DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Die psychiatrische & psychosomatische Versorgung

für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Positionen der
Deutschen Krankenhausgesellschaft

Inhalt

Executive Summary 3

1. Aktuelle Herausforderungen 6

2. Handlungsbedarfe für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland 9

2.1 Sektorenübergreifende Versorgung verbessern und regionale Versorgungsnetzwerke stärken 10

2.2 Personalanforderungen des G-BA weiterentwickeln 11

2.3 Vergütungssystem anpassen 16

2.4 Überflüssige Dokumentations- und Nachweispflichten abbauen 21

2.5 Digitalisierung ausbauen 21

2.6 Versorgung von Kindern und Jugendlichen besonders berücksichtigen 22

Executive Summary

Krankenhäuser bilden das Rückgrat der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland und stellen eine moderne, auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung sicher. Gleichzeitig gefährden die bestehenden Rahmenbedingungen in Deutschland, insbesondere die **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie** (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die **Fragmentierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** sowie die **Komplexität des Vergütungssystems** die am individuellen Patientenbedarf orientierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Für eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fordern die Krankenhäuser:

1. Reform der sektorenübergreifenden psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen und Förderung regionaler Versorgungsnetzwerke

Die multiprofessionelle Ausrichtung der Krankenhäuser stellt eine ideale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand dar. Zentrales Leitbild im Konzept der Krankenhäuser zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sind die Förderung und Etablierung regionaler krankenhauszentrierter Versorgungsnetzwerke. Psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen und Krankenhäuser sind mehr als rein stationäre Versorgungseinrichtungen. Sie sind eine Koordinationsplattform der Versorgung in den Regionen, Ort des trialogischen Austauschs, größter ambulanter Leistungserbringer und Basis für die medizinisch-pflegerische Weiterentwicklung. Diese Funktionen müssen zukunftssicher ausgebaut werden. Die Personalmindestanforderungen des G-BA führen zu einer Rationierung und Einschränkung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Dies macht die sinnvolle Entwicklung der letzten Jahre zunichte. Eine weitreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante psychiatrische und psychosomatische Behandlungsleistungen ist notwendig.

2. Sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung in den Krankenhäusern. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen droht in den kommenden Jahren einer der entscheidenden limitierenden Faktoren in der Versorgung zu werden. Die Verbesserung der Personalsituation und Flexibilität beim Personaleinsatz muss daher im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten in der aktuellen Legislaturperiode stehen. Die restriktiven Personalmindestanforderungen des G-BA sind hierfür und als Instrument der Qualitätssicherung ungeeignet. Die Krankenhäuser erwarten, dass die Personalkosten für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Höhe der tarifvertraglichen Vereinbarungen im Rahmen des zukünftigen Finanzierungssystems refinanziert werden.

3. Weiterentwicklung des Vergütungssystems

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen Versorgungsnetzwerken kann nur erreicht werden, wenn hierfür eine geeignete

Form der Krankenhausfinanzierung geschaffen wird. Hierfür sind die Modellvorhaben nach § 64b SGB V als „Optionsmodell“ in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung zu überführen. Unabhängig davon muss die bestehende Regelfinanzierung weiterentwickelt werden. Insbesondere muss neben dem für die Umsetzung der PPP-RL zusätzlich erforderlichen Personal die Refinanzierung des Bestandspersonals und der Personalkosten von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Weiterbildung sichergestellt werden. Zudem sind die Mehr- und Mindererlösausgleiche so anzupassen, dass auch das gegebenenfalls unterjährig zusätzlich erforderliche Personal berücksichtigt wird. Der Psych-Krankenhausvergleich ist ersatzlos zu streichen und das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) neu und deutlich bürokratieärmer auszurichten.

4. Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweispflichten

Das derzeitige System ist geprägt von erheblichen Dokumentations- und Nachweispflichten, die auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden müssen. Die Personalmindestvorgaben des G-BA mit ihren kleinteiligen Nachweisen, die umfangreiche Leistungsdokumentation mit restriktiven Strukturvorgaben für die Anwendung des PEPP-Systems, der Psych-Personalnachweis und der Psych-Krankenhausvergleich, die Struktur- und Abrechnungsprüfungen sowie die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) binden unnötig hohe Ressourcen. Eine umfassende Entbürokratisierung schafft unmittelbar Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

5. Ausbau der Digitalisierung

Die Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Einsatzgebiete von E-Health und Telemedizin sind insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik vielfältig. Psychisch erkrankte Menschen profitieren von der Digitalisierung, denn sie schafft einen niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung. Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und in Form neuer Behandlungsangebote auch im Rahmen kombinierter Therapieansätze. Dies erhöht die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Hierfür ist eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur in der Psychiatrie und Psychosomatik erforderlich, deren Finanzierung sichergestellt werden muss. Die Weiterentwicklung digitaler Behandlungsangebote und innovativer Arbeitsmodelle wird auch durch die starren Personalmindestvorgaben des G-BA verhindert.

6. Besondere Berücksichtigung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland zunehmend gefährdet. Es drohen ernste Versorgungsengpässe, da bereits jetzt der Abbau stationärer Kapazitäten und eine unzureichende ambulante Versorgung vielerorts zu kritischen Versorgungslücken führen. Die Krankenhäuser unterstützen daher die Vorschläge und Forderungen von Fachverbänden und Fachgesellschaften zur Sicherstellung von flächendeckenden und bedarfsgerechten Behandlungsangeboten. Dies umfasst die Etablierung neuer Versorgungsmodelle, die Bekämpfung des Fachkräftemangels, den Ausbau von Ausbildungs- und Studienkapazitäten sowie die Förderung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und digitalen Angeboten. Auch die psychosomatische Versorgung muss dabei berücksichtigt werden.

1. Aktuelle Herausforderungen

Die **Krankenhäuser bilden das Rückgrat der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** in Deutschland. Über 800 Fachabteilungen[1] für Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgen etwa eine Million Patientinnen und Patienten pro Jahr. Neben der vollstationären Behandlung bieten die meisten Einrichtungen auch teilstationäre bzw. tagesklinische Behandlungen an. Zudem werden in etwa 450 Psychiatrischen Institutsambulanzen psychisch erkrankte Menschen ambulant behandelt. Ebenso sind zunehmend Psychosomatische Institutsambulanzen in die Versorgung eingebunden. Über 6.400 Ärztinnen und Ärzte, 55.000 Pflegende sowie mehr als 5.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten[2] versorgen in multiprofessionellen Teams rund um die Uhr die Patientinnen und Patienten.[3] Die Krankenhäuser stellen eine moderne psychiatrische und psychosomatische, auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung sicher. Zudem übernehmen sie hoheitliche Aufgaben im Rahmen landesrechtlicher Regelungen zur regionalen Pflichtversorgung.

