



Stellungnahme, 10.04.2026

Der Skandal in Zahlen

0,05 % Einsparung. 4,8 % des BIP an Folgekosten.

Am 11. März 2026 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, die Vergütung für ambulante Psychotherapie um 4,5 % zu kürzen. **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dagegen gestimmt** und wurde überstimmt.

Die Kürzung spart ca. 167 Millionen Euro. Das entspricht 0,05 % der GKV-Gesamtausgaben von 327,4 Milliarden Euro. Gleichzeitig verursachen **psychische Erkrankungen** in Deutschland Kosten von **rund 147 Milliarden Euro jährlich**. Das sind ca. 4,8 % des Bruttoinlandsprodukts.

Gekürzt wird bei der Fachgruppe mit den geringsten Honoraren im gesamten vertragsärztlichen System. Voraussichtlich ist das der Anfang von Kürzungen, die nur kurzfristig zur Entlastung der GKV-Haushalte führen.

Was das konkret bedeutet

Der Verdienst einer psychotherapeutischen Praxis beträgt im Jahr durchschnittlich 90.000 Euro (brutto, vor Steuern, Krankenversicherung und Vorsorge), der einer durchschnittlichen Arztpraxis 336.000 Euro. Ca. 52 Euro pro Arbeitsstunde bleiben Psychotherapeut:innen nach dem Abzug der Praxiskosten. Hausärzt:innen erzielen etwa das Doppelte.

Für diesen Beruf braucht man: 5 Jahre Studium, dann 3 bis 5 Jahre Ausbildung, hierfür rund etwa 20.000 bis 80.000 Euro Ausbildungskosten aus eigener Tasche. Hinzu kommen – je nach Region – rund 40.000-120.000 Euro für die Übernahme einer Praxis.



Am Ende steht man mit dem niedrigsten Honorar aller Fachgruppen da. Und jetzt wird es nochmal gekürzt.

Was auf der anderen Seite steht

Wer heute einen Therapieplatz sucht, wartet im Schnitt 142 Tage – **fast fünf Monate**.

In dieser Zeit passiert Folgendes: Menschen verlieren ihren Arbeitsplatz, Ehen zerbrechen, Kinder leiden, Krankschreibungen werden chronisch. **41,5 % aller Frühverrentungen gehen auf psychische Erkrankungen zurück**. Die Betroffenen sind durchschnittlich 51 Jahre alt.

Jeder Euro, der in ambulante Psychotherapie investiert wird, spart laut Studien 2 bis 5 Euro an Folgekosten: weniger Krankschreibungen, weniger Klinikaufenthalte, weniger Frühverrentungen. **Eine einzige vermiedene stationäre Woche kostet so viel wie eine komplette ambulante Kurzzeittherapie**.

Das ist keine Sparmaßnahme. Das ist eine Kostenverlagerung – von den Kassen auf die Betroffenen, auf die Arbeitgeber und auf die Sozialsysteme.

Wie man mit falschen Zahlen eine Kürzung begründet

„52 % Honorarsteigerung“ – die Lieblingszahl des GKV-Spitzenverbands

Der GKV-Spitzenverband berichtet, dass die Honorare der Psychotherapeuten seit 2013 um 52 % gestiegen seien; weit mehr als bei anderen Fachgruppen (33 %). Diese Zahl ist das zentrale Argument für die Kürzung. Sie ist mindestens irreführend.

Inflationsbereinigt bleiben von den 52 % ca. 1,6 % pro Jahr. Das liegt unter der durchschnittlichen Lohnentwicklung.

Zum Vergleich: Der Mindestlohn ist seit 2015 um 63 % gestiegen.

In den 52 % sind auch neue Leistungen enthalten, die 2017 eingeführt wurden wie psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen. Außerdem enthalten sie Strukturzuschläge für Praxispersonal, deren vollen Satz **nur 3 % aller**



Therapeut:innen erhalten. Die Steigerungen in den letzten Jahren sind gerichtlich erstrittener Nachholbedarf (durch Urteile des Bundessozialgerichts).

