

Faktenblatt Vergütung Psychotherapie

1. Psychotherapie rechnet sich

Psychische Erkrankungen verursachen unbehandelt immense volkswirtschaftliche Kosten. Jeder in die Psychotherapie investierte Euro zahlt sich mehrfach aus. Stationäre Behandlungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten werden verhindert und Kinder und Jugendliche werden frühzeitig vor langfristigen Folgen geschützt.

Die volkswirtschaftliche Dimension ist groß und die Bedeutung nimmt weiter zu. Psychische Erkrankungen verursachen in Deutschland durch Fehltag, Produktivitätsverlust und Frühverrentungen sowie stationäre Behandlungen immense gesamtgesellschaftliche Kosten (vgl. BPTK, 2023). Empirische Daten belegen: Wenn man den Kosten für Psychotherapie die dadurch eingesparten Kosten – unter Berücksichtigung von Faktoren wie Produktivität (Arbeitsfähigkeit) – in einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Schätzung gegenübergestellt, zahlt sich jeder investierte Euro etwa dreimal aus (return on Investment 1:3,25 bei Wittmann et al. 2011, oder 1:2 bis 1:5,5 bei Nübling et al. 2014).

Dabei macht die ambulante Psychotherapie lediglich etwa 0,7 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen aus. Eine Kürzung in diesem Bereich bringt den Kassen marginale Einsparungen, zugleich riskiert man ein Vielfaches an Folgekosten in anderen Bereichen des Sozial- und Gesundheitssystems.

Jede Hürde beim Zugang zu Psychotherapie, wie längere Wartezeiten oder weniger Therapieplätze, erhöht also die gesamtgesellschaftlichen Kosten und verschiebt sie in andere Bereiche.

Die immense gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Relevanz psychischer Erkrankungen wird am Beispiel der unipolaren depressiven Störungen besonders deutlich, die zu den wichtigsten Volkskrankheiten zählen und – mit Ausnahme der Altersgruppe der Kinder bis 14 Jahre – unter den psychischen Erkrankungen Platz 1 in Deutschland belegen. Depressive Störungen gehen mit einer hohen Mortalität einher und stellen die häufigste psychische Ursache für Suizide dar, mit einer 20-mal höheren Suizidrate als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Auswirkung auf soziale Beziehungen und die allgemeine Arbeitsfähigkeit ist gravierend. Problematisch ist die depressive Störung nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihre nahen Angehörigen, darunter insbesondere für die Kinder, die oftmals selbst zu Betroffenen psychischer Erkrankungen werden oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Damit sind die sozialen Kosten umrissen. Auch sind depressive Störungen mit hohen direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten verbunden: Denn die Folgen sind Arbeitsausfalltage, verminderte Erwerbsfähigkeit bis Invalidität und vorzeitiger Tod (S3-Leitlinie I Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“, 2022).

Die meisten gesamtgesellschaftlichen Kosten entstehen infolge langer AU-Zeiten oder vorzeitiger Berentung der großen Gruppe mittelschwer Erkrankter (z.B. DPTV 2021), doch gerade dieser kann durch Psychotherapie geholfen und die Kosten können dementsprechend reduziert werden (vgl. Wittmann et al., 2011; Altmann et al., 2016).

Die psychotherapeutische Behandlung von Eltern mit psychischen Störungen verhindert zudem, dass die Kinder Schaden nehmen, und sichert somit deren psychische Gesundheit.

2. Die ambulante Psychotherapie in Deutschland ist effizient und erfolgt auf hohem Niveau

Es stehen passgenaue Angebote zur Verfügung, die den hoch individuellen Störungskonstellationen und Bedarfen der Patient*innen mit psychischen Erkrankungen gerecht werden. Die aktuelle Inanspruchnahme wird durch die hohe und weiterhin steigende Krankheitslast begründet und gerechtfertigt.

