

# PSYCHISCHE VERSORGUNG SICHERN

---

Fokus auf Patient:innen statt  
starrer Personalvorgaben



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e. V.

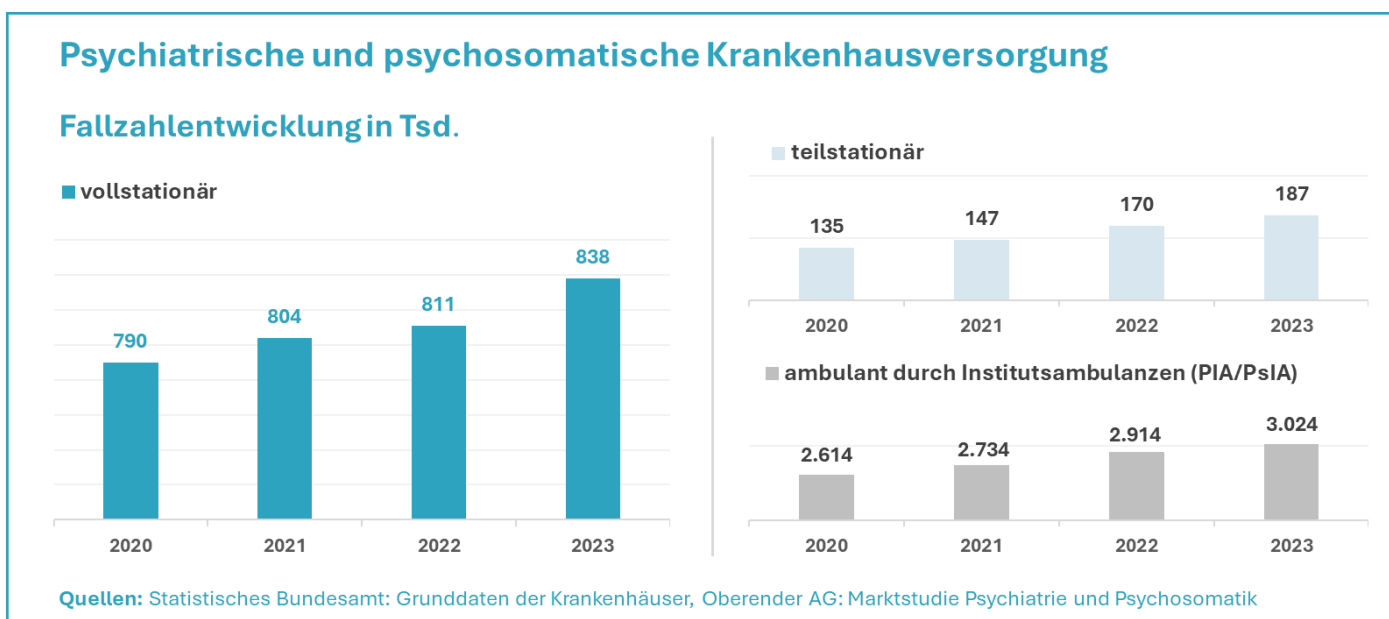
# Die psychische Versorgung in Krankenhäusern ist ein zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge

## Psychische Erkrankungen als Volkskrankheiten

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Nach der Fachgesellschaft DGPPN sind **über 17 Millionen Menschen** von einer psychischen Erkrankung betroffen, Studien weisen zudem auf eine wachsende Zahl der Betroffenen hin. Diese Belastung verteilt sich auf unterschiedliche Krankheitsbilder, wobei Angststörungen, affektive Störungen wie Depressionen sowie Substanzabhängigkeiten zu den häufigsten gehören.<sup>1</sup>

## Krankenhäuser als elementarer Teil der Versorgung

Viele Betroffene benötigen im Verlauf ihrer Erkrankung eine Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser übernehmen insbesondere bei akuten Krisen, schweren Verläufen sowie Suizidgefährdung eine unverzichtbare Schutz- und Versorgungsfunktion. Allein im Jahr 2024 wurden **über 850.000 Patient:innen vollstationär** behandelt, **fast jede zweite Aufnahme** erfolgte aufgrund eines **Notfalls**.<sup>2</sup> Hinzu kamen **mehr als 3 Millionen** ambulante Behandlungen in Institutsambulanzen (PIA/PsIA).



