

## **Zur aktuellen Debatte um die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland**

*Anlässlich der Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den Blick nehmen“ vom 31.03.2026<sup>1</sup>*

Daniel Andreas Richter, M.Sc. B.Sc.

Im März 2026 wurden die Honorare für psychotherapeutische Leistungen abgesenkt<sup>2</sup>. Parallel dazu fordert der GKV-Spitzenverband erneut Modelle, die auf Begrenzung, zentrale Steuerung und Umverteilung psychotherapeutischer Leistungen hinauslaufen.<sup>3</sup> In seiner Pressemitteilung vom 31.03.2026 sowie in seinem Positionspapier<sup>4</sup> zur psychotherapeutischen Versorgung vertritt der GKV-Spitzenverband erneut die Auffassung, die eigentliche Problematik der ambulanten Psychotherapie bestehe nicht in fehlender realer Behandlungskapazität, sondern primär in einer unzureichenden Steuerung, Verteilung und Zugangsorganisation. Schwer psychisch erkrankte Menschen kämen demnach nicht ausreichend in der Versorgung an – obwohl die Versorgung rechnerisch bereits flächendeckend und in vielen Regionen sogar „überversorgt“ sei. Diese Argumentation ist fachlich verkürzt und gesundheitspolitisch problematisch.

Der GKV-Spitzenverband verwechselt ein komplexes Kapazitäts-, Bedarfsplanungs- und Versorgungsproblem mit einem bloßen Zugangs-, Verteilungs- und Steuerungsproblem – und delegitimiert dabei implizit die klinische Urteilskraft derjenigen, die die Versorgung tatsächlich tragen.

1. Das Problem ist nicht primär Verteilung, sondern fehlende reale Behandlungskapazität: Der GKV-Spitzenverband tut so, als ließe sich die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern, wenn man freie Termine stärker zentral steuert, Praxiskapazitäten verpflichtend meldet oder mehr Behandlungsplätze über Terminservicestellen verteilt. Genau dies fordert er inzwischen ausdrücklich – bis hin zur Idee, dass eine angemessene Zahl an Sprechstunden und sogar die Hälfte der Behandlungsplätze ausschließlich über Terminservicestellen (TSS) vergeben werden soll. Dies löst nicht das Grundproblem: Wenn es zu wenig freie Therapieplätze gibt, entstehen nicht plötzlich mehr Plätze, nur weil dieselben knappen Termine anders verteilt werden. 100 Äpfel bleiben 100 Äpfel – egal, ob sie in einem Laden oder in 100 Läden verteilt werden. Der GKV-Spitzenverband verwechselt damit ein Kapazitätsproblem mit einem Verteilungsproblem. Er erzeugt die Illusion, man könne durch organisatorische Umverteilung einen offensichtlichen strukturellen Mangel kompensieren, ohne das eigentliche Problem anzuerkennen und die Versorgungskapazität tatsächlich zu erhöhen.

2. Mehr Erreichbarkeit schafft keine Versorgung: Bereits in den vergangenen Jahren wurde seitens des GKV-Spitzenverbands wiederholt die schlechte telefonische Erreichbarkeit psychotherapeutischer Praxen als Kernproblem benannt. Auch in der aktuellen Pressemitteilung wird erneut auf die seit Jahren geführte Debatte über Erreichbarkeit und Wartezeiten verwiesen. Es wurde eine verpflichtende Telefonsprechzeit

---

<sup>1</sup> GKV-Spitzenverband (2026a)

<sup>2</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2026a)

<sup>3</sup> Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (2026a)

<sup>4</sup> GKV-Spitzenverband (2025)

von 200 Minuten pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag eingeführt, ohne jegliche Vergütung. Doch auch diese Maßnahme greift zu kurz. Wenn ich als Psychotherapeut besser erreichbar bin, kann ich im Zweifel nur mehr Menschen mitteilen, dass ich keinen freien Platz habe. Mehr telefonische Erreichbarkeit erhöht die Zahl der abgefangenen Anfragen – nicht die Zahl der tatsächlich verfügbaren Therapieplätze. Erreichbarkeit ist sinnvoll, aber sie ist kein Ersatz für reale Versorgungskapazität. Wer sie politisch so behandelt, als ließe sich damit Unterversorgung lösen, verwaltet den Mangel nur anders.

