

**Positionspapier**

15. Mai 2026

**Mehr Schatten als Licht***Methodische Kritik der Darstellung des GKV-Spitzenverbands zur wirtschaftlichen Situation niedergelassener Psychotherapeut\*innen***DGVT und DGVT-BV nehmen wie folgt Stellung**

Im Mai 2026 ist im E-Magazin 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 und ständiger Vertreter des Verbandes im Erweiterten Bewertungsausschuss. Der Beitrag ist zwei Monate nach der Anpassung psychotherapeutischer Bewertungen um 4,5 Prozent (mit Wirkung zum 1. April 2026) und rund vier Monate vor der nächsten Angemessenheitsprüfung Ende 2026 erschienen.

Der Beitrag knüpft an eine Reihe von GKV-Spitzenverband-Veröffentlichungen an: das Faktenblatt vom 11. Februar 2026, die Pressemitteilung vom 12. März 2026 und die FAQ vom 25. März 2026. Er ist die argumentative Konsolidierung dieser Linie des GKV-Spitzenverbands und zugleich die Vorbereitung der nächsten Verhandlungsrunde.

DGVT und DGVT-BV nehmen den Anspruch ernst, der dem Beitrag vorangestellt ist. Mehr Licht in die wirtschaftliche Situation einer Berufsgruppe zu bringen, ist ein legitimes und wünschenswertes Anliegen. Es lässt sich allerdings nur einlösen, wenn die verwendete Methodik den Standards genügt, die andernorts an wissenschaftliche Beiträge angelegt werden. Bei einer genaueren Prüfung des Beitrags zeigt sich: Der Anspruch wird verfehlt. Die Darstellung ist methodisch widersprüchlich, vergleicht ungleiche Bezugsgrößen, hält Daten zurück, die für eine ausgewogene Beurteilung notwendig wären, und gelangt durch eine Reihe systematisch in dieselbe Richtung weisender Annahmen zu Schlussfolgerungen, die die im März beschlossene Honorarabsenkung nachträglich rechtfertigen.

Das vorliegende Papier macht diese Schwächen transparent. Wir tun das nicht, um den Diskurs zu verschärfen, sondern weil ein Vergütungsverfahren, das auf einer einseitig konstruierten Datenbasis beruht, weder rechtssicher noch versorgungspolitisch tragfähig ist.

**1. Vergleich von Äpfeln mit Birnen**

Der Beitrag von R. Klein stützt seine Schlussfolgerungen auf drei Vergleiche zwischen psychotherapeutischen Praxen und ärztlichen Praxen. In jedem dieser drei Vergleiche werden Bezugsgrößen herangezogen, die nicht miteinander kompatibel sind.

**Aufwendungen aller Fachärzt\*innen gegenüber dem Vergleichsmix der Angemessenheitsprüfung.** Klein (2026, S. 4) weist die durchschnittlichen Aufwendungen aller fachärztlich tätigen Praxen mit 318.000 Euro je Inhaber\*in aus. Die Vergleichsgruppe der Angemessenheitsprüfung umfasst aber ausdrücklich nur fünf Fachgruppen: Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Urologie (Klein, 2026, S. 12). Apparativ-intensive Fachgruppen wie die Radiologie sind im Vergleichsmix nicht enthalten, treiben aber den ausgewiesenen Mittelwert nach oben. Wer den Eindruck einer fairen Vergleichsbasis

erzeugen will, muss auf beiden Seiten denselben Zuschnitt wählen. Der GKV-Spitzenverband hat die Daten für die fünf Vergleichsfachgruppen – zeigt sie aber nicht.

**GKV-Einnahmen gegenüber Gesamtaufwendungen.** Im Vergleichsverfahren werden ausschließlich GKV-Einnahmen verglichen (Klein, 2026, S. 14), die ausgewiesenen Aufwendungen sind jedoch die der gesamten Praxis. Im fachärztlichen Bereich werden 35 Prozent der Einnahmen privatärztlich erwirtschaftet, in psychotherapeutischen Praxen nur 8 Prozent (Klein, 2026, S. 6). Praxiskosten lassen sich aber 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. Die Logik kippt, sobald man die Privateinnahmen, die die ärztlichen Vergleichsgruppen mit demselben Praxisapparat erwirtschaften, in den Vergleich einbezieht.