<sup>1</sup> DGPPN e. V.: Basisdaten Psychische Erkrankungen (2025)

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt: PEPP-Statistik (2024)

## Multiprofessionelle Teams sichern die psychische Versorgung; PPP-RL legt zentral Personalvorgaben fest

---

### Besonderheiten der Krankenhausversorgung

Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung dient in vielen Fällen der **Stabilisierung**, der **Einleitung von Therapien** und der **nachhaltigen Verbesserung** der psychischen Gesundheit der Patient:innen. Im Gegensatz zur somatischen Medizin ist die Versorgung weniger durch apparative Diagnostik geprägt. Zentrale Wirkfaktoren sind vielmehr Vertrauensaufbau, therapeutische Kontinuität und multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Multiprofessionelle Teams sind heute ein integraler Bestandteil der Therapieleitlinien. In der modernen Versorgung wird je nach Diagnose, Krankheitsphase, sozialer Situation und Therapiekonzept **unterschiedliches Personal in variierendem Umfang eingesetzt**. Diese differenzierte und bedarfsorientierte Versorgungsstruktur unterscheidet sich grundlegend von der Praxis vor der Psychiatriereform von 1975, als ärztlich betreute Anstaltsaufenthalte die vorherrschende Versorgungsform darstellten.

---

### Worum geht es bei der „PPP-RL“?

Die **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie** des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), kurz die PPP-RL, legt zentral für alle zugelassenen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche fest, wie viel Personalzeit pro Patient:in mindestens zu erbringen sind. Dabei werden für den jeweiligen Behandlungsbereich **konkrete Minutenwerte pro Patient:in und Berufsgruppe je Woche** festgelegt. Von den Vorgaben umfasst sind **Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeut:innen, Physiotherapeut:innen sowie Sozialarbeiter:innen**. Die Richtlinie ist seit dem 1. Januar 2020 verbindlich in Kraft.

# Die psychische Krankenhausversorgung in Deutschland wird maßgeblich durch die PPP-RL geprägt

## Wie kam es zur Einführung der PPP-RL?

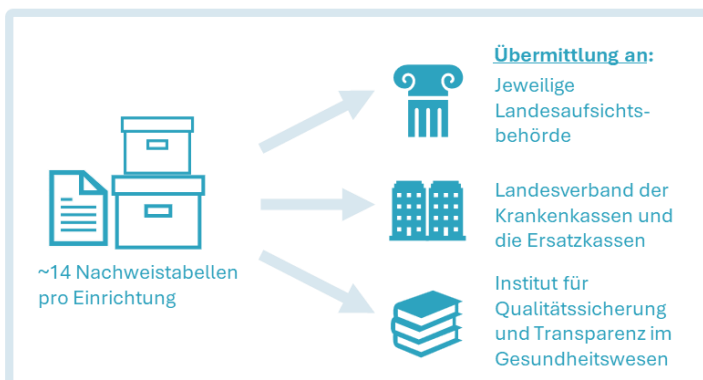
Mit einem Gesetz aus dem Jahr 2016 (PsychVVG) beauftragte der Gesetzgeber den G-BA mit der Ausgestaltung neuer evidenzbasierter Personalvorgaben für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung. Ziel war dabei die **flächendeckende Sicherstellung der Versorgungsqualität**. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von 1991 galt dafür als veraltet.

Zur Evidenzgenerierung beauftragte der G-BA eine Studie, die jedoch aufgrund fachlicher Mängel nicht verwertbar war. Die PPP-RL wurde aus diesem Grund im Wesentlichen an der Psych-PV ausgerichtet.

## Wie erfolgt der Nachweis der PPP-RL?

Nachgewiesen wird die Einhaltung der PPP-RL anhand einer umfangreichen Dokumentation. Für die Kliniken bedeutet dies konkret, dass sie **für jede geleistete Arbeitsstunde im Jahr** Nachweise erstellen müssen, die durch den Medizinischen Dienst aufwendig überprüft und kontrolliert werden. Erfasst werden müssen u. a. die Angaben **zur einzelnen Person, zur Qualifikation, zum Beschäftigungsumfang sowie zur Art und zum Ort der Tätigkeit**.

### PPP-RL Quartalsnachweise: Bürokratieaufwand für Krankenhäuser



**Bis zu 14 Nachweistabellen** müssen an **drei verschiedene Datenempfänger** übermittelt werden.

Für das **Verwaltungspersonal** entstehen durch die quartalsbezogenen Nachweisverfahren rund **32 h Mehraufwand**.<sup>\*</sup> Zusätzlich beansprucht die Dokumentation und die Bearbeitung von Rückfragen das **Klinikpersonal**.

