

Analyse- und Positionspapier

12. Juni 2026

Zur Angemessenheitsprüfung psychotherapeutischer Honorare: Eckpunkte für ein überarbeitetes Basismodell

Zugleich eine methodische Kritik der Darstellung des GKV-Spitzenverbandes

Zusammenfassung

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat angekündigt, Datengrundlage und Berechnungssystematik der Angemessenheitsprüfung nach § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V bis zum 30. September 2026 zu überprüfen. Dieses Papier formuliert hierfür Anforderungen an ein methodisch konsistentes und empirisch fundiertes Basismodell und begründet sie anhand einer methodischen Analyse des jüngsten Beitrags des GKV-Spitzenverbandes zur wirtschaftlichen Lage der Psychotherapie (Klein, 2026). Dieser im Mai 2026 im E-Magazin „90 Prozent“ erschienene Beitrag soll die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeut*innen „umfassend beschreiben“. Er erschien zwei Monate nach der vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Honorarabsenkung um 4,5 Prozent und rund vier Monate vor der angekündigten Methodikrevision der Angemessenheitsprüfung im Jahr 2026. Er argumentiert, Psychotherapeut*innen erbrächten mit rund 18,5 Wochenstunden eine zu geringe Patient*innenversorgung, die Angabe von 29 Stunden im Zi-Praxis-Panel (ZIPP; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024) sei wenig plausibel, und deshalb sei die Honorarabsenkung laut Klein (2026) methodisch gerechtfertigt.

Dieses Papier prüft die Methodik und kommt – zusammengefasst – zu drei Befunden:

- Klein (2026) verwendet **ungleiche Bezugsgrößen**, die systematisch zulasten der Psychotherapie ausschlagen (bei Aufwendungen, Privateinnahmen-Anteilen und Tätigkeitsumfang).
- Klein (2026) verwendet **verschiedene Zeitkonzepte**: Bei konsistenter Anwendung seiner eigenen Zahlen und der ZiPP-Daten ergeben sich statt der 18,5 Wochenstunden (Klein, 2026) eher 28,1 aktuell geleistete Wochenstunden in der Patient*innenversorgung – eine Abweichung von nur 0,9 Stunden bzw. 3 Prozent vom ZiPP-Wert von 29 Stunden, die innerhalb üblicher empirischer Mess- und Schätzunsicherheiten liegt (siehe z.B. Groves et al., 2009).
- Schließlich werden von Klein (2026) und im Vollauslastungsmodell des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA; Erweiterter Bewertungsausschuss, 2026a, 2026b) **nicht-abrechenbare Arbeitsleistungen** bzw. patient*innenbezogene Tätigkeiten außerhalb der abrechenbaren Therapiesitzungen nach unserer Einschätzung nicht hinreichend berücksichtigt. Die sogenannte Vollauslastungsformel der Angemessenheitsprüfung nach § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V (Erweiterter Bewertungsausschuss, 2026a; vgl. Bundessozialgericht, 2018) unterstellt zwar eine Gesamtarbeitszeit von 43 Wochenstunden, die grundsätzlich auch Organisations- und Verwaltungstätigkeiten umfasst. Die vorliegenden Daten sprechen jedoch dafür, dass der für patient*innenbezogene Tätigkeiten ohne direkten Kontakt verfügbare Zeitanteil zu niedrig angesetzt wird. So wird nach Klein (2026, Tabelle 1) die Position „weitere

Arbeitszeit für die GKV“ in der Vollauslastungsrechnung mit 0,0 Stunden ausgewiesen. Bei sachgerechter Berücksichtigung dieser Tätigkeiten (siehe Abschnitt 2 und Anhang A) legen die Daten bei 43 Wochenarbeitsstunden nicht 36, sondern je nach Modellannahmen eher 26,5 bis 27,7 abrechenbare Therapiestunden nahe (hergeleitet aus Proportionalrechnung der direkten Patient*innenkontaktzeit einerseits und der Skalierung der gesamten Vollauslastungslogik unter realistischen Zeitannahmen andererseits). Die vorliegenden Daten sprechen dafür, dass die im Vollauslastungsmodell angenommene Therapiekapazität oberhalb einer empirisch plausiblen Größenordnung liegt. Dies hätte unmittelbare Auswirkungen auf die Ergebnisse der Angemessenheitsprüfung.

Wir bitten den Erweiterten Bewertungsausschuss, im Rahmen seiner selbst gesetzten Methodikrevision bis zum 30. September 2026 die Datengrundlage und die Berechnungssystematik in diesem Sinne zu korrigieren.

1. Worum es geht – und warum das Basismodell der Angemessenheitsprüfung entscheidend ist

Maßstab der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen ist die Angemessenheitsprüfung nach § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V: Der Bewertungsausschuss prüft regelmäßig und inzwischen jährlich, ob die EBM-Bewertung psychotherapeutischer Leistungen unter Bedingungen der Vollauslastung ein angemessenes Einkommen im Vergleich zu fünf fachärztlichen Bezugsgruppen (Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Urologie) ermöglicht. Die Angemessenheitsprüfung geht auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der späten 1990er Jahre zurück (Bundessozialgericht, 1999a, 1999b). Das Gericht leitete aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz) ab, dass Psychotherapeut*innen vor einem Punktwertverfall geschützt werden müssen, den sie – anders als die meisten ärztlichen Fachgruppen – nicht durch eine Ausweitung der Leistungsmenge auffangen können, weil ihre Leistungen strikt zeitgebunden und ganz überwiegend antrags- und genehmigungspflichtig sind. Eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis muss danach die Chance haben, Erträge zu erzielen, die nicht wesentlich hinter denen vergleichbarer ärztlicher Fachgruppen zurückbleiben. Die dabei zugrunde gelegte Vollauslastung von 36 Therapiestunden in 43 Arbeitswochen war von Beginn an eine normative Modellannahme, die die strikt zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen mit den überwiegend nicht zeitgebundenen ärztlichen Leistungen rechtlich vergleichbar machen sollte. Sie war keine empirische Beschreibung der psychotherapeutischen Arbeitsrealität (zum Modellcharakter der Vergleichsberechnung siehe Bundessozialgericht, 2017). Die Angemessenheitsprüfung wurde damit als Schutzmechanismus gegen unangemessen niedrige Honorare entwickelt, nicht als Instrument zu ihrer Absenkung. Der EBA-Beschluss vom 11. März 2026 ist die jüngste Anwendung dieses Verfahrens.