Psychotherapie erfolgt durch anerkannte Heilberufe auf hohem und spezialisiertem Qualifikationsniveau; sie ist eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Es stehen Kontingente für Kurz- und Langzeittherapien im Einzel- oder Gruppensetting in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Evidenz geprüften und somit wissenschaftlich anerkannten Verfahren zur Verfügung (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und systemische Therapie). Dies ermöglicht eine je nach Störungsbild und Krankheitsschwere passgenaue ambulante Behandlung, deren Frequenz sich nach dem individuellen Bedarf richtet. Bei etwa zwei Drittel der Therapien handelt es sich um Kurzzeitbehandlungen, die innerhalb von 24 Sitzungen beendet werden, und Kontingente werden nicht regelhaft ausgeschöpft (Hentschel & Böker, 2023). Damit ist eine einzelne Psychotherapie ein kostengünstiges und wirksames Verfahren.

Die Krankenkassen haben für die ambulante Psychotherapie im Jahr 2024 insgesamt 4,6 Milliarden Euro ausgegeben. Das entspricht knapp zehn Prozent der Kosten der ambulanten Versorgung, die wiederum insgesamt nur einen geringen Teil der Gesamtkosten der Gesetzlichen Krankenkassen ausmacht und gleichzeitig den allergrößten Teil aller Behandlungsfälle abdeckt. Der Anstieg der Kosten in der Psychotherapie ist zum Großteil auf eine Ausweitung des Angebots und somit auf eine Verbesserung der Versorgung und nur zu einem geringen Teil auf Vergütungseffekte bei den einzelnen Psychotherapeut*innen zurückzuführen (siehe dazu auch Punkt 7).

Zum Vergleich: Im stationären Bereich haben sich die Kosten in den letzten zehn Jahren ebenfalls um 50 Prozent erhöht, ohne dass die Fallzahlen entsprechend gestiegen wären. Die Ausgabensteigerung in der ambulanten Psychotherapie ist hingegen direkt mit einer Ausweitung der Versorgung verbunden.

Dass der „Bedarf“, also das Inanspruchnahmeverhalten, trotz guter Versorgung weiter steigt, ist der hohen psychischen Krankheitslast der deutschen Bevölkerung geschuldet, die durch zahlreiche gesellschaftliche Missstände produziert wird, aber auch durch eine Zunahme an Konflikten, Krisen und Kriegen. Zugleich zeigen epidemiologische Studien, dass in Deutschland binnen eines Jahres rund 18 Millionen Menschen an einer psychischen Störung erkranken. Jedoch begibt sich nicht einmal jede*r Fünfte der psychisch Erkrankten in Behandlung (Jacobi et al., 2014, Mack et al., 2014). Dass Psychotherapie zusätzlich zu der steigenden Krankheitslast mittlerweile häufiger in Anspruch genommen wird, könnte auch der Tatsache geschuldet sein, dass Scham und Stigmatisierung, die der Inanspruchnahme dieser Form der Krankenbehandlung lange entgegenstanden, langsam abnehmen.

3. Der Umgang mit Ressourcen geschieht verantwortungsvoll

Psychotherapeut*innen sind sich der begrenzten Ressourcen bewusst und nutzen die Kassensitze verantwortungsvoll. Insbesondere durch Sitzteilungen können mehr Patient*innen behandelt werden. Würde diese Möglichkeit nicht in größerem Umfang genutzt, wären die Versorgungslücken viel größer.

Psychotherapeut*innen gehen verantwortungsvoll mit ihrem Versorgungsauftrag um. Sie sind bereit, halbe Zulassungen weiterzugeben oder Kolleg*innen anzustellen und sich in Praxisgemeinschaften zusammenzuschließen. Inzwischen sind etwa 70 Prozent der Psychotherapeut*innen im Rahmen eines halben Versorgungsauftrags tätig. Das bedeutet jedoch keinesfalls, dass Sie einer Halbtagsstätigkeit nachgehen. Zwei halbe Sitze erbringen etwa 140 Prozent eines vollen Sitzes. Die Sitzteilungen tragen damit erheblich zu einer Verbesserung der Versorgung bei.