<sup>\*</sup>IGES-Abschlussbericht zur Evaluation der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (2025), in Vollkraftstunden


## Die gute Absicht hinter der PPP-RL, mit festen Vorgaben die Versorgung zu verbessern, hat sich nicht erfüllt

### Welche Probleme ergeben sich aus der PPP-RL?


Die Personalvorgaben der PPP-RL finden im Kern **ihre Grundlage in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)** von 1991. Besonders deutlich wird die unzureichende Berücksichtigung moderner Therapiekonzepte in den zentral festgelegten Minutenwerten pro Berufsgruppe. Diese bilden den **tatsächlichen Versorgungsbedarf oft nicht ab**, da statische Vorgaben den patientenindividuellen Behandlungsplänen der heutigen Versorgung widersprechen. Moderne, innovative Therapieangebote, etwa Behandlungen mithilfe digitaler Anwendungen, können in der PPP-RL nicht sachgerecht berücksichtigt werden. Zudem werden klinikspezifische Unterschiede, die sich aus fachlichen Spezialisierungen ergeben, nicht adäquat abgebildet.

**Jede Abweichung** von den Vorgaben zieht **Strafzahlungen** nach sich, **selbst wenn sie aus medizinischer Sicht sinnvoll** ist. So setzt die PPP-RL pauschal hohe Vorgaben für die Pflege, obwohl beispielsweise Patient:innen mit Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen oft nicht bettlägerig sind und **mehr therapeutische Unterstützung als klassische Pflege benötigen**. Darüber hinaus wird in der Richtlinie die Anrechnung von Berufsgruppen stark eingeschränkt:

In der Versorgung eingesetzt:



PPP-RL:



Die PPP-RL beschränkt die Anrechnung der Berufsgruppen außerhalb der examinierten Pflegekräfte **pauschal auf 15 %**, obwohl sie deutlich mehr zum pflegerischen Gesamtaufwand beitragen und oft langjährige Psychiatrie-Erfahrung mitbringen.

## Mit der PPP-RL verbunden sind drastische finanzielle Folgen für viele Einrichtungen in der Versorgung

### Hohe Sanktionen selbst in sinnvollen Ausnahmen

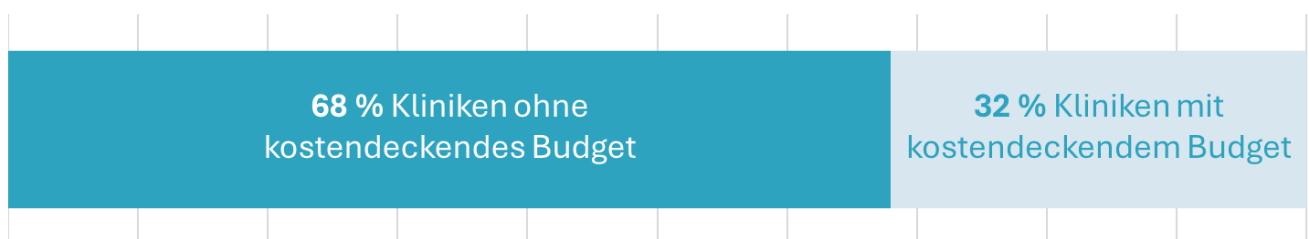
Die PPP-RL legt statische Vorgaben fest und sieht für jede Abweichung Sanktionen vor. Anders als in der Psych-PV mit jährlicher Durchschnittsbetrachtung ahndet die PPP-RL auch **vorübergehende Unterschreitungen** einzelner Quartale oder Berufsgruppen, selbst wenn die Klinik über das Jahr hinweg insgesamt mehr Personal einsetzt als vorgeschrieben.

Bereits geringe Nichterfüllungen können zu **sechs- bis siebenstelligen Strafzahlungen pro Quartal** führen<sup>3</sup>, wodurch Kliniken häufig gezwungen sind, präventiv Betten oder ganze Stationen zu schließen. Laut einer aktuellen Studie rechnen **78 Prozent** der psychiatrischen Kliniken mit Sanktionen. **Ca. 83 Prozent** erwarten infolgedessen eine Verringerung der verfügbaren Therapieplätze.<sup>4</sup>

### Personalvorgaben ohne gesicherte Finanzierung

Problematisch ist zudem, dass die PPP-RL Kliniken Personalvorhaltungen vorschreibt, deren **Refinanzierung nicht gesichert** ist. Dies gilt zumindest hinsichtlich des Bestandspersonals. Verhandlungen mit den Kostenträgern sind Streitbehaftet und führen oft zu einem Budget, das nicht alle Kosten deckt.