3. Mehr psychotherapeutische Sprechstunden und mehr Diagnostik schaffen ebenfalls keine Behandlungskapazität. Der GKV-Spitzenverband argumentiert, mehr Sprechstunden und eine stärkere diagnostische Steuerung seien notwendig, um besser zu klären, wer welche Behandlung brauche. Fachlich ist das als Gedanke zunächst nachvollziehbar. Auch eine gute Indikationsprüfung ist selbstverständlich wichtig. Aber auch eine korrekte Diagnostik ersetzt keinen freien Therapieplatz. Wenn ich 100 Patientinnen und Patienten in der Sprechstunde sehe und bei 90 davon feststelle, dass eine ambulante Richtlinienpsychotherapie indiziert wäre, während 10 eher stationäre, fachpsychiatrische oder andere Hilfen benötigen, dann bleiben die 90 trotzdem ohne Behandlung, wenn kein Platz frei ist. Diagnostik schafft keine Behandlungskapazität. Das System produziert so lediglich mehr korrekt diagnostizierte Wartelisten. Gerade deshalb ist die politische Vorstellung problematisch, man könne strukturelle Unterversorgung durch mehr Verwaltung durch die TSS lösen. Man kann Unterversorgung nicht dadurch lösen, dass man die Wartenden immer nur genauer vorsortiert.

4. Der GKV-Spitzenverband widerspricht sich selbst: Im eigenen Positionspapier schreibt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich: „Nicht für alle psychisch Erkrankten ist eine Richtlinienpsychotherapie das geeignete Versorgungsangebot.“ Das ist fachlich korrekt. Gleichzeitig fordert derselbe Verband jedoch politische und administrative Maßnahmen, die so tun, als müsse nun zentral stärker kontrolliert und gesteuert werden, wer überhaupt in Therapie kommt, weil dies bisher offenbar nicht ausreichend bedarfsgerecht geschehe. Hier entsteht ein offener Widerspruch: Wenn nicht jede psychisch belastete oder psychisch erkrankte Person für Richtlinienpsychotherapie geeignet ist, dann braucht es zwangsläufig fachliche Indikations- und Selektionsentscheidungen. Und genau diese Entscheidungen werden bereits heute getroffen – von den Behandlerinnen und Behandlern. Der GKV-Spitzenverband will also etwas zentral kontrollieren, was fachlich längst kontrolliert wird – nur eben durch diejenigen, die dafür auch tatsächlich ausgebildet sind. Das ist kein Gewinn an Steuerung, sondern Ausdruck politischen Misstrauens gegenüber professioneller Versorgungspraxis.

5. Es gibt noch mehr Misstrauen gegenüber Behandlern: Besonders problematisch ist, dass der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier nicht nur mehr Steuerung fordert, sondern zugleich eine implizite Grenzziehung zwischen „echter Erkrankung“ und psychischen Leidenszuständen vornimmt, die eher durch Selbstregulation, Familie, soziales Umfeld, Selbsthilfe oder psychosoziale Beratung aufgefangen werden sollten. Diese Unterscheidung ist als solche nicht falsch. Problematisch wird sie dort, wo sie rhetorisch so eingesetzt wird, als würden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese Differenzierung bislang nicht ausreichend fachgerecht vornehmen. Damit wird politisch der Eindruck erzeugt, dass nicht etwa strukturelle Engpässe oder Fehlplanungen das Problem seien, sondern ein

angeblich unzureichend gesteuerter Zugang, den die Behandler selbst nicht korrekt priorisierten. Das delegitimiert die klinische Urteilskraft derjenigen, die bereits heute genau diese fachliche Steuerung leisten<sup>5</sup>. Anders gesagt: Der GKV-Spitzenverband propagiert ein institutionelles Misstrauen gegenüber denjenigen, die das Versorgungssystem in der Praxis überhaupt erst tragen.