Insgesamt waren laut Bundesarztregister zum 31.12.2025 bundesweit 8.400 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, 27.800 Psychologische Psychotherapeut*innen und 5.700 Ärztliche Psychotherapeut*innen im ambulanten Bereich als Vertragspsychotherapeut*innen für die Versorgung der gesetzlich versicherten Patient*innen tätig. Das ist eine Steigerung um etwa 45 Prozent in den letzten zehn Jahren, die fast ausschließlich durch Sitzteilungen ermöglicht wurde.

Betrachtet man die Entwicklung der Vollzeitäquivalente im Zeitraum 2015 bis 2025, so ergibt sich eine Steigerung um lediglich 8,7 Prozent.

Der GKV-Spitzenverband argumentiert, trotz der steigenden Zahl an Psychotherapeut*innen sei keine Verbesserung der Versorgung erkennbar. Das Gegenteil ist richtig: Dieser Versorgungsbereich verbessert sich stetig, und es werden mehr Patient*innen mit psychischen Erkrankungen leitliniengerecht mit Psychotherapie behandelt. Während in den vier Quartalen 2013 noch 4,61 Millionen Patient*innen behandelt wurden, waren es zehn Jahre später bereits 7,24 Millionen Patient*innen. Dies ergibt sich aus den Honorarberichten der KBV.

4. Das originäre Steuerungsinstrument sind die Psychotherapeutischen Sprechstunden

Psychotherapeut*innen stellen mit diesem Steuerungstool Diagnose und Indikation im persönlichen Kontakt und auf höchstem Qualifikationsniveau. Die Notwendigkeit sowie die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung werden überprüft. Patient*innen mit akutem oder dringendem Bedarf werden zeitnah versorgt. Gegebenenfalls werden alternative Angebote außerhalb der Praxen empfohlen.

Eine qualifizierte Diagnostik und Indikationsstellung kann ausschließlich durch die Psychotherapeut*innen aller Grundberufe stattfinden, die über eine entsprechende Aus- und Weiterbildung und klinische Erfahrung verfügen. Die Psychotherapeutischen Sprechstunden mit einem ausreichend großen Zeitfenster von in aller Regel mindestens 50 Minuten sind das originäre Steuerungsinstrument für diese niederschweligen Erstabklärungen. Sie werden bundesweit in hoher Zahl flächendeckend angeboten. Mehr als die Hälfte der Patient*innen erfahren nach der Sprechstunde eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung, und dies überwiegend zeitnah zur letzten Sprechstunde (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung, 2023).

Es gibt derzeit kein evaluiertes Instrument zur Dringlichkeitseinschätzung im Bereich psychischer Erkrankungen – außer dem „Instrument Psychotherapeut*in, und das hat einen guten Grund: Diese Einschätzung ist extrem komplex, und es müssen viele Variablen einfließen. Screening-Verfahren können unterstützen, es muss aber auf deren Einsatz immer der klinische Blick eines Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin folgen. Die Diagnose sagt nichts über die Krankheitsschwere, die Veränderungsmotivation und Prognose oder über das subjektiv empfundene Leid aus.

Bei Feststellung von dringendem Bedarf erfolgt eine zeitnahe Akutbehandlung oder Patient*innen werden an andere Versorgungsangebote verwiesen – sofern es solche in der Region noch gibt. Gleichzeitig steuern die Psychotherapeutischen Sprechstunden wirksam, wie die Evaluation der Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA gezeigt hat: 40 Prozent der gesichteten Patient*innen nehmen keine weiteren Leistungen in Anspruch.

Neben der Dringlichkeit geht es um die Feststellung der Eignung für Psychotherapie. Nicht jede psychische Störung ist für die Behandlung mittels einer Psychotherapie geeignet, diese Einschränkung gilt insbesondere für schwere psychische Erkrankungen. Umgekehrt benötigt auch nicht jede Störung – wie zum Beispiel eine Leserechtschreibstörung – Psychotherapie. Psychotherapeutische Versorgung unterscheidet sich außerdem von psychiatrischer Versorgung.