Gleichzeitig bestehen neben dem demografischen Wandel **zahlreiche Herausforderungen**, die auch international diskutiert werden[4] und Reformen erfordern, um eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung psychisch erkrankter Menschen auch in Zukunft zu sichern. Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik brauchen eine gut vernetzte und ineinandergreifende Versorgung mit nahtlosem Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in Wohnortnähe sowie ausreichend flexibel, dem Bedarf entsprechend einsetzbares Personal. Allerdings **gefährden die bestehenden Rahmenbedingungen** in Deutschland die am individuellen Patientenbedarf orientierte Versorgung und stellen Hürden für die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen dar.

Die **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie** (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist eine solche Hürde. Gut etablierte, modulare Therapieansätze können nicht hinreichend mit der PPP-RL abgebildet werden und lassen sich somit nur erschwert umsetzen. Darüber hinaus wird ein flexibler Personaleinsatz, der Voraussetzung für eine schnelle Anpassung an die individuellen Patientenbedarfe ist, durch die starren Personalmindestvorgaben eingeschränkt. Ferner werden kleine Standorte wie Tageskliniken, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, durch die Vorgaben gefährdet. Die PPP-RL **hemmt die dringend erforderliche Ambulantisierung,** da die Kliniken aufgrund drohender Sanktionen das Personal verstärkt in der stationären Versorgung einsetzen.

Die **Fragmentierung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung** in Deutschland blockiert eine vernetzte, ineinandergreifende Versorgung. An vielen Orten besteht eine unzureichende vertragsärztliche psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Gleichzeitig sind die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kosten in der Vergütung ambulanter Leistungen unzureichend. Dies stellt Hindernisse für die Gewährleistung eines

1 In Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen.

2 Zumeist Psychologische Psychotherapeuten, Anzahl inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

3 DESTATIS, Grunddaten der Krankenhäuser, 2023; BMG, KJ1-Statistik, 2023.

4 Lancet Psychiatrie 2017; 4:775–818, https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30333-4/abstract.

nahtlosen Übergangs in die ambulante Versorgung oder eine krankenhausnahe Anschlussversorgung dar.

Die **Komplexität des Systems** und die kaum noch zu bewältigende Flut von Datenlieferungs- und Nachweisverpflichtungen verursachen in den Krankenhäusern hohe Kosten und bedeuten eine Reduktion der für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen. Der Trend zur Überregulierung und zu überzogenen Kontroll- und Sanktionsmechanismen muss gestoppt und rückgängig gemacht werden.

Aus diesen Gründen sind grundlegende Reformen der Rahmenbedingungen erforderlich, insbesondere

1. **die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und Förderung regionaler Netzwerke,**

2. **die sinnvolle Weiterentwicklung der Personalausstattung,**

3. **die Anpassung des Vergütungssystems,**

4. **der Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweispflichten,**

5. **der Ausbau der Digitalisierung,**

6. **die Berücksichtigung der besonderen Bedarfe bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.**

Kennzahlen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland 2023[5]

824
Fachabteilungen in Krankenhäusern

930.550
Anzahl stationärer Patientinnen und Patienten

440
Psychiatrische Instituts-ambulanzen nach § 118 SGB V

76.980
Betten

6.306
Ärztinnen und Ärzte (Vollkräfte)

5.062
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten[6]

27
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen

55.126
Pflegekräfte (Vollkräfte)

3.023.778
Fälle

GKV-Leistungsausgaben 2023

9.654.038.796 €
GKV-Ausgaben für stationäre psychiatrische und psychosomatische Behandlung

10,28 %
Anteil an den GKV-Leistungsausgaben für Krankenhäuser

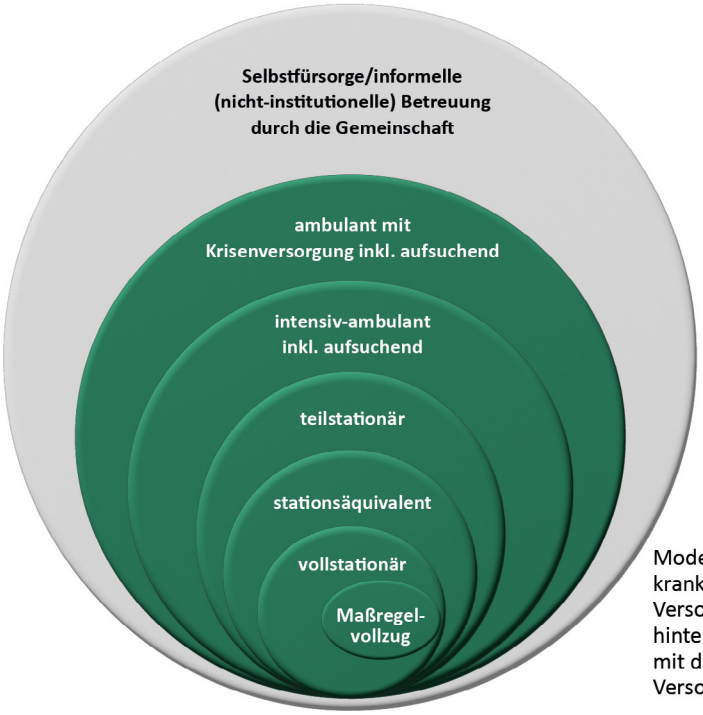
3,34 %
Anteil an den GKV-Leistungsausgaben insgesamt

5 DESTATIS, Grunddaten der Krankenhäuser, 2023; BMG, KJ1-Statistik, 2023.

6 Zumeist psychologische Psychotherapeuten, Anzahl inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

2. Handlungsbedarfe für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland

Zentrales Leitbild[7] der DKG für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen sind die Etablierung und Förderung regionaler und von den Krankenhäusern koordinierter Versorgungsnetzwerke mit fließenden Übergängen zwischen vollstationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter und ambulanter Behandlung (vgl. Abbildung). Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen sind bereits heute Koordinationsplattformen der Versorgung in den Regionen, Orte des trialogischen Austauschs sowie Ausgangspunkte für die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Ihre Leistungen sind Bestandteil eines umfassenden und sozial gesetzbuchübergreifenden Hilfesystems, zu dem neben den Krankenhäusern unter anderem auch die gemeindepsychiatrischen Angebote, Rehabilitationseinrichtungen, betreute Wohnformen, Angebote der Eingliederungshilfe, Kontakt- und Beratungsstellen gehören. Regionale Vernetzung, Kontinuität der partizipativen und personenzentrierten Behandlung, die unmittelbare Erreichbarkeit im Krisenfall und Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung sind Teil der Daseinsvorsorge. Zudem stellen die psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen einen unverzichtbaren Pfeiler für die systemische Resilienz der Gesundheitsinfrastruktur im gesamtstaatlichen Krisen- oder Katastrophenfall dar.