6. Psychotherapie ist nicht das gesamte Versorgungssystem: Ein weiterer zentraler Denkfehler besteht darin, dass der GKV-Spitzenverband die ambulante Richtlinienpsychotherapie rhetorisch immer wieder so behandelt, als sei sie der zentrale Hebel, über den sich das gesamte Problem psychischer Unterversorgung lösen ließe. Das ist sachlich falsch. Ambulante Psychotherapie ist ein Teil des Versorgungssystems – aber nicht das gesamte System. Wenn ein Mensch nicht in eine ambulante Richtlinienpsychotherapie passt oder dort akut nicht tragfähig ist, dann ist das nicht automatisch ein „Versagen der Praxis“, sondern eine Frage der richtigen Versorgungsebene. Manche Patientinnen und Patienten benötigen nicht primär einen Richtlinienpsychotherapieplatz, sondern eine unmittelbare Krisenintervention, Aufklärung, Psychoedukation, eine stationäre oder teilstationäre Struktur, fachpsychiatrische Behandlung, sozialpsychiatrische Unterstützung, ein angepasstes Setting, das nicht immer in das Raster einer klassischen wöchentlichen Behandlung passt, sowie insgesamt eine engmaschige interdisziplinäre Versorgung. Wenn diese Strukturen fehlen – was in vielen Regionen der Fall ist – dann kann man dieses Defizit nicht einfach der ambulanten Psychotherapie aufladen. Die ambulante Psychotherapie wird hier politisch zum Reparaturbetrieb für Systemlücken gemacht, die sie strukturell gar nicht schließen kann. Gleichzeitig könnten deutlich mehr Menschen ambulant behandelt werden – wenn es dafür überhaupt genügend Therapieplätze gäbe.

7. Psychotherapeutische Erstgespräche sind klinisch relevante Risikosituationen – keine harmlose Terminware: Besonders deutlich wird das Missverständnis des GKV-Spitzenverbands dort, wo Erstkontakte, Sprechstunden und „Zugangsslots“ politisch behandelt werden, als handele es sich um beliebig verschiebbare und folgenlose Termine. Ein psychotherapeutisches Erstgespräch ist kein neutraler Verwaltungsakt und kein folgenlos disponierbarer Organisationstermin. Gerade bei Menschen mit Traumafolgestörungen, Dissoziation, schweren Depressionen, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten, psychosenahen Zuständen, massiver Affektdysregulation, Intoxikation und Desorganisation kann ein Erstgespräch bereits klinisch hochrelevant sein. Ein Erstkontakt ist nicht nur „ein Zugang“, sondern kann bereits eine psychisch wirksame, öffnende und unter Umständen destabilisierende Untersuchungssituation sein. Wenn die Terminservicestelle den Zugang organisiert, aber das klinische Risiko vollständig der Einzelpraxis überlässt, entsteht ein gefährliches Missverhältnis: Die TSS organisiert den Termin – die Praxis trägt das Risiko. Deshalb ist telefonische Vorabklärung durch die behandelnde Person – die trotz des Hinweises der TSS an die Patientinnen und Patienten, sich vor dem Termin in der Praxis telefonisch zu melden, faktisch oft nicht stattfindet – keine Schikane, keine Bequemlichkeit und keine „schlechte

---

<sup>5</sup> Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (2026b)

Erreichbarkeit“<sup>6</sup>, sondern in vielen Fällen eine notwendige fachliche Vorabklärung, wie sie auch in jeder anderen Arztpraxis notwendig ist.

8. Das eigentliche Risiko liegt nicht nur im Zugang, sondern im ungesicherten Übergang: Noch gravierender wird das Problem dort, wo ein Mensch im Erstkontakt psychisch „geöffnet“ wird – also Hoffnung, Beziehung, traumarelevantes Material, Kriseninhalte oder affektive Destabilisierung berührt werden – ohne dass im Anschluss ein tragfähiger Übergang in Weiterbehandlung gesichert ist. Dann entsteht kein Versorgungserfolg, sondern ein Versorgungsbruch. Ich kann einen Menschen nicht psychisch „aufmachen“ und ihn dann offen liegen lassen wie auf einem OP-Tisch. Auch in der Chirurgie würde niemand eine diagnostisch oder klinisch potenziell instabile Situation eröffnen, ohne die weitere Versorgung zumindest grob abzusichern. Genau darin liegt ein zentraler blinder Fleck der aktuellen Steuerungsdebatte: Das Risiko liegt nicht nur darin, ob jemand einen Termin bekommt, sondern darin, **was nach diesem Termin passiert**. Wer die Zahl diagnostischer Erstkontakte erhöht, ohne die Anschlussversorgung zu sichern, produziert unter Umständen nicht bessere Versorgung, sondern zusätzliche klinische Instabilität. Das ist keine abstrakte Organisationsfrage, sondern eine konkrete Frage professioneller Verantwortung. Auch das Melden bei der TSS von freien Terminen für eine Probatorische Sitzung erscheint fachlich nicht nachvollziehbar: Für den betroffenen Menschen macht es keinen Unterschied, ob ein Termin formal als „Psychotherapeutische Sprechstunde“ oder „Probatorische Sitzung“ bezeichnet wird – das ist irrelevant. Vor allem wenn er sich dann nochmals bei einer zweiten Person persönlich öffnen soll, nur um dann erneut ohne Weiterbehandlung abgewiesen zu werden, weil es auch dort keinen freien Therapieplatz gibt.