**Pro-Inhaber-Werte ohne Vollzeitbereinigung.** 71 Prozent der psychotherapeutischen Inhaber\*innen sind in hälftigem Versorgungsumfang zugelassen, im ärztlichen Bereich nur 9 Prozent (Klein, 2026, S. 7). 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 schuldig bleibt. Die ausgewiesene Differenz von 81.000 zu 220.000 Euro Jahresüberschuss (Klein, 2026, S. 11) ist daher kein Pro-Vollzeit-Vergleich, sondern ein Mischwert aus unterschiedlich strukturierten Tätigkeitsumfängen. Wie groß die Bereinigung ausfällt, hängt davon ab, in welchem realen Tätigkeitsumfang Inhaber\*innen mit hälftiger Zulassung arbeiten – Daten dazu liegen dem GKV-Spitzenverband vor, werden im Beitrag aber nicht ausgewiesen. Hinzu kommt: In ärztlichen Praxen wird Teilzeit häufig durch angestellte Kolleg\*innen abgedeckt, nicht durch hälftige Zulassung der Inhaberinnen. Auch dies bleibt im Vergleich unsichtbar.

Hinzu kommt ein versorgungspolitischer Aspekt, den der Beitrag in eine Komfortabilitätsdeutung übersetzt. Die hohe Quote hälftiger Zulassungen ist nicht zufällig entstanden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber 2019 die Sitzteilung ausdrücklich erleichtert, um die ambulante Versorgungskapazität zu erweitern, ohne die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss begrenzte Zahl voller Versorgungsaufträge anzutasten. Die Zahl voller Sitze ist seither nur leicht gestiegen, die Zahl der praktizierenden Psychotherapeut\*innen dagegen deutlich. Dass die Berufsgruppe diese Möglichkeit in großem Umfang genutzt hat, um die Zahl der Behandelnden zu erhöhen, war versorgungspolitisch erwünscht und ist eine Anpassungsleistung. Sie nun argumentativ gegen die Berufsgruppe zu wenden, indem aus der hohen Teilzeitquote ein Hinweis auf wirtschaftliche Komfortabilität abgeleitet wird, kehrt die Logik um: Wer die Versorgung mit geteilten Sitzen erweitert hat, soll dafür einkommensseitig schlechter gestellt werden.

## 2. Datenhoheit, aber keine vollständige Offenlegung

Der GKV-Spitzenverband verfügt über die Datenbasis aus den Abrechnungs- und Bedarfsplanungsstatistiken aller Kassenärztlichen Vereinigungen sowie über die Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes, die den Trägern der Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt werden. Das ist eine Datenhoheit, die ihm die argumentative Anschlussfähigkeit verschafft, an der die Berufsgruppe oft scheitert. Aus dieser Position erwächst aber auch eine Verantwortung: Wer mit Daten argumentiert, sollte sie offenlegen, soweit Schlussfolgerungen daraus abgeleitet werden.

Genau das geschieht im Beitrag nicht. An mehreren entscheidenden Stellen werden Daten zurückgehalten, die für eine ausgewogene Beurteilung notwendig wären.

- Eine zentrale Annahme der Angemessenheitsprüfung ist, dass 36 Therapiestunden pro Woche eine erreichbare Vollauslastung darstellen. In welchem Anteil der Praxen mit vollem Versorgungsauftrag dieser Wert tatsächlich erreicht wird, weisen die Statistiken aus, die dem GKV-Spitzenverband vorliegen. Im Beitrag wird die Verteilung nicht gezeigt.
- Die Aufwendungs- und Einnahmedaten der fünf Vergleichsfachgruppen aus der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes wären die methodisch konsistente Vergleichsbasis. Klein zeigt stattdessen die Sammelwerte aller Fachärzte. Die Werte für den Vergleichsmix selbst werden nicht ausgewiesen.
- Die Gewichtung der fünf Vergleichsfachgruppen im Mix wurde nach Kleins Aussage (2026, S. 12) zuletzt 2019 festgelegt. Eine Aufschlüsselung der seither bei den fünf Fachgruppen einzeln eingetretenen Veränderungen – GKV-Umsatz, Privatumsatz, Aufwendungen – wäre für die Beurteilung der aktuellen Gültigkeit des Mixes notwendig. Sie wird nicht geliefert.

Eine Berufsgruppe, die aus diesen Daten dargestellt wird, ohne dass die Datenbasis vollständig offengelegt wird, hat keine faire Möglichkeit zur Replik. Sie muss sich an dem orientieren, was der GKV-Spitzenverband zeigt – obwohl entscheidende Bestandteile außerhalb des Sichtfeldes bleiben.