Modell einer Versorgung in krankenhauszentrierten Versorgungsnetzwerken (grün hinterlegt), ggf. in Kooperation mit der vertragsärztlichen Versorgung

7 Positionen der DKG zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für die 20. Legislaturperiode (2021), https://www.dkgev.de/themen/versorgungstruktur/psychiatrie-psychosomatik/positionen-der-dkg-zur-psychiatrischen-und-psychosomatischen-versorgung/.

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fordern die Krankenhäuser:

2.1 Sektorenübergreifende Versorgung verbessern und regionale Versorgungsnetzwerke stärken

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung durch Krankenhäuser zeigt bereits die Entwicklung weg von der reinen Organisations- hin zur Personenzentrierung: Die teilstationäre Behandlung wird umfangreich eingesetzt, die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im Lebensumfeld der Menschen etabliert sich. **Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen leisten in der ambulanten Versorgung einen unverzichtbaren Beitrag,** um Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren. Teilweise sind sie sogar alleiniger ambulanter Leistungserbringer in der Region. Auch die Modellprojekte nach § 64b SGB V beweisen den Willen der psychiatrischen Einrichtungen zur Entwicklung hin zu einer am individuellen Patientenbedarf ausgerichteten Versorgung.

Gleichwohl wird das Potenzial bisher aus vielen Gründen nur unzureichend genutzt. Krankenhäuser könnten als integrierte Leistungszentren entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern eine am individuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Dies erfordert jedoch die **Schaffung regionaler von Krankenhäusern koordinierter Versorgungsnetzwerke** mit fließenden Übergängen und flexiblen Wechselmöglichkeiten zwischen vollstationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter und ambulanter Behandlung je nach Bedarf der Patientin oder des Patienten.[8] Hierfür sind die Krankenhäuser bereit, perspektivisch am Bedarf orientiert vollstationäre Behandlungskapazitäten anzupassen. Somit können die Ressourcen fokussierter, flexibler und bedarfsgerechter genutzt werden.

Initial ist der Ausbau teilstationärer, stationsäquivalenter und (intensiv-)ambulanter[9] Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Menschen erforderlich. Hierfür müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen verbessert und Umsetzungsanreize (auch finanzielle) geschaffen werden. Barrieren für die Implementierung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung müssen abgebaut und die rigiden Rahmenbedingungen angepasst werden. Solitäre Tageskliniken, die Bestandteil eines Versorgungsnetzwerks sind, brauchen unabhängig von ihrer Größe einen gesicherten Finanzierungsrahmen. Für Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen muss sich der Anspruch multimodaler und multiprofessioneller, bei Bedarf aufsuchender und hochfrequenter Behandlung in der Finanzierung widerspiegeln. Hierfür ist eine **ausreichend differenzierte, leistungsgerechte und „ungedeckelte" Vergütung** in Höhe der krankenhausspezifischen Kosten erforderlich, die effektive Anreize schafft, stationäre Behandlungen durch ambulante

8 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit ihrer achten Stellungnahme „Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer"): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung", https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html.

9 Vgl. Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung der DGPPN (2021): Rahmenkonzept für eine ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen – https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/68270af4696a1bc0fdd803bcde22eb7fa7c39356/Konzept%20AMBI%20Stand%2015.04.2020-final.pdf.

Behandlungsmöglichkeiten zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Dabei müssen auch die Kosten für die Vorhaltung für Behandlungen im Krisenfall berücksichtigt werden. Davon ist insbesondere das für eine settingübergreifende Behandlung erforderliche Personal umfasst, das unabhängig von der Einzelleistung vorzuhalten ist.

Für die Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und Versorgungsnetzwerken ist eine **weitreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante psychiatrische und psychosomatische Behandlungsleistungen** erforderlich. Die vertragliche Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in die ambulante Versorgung des Krankenhauses muss möglich sein. Krankenhäuser sollten bei Bedarfsnotwendigkeit vollumfänglich vertragsärztlich ermächtigt werden, ambulante psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen zu erbringen. So wird zukünftig eine Versorgung in den verschiedenen Settings „aus einer Hand" durch die Krankenhäuser mit ihren Kapazitäten und breit vorhandenen Kompetenzen ermöglicht. Die Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer könnten die Planung der regionalen Versorgungsnetzwerke übernehmen. Dabei ist zu beachten, dass der Behandlungsaufwand auch bei einer sektorenübergreifenden Versorgung primär verlagert wird und die neuen Koordinationsaufgaben angemessen vergütet werden müssen, sodass im Vergleich zum Status quo kaum nennenswerte Kosteneinsparungen zu erwarten sind. Zukünftige Kostensteigerungen könnten dagegen mit den neu geschaffenen und effizienteren Strukturen deutlich gedämpft werden.[10]

2.2 Personalanforderungen des G-BA weiterentwickeln

Seit dem 1. Januar 2020 sind die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser verpflichtet, die Mindestvorgaben der PPP-RL zu erfüllen. Auch fünf Jahre nach ihrem Inkrafttreten kann ein Großteil der Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Zwar entwickelt der G-BA seine Richtlinie kontinuierlich weiter. Trotzdem sind die Krankenhäuser weiterhin in großer Sorge, dass eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik durch die PPP-RL gefährdet wird. Viele der beschlossenen Änderungen greifen zu kurz, insbesondere jene, die einen bedarfsgerechten Personaleinsatz adressieren sollen.

Die durch die Richtlinie eingeschränkte Flexibilität beim Einsatz des Personals zusammen mit unverhältnismäßigen Sanktionen verhindert moderne Behandlungskonzepte und führt zur Rationierung von Behandlungsangeboten und zum Rückbau der wichtigen wohnortnahen Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Ungeeignete und fehlerhaft verwendete Grundlage der Richtlinie

Für die Ermittlung der Mindestvorgaben wurde im Sinne einer Übergangslösung auf die von 1991 bis 2019 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zurückgegriffen. Der G-BA übernahm die Vorgaben der Psych-PV allerdings fast unverändert und modifizierte lediglich leicht die Behandlungskategorien und die Minutenwerte. **Der Stand einer weiterentwickelten Versorgungsrealität wird damit nicht abgebildet.**

10 Weiterführend siehe: Bomke, Paul (2025): Regionale Governance als Grundlage guter Versorgung. Nervenheilkunde 2025; 44(06): 380–384, https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2542-3054.