**Rund zwei Drittel der Krankenhäuser berichten, dass ihr Budget seit der Einführung der PPP-RL in 2020 die Personalkosten nicht ausreichend deckt.**



Quelle: DKI-Blitzumfrage: Scharfstellung der Sanktionen nach der PPP-RL (2025)

<sup>3</sup> Die Rechtmäßigkeit der Mm-R und der PPP-RL des G-BA unter dem Aspekt der Planungshoheit der Länder (2024)

<sup>4</sup> DKI-Blitzumfrage: Scharfstellung der Sanktionen nach der PPP-RL (2025)

## Lösungsvorschläge

### Fokus auf Patient:innen statt Personalvorgaben

---

#### Abkehr von starren Personalvorgaben

Die PPP-RL geht auf einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA zurück. Mit einer **Streichung des § 136a Abs. 2 SGB V** kann dieser Auftrag aufgehoben werden. Gleichzeitig sollte klargestellt werden, dass die bereits erlassene PPP-RL einschließlich der Anlagen nur bis zum Zeitpunkt der Aufhebung Gültigkeit findet (beispielsweise durch eine Klarstellung in § 136a SGB V).

Sollte dies politisch nicht zeitnah möglich sein, müsste im Sinne der Versorgung hilfsweise die **Sanktionierung aufgehoben** werden. Die sanktionsfreie Umsetzungszeit bis Ende 2025 hat gezeigt, dass die Krankenhausversorgung in Psychiatrie und Psychosomatik nicht von Sanktionen abhängt und auch ohne deren Androhung verantwortungsvoll sichergestellt werden kann.

---

#### Fokus auf die Patientenversorgung

Das ursprüngliche Ziel der PPP-RL, die **Qualität der Krankenhausversorgung in Psychiatrie und Psychosomatik flächendeckend zu verbessern**, ist weiterhin sinnvoll und sollte mit zielgerichteten Instrumenten verfolgt werden.

Hierzu muss eine **systematische Messung der Ergebnisqualität** erfolgen, welche im Rahmen der PPP-RL keinerlei Berücksichtigung findet. Es bestehen bereits etablierte Ansätze zur Messung der Behandlungsqualität, hierzu gehören z. B. die PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) und die PREMs (Patient-Reported Experience Measures). Institute wie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) beweisen seit Jahren, dass **Behandlungsqualität objektiv messbar und transparent darstellbar** ist. Anstatt der PPP-RL gilt es daher, geeignete Instrumente zur Ergebnisqualitätsmessung flächendeckend umzusetzen. Nur auf dieser Basis lassen sich gezielte Anreize für Kliniken schaffen, die Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

## Anhang

### Praxisbeispiel aus der Krankenhausversorgung

---

#### Beispiel: MFA in der psychiatrischen Pflege

In der Klinik sind medizinische Fachangestellte (MFA) beschäftigt, die fest in den pflegerischen Alltag integriert sind. Sie übernehmen Aufgaben von Aufnahme- und Entlassprozessen über die Messung von Vitalzeichen bis hin zur Begleitung von Patient:innen und zur Dokumentation im stationären Alltag. Mit den MFAs und den Pflegekräften stellt die Klinik einen hohen Personalschlüssel sicher.

Im Bereich der Pflege stellt der Medizinische Dienst jedoch eine Unterschreitung der Personalvorgaben fest.

- **Woran das liegt:** Für die psychiatrische Pflege legt die PPP-RL eine pauschale Obergrenze für die Anrechnung von Hilfskräften fest. Sie beträgt nach der Richtlinie maximal 15 Prozent. Neben Pflegehilfskräften werden auch MFAs dieser Gruppe zugeordnet, obwohl ihr Aufgabenprofil deutlich über das einfacher Hilfskräfte hinausgeht.
- **Auswirkung auf die Versorgung:** In der Praxis wird die 15-prozentige Anrechnungsmöglichkeit bereits durch tatsächliche Hilfstätigkeiten, etwa in der Reinigung oder bei der Unterstützung beim Bettenmachen, vollständig ausgeschöpft. Wichtige Berufsgruppen wie die MFA können in diesen Fällen nicht mehr zur Erfüllung der Personalvorgaben herangezogen werden. Die PPP-RL verhindert hier, dass bereits angestelltes und qualifiziertes Personal weiter in seinem Aufgabengebiet eingesetzt werden kann. In ländlichen Regionen mit ausgeprägtem Fachkräftemangel muss infolgedessen das Versorgungsangebot eingeschränkt werden, bis Pflegekräfte entsprechend der Definition der PPP-RL eingestellt werden können.