### 3. Verletzung wissenschaftlicher Standards

Der Beitrag ist methodisch in einer Weise inkonsistent, die ein wissenschaftliches Begutachtungsverfahren nicht unbeanstandet ließe. Drei Beispiele machen das deutlich.

#### 3.1 Selektive Akzeptanz des Zi-Praxis-Panels

Das Zi-Praxis-Panel wird im selben Beitrag in unterschiedliche Richtungen verwendet. Für die Patientenzeit der psychotherapeutischen Berufsgruppe wird es als „wenig plausibel“ verworfen (Klein, 2026, S. 8). Für die Patientenzeit der ärztlichen Vergleichsgruppe (39,3 Wochenstunden, umgerechnet auf 42 Stunden) wird es zugrunde gelegt (Klein, 2026, S. 16, Fußnote 8). Für die Zufriedenheitsangabe von 67 Prozent in der Psychotherapie wird es ebenfalls akzeptiert (Klein, 2026, S. 12). Drei Verwendungen, drei verschiedene Akzeptanzgrade derselben Erhebung. Der Begründung, das Zi-Praxis-Panel sei methodisch unzuverlässig, hält das nicht stand.

Hätte der GKV-Spitzenverband sich die Mühe gemacht, die Stärken des Zi-Praxis-Panels konsistent zu würdigen – hohe Rücklaufquote in der psychotherapeutischen Berufsgruppe, einheitliche Erhebungsmethodik, langjährige Fortschreibung –, wäre die ausgewiesene Patientenzeit von 29 Wochenstunden ein nennenswerter Bestandteil der Diskussion. Stattdessen wird sie verworfen, weil sie nicht zur Argumentation passt.

#### 3.2 Inkonsistente Wochen- und Zeitansätze

Klein (2026, S. 9) berechnet die rechnerische Patientenzeit der psychotherapeutischen Berufsgruppe – 853 abrechnungsbezogene Stunden pro Jahr – unter Annahme von 46 Arbeitswochen. Daraus ergeben sich 18,5 Wochenstunden. Mit dieser Zahl wird die ZiPP-Angabe von 29 Wochenstunden als implausibel zurückgewiesen. Sechs Seiten später, in der Modellrechnung der Angemessenheitsprüfung, verwendet derselbe Beitrag 43 Arbeitswochen pro Jahr (Klein, 2026, S. 15). Die Wahl der Wochenzahl richtet sich offenbar danach, welche Aussage gestützt werden soll.

Hinzu kommt: Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) kennt für psychotherapeutische Leistungen zwei Zeitansätze, die beide vom Bewertungsausschuss festgelegt und vom Bundessozialgericht im Urteil B 6 KA 42/17 R vom 24. Oktober 2018 ausdrücklich bestätigt wurden: die Kalkulationszeit von 60 Minuten und die Prüfzeit von 70 Minuten je Sitzung. Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass die Kalkulationszeit die durchschnittliche Beanspruchung abbildet, während die Prüfzeit die tatsächliche Leistungsfähigkeit auch eines erfahrenen Psychotherapeuten in der Quartalsbetrachtung berücksichtigt. Klein (2026) rechnet ausschließlich mit der niedrigeren Größe.

Diese vom GKV-Spitzenverband vermutete Inkonsistenz zwischen ZiPP-Angaben und Abrechnungsdaten lässt sich durch eine konsistente Anwendung der vorhandenen Größen leicht auflösen. Aus den von Klein selbst genannten 853 Stunden ergibt sich:

Berechnungsannahme	Klein (2026)	EBM-Prüfzeit	Konsistent
Zeit pro Sitzung	60 Min. (Kalkulation)	70 Min. (Prüfzeit)	70 Min. (Prüfzeit)
Arbeitswochen pro Jahr	46 Wochen	46 Wochen	43 Wochen
<b>Patientenzeit pro Woche</b>	<b>18,5 Std.</b>	<b>21,6 Std.</b>	<b>23,1 Std.</b>

Bei konsistenter Anwendung der vom Bewertungsausschuss selbst festgelegten Prüfzeit von 70 Minuten und der für die Angemessenheitsprüfung gerichtlich vorgegebenen 43 Arbeitswochen ergibt sich eine rechnerische Patientenzeit von rund 23 Wochenstunden. Werden zusätzlich die 8 Prozent Privatpatient\*innen berücksichtigt, bewegt sich die Größe in der Nähe der ZiPP-Angabe von 29 Wochenstunden. Die im Beitrag konstruierte Diskrepanz zwischen Abrechnung und Befragung verschwindet bei einer methodisch sauberen Berechnung weitgehend.