Verändert haben sich zudem die Regelaufgaben der Berufsgruppen, beispielsweise bei den Pflegefachpersonen, die mittlerweile selbst therapeutisch tätig sind. Ebenso blieb bei der Übernahme der Systematik der Psych-PV unberücksichtigt, dass diese ein Personalbemessungsinstrument für die jährliche Budgetfindung eines gesamten Krankenhauses mit all seinen Einrichtungen darstellte und sich somit nicht für quartals-, standort- und berufsgruppenbezogene Mindestvorgaben für den tatsächlichen Personaleinsatz eignete. Die Psych-PV hatte mit ihrer krankenhausbezogenen jährlichen Durchschnittsbetrachtung keine Einschränkungen des Personaleinsatzes innerhalb der Einrichtung vorgegeben. Nach Überführung in die PPP-RL als Mindestvorgaben ist ein flexibler Personaleinsatz nur sehr eingeschränkt möglich. Hinzu kommt, dass es **Unterschiede im konkreten Personalbedarf zwischen den Einrichtungen** gibt. In den Psych-PV-Nachweisen und den Nachweisen der PPP-RL wird bei nicht wenigen Einrichtungen ein höherer Personaleinsatz deutlich. Ein weiterer Anteil der Einrichtungen weist einen unterdurchschnittlichen Personaleinsatz auf. Zur Umsetzung einer patientenorientierten Behandlung und Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten zeigt sich eine Verteilung des Personaleinsatzes um einen durchschnittlichen Wert rund um die vorgegebene Zielgröße. **Die Übernahme einer einheitlichen Zielgröße als nicht unterschreitbare Mindestvorgabe in ein System, das keine Abweichung zulässt, ist nicht sachgerech**t. Das als Mindestvorgabe festgelegte Niveau ist zusätzlich aufgrund des zu engen räumlichen und zeitlichen Bezugs der Mindestvorgaben problematisch.

Für die Psychosomatik ergeben sich zusätzliche Probleme mit der Psych-PV als Grundlage der Richtlinie. Die Personalanhaltszahlen der Psych-PV waren zu keinem Zeitpunkt verbindlich für die Psychosomatik. In der PPP-RL wurden überwiegend die über 30 Jahre alten Vorgaben der Psychiatrie

für die Psychosomatik, die seit 20 Jahren ein eigenes Fachgebiet ist, übernommen. Als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben in psychosomatischen Einrichtungen eignen sich diese Vorgaben nicht. Die Entwicklung von sinnvollen Mindestvorgaben muss auf einer empirischen Datengrundlage erfolgen. Die in der PPP-RL normativ festgelegten Personalmindestvorgaben und definierten Regelaufgaben wirken bereits jetzt ohne finanzielle Sanktionen und gefährden etablierte Behandlungsformate.

Unverhältnismäßigkeit der Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben und gesetzlicher Änderungsbedarf

Die unzureichende Flexibilität beim Personaleinsatz hat insbesondere in Zusammenhang mit den Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben (§ 13 Absatz 5 PPP-RL) negative Auswirkungen. Auch nach Anpassung des Sanktionsfaktors mit dem Änderungsbeschluss der PPP-RL vom 21. März 2024 bleibt der Vergütungswegfall unverhältnismäßig hoch, unter anderem da dieser auf die gesamte Quartalsvergütung einer betroffenen Einrichtung bezogen wird.

Die Sanktionen müssen gestuft und verhältnismäßig ausgestaltet werden. Es ist eine Klarstellung der gesetzlichen Grundlage dahingehend erforderlich, dass Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen an erster Stelle und finanzielle Sanktionen an zweiter Stelle vorzusehen sind. Finanzielle Sanktionen müssen ggf. anteilig gemessen am Grad der Nichterfüllung vom G-BA geregelt werden. Nur auf diese Weise können neben dem Umfang und der Dauer der Nichterfüllung auch deren Ursachen – die zumeist über die definierten Ausnahmetatbestände hinausgehen – berücksichtigt und wirksame Maßnahmen zur Erfüllung von Personalmindestvorgaben umgesetzt werden. Darüber hinaus muss die Finanzierung der erforderlichen Personalausstattung gesichert sein. Dabei ist unerlässlich, dass auch über die Mindestanforderungen hinaus ausreichend Personal finanziert wird, um bei unerwarteten Belegungsschwankungen die Mindestvorgaben einhalten zu können.

Die regionale Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser verstärkt das Problem

Durch überwiegend nicht planbare Aufnahmen dringend zu behandelnder Patientinnen und Patienten bestehen insbesondere für pflichtversorgende Krankenhäuser und Fachabteilungen nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Patienten- und Belegungssteuerung. Der drohende Vergütungswegfall durch die unflexiblen Vorgaben der PPP-RL wird sich auf die Behandlungsmöglichkeiten der Einrichtungen auswirken und zu einer Gefährdung der wohnortnahen Versorgung führen. Die sich ergebende Reduktion elektiver Aufnahmen führt unweigerlich zu längeren Wartezeiten. Bei gleichzeitig unzureichenden ambulanten Versorgungsangeboten erhalten Betroffene eine dringend benötigte Behandlung zu spät. Das erhöht die Krankheitslast und wird zu einem Anstieg psychiatrischer Notfälle führen. Insbesondere werden davon kleine und dezentrale Einheiten, wie Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern, betroffen sein: Je kleiner ein Standort ist, umso größer sind die Aufwände in der Personalvorhaltung und die Herausforderungen bei der Personalsteuerung.

Änderungsbedarf der Richtlinie

Der G-BA muss die PPP-RL kontinuierlich weiterentwickeln, Innovationen zeitnah abbilden und die Mindestvorgaben auf Basis einer **am**

Patientenbedarf orientierten Systematik mit ausreichender Flexibilität festlegen. Diese neue Systematik muss als Instrument zur Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie des gesamten Personalbedarfs (Personalbemessung) verwendet werden können. Entscheidend sind die richtige Balance zwischen einer ausreichenden Flexibilität und der Vermeidung eines nicht bedarfsgerechten Personaleinsatzes sowie die Planbarkeit und Steuerbarkeit, um die Personalvorgaben zu erfüllen. Hierzu sind die Berufsgruppen- und Regelaufgabenzuordnungen sowie die limitierten Anrechnungsmöglichkeiten der PPP-RL zu überarbeiten. Darüber hinaus ist der Standortbezug bei den Mindestvorgaben in Anerkennung einer zunehmend orts- und settingunabhängigen Leistungserbringung anzupassen.