Viele niederschwellige Erstabklärungen sind zu begrüßen, benötigen aber Zeit und gehen zulasten der Behandlungskapazität, denn die Gesamtbehandlungszeit ist begrenzt.

5. Die Wartezeiten sind zumeist moderat

Der Begriff der Wartezeit muss präzise definiert werden, um verlässliche Aussagen zu treffen zu können. Seriöse Untersuchungen zeigen, dass es stark vom regionalen Versorgungsgrad abhängig ist, wie schnell Hilfesuchende zeitgerechte Termine erhalten.

Die meisten Studien zu den Wartezeiten in der Psychotherapie beinhalten subjektive Aussagen von Psychotherapeut*innen und/oder Patient*innen und unterscheiden sich auch in der konkreten Fragestellung und dem methodischen Vorgehen. Insbesondere für Betroffene ist es darüber hinaus schwer zu unterscheiden, wann es sich um eine Psychotherapeutische Sprechstunde und wann um den Behandlungsbeginn handelt.

Objektive Daten liefert hingegen die Wartezeitstudie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern aus dem Jahr 2023. (KVB, 2023) Hier wurde auf Basis von Abrechnungsdaten untersucht, wieviel Zeit von der ersten Inanspruchnahme in Form einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bis zum Beginn einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie vergeht. Die Auswertung der Daten kommt zu dem Ergebnis, dass die Wartezeit im Median 97 Tage bzw. 13,9 Wochen betrug. Eine Untergruppenanalyse ergab, dass in Bayern Kinder und ältere Menschen bis zum Therapiebeginn durchschnittlich längere Zeitspannen in Kauf nehmen mussten. Auch zeigten sich regionale Unterschiede bei den Wartezeiten in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad. Die Studie belegt außerdem, dass es sich bei diesem Zeitraum nicht um eine unversorgte Wartezeit handelt, sondern dass bereits eine intensive therapievorbereitende Versorgung und Anbindung an die Praxis gegeben ist. Es finden in dieser Zeit durchschnittlich 7,09 Termine in Form von weiteren Sprechstunden und Probatorischen Sitzungen statt. Bei 14-tägiger Terminierung können damit 16 Wochen überbrückt werden.

Dies bedeutet, dass die Situation insgesamt dem Bedarf gerecht wird, aber dass bei der Bedarfsplanung differenziert und regional nachgesteuert werden sollte (vgl. BPtK, 2023).

Das Zentralinstitut Kassenärztliche Versorgung Zi bestätigt außerdem in einer aktuellen Studie, dass Termine über die 116 117 auch in psychotherapeutische Praxen innerhalb von wenigen Tagen vermittelt werden. Gesetzliche Vorgabe ist die Vermittlung von Terminen für Psychotherapeutische Sprechstunden innerhalb von vier Wochen. Allerdings ist eine Psychotherapeutische Sprechstunde nur eine erste Abklärung und Information, die wichtig für die Steuerung ist, aber keine Behandlung ersetzt.

6. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sichert nur die Mindestvergütung

Die vom obersten Gericht definierte Modellpraxis dient der Ermittlung des Minimums, nicht des Maximums der Vergütung. Das Modell benachteiligt Psychotherapeut*innen seit über 25 Jahren systematisch, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses halten der Überprüfung durch das oberste Gericht regelhaft nicht stand.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts BSG beruht auf dem sogenannten „10-Pfennig-Urteil“ aus dem Jahr 1999. Die psychotherapeutischen Praxen konnten damals aufgrund ihrer besonderen Arbeitsweise und Praxisstruktur den sich im Fall befindlichen Punktwert nicht durch entsprechende Leistungsausweitungen kompensieren. Psychotherapeutische Leistungen sind streng zeitgebunden, genehmigungspflichtig und persönlich zu erbringen. Dies wurde auch vom obersten Gericht als Besonderheit anerkannt.