Entscheidend ist dabei das zugrunde liegende Berechnungsmodell mit seinen Vergleichsgrößen, Zeitansätzen und Arbeitszeitannahmen: Jede Annahme dieses Basismodells wirkt unmittelbar auf das Honorarniveau einer ganzen Berufsgruppe. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat eine Revision dieses Modells bis zum 30. September 2026 angekündigt. Das vorliegende Papier benennt die Anforderungen an ein tragfähiges

Basismodell (Abschnitt 3) und stützt diese auf eine methodische Analyse des aktuellen Beitrags von Klein (2026), die zusammengefasst in Abschnitt 2 und ausführlich in den Anhängen A und B dargestellt ist.

Im Mai 2026 ist im E-Magazin „90 Prozent“ des GKV-Spitzenverbandes ein Autorenbeitrag erschienen, der die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Deutschland „umfassend beschreiben“ soll (Klein, 2026). Verfasser ist Dr. Ronny Klein, Fachreferent im Referat Gesamtvergütung des GKV-Spitzenverbandes. Er vertritt den Verband im (Erweiterten) Bewertungsausschuss. Der Beitrag konsolidiert eine Reihe vorausgegangener Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbandes – das Faktenblatt vom 11. Februar 2026, die Pressemitteilung vom 12. März 2026 und die FAQ vom 25. März 2026 – und dürfte zur Vorbereitung der nächsten Verhandlungsrunde dienen. DGVT und DGVT-BV haben zu diesen Veröffentlichungen mit zwei Positionspapieren und einem Faktencheck (DGVT & DGVT-BV, 2026a, 2026b; DGVT-BV, 2026) bereits Stellung genommen. Das vorliegende Papier ergänzt diese Reihe um eine fokussierte methodische Replik auf den Beitrag von Klein (2026) und Eckpunkte für die anstehende Modellrevision.

Die Argumentationslinie von Klein (2026) legt nahe, dass Psychotherapeut*innen ihre Versorgungskapazität nicht ausschöpfen, im Vergleich zu anderen Fachgruppen geringere Arbeitsumfänge aufweisen und die im März 2026 beschlossene Honoraranpassung deshalb sachlich gerechtfertigt sei. Die Versorgungsrealität in den allermeisten Praxen widerspricht dieser Darstellung. Eine genauere Prüfung zeigt: Der Beitrag ist methodisch widersprüchlich, vergleicht ungleiche Bezugsgrößen, hält die für eine ausgewogene Beurteilung notwendigen Daten nicht vor und verwendet mehrere Modellannahmen, die kumulativ zu einer deutlichen Unterschätzung der psychotherapeutischen Arbeitszeit führen, wie nachfolgend näher erläutert wird.

2. Die Darstellung von Klein (2026) und Kritik daran

Klein (2026) vergleicht die wirtschaftliche Lage psychotherapeutischer Praxen mit einer somatisch-fachärztlichen Vergleichsgruppe und gelangt zu drei Kernaussagen: Erstens arbeiteten Psychotherapeut*innen mit rund 18,5 Wochenstunden zu wenig mit Patient*innen; die im Zi-Praxis-Panel ausgewiesenen 29 Wochenstunden seien wenig plausibel. Zweitens schnitten psychotherapeutische Praxen im wirtschaftlichen Vergleich günstiger ab als häufig angenommen. Drittens sei die im März 2026 beschlossene Honorarabsenkung um 4,5 Prozent vor diesem Hintergrund sachlich gerechtfertigt.

Diese Schlussfolgerungen hängen jedoch an drei methodischen Entscheidungen: an der Wahl der Vergleichsgrößen, an der Verwendung von Wochen- und Zeitanätzen sowie am Umgang mit nicht-abrechenbaren Tätigkeiten.

Erstens vergleicht Klein ungleiche Bezugsgrößen: Er stellt den reinen GKV-Einnahmen die Aufwendungen der jeweils gesamten Praxis gegenüber – bei Facharzt- wie bei Psychotherapiepraxen einschließlich des auf die Privatbehandlung entfallenden Kostenanteils. Da im fachärztlichen Bereich rund 35 Prozent der Einnahmen privat erwirtschaftet werden, in der Psychotherapie nur rund 8 Prozent, verzerrt diese Zuordnung den Vergleich systematisch. Zudem weist er alle Werte je Inhaber*in aus, ohne den sehr unterschiedlichen Anteil hälftiger Zulassungen (71 gegenüber 9 Prozent) auf eine einheitliche, vollzeitäquivalente Basis zu bringen. Schließlich zieht er für die Aufwendungen den Mittelwert

über alle fachärztlichen Praxen heran statt der fünf für die bisherige Angemessenheitsprüfung maßgeblichen Facharztgruppen. Schon dadurch erscheint die Psychotherapie im Vergleich systematisch günstiger, als sie ist (ausführlich in Anhang A.1).

Zweitens beruht die zentrale Zahl von 18,5 Wochenstunden auf inkonsistenten Zeitannahmen. Klein rechnet die jährlichen Kalkulationsstunden über 46 Arbeitswochen hoch, einen nur illustrativen Wert aus einer ZiPP-Beispielgrafik, während er in der eigenen Modellrechnung 43 Wochen verwendet und empirisch in der Psychotherapie eher rund 41,5 Wochen zutreffen. Mit konsistenten Wochen- und Zeitanätzen und unter Einrechnung der patient*innenbezogenen Tätigkeiten ohne direkten Kontakt ergeben sich statt der 18,5 Wochenstunden eher 28,1 aktuell geleistete Wochenstunden in der Patient*innenversorgung – nur 0,9 Stunden bzw. 3 Prozent unter dem ZiPP-Wert von 29 Stunden (ausführlich in Anhang A.2). Die ZiPP-Erhebung ist damit plausibel.

Drittens blendet die Vollauslastungsformel nicht-abrechenbare Arbeit aus: Für die reale Abrechnungssituation setzt Klein 4,8 Wochenstunden „weitere Arbeitszeit für die GKV“ an, für die Vollauslastung dagegen 0,0 Stunden – die patient*innenbezogene Arbeit zwischen und nach den Sitzungen verschwindet also gerade dort, wo mehr Sitzungen erbracht werden. Rechnet man sie konsistent mit, sind bei 43 Wochenstunden empirisch nicht 36, sondern je nach Datenbasis und Herleitung rund 26,5 bis 27,7 abrechenbare Therapiestunden realisierbar. Die Modellberechnungen des EBA nehmen je nach Herleitung 30,0 bis 35,8 Prozent höhere Therapiekapazität bzw. ein entsprechend höheres unterstelltes Honorar an, als mit 43 Stunden Wochenarbeitszeit erreichbar sind (ausführlich in Anhang A.2). Unter proportionaler Fortschreibung der von Klein (2026) selbst verwendeten Zeitrelationen ergäbe sich ein Arbeitsaufwand von 55,8 Wochenstunden, um 36 abrechenbare Therapiestunden leisten zu können.