Aus Sicht der Krankenhäuser muss der G-BA insbesondere folgende Anpassungen der PPP-RL vornehmen:

- **Eine Anpassung des Standort- und Quartalsbezugs der Mindestvorgaben ist erforderlich.** Je kleiner ein Standort und die zeitliche Bezugsgröße sind, umso größer ist die Gefahr, dass bei Personalausfällen die Mindestvorgaben nicht eingehalten, die Angebote nicht aufrechterhalten werden können und sich der Standort kurzfristig von der Versorgung abmelden oder schließen muss. Die Mindestvorgaben müssen für das gesamte Krankenhaus mit allen seinen Einrichtungen und Standorten sowie für ein gesamtes Kalenderjahr gelten.

- **Das Leistungserbringungsverbot nach § 2 Absatz 2 PPP-RL ist nicht umsetzbar.** Dies liegt an der Unabweisbarkeit der Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser und Fachabteilungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder, nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch

sowie bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit. Der versorgungsgefährdende Widerspruch zwischen der Versorgungsverpflichtung und dem in der PPP-RL formulierten Leistungserbringungsverbot muss aufgelöst werden.

- **Die Richtlinie muss die Planungssicherheit der Krankenhäuser ermöglichen und garantieren.** Entsprechend hat die Bezugsgröße vor Beginn eines fairen Planungszeitraums bekannt zu sein.

- **Die Flexibilität der Anrechnung der Berufsgruppen muss weiter erhöht werden.** Die sachgerechte Personalplanung aufgrund medizinischer Notwendigkeiten ist maßgeblich für die Behandlungsqualität. Es gibt sonst keinen Bereich in der Medizin, in dem unabhängig von den jeweiligen individuellen Behandlungsnotwendigkeiten mehr oder weniger starr an abstrakt festgelegten Therapieregimen festgehalten werden muss, weil sonst Sanktionen greifen. Groteskerweise würden auch solche Einrichtungen sanktioniert, die insgesamt mehr Personal als vorgeschrieben vorhalten, dieses aber wegen des Patientenbedarfs und bei sehr guter Behandlungsqualität abweichend von der Mindestvorgabe verteilt haben. Der Berufsgruppenbezug bei den Mindestvorgaben ist aufzuheben. Die Möglichkeiten zur Anrechnung insbesondere von Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistenzkräften müssen erhöht werden.

- **Neue und weitere Berufsbilder sollen die PPP-RL-Berufsgruppen ergänzen.** Um eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu gewährleisten und die Entwicklung der Fachkräftesituation zu berücksichtigen, muss die PPP-RL weitere Berufsgruppen nicht nur im Rahmen der Anrechnungsmöglichkeiten berücksichtigen. Neue Berufsbilder wie Physician Assistants haben mit ihrer akademischen Qualifikation das Potenzial, die bestehenden PPP-RL-Berufsgruppen zu ergänzen und einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu leisten.

- **Die Einstufung in die Behandlungsbereiche auf Grundlage von Routinedaten ist rückgängig zu machen.** Die Umstellung auf Routinedaten zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche der PPP-RL ist unausgereift und wurde nicht auf ihre Auswirkungen geprüft. Unberücksichtigt blieb, dass die definierten Minutenwerte und somit personellen Aufwände aus den Mindestvorgaben nicht eins zu eins auf die bestehenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), auch unter Berücksichtigung weiterer Routinedaten, übertragbar sind. Im Gegensatz müssen die Einrichtungen durch die Umstellung neben den Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) mit zusätzlichen Prüfungen der Routinedaten im Rahmen der Qualitätskontrollen rechnen. Um Redundanzen und Mehrfachprüfungen gleicher Sachverhalte zu verhindern, sind darüber hinaus die **Personalanforderungen aus den OPS** zu streichen.

- **Sanktionen müssen gestuft und verhältnismäßig sein.** Die Sanktionen greifen in psychiatrischen Einrichtungen ab dem 1. Januar 2026. In den Jahren 2026 und 2027 wird bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben der Anteil der fehlenden Personalstunden mit dem Faktor 1,0 sowie einem Personalkostenfaktor von 0,65 multipliziert. Da der Anteil der fehlenden Stunden auf die gesamte Vergütung projiziert wird, wird dem Krankenhaus auch die Finanzierung für alle weiteren Aufwände (z. B. für Unterkunft und Verpflegung) anteilig entzogen. Es ist eine Anpassung des Gesetzes dahingehend erforderlich, dass der Vergütungswegfall bei Richtlinien, in denen Qualitätsanforderungen nicht für konkrete Leistungen definiert werden, nicht

greift und Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen an erster Stelle vorzusehen sind. Nur auf diese Weise können neben dem Umfang und der Dauer der Nichteinhaltung auch deren Ursachen berücksichtigt werden.

- **Die Mindestvorgaben für die Psychosomatik bedürfen einer grundsätzlichen Prüfung und Anpassung.** Mit der Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie[11] liegt erstmals eine differenzierte Datenbasis vor, die eine valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben der Berufsgruppen darstellt und als Orientierung für die gesetzliche Verankerung von Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre Versorgung in der Psychosomatik dienen kann. Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik können frühestens nach einer entsprechenden Anpassung umgesetzt werden.

2.3 Vergütungssystem anpassen

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu regionalen Versorgungskonzepten kann nur erreicht werden, wenn hierfür geeignete Formen der Krankenhausfinanzierung entwickelt werden. Die Krankenhäuser schlagen vor, zunächst die **Modellvorhaben nach § 64b SGB V** zeitnah als **Optionsmodell** in die Regelversorgung und -finanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu überführen. Das Grundprinzip der Modellvorhaben besteht in der Regel darin, dass ein Gesamtjahresbudget vereinbart wird, das weitgehend unabhängig von der Vergütung der jeweiligen Versorgungsform ist. Somit können für die Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem Behandlungsbedarf die vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten des Krankenhauses flexibel und wirtschaftlich eingesetzt werden.

Obgleich die bisherigen Modellvorhaben ausschließlich für psychiatrische Einrichtungen umgesetzt wurden, sollte das Optionsmodell die psychosomatische Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen umfassen und auch für psychosomatische Einrichtungen offen sein. Sofern eine Einrichtung das Optionsrecht im Rahmen der Regelfinanzierung wahrnimmt, sind alle Krankenkassen beteiligt, sodass eine entscheidende Hemmschwelle für die Umsetzung der Modellvorhaben beseitigt ist. Als Sofortmaßnahme ist hierzu auch der von der Regierungskommission vorgeschlagene Kontrahierungszwang für Modellvorhaben nach § 64b SGB V[12] gut geeignet. Nur wenn alle Patientinnen und Patienten einbezogen werden, lassen sich neue Versorgungskonzepte für das Krankenhaus organisatorisch sinnvoll umsetzen. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird so der Eindruck einer „Zweiklassenmedizin“ vermieden. Entscheidend für die Akzeptanz des Optionsmodells wird sein, dass die Versorgung vor Ort von der bisherigen Bürokratie deutlich entlastet wird. Zudem stehen die ursprünglichen Ziele des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) und auch die derzeitige Ausgestaltung der Personalmindestanforderungen des G-BA im Widerspruch zum Ziel einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung. Daher ist gesetzlich zu verankern, dass diese Elemente

11 Vgl. EPPIK – Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (2025), https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/eppik.330.