Um die Mindestvergütung und damit die wirtschaftliche Existenz psychotherapeutischer Praxen zu sichern, legte das Gericht fest, dass eine mit jeweils 36 Sitzungen in 43 Wochen des Jahres (= 1.548 Sitzungen im Jahr) maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis mindestens den Durchschnittsertrag anderer grundversorgender Facharztgruppen erwirtschaften können muss. Es handelte sich um eine reine Modellannahme für diese Konstruktion der Mindestvergütung, denn diesen Maximalumfang erreicht nur ein sehr geringer Prozentsatz aller Psychotherapeut*innen. Das Gericht gestand dieser Modellpraxis außerdem die normativen Kosten einer halbtags beschäftigten Medizinischen Fachangestellten zu, denn ohne eine solche Unterstützung sei diese Auslastung nicht zu erreichen. Das BSG bekräftigte aber in verschiedenen Urteilen, dass diese normativen Kosten, unabhängig davon, ob tatsächlich Personal angestellt würde oder ob Psychotherapeut*innen diese Verwaltungsaufgaben selbst durchführten, berücksichtigt werden müssen. Seit 2012 sind die normativen Personalkosten in die sogenannten Strukturzuschläge ausgelagert worden, die den zuschlagsberechtigten Ziffern erst ab einer bestimmten Auslastungsschwelle zugefügt werden.

Die Grundsystematik aus dem Jahr 1999 gilt bis heute. Es wird also bis heute ein Maximum an Auslastung und damit an Ertragsmöglichkeit mit einem Durchschnittsertrag anderen Fachgruppen verglichen, was die Psychotherapeut*innen beständig an den untersten Rand der Einkommensskala aller Fachgruppen im ambulanten Kassensystem bindet. Die Mindestvergütung ist somit weit entfernt von einer angemessenen Vergütung!

Die vom GKV-Spitzenverband in der öffentlichen Debatte genannte Zahl von über 190.000 Euro Jahresertrag bezieht sich auf eben diese theoretische Modellpraxis bei maximaler Auslastung. Dieser Wert hat mit dem tatsächlichen Einkommen der allermeisten Psychotherapeut*innen nichts zu tun (siehe Punkt 8).

Dieses erhebliche Missverhältnis wurde in einer Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht nicht weiter gerügt, es versteht sich aber von selbst, dass es im Sinne der Gerechtigkeit keine weiteren benachteiligenden Regelungen geben darf und dass die Mindestvergütung nicht als Maximalvergütung umgedeutet werden kann. Daraus ergibt sich die klare Forderung, dass sich die inzwischen jährlich stattfindende Überprüfung auf einen möglichen Anpassungsbedarfs hin nach oben begrenzt und keinesfalls die Option einer möglichen Abwertung beinhaltet.

7. Die Vergütungssystematiken müssen berücksichtigt werden

Auch die Psychotherapeut*innen sind in der Systematik des Orientierungswerts einbezogen, der Kostensteigerungen in den Praxen und notwendige Gehaltsanpassungen der Praxisinhaber*innen nur unzureichend abbildet. Weitere Vergütungssteigerungen wurden vor Gericht erkämpft, weil nicht einmal die Mindestvergütung nach BSG gegeben war.

In den Musterklageverfahren hat das Bundessozialgericht den Psychotherapeut*innen immer zumindest teilweise Recht gegeben, dass der (Erweiterte) Bewertungsausschuss zuvor rechtswidrige Beschlüsse getroffen hat. Ein erheblicher Nachbesserungsbedarf von fast zehn Prozent wurde für das Jahr 2017 festgestellt. Dabei wurde aber keineswegs eine großzügige Honorarsteigerung gewährt, sondern es ging lediglich um die Wiederherstellung der Mindestvergütung gemäß der rechtlich bestehenden Verpflichtung.