9. Die Behauptung einer „Übersversorgung“ hält der Versorgungsrealität nicht stand: Der GKV-Spitzenverband verweist regelmäßig auf hohe Versorgungsgrade, gesperrte Planungsbereiche und rechnerische Übersversorgung. Im Positionspapier wird explizit hervorgehoben, dass 342 von 392 Planungsbereichen einen Versorgungsgrad zwischen 110 und 368,1 Prozent aufweisen würden. Doch genau hier liegt ein grundlegendes Problem: Diese Behauptung basiert auf Bedarfsplanungs- und Versorgungsgradlogiken, die mit der realen Versorgungslage vieler Patientinnen und Patienten offensichtlich nicht übereinstimmen. Darauf wird seit Jahren aus der Versorgungspraxis hingewiesen. Auch in den bisherigen Überarbeitungen der Bedarfsplanung<sup>7</sup> ist dieses Problem nicht hinreichend korrigiert worden<sup>8,9</sup>. Denn wenn tatsächlich Übersversorgung bestünde, müssten sich wenigstens einige der vom GKV-Spitzenverband selbst beklagten Probleme empirisch abschwächen: kürzere Wartezeiten, leichtere Platzfindung, bessere Erreichbarkeit, weniger Ausweichen auf Kliniken oder rein symptomorientierte Behandlungsformen. Genau das wird aber gleichzeitig nicht beobachtet – und vom GKV-Spitzenverband selbst beklagt. Man kann nicht gleichzeitig eine Übersversorgung behaupten und erschwerten Zugang als systemisches Dauerproblem anführen, **ohne die Planungsgrundlage selbst in Frage zu stellen** und die Verantwortung auf die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu

---

<sup>6</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2026b)

<sup>7</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (2019)

<sup>8</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2019)

<sup>9</sup> Bundespsychotherapeutenkammer (2019)

verlagern, da ihnen implizit unterstellt wird, sie würden „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ nicht in ausreichendem Maß behandeln. Aus der Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands bleibt zudem unklar, nach welchen klinischen, funktionalen oder versorgungsbezogenen Kriterien überhaupt bestimmt wird, was unter einer „schweren psychischen Erkrankung“ zu verstehen ist. Ohne eine solche begriffliche Präzisierung bleibt die Forderung politisch wirksam, aber fachlich unbestimmt.

10. Das eigentliche Problem liegt in der Bedarfsplanung: Das Kernproblem ist nicht, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu wenig gesteuert, zu wenig kontrolliert oder zu wenig zentral verteilt würden. Das eigentliche Problem liegt in der Bedarfsplanung selbst. Die heutige Bedarfsplanung beruht auf modellhaften Verhältnis- und Anrechnungslogiken, die mit der realen klinischen Versorgungspraxis nur begrenzt übereinstimmen. Die Richtlinie arbeitet mit formalen Größen wie Verhältniszahlen, Versorgungsgraden, Anrechnungsfaktoren, Teilzeitfaktoren und psychotherapeuten-spezifischen Planungskategorien. Diese Größen sind administrativ relevant – aber sie sagen nicht automatisch etwas über reale, tragfähige freie Behandlungskapazität aus. Wenn eine Bedarfsplanung über Jahre rechnerisch Überversorgung ausweist, während gleichzeitig reale Unterversorgung im klinischen Alltag fortbesteht, dann spricht das nicht gegen die Praxen – sondern gegen die Aussagekraft der Planung. Wenn Wartezeiten, Zugangsprobleme und Versorgungslücken trotz angeblicher Überversorgung bestehen bleiben, **dann ist nicht die Praxisrealität falsch – sondern die Bedarfsplanungslogik unzureichend.**