„Über 190.000 Euro Jahresumsatz möglich“- eine Rechnung, die niemand nachrechnen soll

Der GKV-Spitzenverband rechnet mit einer „Vollauslastung“ von 36 Therapiesitzungen pro Woche. Dieses Modell stammt aus dem Jahr 1999, war damals schon gleichermaßen fiktiv und wurde seither nie angepasst.

Die Realität: Therapeut:innen führen in der Regel **bis zu 25** Sitzungen pro Woche durch. Nur 10 % aller Psychotherapeut:innen rechnen mehr als 27 Behandlungen ab. Der Rest der Arbeitszeit ist ausgefüllt mit telefonischen Sprechzeiten, Dokumentationen, Berichten, Anträgen, IT-Administration, Supervision, Fortbildungen, Intervision, Qualitätszirkeln und der Praxisorganisation. Es sind Aufgaben, die seit 1999 massiv zugenommen haben. Seit 2017 sind Psychotherapeut:innen mit einem Versorgungsauftrag verpflichtet, mindestens 200 Minuten telefonisch erreichbar zu sein. Diese Arbeitszeit kommt noch zu den 36 Patientenstunden pro Woche hinzu. Sechs unabhängige empirische Studien bestätigen übereinstimmend ca. 20 bis 25 Therapiestunden pro Woche. Es ist ein Range, die sich im internationalen Vergleich gleichermaßen hält. Rechnet man nun die offizielle Formel mit realistischen Stundenzahlen durch, dreht sich das Ergebnis um: **Statt einer Kürzung um 4,5 % hätte eine Erhöhung um 45 bis 59 % erfolgen sollen.**

Bemerkenswert: Das Gremium, das die Kürzung beschlossen hat, stuft seine eigene Berechnungsmethodik im selben Beschluss als „überprüfungsbedürftig“ ein. Trotzdem wurde auf dieser Grundlage gekürzt. Die vom GKV-Spitzenverband kürzlich verbreitete Zahl (vom 31.03.2026) von einem potenziellen Umsatz einer psychotherapeutischen Praxis von ca. 190.000 € erscheint uns völlig absurd.

Vom Mindesthonorar zur Obergrenze

Das Bundessozialgericht hat die jährliche Honorarprüfung eingeführt, damit Psychotherapeut:innen wenigstens ein Mindesthonorar erhalten. Der GKV-Spitzenverband scheint genau dieses Instrument jetzt umgekehrt zu nutzen: Sobald die errechneten maximalen Einnahmen den Durchschnitt bestimmter



Facharztgruppen erreichen, wird gekürzt. Die Vergleichsgruppe wurde über die Jahre von sieben auf fünf unterdurchschnittlich verdienende Arztgruppen eingengt. Aus dem Mindesthonorar ist eine Obergrenze geworden.

Was die Ersatzkassen wirklich vorhaben

Am Tag der Demonstration vor dem Gesundheitsministerium legt der vdek nach Am 26. März 2026 veröffentlicht der Verband der Ersatzkassen ein Positionspapier, das weit über die Honorarfrage hinausgeht. Die Forderungen laufen auf eines hinaus: Psychotherapie soll gesteuert, standardisiert und womöglich durch billigere Alternativen ersetzt werden.

Entbudgetierung abschaffen – das Ende der Planungssicherheit

Die Entbudgetierung stellt sicher, dass jede durchgeführte Therapiesitzung auch bezahlt wird. Der vdek beabsichtigt die Entbudgetierung abzuschaffen. Für Psychotherapiepraxen, die fast ausschließlich von zeitgebundenen Gesprächsleistungen leben und keine Labore, Geräte oder kaum delegierbare Leistungen haben, wäre das existenzbedrohend. Wenn nicht mehr planbar ist, was eine Therapiestunde am Ende wert ist, werden Therapeut:innen gezwungen sein, auf Einnahmen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung auszuweichen. Eine Therapiestunde für Privatpatient:innen und Selbstzahler:innen wird höher vergütet als für gesetzlich Versicherte, obwohl inhaltlich dieselbe Arbeit geleistet wird. Gesetzlich Versicherte warten dann noch länger.