In der Richtlinienreform im Jahr 2017 wurde die Vergütung der Gruppenpsychotherapie neu konzipiert und mit guten Bewertungen hinterlegt, um diese Versorgungsform zu fördern. Auch die Zuschläge auf die ersten zehn Sitzungen einer neuen Kurzzeittherapie wurden als Incentivierung gesetzlich vorgegeben, um möglichst viele Patient*innen zu versorgen.

Außerdem gehören die Psychotherapeut*innen mit einem Teil ihrer Leistungen zur Grundversorgung, die wie bei allen anderen grundversorgenden Facharztgruppen gefördert wird.

Finanzielle Anreize zur Versorgungssteuerung sind sinnvoll und erbringen all denen gezielt zusätzliches Honorar, die die entsprechenden Angebote unterbreiten. Das gilt für alle Fachgruppen.

Ansonsten steigt die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen analog den Anstiegen des Orientierungswerts, der die Kostenanstiege in den Praxen und die Anstiege der Oberarztgehälter in den Kliniken abbildet. Dies kann möglicherweise dazu führen, dass keine weiteren Vergütungsanstiege notwendig sind, Absenkungen verbieten sich jedoch durch den Grundgedanken, dass die Berechnung auf Basis der Mindestvergütung einer Modellpraxis erfolgt. Die jährliche Überprüfung der Mindestvergütung nach BSG sichert ab, dass diese Vergütung auch dann gewährleistet ist, wenn es besondere Entwicklungen bei der Honorarsituation der Facharztgruppen oder bei den Praxiskosten der Psychotherapeut*innen geben sollte.

Im Übrigen hält der Orientierungswert nicht einmal mit der Inflationsrate Schritt. Außerdem gilt bei prozentualen Steigerungen grundsätzlich, dass dieselbe Prozentzahl, gerechnet auf einen geringeren Basisbetrag immer auch einen geringeren Anstieg in absoluten Zahlen bedeutet, was für die ohnehin im Vergütungsbereich abgehängten Psychotherapeut*innen eine weitere Benachteiligung bedeutet.

8. Die tatsächlichen Arbeitszeiten und Erträge der Psychotherapeut*innen

Der Faktencheck zeigt, dass Psychotherapeut*innen weit entfernt sind von dem Ertrag der Modellpraxis des BSG und sie trotz Vollzeittätigkeit nur halb so viel verdienen wie andere Facharztgruppen im unteren Einkommensbereich. Angemessene Vergütung sieht anders aus!

Die 36 x 43 Einzelsitzungen der BSG-Praxis dienen als Modell zur Ermittlung der Mindestvergütung. Sie haben mit der tatsächlichen durchschnittlichen Arbeitszeit der Psychotherapeut*innen nichts zu tun und sollen diese auch nicht darstellen, denn es geht um eine Modellannahme.

Die tatsächliche patientenbezogene Behandlungszeit der Psychotherapeut*innen sieht anders aus.

Quelle	Behandlungsstunden/Woche	Stunden/Jahr	Methode / N
Nübling et al. 2014	29 h bei Vollzulassung	Ca. 1.350 h	Befragung, N = 2.328
Walenzik et al. 2014	24,5	Ca. 1.054 h	Befragung, N = 2.497
DPtV 2019	20 – 23 h (GKV-Versicherte)		Befragung
BPtK 2023	23,4 h	Ca. 900 – 990 h	Berechnung anhand von KBV-Daten
ZiPP 2023	28 h		Abrechnungsdaten

25 Einzelsitzungen in der Woche ergeben eine Gesamtarbeitszeit von mindestens 38 Stunden. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass alle Leistungen persönlich zu erbringen sind, also nicht delegiert werden können, und dass sie streng zeitgebunden sind. Die Patient*innen sind die „Zeitwächter“ in jeder einzelnen Sitzung. Außerdem gibt es einen großen Overhead. Das bedeutet, dass zahlreiche Aufgaben außerhalb der eigentlichen, über den EBM abrechenbaren Behandlungsleistungen anfallen. Dem hohen Overhead wird teilweise Rechnung getragen, indem die Plausibilitätszeit bei einer Einzelsitzung von regulär 50 Minuten Dauer mit 70 Minuten hinterlegt ist. Bei den Leistungen der somatischen Medizin ist die Plausibilitätszeit hingegen geringer als die veranschlagte Leistungszeit.