11. Formale Kassensitze und reale Versorgungskapazität sind nicht dasselbe: Der GKV-Spitzenverband argumentiert stark mit Kassensitzanteilen, hälftigen Sitzen, Teilzeitquoten und rechnerischen Vollausslastungen. In seiner Kommunikation wird daraus der Eindruck erzeugt, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten würden GKV-Versicherten im Durchschnitt weniger Behandlungszeit zur Verfügung stellen, weil viele „nur“ mit halbem oder geringerem Tätigkeitsumfang arbeiteten. Das ist eine unrealistische Betrachtung alltäglicher psychotherapeutischer Versorgung. Denn Psychotherapie besteht nicht nur aus dem 50 Minuten Patientenkontakt. Sie besteht ebenso aus: Dokumentation, Telefonaten, Krisenabsprachen, Berichten und Anträgen, Koordination mit Ärzten, Kliniken und anderen Stellen, Nachbereitung, Risikoabschätzung, Fortbildung, Intervision, Supervision und nicht zuletzt aus dem Erfordernis, überhaupt eine klinisch tragfähige Behandlung anbieten zu können. Formale Kassensitzanteile, Teilzeitfaktoren und Versorgungsgrade sind deshalb nicht identisch mit realer verfügbarer Versorgungskapazität. Rechnerische Vollausslastung ist nicht dasselbe wie reale klinische Versorgungspraxis.

12. Auch die Einkommens- und Vollausslastungsargumentation verzerrt die Realität: Der GKV-Spitzenverband rechtfertigt die Honoraranpassung u. a. mit dem Hinweis, bei Vollausslastung seien Jahresumsätze von über 190.000 Euro möglich<sup>10</sup>; nach Betriebskosten verblieben etwa 150.000 Euro Gewinn. Grundlage hierfür ist die sogenannte Vollausslastungshypothese, die von 36 Gesprächsleistungen

---

<sup>10</sup> GKV-Spitzenverband (2026b)

pro Woche bei 43 Arbeitswochen im Jahr ausgeht. Formal mag diese Rechenlogik juristisch oder modellhaft anschlussfähig sein. Versorgungspolitisch ist sie dennoch problematisch. Denn sie setzt ein theoretisches Maximalszenario mit der realen Versorgungspraxis gleich – und macht aus einem Rechenmodell eine reale Versorgungslage. Hier wird ein hochgerechnetes theoretisches Einkommen mit realen Durchschnittseinkommen anderer Arztgruppen verglichen – ein methodisch fragwürdiger Vergleich<sup>11</sup>. Noch problematischer wird dies, wenn gleichzeitig reale Honorarkürzungen über Strukturzuschläge kommunikativ kleingerechnet werden. Auch hier wird aus einem politisch gewollten Eingriff eine scheinbar harmlose Korrektur gemacht. Genau diese Verrechnungskonstruktion ist in der fachöffentlichen Kritik zurecht angegriffen worden. Hier wird mit bürokratischen Modellannahmen ein verzerrtes Bild psychotherapeutischer Versorgung erzeugt.

13. Die eigentliche politische Frage lautet: **Will man reale Versorgung – oder will man sie begrenzen?** Es geht um die politische Grundfrage, ob reale psychotherapeutische Versorgung in ausreichendem Umfang überhaupt gewollt und finanziert werden soll. Denn jede reale Verbesserung der Versorgung durch mehr Kassensitze würde zunächst Geld kosten. Und genau deshalb scheint die politische Versuchung groß, stattdessen über Steuerung, Selektion, Verteilung und Begrenzung zu sprechen. Dass es hierbei nicht nur um Versorgung, sondern sehr deutlich auch um Ausgabensteuerung geht, zeigt der Bericht der Finanzkommission Gesundheit<sup>12</sup>, in dem psychotherapeutische Leistungen trotz weiter steigenden Versorgungsbedarfs ausdrücklich unter dem Ziel einer „steuerbaren Vergütungssystematik“ sowie erheblicher Einsparpotenziale verhandelt werden.

