist, dass diese Darstellungen in die Argumentationslinien politischer Beratungsgremien übernommen werden. Wenn nachweislich falsche oder bewusst verzerrte Behauptungen Eingang in einen von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Bericht finden, bedeutet das: Politische Steuerung basiert

auf verzerrter Darstellung. Das ist kein bloßes Kommunikationsproblem, sondern ein Governance-Problem. Es stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden. Wenn Desinformation zur politischen Entscheidungsgrundlage wird, wird das Vertrauen in staatliches Handeln insgesamt erschüttert.

Unsere Forderungen

Aus diesen Gründen fordern wir Sie als Bundesministerin für Gesundheit mit Nachdruck auf:

1. Eine tatsächliche unabhängige und transparente Prüfung der vom GKV-SV verwendeten Darstellungen und Modelle, insbesondere hinsichtlich der Behauptungen zu Arbeitszeit, Einkommen sowie Teilzeit-Vollzeit-Vergleichen.
2. Eine klare politische Distanzierung von nachweislich verzerrten Narrativen, insbesondere einer Logik, die auf dem Missverständnis von Praxisumsatz, Arbeitszeitmodellen und in Zulassungsordnungen festgeschriebenen Sitzkapazitäten aufbaut.
3. Die Aussetzung politischer Maßnahmen, die auf diesen verzerrten Darstellungen beruhen und die Versorgung weiter verschlechtern würden, insbesondere einer Re-Budgetierung der Psychotherapie, sowie eine Überprüfung der 4,5-prozentigen Honorarkürzungen vor dem Hintergrund der objektiven Versorgungslage.
4. Die Sicherstellung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse, indem beratende Gremien verpflichtet werden, bei zentralen Themen der Psychotherapie direkt mit den fachlichen Kammergremien zusammen zu arbeiten und gesicherte empirische Daten in die Beratungen einzubeziehen.
5. Die Herstellung von Vergütungsgerechtigkeit, sodass PsychotherapeutInnen im Median ein tatsächlich vergleichbares Einkommen wie die fachärztliche Vergleichsgruppe erzielen. Die derzeitige Vergütung liegt erheblich entfernt und erfordert entsprechend deutliche strukturelle Anpassungen.
6. Eine öffentliche Richtigstellung der zentralen Fehlbehauptungen und die Veröffentlichung eines sachlichen Kontextes, der die tatsächliche empirisch darlegbare Versorgungs- und Einkommenssituation in der Psychotherapie widerspiegelt. Das BMG hat die Rechtsaufsicht über den GKV-SV und ist dafür verantwortlich, die Richtigstellung der Zahlen herbeizuführen.

Es geht hierbei nicht um standespolitische Schutzinteressen, sondern um die Integrität gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse und die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung. Wenn sich politische Steuerung auf kommunikativ erzeugte Scheinrealitäten stützt, wird das Fundament evidenzbasierter Gesundheitspolitik untergraben.

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, wir haben seinerzeit sehr positiv registriert, dass Sie und Ihre Regierung sich im Koalitionsvertrag verpflichtet haben, die psychotherapeutische Versorgung zu stärken. Daher bitten wir Sie eindringlich an dieser Stelle korrigierend einzugreifen und die Verantwortung Ihres Hauses für eine sachliche, transparente und demokratisch verantwortbare Debatte wahrzunehmen.

Mit nachdrücklichen Grüßen

Dipl. Psych. Teresa Malberg, Psychologische Psychotherapeutin

M.sc. Nora Hoffmann, Psychologische Psychotherapeutin

Dr. Nicole Romana Heigl, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

Quellen

AXA. (2025). *Mind Health Report 2025: Die psychische Gesundheit verschlechtert sich weltweit weiter* [Ipsos-Studie]. <https://www.ipsos.com/de-de/axa-mindhealth-report-die-psychische-gesundheit-verschlechtert-sich-weltweit-weiter>

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). (2025). *Nachhaltige psychotherapeutische Versorgung sichern!* [Positionspapier]. https://www.bdp-verband.de/fileadmin/user_upload/BDP/website/dokumente/PDF/themen/Positionen_zur_Bundestagswahl_2025/BDP-Positionspapier_Nachhaltige_pschotherapeutische_Versorgung.pdf

Bernardo, M., et al. (2021). European public healthcare systems failing to meet psychotherapy needs: A review of 23 EU countries. *Association of European Psychologists*. <https://associazionepsicologieurope.com/2024/11/15/european-public-healthcare-systems-failing-to-meet-psychotherapy-needs/>

Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Suizidprävention in Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven. Abschlussbericht NaSPro-Projekt*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Abschlussbericht/suizidpraevention_abschlussbericht.pdf

Böker, U., & Hentschel, G. (2023). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(3), A94–A96. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/ambulante-psychotherapeutische-versorgung-hohe-krankheitslast-bedarfsgerechte-versorgung-ad360d62-eaf5-4fde-84ea93891fd905>

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten, Versorgungseffekte und Inanspruchnahme. BPtK-Studie „Wartezeiten 2018“* [PDF]. https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2026a). *Kürzungen werden die ambulante Versorgung massiv verschlechtern* [Pressemitteilung]. <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/kuerzungen-werden-die-ambulante-versorgung-massiv-verschlechtern>

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2026b). *BPtK kritisiert Desinformationskampagne des GKV-Spitzenverbands. Pressestatement von Dr. Andrea Benecke* [Pressemitteilung]. <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/bptk-kritisiert-desinformationskampagne-des-gkv-spitzenverbands/>