Das Praxispanel des Zi (ZiPP) aus dem Berichtsjahr 2023 gibt hierzu detailliert Auskunft. Hierin werden Umsätze aus GKV und PKV, Praxiskosten und die Arbeitszeiten erfasst. Die Gesamteinnahmen psychotherapeutischer Praxen im Jahr 2022 lagen laut Ergebnissen dieser Studie bei 122.900 Euro, die Praxiskosten bei 34.500 Euro. Das ergibt einen Jahresüberschuss von 88.400 Euro, was dem Arbeitgeberbrutto von Angestellten entspricht.

Rechnet man dies auf den Überschuss je Arbeitsstunde um, dann ergibt sich mit 52 Euro gerade einmal halb so viel wie bei den Haus- und grundversorgenden Fachärzt*innen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen erwirtschaften in der Regel noch weniger (etwa 80.000 Euro). Denn Schulzeiten, sowie Alter der Patient*innen und die Abhängigkeit von Bring-Möglichkeiten der Eltern/Bezugspersonen beschränken die zeitlichen Fenster für regelmäßige Behandlungen in aller Regel auf die Nachmittagsstunden ein. Es kommt zu mehr Ausfällen als in Erwachsenenbehandlungen aufgrund von Ferienzeiten (zum Beispiel bei getrennten Eltern, wenn Kinder doppelt „Urlaub“ machen), Verhinderungszeiten der begleitenden Erwachsenen, „Vergessen“ als zu bearbeitende Strukturschwäche, kurzfristigen Infekten oder auch wichtigen entwicklungsfördernden sozialen Aktivitäten wie Kindergeburtstagsfeiern. Bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen entsteht zudem hoher Aufwand durch Netzwerk-Arbeit, wie durch Telefonate mit Schule oder Jugendamt wegen Fördermaßnahmen, zum Teil unvergütet, aber zum Wohle der Patient*innen.

Auch die Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen deutlich, wie sehr die Psychotherapeut*innen mit ihren Einkommen abgehängt sind. Im neuesten Bericht aus dem zweiten Quartal 2024 wiesen die Hausärzte je Arzt/Ärztin einen durchschnittlichen Umsatz von knapp 65.000 Euro und die Fachärzt*innen von 64.000 Euro vor. Bei den Psychotherapeut*innen waren es gerade einmal 26.000 Euro. Selbst bei Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Praxiskosten zeigt sich die Einkommensschere überdeutlich.

Es wird anhand der empirischen Erhebungen jedenfalls klar, dass das Einkommen in den psychotherapeutischen Praxen weit entfernt liegt von der maximal ausgelasteten BSG-Musterpraxis, deren Auslastung nur von zwei bis fünf Prozent der Praxen erreicht wird. Die vom GKV-Spitzenverband behauptete Zahl von 190.000 Euro Jahresertrag bei Vollzeittätigkeit in einer Praxis steht zu diesen empirischen Daten in krassem Widerspruch. Das angenommene Einkommen der Modellpraxis liegt also um mehr als 100 Prozent höher als das reale Durchschnittseinkommen. Alle Behauptungen, dass Psychotherapeut*innen mehr als genug verdienen, beruhen auf einer Verzerrung der Tatsachen.

Fazit:

Die Honorarkürzung gefährdet die Versorgung! Die Absenkung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen um 4,5 Prozent setzt ein fatales Signal und wird die ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen verschlechtern!

