

Q&A

Psychotherapeutische Versorgung nach dem GKV-BStabG

Q&A zu den Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, den angekündigten weiteren gesetzlichen Änderungen zur psychotherapeutischen Versorgung (Entschließungsantrag) und zur Entscheidung des Landessozialgerichtes Berlin-Brandenburg zur Honorarkürzung

03.08.2026

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung	3
2	Zentrale Änderungen durch das GKV-BStabG	4
	Welche wesentlichen Änderungen für die Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen wurden mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen?	4
	Welche Änderungen für die psychotherapeutische Versorgung sieht der Entschließungsantrag vor?	5
	Wie verbindlich ist der Entschließungsantrag und wie gestaltet sich der Zeitplan für seine Umsetzung?	6
	Was ändert sich konkret bei der Vergütung – und ab wann?	6
	Mit welchen Einschränkungen müssen Psychotherapeut*innen mit einem hälftigen/reduzierten Versorgungsauftrag künftig rechnen?	9
	Was bedeutet die Streichung der Angemessenheitsprüfung?	9
	Welche Auswirkungen hat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die stationäre Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern?	10
3	Honorarkürzungen durch den Erweiterten Bewertungsausschuss	11
	Wie ist der aktuelle Stand bei den Honorarkürzungen? Drohen meiner Praxis Rückforderungen?	11

1 Vorbemerkung

Am 10. Juli 2026 hat der Bundestag nach einer kontroversen Debatte das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, GKV-BStabG) verabschiedet. Das Gesetz enthält eine Reihe von Regelungen, die die ambulante psychotherapeutische Versorgung und die Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser erheblich belasten werden. Die BPTK hat das Gesetz scharf kritisiert. Parallel zur Verabschiedung des Gesetzes haben die Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD einen Entschließungsantrag beschlossen, mit dem sie erste Korrekturen ankündigen. Rechtlich verbindlich ist dieser Antrag bislang nicht; eine gesetzliche Umsetzung ist für den Herbst 2026 geplant.

Zumindest eine vorläufig positive Nachricht erreichte uns am 9. Juli 2026. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene und am 1. April 2026 in Kraft getretene Honorarkürzung von 4,5 Prozent im Eilverfahren vorläufig gestoppt. Das Gericht hat deutlich gemacht, dass es erhebliche Bedenken hinsichtlich des angewandten Berechnungsmodells hat. Das nährt Hoffnung für das Hauptverfahren, wenngleich dessen Ausgang abzuwarten bleibt.

Das folgende Q&A-Papier gibt vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen einen Überblick über die wichtigsten Regelungen und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung und Vergütung.

2 Zentrale Änderungen durch das GKV-BStabG

Welche wesentlichen Änderungen für die Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen wurden mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen?

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurden eine Reihe von Regelungen beschlossen, die sich auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung, aber auch die stationäre Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen auswirken werden. Dies betrifft unter anderem verschiedene Aspekte der Vergütung von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, aber auch die Finanzierung von Krankenhausbehandlungen. Hier stichpunktartig die wichtigsten Regelungen, die die ambulante Versorgung betreffen:

- Die bislang extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen werden wieder in die „Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ zurückgeführt.
- Die Krankenkassen zahlen das Honorarvolumen der Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit sogenannter befreiender Wirkung. Ein wachsender psychotherapeutischer Behandlungsbedarf wird dabei nicht zusätzlich vergütet.
- Der Bewertungsausschuss hat Regelungen zu treffen, mit denen sichergestellt wird, dass das resultierende Honorarvolumen innerhalb der Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der ambulanten Psychotherapie vorbehalten bleibt und nicht von anderen Fachgruppen abgerufen werden kann.
- Es werden strengere Vorgaben definiert, unter welchen Voraussetzungen der Bewertungsausschuss künftig beschließen kann, dass Leistungen extrabudgetär vergütet werden. Die „Kann“-Regelung führt dazu, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss nicht mehr angerufen werden kann, wenn sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband über die mögliche extrabudgetäre Vergütung von bestimmten Leistungen entsprechend der zu definierenden Kriterien nicht einig werden. Die Aufnahme weiterer extrabudgetär zu vergütender Leistungen können somit stets am Veto der Krankenkassen scheitern.
- Die Kurzzeittherapie-Zuschläge werden ersatzlos gestrichen und sogar gesetzlich untersagt.
- Die Terminservice- und Versorgungsgesetz-Vergütungsregelungen werden gestrichen und ebenfalls gesetzlich untersagt. Damit entfallen Zuschläge für erfolgreiche Hausarzt- oder Terminservicestellen-Vermittlungsfälle.
- Die gesetzliche Regelung zur Angemessenheitsprüfung des Honorars für psychotherapeutische Leistungen je Zeiteinheit, die zuletzt zu einer jährlichen Prüfung durch den Bewertungsausschuss auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten geführt hat,