### 3.3 Tabelle 1: 0 Stunden für Tätigkeiten, die existieren

Tabelle 1 des Beitrags weist unter Vollauslastungsbedingungen für die Position „weitere Arbeitszeit für die GKV“ einen Wert von 0,0 Stunden aus (Klein, 2026, S. 15). Antragstellung, Berichterstattung an Gutachter, Konsiliarverfahren, Krisenkontakte, Pflege der elektronischen Patientenakte, Pflichten aus der IT-Sicherheitsrichtlinie und der Telematikinfrastruktur, Qualitätssicherung, Datenschutz, Supervision, Intervention und Praxisorganisation fallen damit aus dem Modell heraus. Die Berufsausübung wird auf die abrechenbaren Sitzungen reduziert.

Bemerkenswert ist, dass das Modell selbst diese Position kennt. Klein (2026, S. 15) führt sie in Tabelle 1 als eigene Zeile mit der Bezeichnung „weitere Arbeitszeit für die GKV“. Unter den tatsächlichen Werten von 2024 wird sie mit 4,8 Wochenstunden ausgewiesen – unter der Vollauslastungsannahme hingegen mit 0,0 Stunden. Die Tabelle unterstellt damit, dass eine voll ausgelastete Praxis weniger nicht-abrechenbare Begleitarbeit für die GKV erbringt als die durchschnittliche Praxis. Versorgungslogisch wäre das Gegenteil zu erwarten: Mehr Patient\*innen bedeuten mehr Anträge, mehr Berichte, mehr Krisenkontakte und mehr Dokumentation. Was nicht vergütet wird, wird im Modell zugleich behandelt, als gäbe es dies bei voller Tätigkeit nicht. Eine Berufsgruppe, die sich an genau dieser doppelten Entwertung abarbeitet, kann das Modell nicht als fairen Vergleichsmaßstab anerkennen.

## 4. Tendenziöse Schlussfolgerungen mit Ansage

Methodische Einzelfehler kommen in jeder umfangreichen Datendarstellung vor. Was den Beitrag von einem methodischen Stilbruch zu einer tendenziösen Veröffentlichung macht, ist die Richtung der Fehler. Sie weisen alle in dieselbe Richtung.

- Die Wahl der niedrigeren der beiden offiziellen EBM-Zeitansätze lässt die rechnerische Arbeitszeit der psychotherapeutischen Berufsgruppe niedriger erscheinen.
- Die Verwendung von 46 Wochen – statt der für die Angemessenheitsprüfung selbst verwendeten 43 – senkt die rechnerische Wochenarbeitszeit nochmals.
- Die Ausweisung der Aufwendungen aller Fachärzte erhöht den ausgewiesenen Strukturkostenvorsprung der Vergleichsgruppen gegenüber der Psychotherapie.
- Die Gegenüberstellung von GKV-Einnahmen und Gesamtpraxiskosten verkleinert den rechnerischen Vorsprung der ärztlichen Vergleichsgruppen.
- Der pro-Inhaber-Vergleich ohne Vollzeitbereinigung lässt die Einkommensdifferenz zwischen den Berufsgruppen größer erscheinen, als sie pro Vollzeit-Tätigkeit ist.
- Die Null-Stunden-Annahme in Tabelle 1 macht eine Vollausslastung von 36 Therapiestunden rechnerisch tragfähig, indem die nicht abrechenbaren Begleittätigkeiten schlicht ignoriert werden.

Sechs methodische Wahlen, sechsmal dieselbe Richtung. Das Ergebnis ist eine Darstellung, die die Honorarabsenkung um 4,5 Prozent vom 11. März 2026 nachträglich rechtfertigt und die nächste Angemessenheitsprüfung Ende 2026 argumentativ vorbereitet. Der Beitrag selbst kündigt das im Schlussabsatz an (Klein, 2026, S. 13).