Die Honorarkürzung trifft eine Berufsgruppe, deren Vergütung sich bereits im unteren Bereich aller ambulanten Fachgruppen bewegt. Sie wird absehbar zu folgenden Auswirkungen führen:

- Erstens wird der wirtschaftliche Druck auf die Praxen steigen, was insbesondere in Regionen mit hohen Mietkosten die Existenz von Praxen gefährden kann.
- Zweitens wird eine Abwanderung in die Privatbehandlung belohnt und in manchen Fällen wirtschaftlich notwendig gemacht, was die Versorgung der GKV-Versicherten unmittelbar verschlechtert.
- Drittens sinkt die Attraktivität der Niederlassung im vertragspsychotherapeutischen Bereich, was angesichts der demografischen Entwicklung in der Berufsgruppe besonders problematisch ist.
- Viertens verhindert die seit vielen Jahren auf die Mindestvergütung nach BSG zementierte Einkommenssituation zukunftssträchtige Investitionen in den Praxen.
- Fünftens wird die Anstellung von Praxispersonal und Kolleg*innen zunehmend unfinanzierbar. In der Folge müssen Verwaltungsaufgaben von den Therapeut*innen selbst übernommen werden – auf Kosten der wertvollen Behandlungszeit.
- Sechstens wird die Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses in den Praxen weiter erschwert, weil die dafür nötige Zusatzfinanzierung nach wie vor gesetzlich nicht geregelt ist und die Finanzierungslücke durch die Kürzung noch größer wird.

Über 77 Prozent der Psychotherapeut*innen sind Frauen. Eine Honorarkürzung in einem so stark weiblich besetzten Berufsfeld hat auch eine gleichstellungspolitische Dimension.

Die Kürzung steht zudem in direktem Widerspruch zu den politischen Zielen, die psychotherapeutische Versorgung zu stärken und die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Zeiten zunehmender gesellschaftlicher Krisen und Belastungen zu sichern. Statt an der ambulanten Psychotherapie zu sparen, die lediglich 0,7 Prozent der GKV-Gesamtausgaben ausmacht und nachweislich hohe Folgekosten vermeidet, sollten die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung verbessert werden.

Quellen

Altmann, U., Zimmermann, A., Kirchmann, H. A., Kramer, D., Fembacher, A., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Heymann, F. von, Auch, E., Steyer, R., Strauss, B. M. (2016). Outpatient Psychotherapy Reduces Health-Care Costs: A Study of 22.294 Insutnants over 5 Years. *Front. Psychiatry* 7:98. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00098

Bundespsychotherapeutenkammer (2023). Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Fakten zu Versorgungsbedarf, Bedarfsplanung und Wartezeiten in der Psychotherapie. Hintergrundpapier der BPtK, 13.07.2023. Abrufbar unter: https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_hintergrundpapier_weiterentwicklung_psychotherapeutischen_versorgung_d38b567ee6.pdf

DPTV (2021). Report Psychotherapie 2021. Abrufbar unter: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Unterausschuss Psychotherapie (2021). Evaluation der Regelung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 42 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie. 9.11.2021. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5193/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation-PT-Sprechstunde.pdf

Hentschel, G., Böker, U. (2023). Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen. DPTV Hintergrund 1/2023. Abrufbar unter: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/DPTV_Hintergrund/DPTV-Hintergrund_1.2023.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2023). Wartezeit von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn einer Psychotherapie beträgt in Bayern 97 Tage. Presseinformation. Abrufbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Pressearbeit/Presseinformationen/2023/KVB-PI-230210-Wartezeiten-Psychotherapie.pdf>

Melchinger, H. (2011). Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. *Monitor Versorgungsforschung* 02/2011. Abrufbar unter: <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2023/01/0211-16.pdf>

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N., Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2014. S3-Leitlinie I Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2022. Abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>.

Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2014). Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), in *Das Gesundheitswesen*, 76. Jg, 3/2014, S. 135-146.

Wittmann, W. W., Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojektes. *Psychotherapie Aktuell*, 3(3), 6-12.

Zi-Praxis-Panel (2023). Jahresbericht 2023. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. Abrufbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP_Jahresbericht_2023.pdf