wird gestrichen. Damit entfällt dieser spezifische gesetzliche Schutzmechanismus für eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit. Die Bundessozialgericht-Rechtsprechung, die letztlich auch zu der gesetzlichen Regelung geführt hat, gilt jedoch unvermindert fort. Auch allgemeine gesetzliche Regelungen zur Angemessenheit der Vergütung bleiben bestehen (siehe auch Frage Angemessenheitsprüfung).

- Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie wird vereinfacht: Künftig muss kein Konsiliarbericht mehr eingeholt werden, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärzt*in oder im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erfolgt.

Welche Änderungen für die psychotherapeutische Versorgung sieht der Entschließungsantrag vor?

Parallel zur Verabschiedung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes haben die Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD einen Entschließungsantrag beschlossen, mit dem sie erste Korrekturen am GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ankündigen. Konkret fordern die Koalitionsfractionen die Bundesregierung auf, Regelungen für die Psychotherapie vorzulegen, die

- die Versorgungskontinuität begonnener Behandlungen über den 31. Dezember 2026 hinaus bis zum Abschluss der Behandlung sicherstellen,
- eine extrabudgetäre Vergütung in bestimmten Ausnahmefällen vorsehen, namentlich für Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und der Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche, für die Behandlung schwer psychisch erkrankter Versicherter entsprechend der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-Richtlinie) sowie für als dringlich festgelegte Fälle,
- den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, bis spätestens 31. Dezember 2026 eine Regelung zur Feststellung der Dringlichkeit einer Behandlung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde zu erarbeiten und in der Psychotherapie-Richtlinie zu verankern.

Wie verbindlich ist der Entschließungsantrag und wie gestaltet sich der Zeitplan für seine Umsetzung?

Mit einem Entschließungsantrag erklärt das Parlament begleitend zu einem Gesetzgebungsverfahren seine Position und fordert die Bundesregierung zum Handeln auf. Rechtlich verbindlich ist ein Entschließungsantrag jedoch nicht. Er verpflichtet die Regierung nicht, die angekündigten Korrekturen tatsächlich umzusetzen. Erst ein eigenes Gesetz schafft eine verbindliche Grundlage. Nach Angaben der Koalitionsfraktionen sollen die Regelungen in der ersten regulären Sitzungswoche nach der parlamentarischen Sommerpause, das heißt im September beschlossen werden. Ob die angekündigten Korrekturen tatsächlich und in tragfähiger Ausgestaltung beschlossen werden und weitere Korrekturen möglich sind, bleibt abzuwarten.

Um das Ziel, bis Ende des Jahres 2026 eine Regelung zur Feststellung der Dringlichkeit einer Behandlung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde vorzulegen, muss der Gemeinsame Bundesausschuss zeitnah mit entsprechenden Beratungen beginnen. Da die gesetzliche Umsetzung und die untergesetzliche Konkretisierung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zeitlich eng aufeinanderfolgen müssen, ist der Zeitplan ambitioniert.

Was ändert sich konkret bei der Vergütung – und ab wann?