Werden diese drei Entscheidungen methodisch konsistent getroffen, tragen die Daten Kleins Schlussfolgerungen nicht. Was daraus für eine tragfähige Berechnung folgt, benennen die Eckpunkte in Abschnitt 3. Die vollständige methodische Herleitung der einzelnen Punkte findet sich in Anhang A.

3. Eckpunkte eines überarbeiteten Basismodells der Angemessenheitsprüfung

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss vom 11. März 2026 selbst festgelegt, die Datengrundlage und Berechnungssystematik der Angemessenheitsprüfung bis zum 30. September 2026 zu überprüfen. Aus unserer Sicht muss ein überarbeitetes Basismodell drei Eckpunkte erfüllen. Die Eckpunkte argumentieren bewusst innerhalb der bestehenden Modelllogik: Sie benennen, welche Anforderungen ein Vollauslastungsmodell erfüllen muss, wenn an ihm festgehalten wird. Eine empirische Bestätigung der Modellannahmen selbst ist damit nicht verbunden. Insbesondere die Vollauslastungsannahme von 36 Therapiestunden ist eine normative Setzung aus der Entstehungszeit des Verfahrens (Abschnitt 1); ihr Modellcharakter (Bundessozialgericht, 2017) eröffnet dem Bewertungsausschuss ausdrücklich den Spielraum, sie im Rahmen der angekündigten Revision an empirisch belegte Kapazitäten anzupassen.

3.1 Einheitliche, vollzeitäquivalente Vergleichsbasis

Einnahmen, Aufwendungen und Jahresüberschüsse müssen ausschließlich für die fünf vom Bewertungsausschuss festgelegten Vergleichsfachgruppen ausgewiesen werden; Sammelmittelwerte über alle Fachärzt*innen sind ungeeignet, da apparativ-intensive Gruppen die Werte verzerren (Anhang A.1.3). Alle Größen sind vollzeitäquivalent zu normieren – bei 71 Prozent hälftigen Zulassungen in der Psychotherapie gegenüber 9 Prozent im ärztlichen Bereich ist dies keine Feinheit, sondern Grundvoraussetzung jedes Vergleichs. Die hierfür nötigen realen Tätigkeitsumfänge lassen sich aus den dem GKV-Spitzenverband vorliegenden Abrechnungsdaten ermitteln. Schließlich sind Einnahmen und Aufwendungen konsistent nach Kostenträgern zu trennen: Den GKV-Einnahmen dürfen nur die der GKV-Tätigkeit zurechenbaren Kostenanteile gegenübergestellt werden (rund 35 Prozent Privatanteil im fachärztlichen Bereich gegenüber rund 8 Prozent in der Psychotherapie). Unterschiedliche Datenjahre sind anzugleichen.

3.2 Konsistente und gruppenspezifische Zeitlogik

Für Quartals- und Jahresbetrachtungen müssen die vom Bewertungsausschuss festgelegten EBM-Zeitansätze einheitlich verwendet werden – einschließlich der vom Bundessozialgericht bestätigten Prüfzeit von 70 Minuten je Sitzung, die über die reine Kalkulationszeit hinaus auch einen Teil der notwendigen patient*innenbezogenen Tätigkeiten zwischen den Sitzungen abbildet (Anhang A.2.2). Die Zahl der Arbeitswochen darf nicht aus illustrativen Beispielannahmen übernommen, sondern muss empirisch und gruppenspezifisch bestimmt werden: Aus den im ZiPP erhobenen Abwesenheitstagen ergeben sich für die Psychotherapie rund 41,5 effektive Arbeitswochen pro Jahr, für die ärztliche Vergleichsgruppe rund 43,0. Der derzeit einheitlich angesetzte Wert von 43 Wochen bildet damit die Arbeitsrealität der Vergleichsgruppe ab, nicht die der psychotherapeutischen Berufsgruppe (Herleitung in Anhang A.2.2).

3.3 Realistische Vollauslastung statt Reduktion auf Kontaktzeit

Die Vollauslastungsformel muss sämtliche für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung notwendigen Tätigkeiten abbilden – auch die nicht unmittelbar abrechenbaren patient*innenbezogenen Arbeiten zwischen den Sitzungen sowie Praxisorganisation und Fortbildung. Die derzeitige Modellierung lässt offen, ob der tatsächliche Umfang patient*innenbezogener Tätigkeiten außerhalb der Therapiesitzungen ausreichend berücksichtigt wird. Alleine der derzeitige Ansatz von 0,0 Stunden „weiterer Arbeitszeit für die GKV“ unter Vollauslastung (Klein, 2026) ist empirisch nicht haltbar, genauso werden organisatorische Tätigkeiten zu gering angesetzt: Sowohl die interne Logik der GKV-eigenen Zahlen als auch die ZiPP-Empirie legen nahe, dass bei 43 Wochenarbeitsstunden nicht 36, sondern je nach Modellannahmen eher 26,5 bis 27,7 abrechenbare Therapiestunden erreichbar sind (Herleitung in Anhang A.2.3 bis A.2.5). Ein tragfähiges Basismodell muss die Vollauslastung an dieser empirisch erreichbaren Kapazität ausrichten. Die Rechtsprechung steht dem nicht entgegen: Das Bundessozialgericht hat die Vollauslastung von 36 Therapiestunden nie als empirisch validierte Größe behandelt, sondern als Modellannahme der Vergleichsberechnung (Bundessozialgericht, 1999b, 2017). Ergänzend sollte die tatsächliche Wochenarbeitszeit psychotherapeutischer Praxen unabhängig erhoben werden – einschließlich abrechenbarer, patient*innenbezogener und administrativer Tätigkeiten –, um die Modellparameter künftig auf eine belastbare empirische Grundlage zu stellen.