50 % der Therapieplätze über die Terminservicestelle – Therapie nach Zuteilung

Der vdek fordert, dass Therapeut:innen künftig die Hälfte ihrer frei werdenden Plätze über die Terminservicestelle melden müssen. Das klingt nach Effizienz. In der Praxis bedeutet es: Patient:innen werden mehr oder weniger per Zufall zugewiesen und nicht nach der Passung zu einer Richtlinien-therapie. Therapeut:in und Patient:in können dann nicht mehr gemeinsam prüfen, ob sie zueinander passen. Dabei ist wissenschaftlich mehrfach belegt, dass die therapeutische Beziehung kein bürokratisches Detail ist. Sie ist einer der wichtigsten Wirkfaktoren erfolgreicher Psychotherapie. Gelingende Therapie lässt sich nicht am **Reißbrett** planen.

Verfahren benchmarken – alle gleich lang, egal wie krank



Der vdek beabsichtigt die vier anerkannten Therapieverfahren auf einheitliche Stundenkontingente zu kürzen. Die Logik: Alle sind gleich wirksam, also sollen alle gleich lang dauern. Das ist ein Fehlschluss. Unterschiedliche Verfahren verfolgen unterschiedliche Ziele und behandeln unterschiedlich komplexe Krankheitsbilder. Das ist, als würde man sagen: Aspirin und Chemotherapie wirken beide, also sollen beide gleich viel kosten. Die Verfahrensvielfalt ist kein Luxus. Sie ist der Grund, warum auch Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen eine passende Behandlung finden. Ein Einheitsmodell bedient Controllingtabellen, nicht die Patient:innen.

Digitale Apps statt Therapie – Minimalverwaltung psychischen Leids

Der vdek fordert den Ausbau digitaler Gesundheitsanwendungen als „weiteres Angebot der Regelversorgung“. Übersetzt heißt das: Apps statt Therapie, wenn es billiger ist.

Für Menschen mit manifesten psychischen Erkrankungen, mit Depressionen, die sie morgens nicht aus dem Bett kommen lassen, mit Angststörungen, die sie ans Haus fesseln, mit Traumafolgestörungen, die sich auf das ganze Leben auswirken, ist eine App keine ausreichende Behandlung. Die Abbruchraten bei digitalen Angeboten sind hoch, die Evidenz für nachhaltige Wirksamkeit bei schweren Störungen dünn. Langzeitstudien zur Nachhaltigkeit von diesen vermeintlichen Behandlungen fehlen.

Wir begrüßen digitale Ergänzungen, wo sie evidenzbasiert und sinnvoll sind. Wir lehnen es ab, sie als Ersatz für bewährte, wissenschaftlich fundierte Behandlung zu positionieren. Die Krankenkassen wissen, was Evidenzbasierung bedeutet; sie fordern sie schließlich bei jeder anderen Leistung ein. Dann sollten sie diesen Maßstab auch hier anlegen.

Was das alles zusammen bedeutet

Honorare kürzen, Budgets deckeln, Plätze zentral zuweisen, Verfahren gleichschalten, Therapie durch Apps ersetzen. Das ist kein Reformprogramm. Das ist der Versuch, eine der letzten Versorgungsformen, die auf Zeit, Beziehung und individuelle Behandlung setzt, in eine **Massenabfertigung** zu verwandeln.

Die Betroffenen sind keine Kostenfaktoren. Es sind Menschen, die Hilfe brauchen und dafür in dieses System eingezahlt haben. Sie verdienen eine Versorgung, die sich an ihrem Bedarf orientiert, nicht am Wunsch nach billigeren Kennzahlen.



Quellen:

BPtK, DGVT-BV, bvvp (Böker 2024), Lachmair (2026), ZI-Praxis-Panel, Destatis, DAK
Psychreport

2024/2025, DRV Bund, BAuA, OECD, GKV-SV Faktenblatt, KVSA, PTK Hessen, PTK
Hamburg, vdek

Pressemitteilung 26.03.2026, Deutsches Ärzteblatt, KBV Honorarberichte aus 2024