Bundessozialgericht. (1999). Urteil vom 20. Januar 1999 – B 6 KA 46/97 R. *Juris/Dejure*. <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BSG&Datum=20.01.1999&AktENZEICHEN=B+6+KA+46%2F97+R>

Bundessozialgericht. (2017). Urteile vom 28. Juni 2017 – B 6 KA 29/17 R; B 6 KA 36/16 R. *Juris/Dejure*. <https://dejure.org/2018,48328>

Bundessozialgericht. (2018). Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 43/17 R. *Juris/Dejure*. <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BSG&Datum=24.10.2018&AktENZEICHEN=B+6+KA+43%2F17+R>

Bundesverband Vertragspsychotherapeuten (BVVP). (2026a). *Pressemitteilung: BVVP fordert Schluss mit den Falschinformationen von GKV Spitzenverband, AOK und vdek* [Pressemitteilung]. https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/04/20260402-PM-bvvp-wendet-sich-gegenirrefuehrende-Kassenrhetorik_public.pdf

Bundesverband Vertragspsychotherapeuten (BVVP). (2026b). *Pressemitteilung: „Erst plündern, dann rationieren – das ist unterlassene Hilfeleistung auf Krankenschein!“: BVVP verurteilt Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit aufs Schärfste!* [Pressemitteilung]. https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/04/20260401-PMbvvp-verurteilt-Vorschlaege-der-Finanzkommission-Gesundheit_public.pdf

Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204–220. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.204>

Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). Medical cost offset from psychotherapeutic intervention: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 9–17.

<https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.9>

Chisholm, D., Sweeny, K., & Sheehan, P., et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)

Deutsche Psychotherapeutenorganisation (DPTV) & Bundesverband Vertragspsychotherapeuten (BVVP). (o. J.). *DPTV und BVVP: Umfangreiche Analyse der KBV-Zahlen zur Psychotherapie*. Monitor Versorgungsforschung. <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/dptv-und-bvvp-umfangreiche-analyse-der-kbv-zahlen-zur-psychotherapie/>

Finanzkommission Gesundheit. (2026). *Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit – 66 Empfehlungen zur Stabilisierung der GKV-Finzen*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf

Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., Spiegel, D., Sacks, M., & Luise, J. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1153–1160. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.9.1153>

GKV-Spitzenverband. (2026a). *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Angemessene Honorare und gute Versorgung* [Pressemitteilung]. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2222400.jsp

GKV-Spitzenverband. (2026b). *Honoraranpassung für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* [Pressemitteilung]. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2222400.jsp

Hansen, D., & Jacobi, M. (2026). Auswirkungen der zunehmenden Teilung von psychotherapeutischen Praxissitzen auf die Versorgungskapazität. *Das Gesundheitswesen*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1055/a-2752-0250>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024). *Honorarbericht Q1–Q4 2023: Honorarübersicht und Vergütungsstatistiken*. <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/honorarbericht/>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2026a). *Bundesarztregister: Statistische Informationen zur vertragsärztlichen Versorgung – Stand 31.12.2025* [PDF]. <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2026b). *Trend zur Anstellung hält an*. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/teilnahmestatus-und-umfang>

Layard, R., Clark, D. M., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/002795010702000108>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *Waiting times for health services: Mental health care in OECD countries*. OECD Health Policy Studies. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2020/05/waiting-times-for-health-services_9d746179/242e3c8c-en.pdf

Prudon, R. (2025). Is delayed mental health treatment detrimental to employment? *The Review of Economics and Statistics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1162/rest.a.257>

Psychotherapieverbund Unterfranken. (2026). *Gegendarstellung zur Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands* [Webseite]. <https://www.psychotherapieverbund.de/gegendarstellung>

Psychotherapieverbund Unterfranken. (2026). *Modellrechnung zur realen Auswirkung von Honorarkürzungen – Stellungnahme zur Budgetierung der ambulanten Psychotherapie* [Online-Rechner/Stellungnahme]. <https://www.psychotherapieverbund.de/rechner>

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025a). *Kostenstruktur in Arztpraxen 2023: Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge nach Fachgebieten* [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_293_432.html

- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025b). *Kostenstrukturstatistik im Gesundheitswesen: Arztpraxen – Berichtsjahr 2023* (Tabelle 432-11-1). <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=4321101257004>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025c). *Kostenstruktur in Dienstleistungsunternehmen: Kernmerkmale je Betrieb 2023* (Tabelle 1.1). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Tabellen/kost-01-kernmerkmale.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2026). *Kostenstruktur in Dienstleistungsunternehmen: Kernmerkmale je Betrieb 2025* (Tabelle 1.1). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Tabellen/kost-01-kernmerkmale.html>
- Techniker Krankenkasse. (2021). *Gesundheitsreport 2021: Arbeitsunfähigkeiten*. TK. <https://www.tk.de/resource/blob/2103660/c84b4542a5e1311a9324f2d9063463e1/gesundheitsreport-au-2021-data.pdf>
- Techniker Krankenkasse. (2026). *Psychotherapie im internationalen Vergleich*. TK-Gutachten. <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/psychotherapie-im-internationalen-vergleich-2212510>
- World Health Organization. (2016). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return* [Press release]. <https://www.who.int/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZiPP-Studie). (2023). *Zi-Praxis-Panel: Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. Jahresbericht 2023*. Letzter Zugriff am 07.04.2026. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/PraxisBefragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiP_P_Jahresbericht_2023.pdf