4. Geteilte Sitze sind ein Gewinn für die Versorgung – kein Beleg für Arbeitsvermeidung

Klein (2026) deutet an, die hohe Quote hälftiger Zulassungen in der Psychotherapie sei durch niedrigere Praxiskosten als im ärztlichen Bereich ökonomisch begünstigt und dadurch leichter umsetzbar. Diese Lesart verkennt die versorgungspolitische Funktion der Sitzteilung. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber 2019 die Teilung von Vertragsarztsitzen ausdrücklich erleichtert, um die ambulante Versorgungskapazität zu erweitern, ohne zusätzliche volle Sitze schaffen zu müssen (Deutscher Bundestag, 2019). Hälftige Versorgungsaufträge sind zudem in ihrem zulässigen Leistungsvolumen begrenzt und können nicht beliebig in Richtung voller Versorgung ausgedehnt werden. Die hohe Sitzteilungsquote in der Psychotherapie ist daher überwiegend eine systembedingte Strukturentscheidung, nicht eine individuelle Bequemlichkeitsentscheidung der Inhaber*innen. Die Frage ist für die Angemessenheitsprüfung relevant, weil Klein (2026) die hohe Sitzteilungsquote wiederholt als Hinweis auf eine geringe Ausschöpfung der Versorgungskapazität interpretiert.

In den meisten KV-Bereichen versorgen zwei hälftige Sitze mehr Patient*innen als ein voller Sitz (Hansen & Jacobi, 2026). Das spricht nicht für ungenutzte Kapazität voller Sitze, sondern dafür, dass Inhaber*innen hälftiger Zulassungen real mehr Wochenstunden für die Versorgung aufbringen, als ihr formaler Versorgungsauftrag vorsieht: Zwei hälftige Sitze stehen für bis zu zwei Personen, deren gemeinsame Arbeitszeit die einer einzelnen Vollzulassung deutlich übersteigen kann. An der Struktur der einzelnen Arbeitswoche, dem Verhältnis von abrechenbaren Sitzungen zu notwendiger nicht-abrechenbarer Arbeit (Abschnitt 3.3), ändert das nichts. Für die Vollzeitäquivalent-Betrachtung folgt daraus zugleich, dass hälftige Zulassungen nicht durch einfache Verdopplung auf volle Sitze hochgerechnet werden können, sondern über die realen Tätigkeitsumfänge aus den Abrechnungsdaten zu normieren sind (Abschnitt 3.1).

5. Fazit

Die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeut*innen ist nicht einfach zu bewerten – in diesem Punkt hat Klein (2026) recht. Die vorliegenden Analysen sprechen dafür, dass zentrale Schlussfolgerungen des Beitrags von Klein (2026) in erheblichem Maße von seinen spezifischen, aber methodisch problematischen Modellannahmen abhängen. Werden Arbeitswochen, patient*innenbezogene Tätigkeiten ohne direkten Kontakt und Vollauslastungsannahmen konsistent berücksichtigt, erscheinen die ZiPP-Daten deutlich plausibler, als Klein (2026) es darstellt: Statt der behaupteten 18,5 ergeben sich aktuell rund 28,1 Wochenstunden Patient*innenversorgung – einschließlich der patient*innenbezogenen Arbeit ohne direkten Kontakt.

Davon zu unterscheiden ist die Frage der Vollauslastung in der Angemessenheitsprüfung, also der erreichbaren abrechenbaren Therapiestunden: Bei einer 43-Stunden-Woche sind nach der eigenen Modelllogik des GKV-Spitzenverbandes höchstens rund 26,5 bis 27,7 abrechenbare Therapiestunden erreichbar – nicht die im Vollauslastungsmodell unterstellten 36.

Hinzu kommt, dass die Modellannahmen sich auf volle Versorgungsaufträge beziehen, während eine deutliche Mehrheit der Psychotherapeut*innen mit hälftiger Zulassung tätig ist. Die Daten zeigen, dass trotz geteilter Zulassung die meisten Praxen deutlich stärker in der

Patient*innenversorgung engagiert sind und mehr Termine anbieten, als ihr formaler Versorgungsauftrag vermuten ließe. Von Komfortlagen kann keine Rede sein.

Maßstab der Revision muss der ursprüngliche Zweck der Angemessenheitsprüfung bleiben: voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxen vergleichbare Ertragschancen wie den fachärztlichen Vergleichsgruppen zu sichern. Ein Berechnungsmodell, dessen zentrale Kapazitätsannahme je nach Herleitung um 30,0 bis 35,8 Prozent oberhalb der empirisch erreichbaren Größenordnung liegt, verfehlt diesen Zweck und kehrt die Schutzfunktion des Verfahrens in ihr Gegenteil.

Wir erwarten, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die dargestellten methodischen Einwände im Rahmen der angekündigten Revision prüft und bei der Weiterentwicklung des Berechnungsmodells berücksichtigt. Nur dann wäre eine fachlich tragfähige nächste Angemessenheitsprüfung möglich.

Quellen

- Bundessozialgericht (1999a). Urteil vom 20. Januar 1999 – B 6 KA 46/97 R. BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 29.
- Bundessozialgericht (1999b). Urteil vom 25. August 1999 – B 6 KA 14/98 R. BSGE 84, 235 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 33.
- Bundessozialgericht (2017). Urteil vom 11. Oktober 2017 – B 6 KA 37/17 R. BSGE 124, 218 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35.
- Bundessozialgericht (2018). Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 42/17 R; zugleich B 6 KA 43/17 R. SozR 4-2500 § 106a Nr. 19.
- Deutscher Bundestag (2019). Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). BGBl. I.
- DGVT & DGVT-BV (2026a). Honorarkürzung psychotherapeutischer Leistungen 2026. Tübingen.
- DGVT & DGVT-BV (2026b). Psychotherapeutische Versorgung unter Reformdruck. Tübingen.
- DGVT-BV (2026). Faktencheck zur Darstellung des GKV-Spitzenverbands zur ambulanten Psychotherapie. Tübingen.
- Erweiterter Bewertungsausschuss (2026a). Beschluss in der 87. Sitzung am 11. März 2026. Berlin.
- Erweiterter Bewertungsausschuss (2026b). Entscheidungsrelevante Gründe zum Beschluss vom 11. März 2026. Berlin.
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Couper, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E., & Tourangeau, R. (2009). Survey Methodology (2nd ed.). Wiley.
- GKV-Spitzenverband (2026a). Faktenblatt: Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der ambulanten Versorgung. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2026b). Honoraranpassung für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2026c). Fragen und Antworten zur Honoraranpassung in der Psychotherapie nach § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V. Berlin.
- Hansen, D., & Jacobi, M. (2026). Auswirkungen der zunehmenden Teilung von psychotherapeutischen Praxissitzen auf die Versorgungskapazität. Das Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/a-2752-0250>
- Klein, R. (2026). Die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland. 90 Prozent – Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes, 47.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. Houghton Mifflin.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014). Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2012 – Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010. Berlin.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2024). Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2023 – Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. Berlin.