Durch die Änderungen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist perspektivisch mit stärkeren Begrenzungen bei der Vergütung und in der Folge mit finanziellen Einbußen für ambulant tätige Psychotherapeut*innen zu rechnen. Das für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stehende Honorarvolumen basiert auf dem unquotierten, das heißt noch nicht durch mögliche Mengenbegrenzungen gekürzten Leistungsbedarf aus dem Jahr 2025 und wird um die für die Jahre 2026 und 2027 vereinbarten Veränderungsraten erhöht. Die bisherige Mengenentwicklung in der ambulanten Psychotherapie könnte damit jedoch nicht kompensiert werden. Zentrale Treiber dieser Mengenentwicklung waren vor dem Hintergrund des gestiegenen Versorgungsbedarfs zusätzliche Kassensitze, Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen sowie die Teilung der Kassensitze, die sich in den vergangenen Jahren linear fortgesetzt haben. Inwieweit dieser Trend sich unter den neuen Rahmenbedingungen weiterentwickelt, ist offen. Ebenso wenig kann derzeit abgeschätzt werden, inwieweit sich die Patientenstruktur in den vertragspsychotherapeutischen Praxen vor dem Hintergrund der Honorarentscheidung und den neuen Vergütungsregelungen verändert. Dies könnte dazu führen, dass der geltend gemachte Leistungsbedarf weniger stark wächst und das Risiko für stärkere Quotierungen der Vergütung von Leistungen begrenzt bleibt. Welche konkreten Regelungen auf Empfehlung des Bewertungsausschusses im Honorarverteilungsmaßstab eingeführt werden, um eine

rechtskonforme und möglichst faire Honorarverteilung innerhalb der Fachgruppe der Psychotherapeut*innen und zugleich die psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen, lässt sich derzeit noch nicht beurteilen. Die Vorgaben der Bundessozialgesetz-Rechtsprechung sind dabei in jedem Fall einzuhalten.

Kurzfristig bleibt die Versorgung voraussichtlich in weiten Teilen stabil, wenngleich einzelne Psychotherapeut*innen auch von stärkeren Honorareinbußen betroffen sein könnten. Vorerst gilt, dass im Jahr 2026 noch nicht abgeschlossene Therapien 2027 fortgeführt werden können, ohne dass für diese Behandlungen Vergütungsabschläge drohen.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Änderungen:

Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Ab dem 1. Januar 2027 entfällt die extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Künftig werden sämtliche psychotherapeutischen Leistungen wieder innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – also innerhalb eines gedeckelten Honorarvolumens ohne Nachschusspflicht der Kassen – vergütet. Das heißt: Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich versicherter Patient*innen steht ab dem kommenden Jahr nur ein begrenzter Finanzrahmen zur Verfügung. Dies kann dazu führen, dass künftig nicht jede erbrachte Leistung vollständig honoriert wird. Zuständig für die Verteilung des begrenzten Budgets sind die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Eine automatische, sofortige Honorarkürzung ist damit zunächst nicht verbunden: Das in die Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zurückgeführte Volumen basiert auf dem nicht quotierten Leistungsbedarf aus dem Jahr 2025 zuzüglich vereinbarter Veränderungen für 2026 und 2027 und entspricht damit zunächst in etwa dem bisherigen Honorarvolumen. Würden alle Psychotherapeut*innen exakt die gleiche Leistungsmenge wie bisher abrechnen und kämen keine neuen Praxissitze und Praxisteilungen hinzu, stünde für alle Leistungen rechnerisch eine Vergütung wie bisher zur Verfügung.

Problematisch ist jedoch insbesondere die mittel- bis langfristige Perspektive, wenn die Leistungsmenge kontinuierlich stärker wächst als das Honorarvolumen. Innerhalb der gedeckelten Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung müssen die Psychotherapeut*innen dieses Wachstum weitgehend selbst tragen. Die Folge ist eine Auszahlungsquote, die mit der Zeit stetig sinken kann. Damit verliert die Profession nicht zuletzt an Planungssicherheit.

Ausnahmeregelungen für die extrabudgetäre Vergütung

Der Entschließungsantrag sieht vor, dass spezifische psychotherapeutische Leistungen in bestimmten Ausnahmefällen auch künftig extrabudgetär vergütet werden können. Hierzu sollen Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und der Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche, für die Behandlung schwer psychisch erkrankter Versicherter entsprechend der KSVPsych-Richtlinie sowie für als dringlich eingestufte Fälle zählen. Leistungen, die diesen Kriterien zugeordnet werden können, würden damit auch künftig vollständig – unabhängig von den in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen – vergütet werden. Wie der Gemeinsame Bundesausschuss das Kriterium der Dringlichkeit definieren wird, bleibt abzuwarten.

Bei der extrabudgetären Vergütung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sieht der Entschließungsantrag zwar eine Begrenzung auf zwei Berufsgruppen vor. Wir gehen aber derzeit davon aus, dass hier der Leistungsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie adressiert werden soll und nicht eine Teilauswahl der qualifizierten Leistungserbringer*innen.

Bei den Ausnahmefällen der schwer psychisch erkrankten Patient*innen entsprechend der KSVPsych-Richtlinie ist problematisch, dass derzeit in vielen Regionen die erforderlichen Netzverbünde nicht existieren und einzelne Psychotherapeut*innen daher auch durch Kooperationen nicht beeinflussen können, ob sie Patient*innen behandeln, die im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie versorgt werden. Um flächendeckend eine Verbesserung der Versorgung schwer psychisch erkrankter Versicherter erreichen zu können, setzt sich die Bundespsychotherapeutenkammer für eine Erweiterung dieser Ausnahmefälle ein. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sollten zudem auch die Ermächtigungen nach Paragraph 31 Absatz 1 Satz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zur Versorgung von vulnerablen Patientengruppen unter diese Ausnahmefälle fallen.

Zuschläge (Kurzzeittherapie, Terminservice- und Versorgungsgesetz)

Zusätzlich werden die Kurzzeittherapie-Zuschläge (§ 87 Absatz 2c SGB V) sowie die Terminservice- und Versorgungsgesetz-Vergütungsregelungen (Zuschläge für erfolgreiche Terminvermittlung, § 87 Absatz 2b SGB V) ersatzlos gestrichen. Allein durch die Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge werden der ambulanten Psychotherapie Mittel in Höhe von circa 100 Millionen Euro entzogen. Dies entspricht einem durchschnittlichen Honorarverlust je psychotherapeutischer Praxis von circa 2 Prozent. Der Honorarverlust kann aber – abhängig vom bisherigen Leistungsprofil der einzelnen Praxis und dem Anteil der Kurzzeittherapie I an allen Behandlungsstunden – auch deutlich höher ausfallen.

Mit welchen Einschränkungen müssen Psychotherapeut*innen mit einem hälftigen/reduzierten Versorgungsauftrag künftig rechnen?

Mit der Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung greifen künftig Begrenzungen der Vergütung, deren konkrete Ausgestaltung den Kassenärztlichen Vereinigungen im jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab obliegt. Inwieweit hier erneut Zeitkapazitätsgrenzen eingeführt werden, die insbesondere für Praxen mit reduziertem Versorgungsauftrag dazu führen würden, dass auch antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen lediglich bis zu einem deutlich reduzierten Umfang je Quartal (Kapazitätsgrenze) vollständig vergütet werden, und wie diese Grenzen in einem solchen Fall konkret definiert werden, lässt sich zurzeit nicht verlässlich abschätzen.

Gerade für Psychotherapeut*innen mit einem reduzierten Versorgungsauftrag, die Erwachsene behandeln, könnten daher die im Entschließungsantrag vorgesehenen Ausnahmeregelungen eine wichtige Rolle spielen: Die mögliche extrabudgetäre Vergütung der Behandlung schwer psychisch erkrankter Patient*innen entsprechend der KSVPsych-Richtlinie und der Behandlung der sogenannten dringlichen Fälle könnte Praxen mit hälftigem Versorgungsauftrag gerade den Spielraum verschaffen, der nötig ist, um weiterhin im gewohnten Umfang an der Gesetzlichen-Krankenkassen-Versorgung teilzunehmen – vorausgesetzt, die angekündigten Ausnahmeregelungen werden per Gesetz beschlossen und fachlich sinnvoll ausgestaltet.

Was bedeutet die Streichung der Angemessenheitsprüfung?

Über einen kurzfristig eingebrachten Änderungsantrag zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde die gesetzliche Regelung zur Angemessenheitsprüfung (§ 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V) ersatzlos gestrichen. Damit entfällt der bisherige gesetzliche Schutzmechanismus für eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit im Sinne eines Mindesthonorars für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen. Der vom Bundessozialgericht verfassungsrechtlich hergeleitete Anspruch auf eine solche Mindesthöhe des Honorars, die nicht unterschritten werden darf, gilt jedoch ungeachtet der Streichung unvermindert fort. Welche Folgen die Streichung für künftige Verhandlungen zur Bewertung psychotherapeutischer Leistungen im Bewertungsausschuss haben, lässt sich noch nicht abschätzen. Die Bundespsychotherapeutenkammer setzt sich jedoch für eine neue gesetzliche Regelung ein, die die Berücksichtigung der Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung bei der Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab gewährleistet und zu einer Stabilisierung der Vergütung führt.