14. **Versorgung kostet Geld – Nicht-Versorgung kostet mehr:** Psychotherapeutische Versorgung ist nicht nur ein Kostenfaktor, sondern eine Investition, die in hohem Maße volkswirtschaftlich und gesellschaftlich entlastend wirkt<sup>13</sup>. Internationale Analysen der OECD und der Europäischen Union zeigen, dass die gesamtgesellschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen in europäischen Gesundheitssystemen über 4 % des Bruttoinlandsprodukts betragen können. Diese umfassen direkte Gesundheits- und Sozialausgaben sowie erhebliche indirekte Kosten durch reduzierte Erwerbsbeteiligung und Produktivitätsverluste.<sup>14</sup> Psychische Erkrankungen verursachen zudem besonders lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und gehören weiterhin zu den wichtigsten Ursachen krankheitsbedingter Ausfälle im Erwerbsleben<sup>15</sup>. Ambulante Psychotherapie kann dazu beitragen, Chronifizierung zu verhindern, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, Notaufnahmen zu entlasten, Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und/oder zu erhalten, das Risiko der Frühberentung zu verringern<sup>16</sup>, somatische Mitkosten zu senken, Suchtdynamiken zu verändern, Familien zu entlasten, Kinder vor transgenerationalen Belastungsfolgen zu schützen und langfristig Leid, Desintegration und gesellschaftliche Folgekosten zu reduzieren. Gerade psychische Erkrankungen gehören längst zu den

---

<sup>11</sup> Psychotherapieverbund Unterfranken (2026)

<sup>12</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2026)

<sup>13</sup> Layard et al. (2007)

<sup>14</sup> OECD & European Union (2018); OECD (2021)

<sup>15</sup> Techniker Krankenkasse (2026); DAK-Gesundheit (2025); Wissenschaftliches Institut der AOK (2025)

<sup>16</sup> Hesse et al. (2019); Deutsche Rentenversicherung Bund (2021)

häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung – der GKV-Spitzenverband benennt dies in seinem eigenen Positionspapier selbst. Wer an dieser Stelle vor allem auf Mengenbegrenzung, Zugangskontrolle und Kürzungslogik setzt, spart daher nicht einfach „Kosten“, sondern verschiebt Belastungen in andere Systeme: in Kliniken, in Notfallversorgung, in Hausarztpraxen, in Facharztpraxen, in Familien, in das Erwerbssystem, in soziale Sicherungssysteme und nicht zuletzt in die nächste Generation.

Der GKV-Spitzenverband behandelt einen realen Mangel an Behandlungskapazität und unzureichender sektorübergreifender Versorgung so, als handle es sich in erster Linie um ein Steuerungsproblem, in dem Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeblich zu wenig steuern, falsch priorisieren, zu wenig erreichbar sind und stärker kontrolliert werden müssten. Nicht die ambulante Psychotherapie ist das Kernproblem. Nicht die klinische Urteilskraft der Behandler ist das Kernproblem. Nicht mangelnde zentrale Steuerung ist das Kernproblem. Das Kernproblem ist ein politisch und planerisch unzureichend verstandenes Versorgungssystem. Wer reale Unterversorgung mit mehr Umverteilung, mehr Kontrolle und mehr Steuerung beantwortet, löst das Problem nicht – er verwaltet es nur anders. Und wer Versorgung zugleich rhetorisch begrenzt, ökonomisch kürzt und strukturell auf Einzelpraxen ablädt, darf nicht erwarten, dass ein politisch erzeugter Mangel sich durch administrative Steuerung in Versorgung verwandelt. Wer einen strukturellen Mangel administrativ umetikettiert, beseitigt ihn nicht. Er organisiert ihn nur anders.

