

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weiterentwickeln

Vorhandene Ressourcen wirksam einsetzen – Versorgung gezielter steuern



STATUS QUO

Deutschland verfügt über eine der am besten ausgebauten ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen weltweit. Psychotherapie ist fest im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verankert und wird flächendeckend angeboten. Die therapeutische Qualität ist anerkannt und die Versorgung ist im internationalen Vergleich auf sehr hohem Niveau.

Das Angebot und das Leistungsspektrum in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden in den vergangenen zehn Jahren deutlich ausgebaut:

Die Zahl der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut:innen stieg von rund **25.600 (2013) auf etwa 40.000 (2024)** – ein

Zuwachs von über 50 Prozent. Nur die Gruppe der Hausärzt:innen ist mit 55.000 Hausärzt:innen größer.

Es wurden zusätzliche niedrigschwellige Angebote wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung sowie vereinfachte Regelungen, insbesondere für die Gruppentherapie, geschaffen.

Die Ausgaben der GKV für psychotherapeutische Leistungen haben sich im gleichen Zeitraum von **1,59 Milliarden Euro auf 3,57 Milliarden Euro** mehr als verdoppelt.

Trotz erheblicher Kapazitäts- und Ausgabensteigerungen berichten Versicherte insbesondere bei

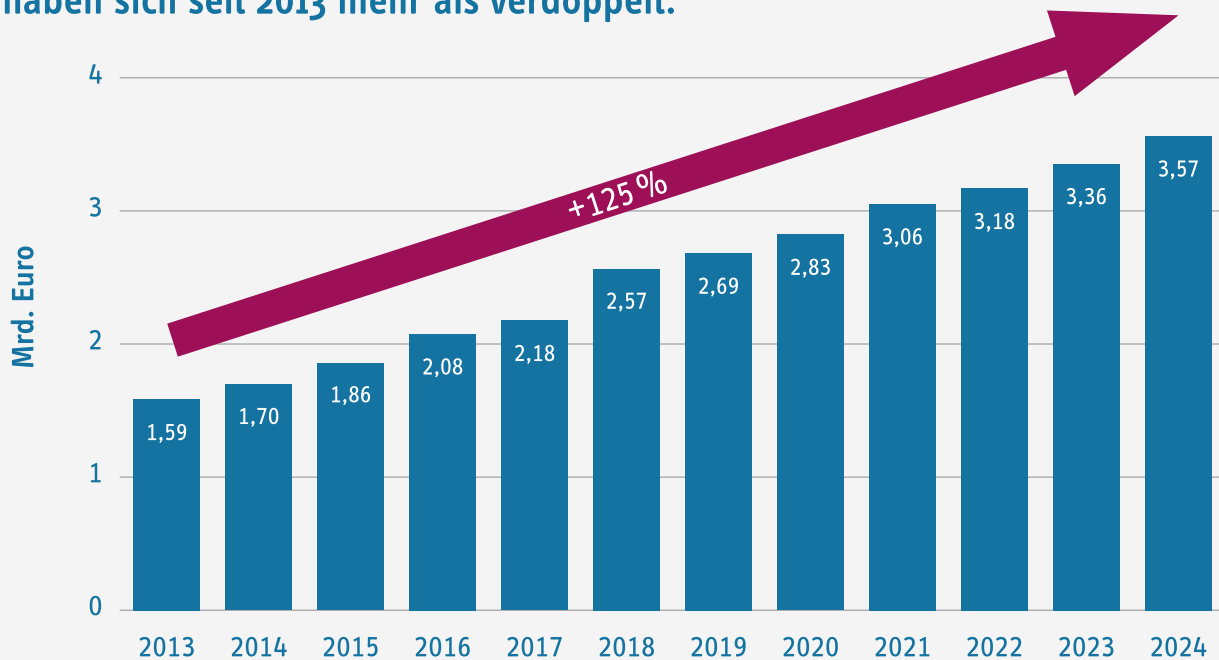


schweren, komplexen oder dringlichen Erkrankungen über Probleme, einen Therapieplatz zu bekommen.

Das zentrale Problem ist also nicht ein genereller Mangel an Leistungen oder Psychotherapeut:innen,

sondern eine unzureichende Steuerung von Zugang und Ressourceneinsatz. Mehr Angebot allein führt nicht automatisch zu einem besseren Zugang für die besonders Belasteten.

Die Ausgaben für psychotherapeutische Leistungen haben sich seit 2013 mehr als verdoppelt.



LÖSUNGSVORSCHLAG

Die psychotherapeutische Versorgung wird im Sinne der Patient:innen besser gesteuert und solidarische Beitragsmittel verantwortungsvoll eingesetzt. Dies kann mit Maßnahmen erreicht werden, die die **Therapiewirksamkeit erhöhen**, **Bürokratieaufwand reduzieren** und **Behandlungskapazitäten freisetzen**.



IM DETAIL

Vorhandene Ressourcen wirksam einsetzen

Psychotherapien wirksamer strukturieren

Ambulante Psychotherapie ist wirksam. Der organisatorische Rahmen verhindert jedoch häufig eine optimale Nutzung der vorhandenen Kapazitäten.

Studien zeigen, dass gerade zu Beginn höhere Sitzungsfrequenzen die Stabilisierung beschleunigen und bessere Behandlungsergebnisse ermöglichen. In der Praxis werden Therapien jedoch teilweise über lange Zeiträume gestreckt, im Durchschnitt haben Patient:innen alle 18 Tage eine Therapiesitzung. Um die Frequenz zu erhöhen, sollte künftig neben der bewilligten Stundenzahl eine verbindliche Inanspruchnahmefrist gelten (zum Beispiel maximal 14 Tage mal Anzahl der bewilligten Sitzungen). Die Bewilligung verliert nach dieser Zeitspanne ihre Gültigkeit. Bei weiterem Behandlungsbedarf ist ein Antrag für den nächsten Kontingentschritt zu stellen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss beauftragt werden, hierfür die Rahmenbedingungen festzulegen.

Ziele sind:

- höhere Therapiewirksamkeit
- bessere Planbarkeit

Einheitliche Kontingentschritte schaffen

Die unterschiedlichen Stundenkontingente der vier Richtlinienverfahren Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie und Analytische Therapie sind historisch gewachsen. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz für teilweise sehr viele Stunden (zum Beispiel 300 Stunden bei der Analytischen Therapie). Tatsächlich zeigen Abrechnungsdaten, dass nach 24 Stunden 82 Prozent der Verhaltenstherapien, aber nur 55 Prozent der Analytischen Therapien beendet sind. Alle Verfahren sind als gleich wirksam anerkannt, sodass unterschiedliche Stundenkontingente nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot

entsprechen. Notwendig ist daher, für die Kontingentschritte über alle Richtlinienverfahren einen einheitlichen, am Wirtschaftlichkeitsgebot ausgerichteten, Benchmark verbindlich festzulegen.

Dies dient:

- der Gleichbehandlung der Verfahren
- dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV
- der Erhöhung der Behandlungskapazitäten



Gruppentherapie systematisch stärken

Gruppentherapie ist wissenschaftlich gut belegt und bei zahlreichen Indikationen ebenso wirksam wie Einzeltherapie. In der stationären Versorgung ist Gruppentherapie bereits Behandlungsstandard. Sie ermöglicht es, mit gleichen Ressourcen mehr Patient:innen zu versorgen.

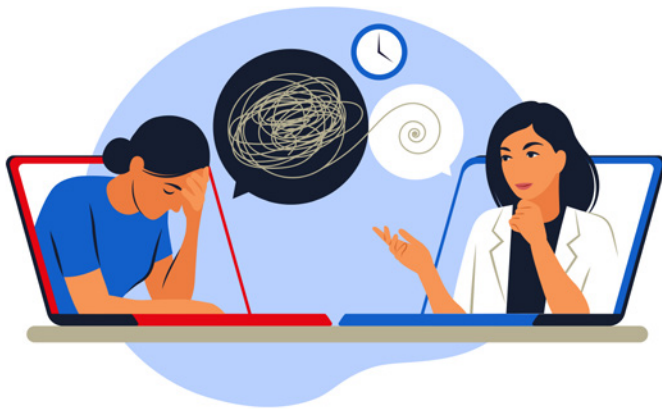
Der Anteil gruppentherapeutischer Leistungen bleibt jedoch, auch im internationalen Vergleich, deutlich hinter den vorhandenen Möglichkeiten zurück.

Um dieses Potenzial zu heben, sind strukturelle Anreize erforderlich. Bei Neuzulassungen und Nachbesetzungen sollte daher zukünftig ein verbindlicher Mindestanteil von Gruppentherapie (zum Beispiel 40 Prozent) gesetzlich vorgegeben werden. Dies dient nicht der Einschränkung therapeutischer Freiheit, sondern der konsequenten



Nutzung eines anerkannten Versorgungsinstruments.

Vermittlungsplattformen für Gruppentherapieangebote (zum Beispiel über ein Angebot der Terminservicestellen [TSS]) erleichtern den Zugang. Wichtig ist auch, dass Praxisstrukturen generell kooperativer angelegt sind. Die Bedarfsplanung sollte darauf ausgerichtet werden, Kooperationsstrukturen zu bevorzugen. Das vereinfacht auch die gemeinsame Nutzung von Räumen.



Digitale und hybride Angebote konsequent integrieren

Digitale Interventionen, hybride Ansätze und Videobehandlung eröffnen zusätzliche Versorgungswege, insbesondere in ländlichen Regionen oder bei Mobilitätseinschränkungen. Sie werden bislang noch nicht systematisch genutzt.

Nicht jede psychische Symptomatik erfordert darüber hinaus unmittelbar eine klassische Richtlinienpsychotherapie. Evidenzbasierte Online-Interventionen können niedrigschwellige Unterstützung bieten, hybride Behandlungsansätze Therapiezeiten verkürzen und dadurch therapeutische Ressourcen freisetzen. Digitale Angebote sollten verpflichtend in die Regelversorgung integriert werden, sofern sie medizinisch indiziert sind.

Versorgung gezielter steuern

Zugang über TSS stärken

TSS sind ein geeignetes Instrument, um Versicherten in dringlichen Fällen schneller in Behandlung zu bringen. Derzeit werden die TSS jedoch nur ein-

geschränkt von den Psychotherapeut:innen genutzt. Sie entscheiden bislang frei, wie viele Plätze sie melden. 2024 konnten daher für nur 38 Prozent der Versichertenanfragen Termine vermittelt werden. Pro Psychotherapeut:in werden pro Jahr aktuell deutlich weniger als ein:e Versicherte:r für Probatorik bzw. Akutbehandlung an die TSS vermittelt. Das muss besser werden. Künftig sollten mindestens 50 Prozent der freiwerdenden Therapieplätze verpflichtend über die TSS gemeldet werden. Zudem müssen nicht nur Ersttermine, sondern vollständige Therapieplätze vermittelt werden können. Zur besseren Entlassplanung sollten auch Krankenhäuser direkt Termine über die TSS vereinbaren können.

Dies erhöht:

- die Priorisierung nach Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung
- Fairness im Zugang

Transparenz über bestehende Kapazitäten herstellen

Ein Sprechstundenumfang von wöchentlich mindestens 25 Stunden bei einem vollen Versorgungsauftrag ist gesetzlich für alle Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen vorgeschrieben, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben die Einhaltung bundeseinheitlich zu prüfen und bei Auffälligkeiten Maßnahmen zu ergreifen, um die Einhaltung sicherzustellen.

Allerdings wird diese Grenze von 25 Sprechstunden durch die KV pauschal um Urlaubs-, Fortbildungs- und Krankheitstage sowie weitere Toleranzen teilweise erheblich reduziert. Diese Prüfergebnisse verlieren damit ihre Aussagekraft über die Erfüllung des Versorgungsauftrages. Es bedarf gesetzlicher Änderungen, damit Transparenz über die regionale Bedarfssituation geschaffen wird und die Zulassungsausschüsse den Bedarf an benötigten Psychotherapeut:innen realistisch einschätzen und damit besser planen können.

Vergütungsstruktur neu ausrichten

Die Entbudgetierung der ambulanten Psychotherapie hat zu erheblichen Mengen- und Ausgabensteigerungen geführt, ohne dass der Zugang für



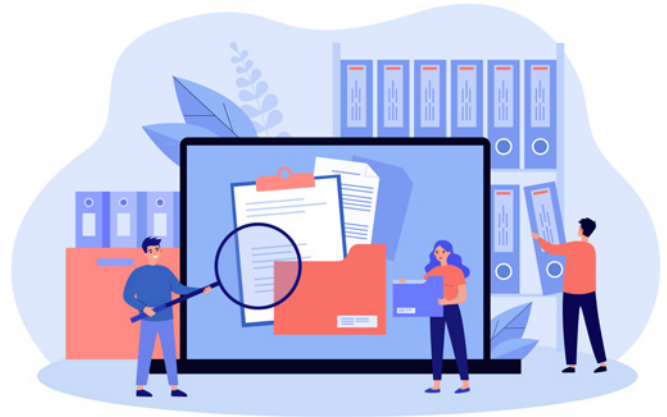
schwer erkrankte Patient:innen spürbar verbessert wurde. Künftig sollten psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) integriert werden.

Außerhalb der MGV vergütet werden sollten ausschließlich Therapien für dringliche Fälle, die über die TSS vermittelt werden. Ziel ist keine Reduktion des Leistungsangebots, sondern eine gezielte Lenkung finanzieller Anreize zugunsten besonders belasteter Patient:innen. Zudem sollte die historisch gesonderte Vergütungslogik mit ihrer Angemessenheitsprüfung und speziellen Zuschlägen für besonders kurze Therapien schrittweise an die allgemeinen Mechanismen aller anderen Fachgruppen angepasst werden. Hierfür bedarf es einer gesetzlichen Änderung.

Bürokratie abbauen – Versorgung beschleunigen

Die ambulante Psychotherapie sollte außerdem entbürokratisiert und modernisiert werden:

Das Antrags- und Gutachterverfahren ist vollständig zu digitalisieren. Die Vorarbeiten dazu sind im Gange, es wird jedoch noch eine Gesetzesgrundlage für die Datenströme benötigt. Dadurch kann der Antrags- und Bewilligungsprozess erheblich beschleunigt und nachhaltiger werden. Eine konsequente Integration und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) in die psychotherapeutische Versorgung verbessert die Patientensicherheit erheblich, besonders für schwer psychisch kranke Menschen.



Das Konsiliarverfahren sollte bedarfsgerecht flexibilisiert werden im Sinne eines ärztlichen Konsils, wenn dies erforderlich ist. Hierfür braucht es eine gesetzliche Anpassung der Regelungen zum Konsiliarverfahren. Durch das vorgeschaltete Konsiliarverfahren wird außerdem die Weiterbehandlung um mehrere Wochen verzögert.

Das immer wieder vorgebrachte Argument des Bürokratieabbaus bei Aufhebung der Zweiteilung der Kurzzeittherapie entfällt hingegen mit der Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Stattdessen zeigen Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Steuerungswirkung der Zweiteilung, die unbedingt erhalten bleiben sollte.

Dies ermöglicht:

- schnelleren Therapiebeginn
- weniger Verwaltungsaufwand und höhere Klimafreundlichkeit
- mehr Zeit für die Behandlung
- die Erhöhung der Patientensicherheit

IMPRESSUM

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) • Askanischer Platz 1 • 10963 Berlin • 0 30 / 2 69 31 - 0 • vdek.com

Layout: Schön und Middelhaufe GbR • s-und-m.de

Illustrationen: S. 1: Nataliia Prachova / iStock / getty images Plus; LadadikArt / Getty Images; S. 3: Olga Budrina / Getty Images; S. 4: Elena Kalinicheva / Getty Images; S. 5: BRO Vector / iStock Getty Images Plus

Erscheinungsdatum: März 2026