12 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung mit ihrer achten Stellungnahme „Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung“, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html.

im Optionsmodell nicht zur Anwendung kommen und adäquate Instrumente zur Sicherung der Qualität entwickelt werden.

Mit dem Optionsmodell wird innerhalb der Regelfinanzierung eine Alternative eröffnet, mit der die spezifischen **Ziele und Anforderungen einer sektorenübergreifenden und zukunftsorientierten Versorgung** berücksichtigt werden können. Wie in der Regelfinanzierung üblich, sollten die Eckpunkte für die Budgetverhandlungen in der BPflV gesetzlich so verankert werden, dass ein sektorenübergreifendes Budget für die vier Versorgungsbereiche „vollstationär“, „teilstationär“, „stationsäquivalente Behandlung“ und „Institutsambulanzen“ zu vereinbaren ist. Begleitend hierzu sind faire Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen festzulegen und insbesondere der Rechtsanspruch der Einrichtungen auf eine Refinanzierung der Personalkosten in tarifvertraglicher Höhe gesetzlich zu verankern. Zudem wäre es sinnvoll, die Möglichkeit für längerfristige mehrjährige Vereinbarungen mit ggf. schrittweiser Umsetzung der strukturellen Veränderungen und den damit verbundenen Kostenentwicklungen vorzusehen.

Unabhängig von der Einführung eines Optionsmodells muss auch die **bisherige Regelfinanzierung weiterentwickelt** werden. Dabei ist zu beachten, dass das derzeitige System zur Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen von Inkonsistenzen der unterschiedlichen Elemente geprägt ist, sodass eine Umsetzung in der Praxis nicht sinnvoll möglich ist. Auch lässt das aktuelle System keine politischen Ziele für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung erkennen. Es ist kaum nachvollziehbar, warum mit dem Psych-Krankenhausvergleich an dem Ziel einer „leistungsbezogenen Vergütung“ festgehalten werden sollte, da nunmehr die Umsetzung der Personalanforderungen des G-BA im Vordergrund steht. Der Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich gemäß § 4 BPflV) ist ersatzlos zu streichen und das PEPP-System sinnvoller und bürokratieärmer auszurichten. Auch der Sinn und Zweck des Psych-Personalnachweises (§ 18 Absatz 2 BPflV) ist nicht mehr erkennbar, nachdem der G-BA umfangreiche und differenzierte Nachweise zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen und auch den Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung so geregelt hat, dass die mit dem Psych-Personalnachweis nachzuweisende Umsetzung des vereinbarten Personals nicht berücksichtigt werden darf.

Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen in der BPflV müssen infolge der Einführung der Personalmindestanforderungen des G-BA nachgebessert und weiterentwickelt werden. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung des therapeutischen „Bestandspersonals“, die Finanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Ausgleichssätze für Minder- und Mehrerlöse.

Finanzierung des therapeutischen „Bestandspersonals“

Mit Einführung der PPP-RL zum 1. Januar 2020 wurde mit § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV „die Umsetzung der vom G-BA festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ als neuer Verhandlungstatbestand eingeführt. Seitdem ist zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen strittig, ob neben dem zusätzlich erforderlichen Personal auch die Personalkosten der in den Vorjahren bereits vereinbarten Personalstellen („Bestandspersonal“) unter diesem Tatbestand zu berücksichtigen sind.

Nunmehr hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) am 10. April 2025 abschließend festgestellt, dass eine Geltendmachung der Personalkosten des Bestandspersonals aufgrund der gesetzlichen Vorschriften der BPflV nicht zulässig ist. Aus Sicht der Krankenhäuser ist jedoch zur Höhe der vor Einführung der PPP-RL vereinbarten Personalkosten zu beachten, dass in den vorangegangenen Jahren lediglich eine anteilige Refinanzierung der Personalkostenentwicklung erfolgt ist („Tarifschere“). **Ohne eine Korrektur dieser Unterfinanzierung des Bestandspersonals** ist eine Umsetzung der PPP-RL für die betroffenen Krankenhäuser nicht möglich, da das zur Einhaltung der Mindestvorgaben erforderliche Personal nicht beschäftigt werden kann. Es obliegt nunmehr dem Gesetzgeber, die Inkonsistenz zwischen den beiden Regelkreisen aufzulösen. Für die betroffenen Krankenhäuser sind die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit einmalig mit der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 zu korrigieren. Begleitend hierzu sollte durch den Gesetzgeber klargestellt werden, dass Personalkosten in tarifvertraglicher Höhe als wirtschaftlich anzuerkennen sind.

Finanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 wurde die Ausbildung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten grundlegend neu geregelt. Die bisherige Qualifizierung in Form einer postgradualen Ausbildung wurde durch ein Studium abgelöst, das mit der Approbation als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut abschließt. Weitere Kompetenzen sind anschließend in Form einer Weiterbildung im Rahmen einer hauptberuflichen Tätigkeit zu erwerben, sodass für die approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung deutlich höhere Personalkosten als für die bisherige Ausbildung entstehen. Die höheren Personalkosten sind von den Krankenhäusern in den Budgetverhandlungen ohne explizite Vorgaben in der BPflV kaum durchzusetzen. Wenn wiederum die Refinanzierung der höheren Personalkosten nicht sichergestellt ist, entsteht für die Krankenhäuser der Fehlanreiz, die Beschäftigung von approbierten Absolventinnen und Absolventen in Weiterbildung zu reduzieren. Die Refinanzierung der Personalkosten für die Dauer der Weiterbildung im Krankenhaus ist durch eine Regelung in der BPflV abzusichern.

Ausgleichssätze für Minder- und Mehrerlöse

Mit der Budgetvereinbarung ist das zur Umsetzung der PPP-RL erforderliche therapeutische Personal auf der Grundlage der im Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Behandlungsfälle zu vereinbaren. Bei Abweichungen von der Vereinbarung sind gemäß § 3 Absatz 7 BPflV Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 % des veränderten Gesamtbetrags zu 85 % und darüber hinaus zu 90 % mit der Vereinbarung für das Folgejahr an

die Krankenkassen zurückzuzahlen. Dem Krankenhaus verbleiben somit 10 % bzw. 15 % der Erlöse. Bei Mindererlösen erhält das Krankenhaus von den Krankenkassen einen Ausgleich von 50 %.