*Dieser Text darf unter Nennung des Autors zitiert und weiterverbreitet werden.*

*Richter, D. A. (2026). Zur aktuellen Debatte um die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Online verfügbar unter [www.praxis-richter.org/Fachbeitraege](http://www.praxis-richter.org/Fachbeitraege)*

© 2026 Daniel Andreas Richter

Schwäbisch Gmünd, den 03.04.2026

## Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2026). FinanzKommission Gesundheit: Erster Bericht. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (2026a). bvvp wendet sich gegen irreführende Kassenrhetorik. [https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/04/20260402-PM-bvvp-wendet-sich-gegen-irrefuehrende-Kassenrhetorik\\_public.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/04/20260402-PM-bvvp-wendet-sich-gegen-irrefuehrende-Kassenrhetorik_public.pdf)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (2026b). Resolution der Delegiertenversammlung: Zugang zur ambulanten Versorgung. [https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/03/20260320-bvvp-Resolution-der-DV\\_Zugang-zur-ambulanten-Versorgung\\_public-1.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/03/20260320-bvvp-Resolution-der-DV_Zugang-zur-ambulanten-Versorgung_public-1.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2019). *Stellungnahme zur Bedarfsplanungs-Richtlinie*. [https://api.bptk.de/uploads/2019\\_04\\_18\\_STN\\_B\\_Pt\\_K\\_BPL\\_RL\\_5179397a58.pdf](https://api.bptk.de/uploads/2019_04_18_STN_B_Pt_K_BPL_RL_5179397a58.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2019). Willkürliche Berechnung und formaler Fehler. <https://www.bptk.de/stellungnahmen/willkuerliche-berechnung-und-formaler-fehler/>
- DAK-Gesundheit (2025). Psychreport 2025. [https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2025\\_91766](https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2025_91766)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (2026a). Honorarkürzung völlig willkürlich – Psychotherapeutinnen fordern BMG auf, Beschluss zu beanstanden. <https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/honorarkuerzung-voellig-willkuerlich-psychotherapeutinnen-fordern-bmg-auf-beschluss-zu-beanstanden/>
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (2026b). GKV-Umfrage: Mindestens 56 Prozent kontaktieren Psychotherapeutinnen direkt. <https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/gkv-umfrage-mindestens-56-prozent-kontaktieren-psychotherapeutinnen-direkt/>
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (2019). Bedarfsplanungsreform verfehlt ihr Ziel. <https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/bedarfsplanungsreform-verfehlt-ihr-ziel/>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2021). Psychische Erkrankungen häufigste Ursache für Erwerbsminderung. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen\\_archive/2021/2021\\_11\\_30\\_psych\\_erkrankungen\\_erwerbsminderung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-

Richtlinie. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3798/2019-05-16\\_2019-06-20\\_BPL-RL\\_Weiterentwicklung\\_konsolidiert\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3798/2019-05-16_2019-06-20_BPL-RL_Weiterentwicklung_konsolidiert_BAnz.pdf)

GKV-Spitzenverband (2026a). Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den Blick nehmen. [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_2235584.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2235584.jsp)

GKV-Spitzenverband (2026b). Fragen und Antworten zur Honoraranpassung für psychotherapeutische Leistungen. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2026/Fragen\\_und\\_Antworten\\_zur\\_Honoraranpassung\\_fuer\\_psychotherapeutische\\_Leistungen.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2026/Fragen_und_Antworten_zur_Honoraranpassung_fuer_psychotherapeutische_Leistungen.pdf)

GKV-Spitzenverband (2025). Positionspapier: Positionen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/20250625\\_PoPa\\_Psychotherapie\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20250625_PoPa_Psychotherapie_barrierefrei.pdf)

Hesse, B., Hessel, A., Canan Ågren, C., Falk, J., Nebe, A., & Weinbrenner, S. (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder. *RVaktuell*, 8, 194–201. [https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2019/Artikel/artikel\\_heft\\_08.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/RVaktuell/2019/Artikel/artikel_heft_08.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90–98. <https://doi.org/10.1177/0027950107086171>

Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Union (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

Psychotherapieverbund Unterfranken (2026). Gegendarstellung zur Pressemitteilung des GKV-Spitzenverband. <https://www.psychotherapieverbund.de/gegendarstellung>

Techniker Krankenkasse (2026). Krankenstand 2026. <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/krankenstand-2026-2211552>

Wissenschaftliches Institut der AOK (2025). AU-Daten 2025. <https://www.aok.de/pp/bv/wido-pm/au-daten-2025/>