## 5. Was die Methodikrevision leisten muss

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. Dieser Selbstaufgabe gibt der vorliegende Beitrag eine konkrete Agenda vor: Vor der nächsten Prüfung Ende 2026 müssen die methodischen Mängel behoben sein, sonst wird auf der gleichen Basis wieder gleich entschieden. Wir fordern für die Revision:

- **Ein einheitliches Referenzjahr** für Kosten- und Einnahmedaten der Vergleichsgruppen und für die Soll-Umsatz-Berechnung. Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss in den entscheidungserheblichen Gründen selbst als überprüfungsbedürftig markierte „Angleichung der Datenjahre“ muss operationalisiert werden.
- **Die konsistente Verwendung der vom Bewertungsausschuss selbst festgelegten EBM-Zeitansätze.** Für die Quartals- und Jahresbetrachtung ist die vom Bundessozialgericht für genau diese Ebene bestätigte Prüfzeit der methodisch konsistente Bezugswert.
- **Eine empirische Vollausslastungsdefinition.** Die Verteilung der tatsächlich erbrachten Therapiestunden in Praxen mit voller Zulassung muss ausgewiesen werden, ebenso die nicht abrechenbaren patientenbezogenen Tätigkeiten als eigene Modellposition.
- **Eine konsistente Vergleichsbasis.** Aufwendungen, Einnahmen und Jahresüberschüsse müssen für die fünf Vergleichsfachgruppen ausgewiesen werden, nicht für die Gesamtheit aller fachärztlich tätigen Praxen. Die Bezugsgrößen müssen vollzeitäquivalent normiert sein.
- **Eine transparente Behandlung der Privateinnahmen.** Werden ausschließlich GKV-Einnahmen verglichen, dürfen ihnen nicht die Gesamtpraxiskosten gegenübergestellt werden. Entweder

werden anteilige Kosten der GKV-Tätigkeit verwendet, oder das Ergebnis wird als reiner GKV-Teilvergleich ausgewiesen, aus dem keine Aussage über die wirtschaftliche Gesamtsituation abgeleitet wird.

- **Eine unabhängige Erhebung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit.** Wenn die Plausibilität von Befragungs- und Abrechnungsdaten bestritten wird, ist die methodisch saubere Antwort eine zusätzliche, unabhängige Datenquelle. Wir schlagen vor, dass die Träger der Selbstverwaltung gemeinsam ein universitär durchgeführtes Forschungsprojekt zur tatsächlichen Wochenarbeitszeit psychotherapeutischer Praxen beauftragen, das die abrechenbaren Sitzungszeiten ebenso erfasst wie die nicht-abrechenbaren patientenbezogenen, administrativen und organisatorischen Anteile. Eine gemeinsam beauftragte Erhebung wäre der konstruktive Weg aus der Datenkontroverse – und sie würde der Methodikrevision die empirische Grundlage geben, die ihr derzeit fehlt.

Die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeut\*innen ist tatsächlich nicht einfach zu bewerten – in diesem Punkt hat Klein (2026, S. 1) recht. Aber sie wird nicht klarer, wenn die Methode hinter ihrer Bewertung verschwiegen, inkonsistent angewendet und in eine vorgegebene Richtung gedreht wird. Sie wird klarer, wenn die Datenbasis offengelegt, die Annahmen konsistent angewendet und die Schlussfolgerungen am Maßstab dessen geprüft werden, was in der Versorgungsrealität tatsächlich passiert.

Wir bitten den Erweiterten Bewertungsausschuss, die Methodikrevision bis zum 30. September 2026 in diesem Sinn zu führen. Wir bitten die politischen Adressaten im Bundesgesundheitsministerium und im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, die Tendenz der vorliegenden GKV-Spitzenverband-Argumentation als das zu lesen, was sie ist: die Vorbereitung einer weiteren Honorarabsenkung. Und wir bitten die Berufsgruppe selbst, sich an dieser Stelle nicht entmutigen zu lassen. Wer mit Daten argumentiert, muss damit rechnen, dass die Daten nachgeprüft werden.

## Quellen

Bundessozialgericht. ( *Urteil vom 24.10.2018, Az. B 6 KA 42/17 .R*

DGVt-Berufsverband. (16. März 2026). *Honorarkürzung psychotherapeutischer Leistungen 2026* [Positionspapier]. Tübingen.

DGVt-Berufsverband. (02. April 2026). *Psychotherapeutische Versorgung unter Reformdruck* [Positionspapier]. Tübingen.

Erweiterter Bewertungsausschuss. (11. März 2026). *Beschluss in der 87. Sitzung*. Berlin.

Klein, R. (2026). Die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland. *90 Prozent: Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes*, 47. [https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/47/autorenbeitrag/47\\_psychotherapeut\\_innen/47\\_psychotherapeut\\_innen.html](https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/47/autorenbeitrag/47_psychotherapeut_innen/47_psychotherapeut_innen.html)