Die Personalmindestvorgaben müssen auch bei einer zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung nicht absehbaren Leistungsentwicklung eingehalten werden. Daher muss bei einem unerwarteten Anstieg der Zahl der Behandlungsfälle über das vereinbarte Personal hinaus zusätzliches Personal bereitgestellt werden. Die Kosten für dieses Personal können jedoch offensichtlich mit dem verbleibenden Erlösanteil von 10 % bzw. 15 % nicht finanziert werden. Bei einem unerwarteten Rückgang der Zahl der Behandlungsfälle wiederum kann und sollte die vorhandene Personalausstattung nicht kurzfristig reduziert werden, sodass den Mindererlösen keine Einsparung von Personalkosten gegenübersteht. Die Ausgleichssätze bei Mehr- und Mindererlösen sollten zumindest die Personalkosten für das therapeutische Personal absichern. Der Ausgleichssatz bei Mehrerlösen sollte daher auf 20 % reduziert und bei Mindererlösen auf 65 % erhöht werden.

Leistungsbezogener Krankenhausvergleich

Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich nach § 4 BPflV ist ersatzlos zu streichen. Der Krankenhausvergleich kann schon heute keine sinnvolle Orientierungshilfe für eine systematische Annäherung der Krankenhausbudgets bieten, sondern führt in den Budgetverhandlungen lediglich zu Irritationen und unnötigen Auseinandersetzungen über die Auslegung der gesetzlichen Vorschriften. Zudem würde mit der Streichung des Krankenhausvergleichs auch eine wesentliche Voraussetzung für die Entbürokratisierung des PEPP-Systems geschaffen.

Die Erfahrungen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass das ursprünglich mit der Einführung des PEPP-Systems im Jahr 2012 verbundene Ziel einer leistungsgerechten Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik nicht erreicht werden kann. Die zum Jahr 2017 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vollzogene Abkehr vom Preissystem ist daher nach wie vor ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings wurde mit der Einführung eines „leistungsbezogenen Vergleichs“ (Psych-Krankenhausvergleich) an der ursprünglichen Zielsetzung festgehalten. Die Sinnhaftigkeit eines leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs ist jedoch vor dem Hintergrund der Personalmindestanforderungen des G-BA kritisch zu hinterfragen. Selbst in der Somatik sind die **Grenzen und Fehlsteuerungen einer leistungsabhängigen DRG-Finanzierung** inzwischen anerkannt. So hat der Gesetzgeber im Jahr 2020 mit der Einführung des Pflegebudgets und einer Selbstkostenerstattung für die „Pflege am Bett“ in der Somatik einen großen Teil aus der DRG-Vergütung herausgenommen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der leistungsbezogene Finanzierungsansatz in der Psychiatrie und Psychosomatik, wo nicht nur für die Pflege, sondern alle therapeutischen Berufsgruppen kleinteilige Personalanforderungen zu erfüllen sind, beibehalten werden soll.

Das mit dem leistungsbezogenen Krankenhausvergleich verfolgte Ziel steht **im Widerspruch zu dem gesundheitspolitischen Ziel**, die Personalausstattung der Einrichtungen zu verbessern. Zudem haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt, dass es aufgrund der unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen in den Einrichtungen grundsätzlich nicht möglich ist, psychiatrische „Leistungen“ patienten- bzw. fallbezogen mit OPS-Kodes sinnvoll zu beschreiben und die Behandlungskosten mit

der Durchschnittsbetrachtung des PEPP Systems sachgerecht abzubilden. Entscheidende Aspekte der Leistungsfähigkeit von psychiatrischen Einrichtungen wie die Sicherstellung der wohnortnahen Pflichtversorgung und die unterschiedliche Einbindung in die regionalen Versorgungsstrukturen können mit dem PEPP-System schon methodisch nicht erfasst werden. **Die Finanzierung von psychiatrischen Einrichtungen muss sich daher noch stärker als in der Somatik an den Kosten der erforderlichen Vorhaltung anstatt an den erbrachten Einzelleistungen orientieren.**

PEPP-System

Die im Gesetz verankerte Zielsetzung des PEPP-Systems ist neu auszurichten, sodass das Entgeltsystem im Sinne von Abschlagszahlungen für die Abrechnung genutzt werden kann und gleichzeitig der bürokratische Aufwand für Dokumentation und Rechnungsprüfungen deutlich reduziert wird.

Eine Beibehaltung des PEPP-Systems als Instrument der Transparenz ist aus Sicht der Krankenhäuser nur nachvollziehbar, wenn damit eine sinnvolle Transparenz über das Patienten- und Leistungsspektrum der Einrichtungen geschaffen wird. Hierzu ist jedoch nicht die alleinige Ausrichtung des PEPP-Systems auf die durchschnittlichen Fall- und Tageskosten mit der daraus resultierenden Kleinteiligkeit erforderlich. Auch kann eine Verbesserung der Versorgungsqualität nicht durch Rechnungsprüfungen des MD oder komplexe Strukturanforderungen im OPS erreicht werden.

Psych-Personalnachweis

Der Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 BPflV wurde mit dem PsychVVG vom 19. Dezember 2016 eingeführt. Seit dem Jahr 2016 haben die psychiatrischen Einrichtungen die tatsächliche Personalausstattung und die zweckentsprechende Mittelverwendung in den Budgetverhandlungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Seit dem Jahr 2020 gilt diese Nachweispflicht auch für psychosomatische Einrichtungen.

Die Einführung des Psych-Personalnachweises war verknüpft mit der in § 18 Absatz 3 BPflV geschaffenen Möglichkeit, das für eine vollständige Umsetzung der Psych-PV zusätzlich erforderliche Personal erhöhend im Budget zu berücksichtigen. Zugleich wurden in § 3 Absatz 3 BPflV die budgetrechtlichen Konsequenzen so geregelt, dass bei einer dauerhaften Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl das Budget abzusenken ist. Mit diesen beiden Regelungen sollte bis zur Umstellung auf die Personalanforderungen des G-BA zum 1. Januar 2020 eine möglichst vollständige Umsetzung der Psych-PV erreicht werden. Ab dem Jahr 2020 ist jedoch die Möglichkeit zur Nachverhandlung von Psych-PV-Personal entfallen. Geblieben ist dagegen die Verpflichtung zur Offenlegung der tatsächlichen Personalausstattung und der Mittelverwendung mit der Konsequenz von Budgetabsenkungen, während ein Anspruch der Krankenhäuser auf eine vollständige Refinanzierung der Personalkosten gesetzlich nicht vorgesehen ist. Nachdem der G-BA den Vergütungswegfall bei Nichterfüllung der Personalmindestvorgaben nebst detaillierten Nachweisen zur Erfüllung so geregelt hat, dass die mit dem Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 BPflV nachzuweisende Umsetzung des vereinbarten Personals nicht berücksichtigt werden darf, **ist das unkoordinierte Nebeneinander der beiden Nachweispflichten zur Personalausstattung aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar und die Sinnhaftigkeit des Psych-Personalnachweises zu hinterfragen.**