Was die Angemessenheitsprüfung ist: Die Angemessenheitsprüfung sichert eine sogenannte angemessene Vergütung je Zeiteinheit. Hintergrund ist eine objektive Besonderheit psychotherapeutischer Leistungen: Sie werden fast ausschließlich zeitgebunden und persönlich erbracht. Anders als andere Arztgruppen können Psychotherapeut*innen ihre Leistungsmenge wegen der strikten Zeitgebundenheit nur sehr begrenzt ausweiten. Für diese Besonderheit hat das Bundessozialgericht verfassungsrechtlich begründete Mindeststandards entwickelt. Diese Rechtsprechung hat der Gesetzgeber anschließend in seinen gesetzlichen Vorgaben zur Angemessenheitsprüfung nachvollzogen.

Was sich durch die Streichung ändert: Auch bei einer Streichung der gesetzlichen Regelung bleibt die verfassungsrechtliche Basis, auf der die Angemessenheitsprüfung fußt, bestehen. Die zugrunde liegende Bundessozialgericht-Rechtsprechung gilt unvermindert fort. Damit bleibt auch der besondere Schutz für die zeitgebundene und persönlich zu erbringende Leistung erhalten. Die Streichung des Gesetzestextes hebt diese verfassungsrechtlichen Maßstäbe nicht auf. Gestrichen wird damit allerdings die gesetzlich vorgeschriebene jährliche Prüfung der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit. Grundsätzlich droht hier, dass die Durchsetzung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit erneut nur über den langwierigen Weg der Klageverfahren bis zum Bundessozialgericht möglich ist.

Welche Auswirkungen hat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die stationäre Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern?

Auch die stationäre Versorgung ist von den Sparbeschlüssen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes betroffen. Insgesamt geraten Krankenhäuser aufgrund der beschlossenen Begrenzungsregelungen weiter unter finanziellen Druck und Insolvenzrisiken steigen. Finanzielle Mittel für den notwendigen Umbau der Versorgung, zum Beispiel für die Flexibilisierung und Ambulantisierung der Behandlungen, lassen sich unter diesen Bedingungen kaum mobilisieren.

Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern sollen künftig nicht mehr vollständig finanziert werden. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen sind hier von besonders betroffen, da bei ihnen der Personalkostenanteil überdurchschnittlich hoch ist.

Zudem wird die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes ausgeweitet. Als kleine Entlastung wurde in einer Protokollerklärung zur Sitzung des Bundesrates festgehalten: „Zur Entlastung von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern wird zukünftig auf die differenzierte Datenübermittlung zum Pflegepersonal in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verzichtet.“

3 Honorarkürzungen durch den Erweiterten Bewertungsausschuss

Wie ist der aktuelle Stand bei den Honorarkürzungen? Drohen meiner Praxis Rückforderungen?

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit Eilbeschluss vom 9. Juli 2026 ([Az. L 7 KA 11/26 KL ER](#)) die sofortige Vollziehung der am 11. März 2026 vom EBA beschlossenen Honorarkürzung von 4,5 Prozent ausgesetzt. Die bereits zum 1. April 2026 in Kraft getretene Absenkung der psychotherapeutischen Vergütung ist damit vorerst gestoppt und darf nicht angewendet werden, bis über die Klage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rechtskräftig entschieden ist. Wann das Landessozialgericht über die Klage in der Hauptsache entscheiden wird, ist derzeit noch offen. Das Gericht äußerte „erhebliche rechtliche Bedenken an der Methodik der vorgenommenen Vergleichsrechnung“: Für die Vergleichsgruppe der Fachärzt*innen wurden Abrechnungszahlen aus 2024 zugrunde gelegt, während der erzielbare Umsatz einer psychotherapeutischen Praxis auf Basis des Jahres 2026 errechnet wurde.

Für die psychotherapeutischen Praxen bedeutet dies vorerst eine Entlastung. Die Aussichten für das Hauptverfahren werden als positiv bewertet. Sollte das Gericht in der Hauptsache jedoch anders entscheiden, sind Rückforderungen nicht auszuschließen. Die Unsicherheit über die wirtschaftliche Situation der Praxen in diesem Jahr ist damit nicht abschließend ausgeräumt.