Anhang A: Ausführliche methodische Analyse des Beitrags von Klein (2026)

A.1 Wo Kleins Vergleich systematisch verzerrt

Klein vergleicht in mehreren Tabellen und Grafiken die wirtschaftliche Lage psychotherapeutischer Praxen mit der von fachärztlichen Vergleichsgruppen. In drei zentralen Punkten werden dabei Bezugsgrößen herangezogen, die nicht miteinander kompatibel sind.

A.1.1 GKV-Einnahmen gegen Gesamtaufwendungen

Im Vergleichsverfahren werden von Klein (2026) ausschließlich GKV-Einnahmen verglichen, die von ihm ausgewiesenen Aufwendungen beziehen sich aber auf die gesamte Praxis. Im fachärztlichen Bereich werden 35 Prozent der Einnahmen privatärztlich erwirtschaftet, in psychotherapeutischen Praxen nur 8 Prozent. Praxiskosten lassen sich nicht nach Kostenträger trennen: Räume, Geräte, Personal und IT tragen die gesamte Praxistätigkeit. Werden den GKV-Einnahmen die Gesamtaufwendungen gegenübergestellt, erscheinen die fachärztlichen Vergleichsgruppen rechnerisch ärmer, als sie sind – und der scheinbare Vorsprung der Psychotherapie wächst im selben Maß.

Wer sauber rechnet, muss bei den ärztlichen Vergleichsgruppen rund 35 Prozent der Aufwendungen dem Privatumsatz zuordnen, bei psychotherapeutischen Praxen rund 8 Prozent. Sobald Privateinnahmen und die ihnen zurechenbaren Kostenanteile konsistent berücksichtigt werden, verändert sich die wirtschaftliche Position psychotherapeutischer und fachärztlicher Praxen rechnerisch substantiell.

A.1.2 Pro-Inhaber-Werte ohne Vollzeitäquivalent-Bereinigung

71 Prozent der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen (PP und KJP) sind in hälftigem Versorgungsumfang zugelassen, im ärztlichen Bereich nur 9 Prozent (Klein, 2026; basierend auf Abrechnungsdaten des Bewertungsausschusses). Werden Einnahmen, Aufwendungen und Jahresüberschüsse je Inhaber*in ausgewiesen, ohne diese Strukturdifferenz auf eine einheitliche Bezugsgröße zurückzuführen, vergleicht man ungleiche Tätigkeitsumfänge. Eine seriöse Aussage zur wirtschaftlichen Situation verlangt eine Vollzeitäquivalent-Betrachtung, die der Beitrag von Klein (2026) schuldig bleibt. In welchem realen Tätigkeitsumfang Inhaber*innen mit anteiliger Zulassung arbeiten, ließe sich aus den dem GKV-Spitzenverband vorliegenden Abrechnungsdaten ermitteln; im Beitrag wird das nicht getan. Hinzu kommt: In ärztlichen Praxen wird Teilzeit häufig durch angestellte Kolleg*innen abgedeckt, nicht durch hälftige Zulassung der Inhaber*innen. Auch dies bleibt im Vergleich unsichtbar.

A.1.3 Aufwendungen aller Fachärzt*innen statt Vergleichsmix

Klein weist die durchschnittlichen Aufwendungen aller fachärztlich tätigen Praxen mit 318.000 Euro je Inhaber*in aus. Die Vergleichsgruppe der Angemessenheitsprüfung umfasst nach Beschlussfassung des Bewertungsausschusses (436. Sitzung am 23. April 2019; vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss, 2026b) und der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Modellcharakter der Vergleichsberechnungen (Bundessozialgericht, 2017) jedoch ausdrücklich nur fünf Fachgruppen: Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Urologie. Apparativ-intensive Fachgruppen wie die Radiologie

sind nicht enthalten, treiben aber den Sammelmittelwert nach oben. Die für die Prüfung relevanten Werte für den Vergleichsmix selbst werden im Beitrag nicht ausgewiesen.

A.2 Methodische Schwachpunkte bei Wochen, Zeiten und ausgeblendetem Tätigkeiten

Der Beitrag von Klein erreicht seine zentrale Schlussfolgerung – Psychotherapeut*innen arbeiteten mit 18,5 Wochenstunden zu wenig mit Patient*innen, die Angabe im Zi-Praxis-Panel (ZIPP; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024) von 29 Stunden sei wenig plausibel – über drei methodische Entscheidungen: eine selektive Anzweiflung der ZIPP-Daten, eine inkonsistente Verwendung von Wochen- und Zeitanätzen sowie die Ausblendung nicht-abrechenbarer Tätigkeiten. Sobald diese drei Entscheidungen revidiert werden, fügen sich Abrechnungs- und Versorgungsdaten ohne Widerspruch zusammen.

A.2.1 Selektive Anzweiflung des Zi-Praxis-Panels

Das ZiPP weist im Jahresbericht 2023 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, Tabelle 38, S. 144) für die Psychotherapie eine Patient*innenversorgung von 29,0 Wochenstunden aus, fein aufgliedert in 23,0 Stunden direkten Patient*innenkontakt und 5,9 Stunden patient*innenbezogene Tätigkeit ohne direkten Kontakt. Hinzu kommen 1,5 Stunden Fortbildungen, 6,8 Stunden Praxismanagement und 0,1 Stunden Notfalleinsätze, somit insgesamt 37,3 Wochenarbeitsstunden.

Klein (2026) zitiert den ZiPP-Wert korrekt mit 29,0 Stunden Patient*innenversorgung. Er stützt sich an anderen Stellen seines Beitrags auch auf dieselbe Datenquelle – für die Patient*innenzeit der ärztlichen Vergleichsgruppe und für die Zufriedenheitsangabe in der Psychotherapie. Die Erhebungsmethodik und die statistische Belastbarkeit sind in allen drei Verwendungen identisch.

Bemerkenswert ist aber Kleins Umgang mit den Daten an einer Stelle: Während die ärztliche Patient*innenzeit und die Zufriedenheitsangabe ohne methodische Vorbehalte übernommen werden, bezeichnet Klein (2026) den vom ZiPP berechneten Umfang der psychotherapeutischen Patient*innenversorgung von 29 Stunden als wenig plausibel – ausgerechnet die einzige ZiPP-Größe, die seinem eigenen Berechnungsergebnis von 18,5 Stunden widerspricht. Dass die ärztliche Vergleichsgröße nicht durch eine unabhängige Quelle gestützt wird – der von Klein herangezogene Mikrozensus erfasst nur Gesamtarbeitszeit, nicht Patient*innenzeit –, während die anderen ZiPP-Werte als plausibel akzeptiert werden, hat methodisch keine Grundlage.

Methodisch ergibt sich daraus ein **Selektionsbias**: Wird dieselbe Datenquelle in zwei Fällen als valide akzeptiert, im dritten Fall jedoch ausschließlich aufgrund inhaltlicher Unerwünschtheit verworfen, bedarf dies einer gesonderten methodischen Begründung (siehe z.B. Shadish, Cook & Campbell, 2002). Eine solche Begründung wird im Beitrag nicht geliefert.

Darüber hinaus stehen die im ZiPP ausgewiesenen patient*innenbezogenen Tätigkeiten ohne direkten Kontakt inhaltlich im Einklang mit den seit Jahren ausgeweiteten Dokumentations-, Gutachter-, Koordinations- und Qualitätssicherungspflichten in der ambulanten Psychotherapie.

A.2.2 Inkonsistente Wochen- und Zeitansätze

Die Differenz zwischen den angeblich nur geleisteten 18,5 Wochenstunden in der Patient*innenversorgung aus der Berechnung von Klein (2026) und den 29 Wochenstunden nach ZiPP (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024) entsteht über zwei methodische Entscheidungen, die zueinander nicht konsistent sind.

- Erstens verwendet Klein (2026) zur Hochrechnung der jährlichen 853 Kalkulationsstunden 46 Arbeitswochen pro Jahr und gelangt so zu 18,5 Wochenstunden. In der Modellrechnung der Angemessenheitsprüfung rechnet er selbst später allerdings mit 43 Arbeitswochen. Die 46 Wochen sind dabei kein im ZiPP berechneter empirischer Wert: Sie entstammen einer beispielhaften Darstellung und werden im ZiPP in keiner weiteren Berechnung als Grundlage verwendet. Klein (2026, Fußnote zu Tabelle 1) begründet die abweichenden 43 Wochen seiner Modellrechnung mit den gerichtlichen Vorgaben und schreibt die 46 Wochen dem ZiPP als dessen Annahme zu. Diese Zuschreibung trifft nicht zu: Die im ZiPP ausgewiesenen Wochenarbeitszeiten werden direkt für eine Berichtswoche erhoben und beruhen nicht auf einer unterstellten Arbeitswochenzahl. Die 46 Wochen stammen aus einer Fußnote zu Tabelle 5 des ZiPP-Berichts (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, S. 34) und dienen dort allein der Veranschaulichung eines Nettostundensatzes „bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 45 Stunden“ – eine illustrative Annahme für eine fachgruppenübergreifende Beispielrechnung.

Unter Nutzung der im ZiPP berichteten Abwesenheitstage lässt sich näherungsweise eine effektive Arbeitszeit von rund 41,5 Wochen ableiten: Bei angenommenen 252 Werktagen pro Kalenderjahr (etwas unterschiedlich je nach Bundesland) und den im ZiPP für das Bezugsjahr 2022 erhobenen 44,5 Abwesenheitstagen in der Psychotherapie (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, Tabelle 40, S. 146) ergeben sich 41,5 effektive Arbeitswochen. Für die ärztliche Vergleichsgruppe sind es bei 36,8 Abwesenheitstagen 43,0 Wochen. Damit entspricht der im Modell der Angemessenheitsprüfung durch den Erweiterten Bewertungsausschuss (2026a) angesetzte Wert von 43 Wochen empirisch der Arbeitsrealität der ärztlichen Vergleichsgruppe, nicht aber der psychotherapeutischen Berufsgruppe.

- Zweitens rechnet Klein mit der Kalkulationszeit von 60 Minuten pro Sitzung. Damit sind mindestens 50 Minuten Patient*innenkontakt sowie die unmittelbare Vor- und Nachbereitung einschließlich Dokumentation enthalten (vgl. Bundessozialgericht, 2018). Nicht enthalten sind dagegen alle weiteren patient*innenbezogenen Tätigkeiten zwischen den Sitzungen, die für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung notwendig sind – Berichte an Gutachter*innen, telefonische Krisengespräche, kurze persönliche Beratungen, Berichte an mitbehandelnde Leistungserbringer*innen, ePA-Pflege, Lesen von Klinik- und Fremdberichten, Qualitätssicherung, Supervision, Intervision oder patient*innenbezogene Datenschutzpflichten. Das Bundessozialgericht hat die vom Bewertungsausschuss festgelegte Prüfzeit von 70 Minuten je Sitzung als Plausibilisierungsgröße akzeptiert (vgl. Bundessozialgericht, 2018). Ob diese Prüfzeit die inzwischen erheblich ausgeweiteten Dokumentations-

Koordinations- und Qualitätssicherungsanforderungen noch vollständig abbildet, ist jedoch eine empirische Frage und lässt sich nicht allein aus der gerichtlichen Bestätigung der damaligen Prüfzeit ableiten. Im ZiPP sind diese Tätigkeiten als 5,9 Stunden „ohne Patient*innenkontakt“ separat ausgewiesen und in den Gesamtwert von 29 Stunden Patient*innenversorgung eingerechnet.

Rechnet man die von Klein (2026) angenommenen 853 Kalkulationsstunden auf die empirisch abgeleiteten 41,5 Arbeitswochen an, ergeben sich 20,6 Wochenstunden für die Versorgung mit Patient*innenkontakt. Hinzu kommen 1,6 Wochenstunden für den PKV-Zurechnungsanteil von 8 Prozent (Klein, 2026), somit 22,2 Wochenstunden mit direktem Patient*innenkontakt (Vergleichswert ZiPP: 23,0 Wochenstunden). Dazu annäherungsweise geschätzte 5,9 Wochenstunden für patient*innenbezogene Tätigkeiten ohne direkten Patient*innenkontakt (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, Tabelle 38). In Summe ergeben sich näherungsweise rund 28,1 Wochenstunden Patient*innenversorgung – gegenüber dem ZiPP-Wert von 29,0 Stunden eine Abweichung von 0,9 Stunden, die mit 3 Prozent innerhalb üblicher Mess- und Schätzfehler empirischer Erhebungen im Praxissetting liegt. Eine detaillierte Gegenüberstellung der Berechnungsschritte mit Anmerkungen findet sich in Anhang B (Tabelle 1). Die Differenz zwischen den von Klein angegebenen 18,5 Wochenstunden und den ZiPP-Daten ergibt sich damit nicht aus einem Rechenfehler oder einem anderen Rechenmodell, sondern wesentlich aus spezifischen Modellannahmen zur Arbeitswochenzahl und zur Berücksichtigung patient*innenbezogener Tätigkeiten ohne direkten Kontakt. Maßgeblich sind dabei insbesondere die Nichtberücksichtigung fachlich notwendiger Tätigkeiten außerhalb der direkten Therapiestunden sowie die Verwendung einer illustrativen statt empirisch hergeleiteten Arbeitswochenzahl.

Die vorliegenden Daten legen nahe, dass psychotherapeutische Praxen auch bei hälftigem Versorgungsauftrag reale Arbeitsumfänge aufweisen, die deutlich oberhalb einer proportionalen Halbierung liegen. Psychotherapeutische Versorgung ist dazu in hohem Maße zeitgebunden und nur begrenzt rationalisier- oder delegierbar. Modellannahmen, die primär auf eine Ausweitung direkt abrechenbarer Kontaktzeiten fokussieren, stoßen daher strukturell an Grenzen.

A.2.3 Angemessenheitsprüfung: „Weitere Arbeitszeit für die GKV: 0,0 Stunden“

In Tabelle 1 des Beitrags von Klein (2026) vergleicht der Autor mit Blick auf die Angemessenheitsprüfung zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen Modellannahmen mit realen Abrechnungsdaten. Hier stellt Klein eine reale Abrechnungssituation (15 Therapiestunden pro Woche) einer hypothetischen Vollauslastung (36 Therapiestunden) gegenüber. Für die reale Situation rechnet er mit 4,8 Wochenstunden zusätzlicher GKV-bezogener Arbeit; für die Vollauslastung mit 0,0 Stunden. Neben dem Problem der fehlerhaften Berechnung der Wochenarbeitszeit (siehe A.2.2) wird unter Vollauslastungsbedingungen die Berufsausübung damit auf die abrechenbaren Sitzungen reduziert. Dabei bleiben Tätigkeiten unberücksichtigt, denen das Bundessozialgericht mit der Prüfzeitfestlegung von 70 Minuten grundsätzlich Rechnung trägt und die im ZiPP für die Psychotherapie mit 5,9 Stunden „ohne Patient*innenkontakt“ sowie 6,8 Stunden Praxismanagement empirisch ausgewiesen sind. Der Anteil nicht-patient*innenkontaktbezogener Tätigkeit an der psychotherapeutischen

Wochenarbeitszeit ist zwischen 2010 und 2022 beispielsweise von 32 auf 38 Prozent gestiegen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2014, Tab. 50, S. 143; 2024, Tab. 38, S. 144). Sie fallen in Kleins Vollaustastungsmodell vollständig aus dem Modell heraus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der EBA im Vollaustastungsmodell insgesamt von 43 Wochenarbeitsstunden ausgeht und damit grundsätzlich auch Organisations- und Verwaltungstätigkeiten unterstellt. Fraglich ist jedoch, ob innerhalb dieser Gesamtarbeitszeit der Umfang patient*innenbezogener Tätigkeiten außerhalb der abrechenbaren Sitzungen sachgerecht abgebildet wird.

Hier wird ein interner Widerspruch in Kleins Tabelle 1 sichtbar: Während er für die reale Abrechnungssituation (15 Therapiestunden pro Woche) 4,8 Wochenstunden weitere Arbeitszeit für die GKV ansetzt, sinkt diese Position in der parallel dargestellten Vollaustastungsrechnung (36 Therapiestunden) auf 0,0 Stunden: Die zusätzliche patient*innenbezogene Arbeit zwischen den Sitzungen würde damit im Vollaustastungsmodell bei steigender Therapiefrequenz rechnerisch vollständig entfallen. Bemerkenswert ist zudem: Für dieselbe Position weist Klein (2026, Tabelle 1) in der Vollaustastungsspalte einen Umsatz von 1.795 Euro aus – Umsatz, dem im Modell keinerlei Arbeitszeit gegenübersteht. Auch das zeigt, dass die Position „weitere Arbeitszeit für die GKV“ in der Vollaustastungsrechnung nicht sachgerecht abgebildet ist.

A.2.4 Angemessenheitsprüfung: Proportionalrechnung der direkten Patient*innenkontaktzeit nach Klein (2026)

Um die interne Konsistenz der Modelllogik zu prüfen, greifen wir Kleins Ansatz von 4,8 Wochenstunden zusätzlicher GKV-bezogener Arbeit auf und skalieren ihn proportional auf 36 Therapiestunden hoch. So ergeben sich 11,5 Wochenstunden zusätzlicher patient*innenbezogener Arbeit. Da Kleins Position „weitere Arbeitszeit für die GKV“ patient*innenbezogen definiert ist (Berichte, Krisengespräche, Dokumentation), bleiben Praxisorganisation und Fortbildung als eigenständige Kategorien zu berücksichtigen. Werden also darüber hinaus die im ZiPP empirisch ausgewiesenen Zeiten für Praxisorganisation (6,8 Wochenstunden) und Fortbildung (1,5 Wochenstunden) berücksichtigt, resultiert daraus ein Gesamtarbeitsaufwand von 55,8 Wochenstunden in Vollaustastung. Errechnet man aus diesen Werten für 55,8 Wochenarbeitsstunden bei 36 Therapiestunden, wie viele Sitzungen Psychotherapeut*innen realistisch bei 43 Wochenarbeitsstunden leisten könnten, überrascht das Ergebnis: Bei den im EBA-Modell angenommenen 43 Wochenarbeitsstunden wären rechnerisch nicht 36, sondern lediglich 27,7 Therapiestunden pro Woche realisierbar. Bezogen auf die Modellannahme von 36 Therapiestunden pro Woche liegt die tatsächlich erreichbare Therapiestundenzahl damit 23,1 Prozent darunter. Von der Honorarseite betrachtet müsste der Umsatz 30,0 Prozent über dem bei 27,7 Therapiestunden erzielbaren liegen. Die hier vorgenommene proportionale Skalierung von Praxisorganisation und Fortbildung stellt bereits eine konservative Annahme zugunsten des Vollaustastungsmodells dar. Würden beide Positionen als konstante Blöcke behandelt, ergäbe sich mit rund 26,3 Stunden ein noch niedrigerer Wert.

A.2.5 Angemessenheitsprüfung: Skalierung der gesamten Vollaustastungslogik nach ZiPP (2024)

Die ZiPP-Daten weisen über einen unabhängigen empirischen Weg in die gleiche Richtung: Würde man die erhobene tatsächliche Patient*innenkontaktzeit von 23 Stunden bei einer 37,3-

Stunden-Arbeitswoche proportional auf 43 Wochenstunden hochrechnen, ergäben sich 26,5 Stunden direkter Patient*innenkontakt. Diese empirisch ableitbare Kapazität liegt damit 26,4 Prozent unter den im Vollauslastungsmodell angenommenen 36 Therapiestunden. Um denselben Zielumsatz zu erreichen, müsste die Bewertung je Therapiestunde rechnerisch demnach um 35,8 Prozent höher liegen. Dabei wird – der Kalkulationszeit von 60 Minuten je Sitzung folgend, die im Praxisalltag eine volle Zeitstunde bindet – eine Stunde direkten Patient*innenkontakts annäherungsweise als eine Therapiestunde gewertet. Würde stattdessen je Sitzung nur die reine Kontaktzeit von 50 Minuten angesetzt, ergäben sich rechnerisch 31,8 Sitzungen; auch diese für das Vollauslastungsmodell günstigste Lesart liegt noch 11,7 Prozent unter den unterstellten 36 Therapiestunden.

A.2.6 Zusammenfassung für die Angemessenheitsprüfung

Nimmt man beide methodischen Pfade (sowohl Proportionalrechnung der direkten Patient*innenkontaktzeit nach Klein, 2026, als auch Skalierung der gesamten Vollauslastungslogik unter Zeitannahmen nach ZiPP, 2024) zusammen, überschreiten die im Vollauslastungsmodell unterstellten 36 Therapiestunden die aus den vorliegenden Daten ableitbare Therapiekapazität um 30,0 bis 35,8 Prozent. Die vorliegenden Berechnungen sprechen somit dafür, dass die im Vollauslastungsmodell angenommene Therapiekapazität deutlich oberhalb der empirisch plausiblen Größenordnung liegt. In der Angemessenheitsprüfung würde dies tendenziell zu einer Unterschätzung des erforderlichen Honorarniveaus führen. Erst auf diesem Niveau käme die psychotherapeutische Vergütung in die Nähe des fachärztlichen Vergleichsmixes.

Anhang B: Tabelle 1 – Auflösung der von Klein behaupteten Inkonsistenz zwischen ZiPP-Angaben und Abrechnungsdaten

Aus den von Klein selbst genannten 853 Stunden Kalkulationszeit ergeben sich – konsistent gerechnet – die in der folgenden Tabelle dargestellten Werte. Die Differenz zwischen rechnerischer und im ZiPP erhobener Patient*innenversorgung reduziert sich von 9,0 auf 0,9 Wochenstunden bzw. 3 Prozent. Die Tabelle berücksichtigt ausschließlich Zeit für die Patient*innenversorgung. Praxisorganisation, Fortbildung und Notfalleinsätze sind nicht berücksichtigt.

| Berechnungsannahme | Fiktive Annahmen, nach Klein (2026) | Reale Arbeitswochen, nach ZiPP (2024) |
|--|---|---|
| Zeit pro Sitzung * | 60 Min. (Kalkulationszeit) | 60 Min. (Kalkulationszeit, wobei zusätzliche patient*innenbezogene Tätigkeiten außerhalb der Sitzung gesondert berücksichtigt werden) |
| Arbeitswochen pro Jahr | 46 Wochen (fiktive Beispielannahme; Klein, 2026; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024) | 41,5 Wochen (nach Fehlzeiten; nach Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, Tabelle 40, S. 146) |
| Wochenarbeitszeit Versorgung mit Patient*innenkontakt | 18,5 Std. | 20,6 Std. |
| Wochenarbeitszeit Zurechnungsanteil 8 Prozent PKV | 1,5 Std. | 1,6 Std. |
| Wochenarbeitszeit Versorgung ohne Patient*innenkontakt ** | 0 Std. | 5,9 Std. (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2024, Tabelle 38, S. 144) |
| Gesamte Wochenarbeitszeit Patient*innenversorgung | 20,0 Std. | 28,1 Std. |
| Vergleichswert ZiPP (2024) | 29 Std. | 29 Std. |
| Differenz | -9,0 Std. | -0,9 Std. |
| Erläuterung zur Differenz | Modellhaft hohe Arbeitswochenzahl verwendet; nicht-abrechenbare Zeit zur Patient*innenversorgung ohne Patient*innenkontakt nur eingeschränkt berücksichtigt | Die verbleibende Abweichung von 3 Prozent liegt im Bereich üblicher Mess- und Schätzunsicherheiten empirischer Praxiserhebungen. |

* Zur Vereinheitlichung wurde von 60 Minuten pro Psychotherapiestunde (mindestens 50 Min. Kontaktzeit) inklusive minimaler Vor- und Nachbereitung ausgegangen.

** Nicht-abrechenbare Patient*innenzeiten ohne direkten Patient*innenkontakt: ausführlichere Dokumentation relevanten Therapiegeschehens, telefonische Krisengespräche, kurze persönliche Beratungen unter 10 Minuten, Berichte an Gutachter*innen (die den Rahmen der 60 Min. Kalkulationszeit der EBM-Ziffer 35131 regelmäßig überschreiten), kurze Gutachten, Berichte, Lesen von Fremdbberichten, Telefonate mit mitbehandelnden Leistungserbringer*innen, ePA-Pflege, Literaturstudium, Supervision, Intervision, Qualitätssicherungsverfahren NRW, Datenschutzauskünfte. Da diese Tätigkeiten im Zi-Praxis-Panel als

eigenständige patient*innenbezogene Arbeitszeit empirisch ausgewiesen werden, sprechen die vorliegenden Daten dafür, dass die vom Bundessozialgericht bestätigte Prüfzeit den aktuellen Arbeitsalltag eher zurückhaltend abbildet.

Anzumerken ist, dass die zugrunde liegenden Abrechnungsdaten real sind, auch Sitzteilungen enthalten und nicht für die Vollauslastungsformel gelten.

Der DGVT-BV (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.) ist die berufspolitische Interessenvertretung für Psychotherapeut*innen und Fachkräfte im psychosozialen Bereich. Er setzt sich für faire Arbeitsbedingungen, angemessene Honorierung und die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ein. Der DGVT-BV hat 11.000 Mitglieder, darunter niedergelassene Psychotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen in Anstellung, Psychotherapeut*innen in Ausbildung und Weiterbildung.