2.4 Überflüssige Dokumentations- und Nachweispflichten abbauen

Das derzeitige System ist geprägt von erheblichen Dokumentations- und Nachweispflichten und einer ausufernden Bürokratie.[13] Die Personalmindestvorgaben des G-BA mit ihren kleinteiligen Nachweispflichten, die umfangreiche **Leistungsdokumentation** mit restriktiven Strukturvorgaben für die Anwendung des PEPP-Systems, der **Psych-Personalnachweis** und der **Psych-Krankenhausvergleich,** die **Struktur- und Abrechnungsprüfungen** sowie die exzessiven **Qualitätskontrollen des MD zur PPP-RL** binden unnötig hohe wertvolle Personalressourcen. Eine stärkere Entbürokratisierung schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten und steigert die Mitarbeiterzufriedenheit und Attraktivität von Gesundheitsberufen.

Auch das PEPP-System hat inzwischen eine hohe Komplexität erreicht. Die Budgetverhandlungen werden insbesondere durch die zahlreichen Nachweisverpflichtungen, aber auch durch überzogene Darlegungspflichten der Krankenhäuser für eine Vielzahl von Verhandlungstatbeständen und Entgelten überfrachtet. Sämtliche bestehende Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen sowie Kontroll- und Sanktionsmechanismen müssen **auf das notwendige Mindestmaß reduziert und verhältnismäßig ausgestaltet werden.**

2.5 Digitalisierung ausbauen

Das Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Einsatzgebiete von E-Health und Telemedizin sind insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik beträchtlich und vielfältig. Die Digitalisierung verbessert den Austausch und die Auswertung von Daten, schafft **neue diagnostische Optionen und Behandlungsmöglichkeiten** und wird zukünftig erweiterte Möglichkeiten zur **Früherkennung und Prävention** bieten. Psychisch erkrankte Menschen profitieren von der Digitalisierung, denn sie schafft einen niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung und stellt damit einen Aspekt zur Weiterentwicklung dar. Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und in Form neuer Behandlungsangebote. Dies erhöht die Autonomie und Selbstwirksamkeit der psychisch erkrankten Menschen und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Während die therapeutische Bezihung zwischen den Patienten und insbesondere dem ärztlichen, pflegerischen und psychotherapeutischen Personal ein zentraler Aspekt der Versorgung bleiben wird, unterstützt Digitalisierung die in der Psychiatrie so wichtige wohnortnahe Versorgung. Die Digitalisierung ermöglicht eine enge Vernetzung der Leistungserbringer und Versorgungssektoren sowie regionalen Versorgungsnetzwerken. Hierfür ist eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur erforderlich. Unter strenger Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorschriften muss der beschleunigte Ausbau der Digitalisierung angestrebt werden. Dabei sind neben den erforderlichen Investitionen in den Digitalisierungsausbau auch die IT-Kosten im Bereich der Betriebskostenfinanzierung zu refinanzieren. Die Vergütung für die neuen telemedizinischen Anwendungen muss auch in kombinierten Therapieansätzen verschiedener Settings dauerhaft sichergestellt werden.

13 18.000 Fachkräfte sofort verfügbar (2023). Die BAG Psychiatrie hat den bürokratischen Aufwand in psychiatrischen Kliniken genauer unter die Lupe genommen. Ihre These: Eine sinnvolle Deregulierung könnte den Fachkräftemangel deutlich entschärfen, https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48502-18000-fachkraefte-sofort-verfuegbar.

2.6 Versorgung von Kindern und Jugendlichen besonders berücksichtigen

Psychische Störungen stellen einen maßgeblichen Teil der Morbidität im Kindes- und Jugendalter dar und zählen zu den häufigsten Behandlungsgründen bei Kindern und Jugendlichen.[14] Sie sind die Volkskrankheiten mit dem frühesten Beginn sowie der höchsten Chronizität und bedingen erhebliche direkte und indirekte Folgekosten über die gesamte Lebensspanne.[15] Junge Menschen in Deutschland wurden durch die COVID-19-Pandemie besonders stark belastet. Dies zeigt sich in einer drastischen Zunahme psychischer Erkrankungen während und nach der Pandemie.[16] Dadurch ist die Verfügbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Akutbehandlung wichtiger denn je. Vor diesem Hintergrund führt der beginnende Abbau der stationären Versorgungsstrukturen zu einem Zusammenbruch der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, wenn gleichzeitig viele Regionen bereits jetzt keine ausreichenden ambulanten Versorgungsstrukturen vorhalten können. **Die Versorgung der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ist unmittelbar gefährdet.** Daher unterstützen die Krankenhäuser alle formulierten Forderungen und Vorschläge der einschlägigen Verbände und Fachgesellschaften[17], insbesondere zu neuen Versorgungsmodellen, zur Bekämpfung des Fachkräftemangels, dem Ausbau der Ausbildungs- und Studienkapazitäten sowie der Förderung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und digitalen Angebote in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei ist auch die psychosomatische Versorgung zu berücksichtigen.

14 DESTATIS, Pressemitteilung Nr. N042 vom 13. Juli 2023, Psychische Erkrankungen waren 2021 die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen - Statistisches Bundesamt.

15 KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2024), RKI - Studien und Surveillance - KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

16 Kölch, Michael et al. (2023): Psychische Störungen bei Minderjährigen während der COVID-19-Pandemie. Analyse der bundesweiten Krankenhausbehandlungsdaten. Deutsches Ärzteblatt. Ausgabe 20/2023, Psychische Störungen bei Minderjährigen während der COVID-19-Pandemie – Deutsches Ärzteblatt. https://www.aerzteblatt.de/archiv/psychische-stoerungen-bei-minderjaehrigen-waehrend-der-covid-19-pandemie-b3840200-65f8-42ac-a9b2-a3d88d581ba0.

17 Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (2022). Verbändepapier der BAG Psychiatrie, BAG KJPP, DGKJP, VKD Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen, BAG PED an Professor Dr. Karl Lauterbach, Bundesministerium für Gesundheit, https://www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2023/07/230414_Schreiben_an_BMG_betr_KJP.pdf.

Stand: Januar 2026

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Telefon 0 30 3 98 01-0
Fax 0 30 3 98 01-30 00
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT