BPtK – Bundes Psychotherapeuten Kammer · Klosterstraße 64 · 10179 Berlin

Mitglied des Deutschen Bundestages
[redacted]
Platz der Republik 1
11011 Berlin

-per E-Mail-

12. November 2025

BPtK-Studie zur Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken

[redacted]

die psychotherapeutische Versorgung in den psychiatrischen Kliniken steht unter erheblichem Druck. Trotz engagierter Fachkräfte und klarer Qualitätsvorgaben erhalten Patient*innen nicht die psychotherapeutische Behandlung in dem Umfang, wie es die PPP-Richtlinie vorsieht. Die aktuelle Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zeigt die Defizite und den Handlungsbedarf eindrücklich auf.

Unsere Auswertung der bundesweit verfügbaren Routinedaten zur Personalausstattung und zum Leistungsgeschehen in der Psychiatrie zeigt ein deutliches Missverhältnis zwischen personeller Ausstattung und Leistungen, die die Patient*innen erhalten. Obwohl die Mehrheit der Kliniken die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen erfüllt oder sogar übererfüllt, erhalten Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie im Durchschnitt nur 25 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und damit nur die Hälfte der Zeit, die die PPP-Richtlinie mindestens vorsieht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt das Bild zwar günstiger aus, doch auch hier wird mit 90 statt des vorgesehenen Mindestmaßes von 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche das Ziel nicht erfüllt. Dabei ist Psychotherapie zentrales Behandlungsmittel bei psychischen Erkrankungen. Sie muss in der stationären Versorgung deutlich intensiver stattfinden, insbesondere angesichts der Schwere und Akuität der Fälle.

Die Ursachen liegen in nicht zeitgemäßen, unrealistischen Personalvorgaben der PPP-Richtlinie, in denen die Leistungsverdichtung und die gestiegenen administrativen Anforderungen seit der Verabschiedung der Psych-PV vor über 30 Jahren unzureichend berücksichtigt wurden.

...

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Vorstand
Dr. Andrea Benecke, Präsidentin
Dipl.-Psych. Sabine Maur, Vizepräsidentin
Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident
Dipl.-Soz.päd. Cornelia Metge
Dipl.-Psych. Wolfgang Schreck

Geschäftsführer
Dr. Ben Möbius

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE60 3006 0601 0005 7872 62
BIC: DAAEDEDDXXX

Eintrag gemäß LobbyRG:
R001250

Um die psychotherapeutische Versorgung in den psychiatrischen Kliniken zu verbessern, sieht die BPtK drei Maßnahmen für dringend notwendig an:

- Um die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung zu erhöhen, müssen die Mindestvorgaben für die Personalausstattung mit Psychotherapeut*innen so erhöht werden, dass der im Vergleich zur Psych-PV gestiegene Aufwand für administrative Tätigkeiten einschließlich Dokumentation ausgeglichen wird.
- Der bürokratische Aufwand in den psychiatrischen Kliniken muss weiter reduziert werden, damit das klinische Personal mehr Zeit für die Patientenversorgung hat.
- Die Digitalisierung in den psychiatrischen Kliniken muss vorangetrieben werden. In vielen Kliniken müssen Daten derzeit noch mehrfach und zu unterschiedlichen Zwecken eingegeben werden – beispielsweise zur Dokumentation der Behandlung, zu Abrechnungszwecken und zum Nachweis der Personalausstattung. Das nimmt wertvolle Zeit in Anspruch, die für die Behandlung der Patient*innen verloren geht.

Wir würden uns sehr freuen, wenn die Studienergebnisse in Ihre politische Arbeit einfließen und Sie auch im Rahmen der Beratungen zum Krankenhausreformanpassungsgesetz die Möglichkeit sehen, Reformvorschläge für eine bessere psychotherapeutische Versorgung in Psychiatrien zu prüfen.

Gern stehen wir Ihnen für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andrea Benecke

Anlagen

Studie

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG IN DER PSYCHIATRIE

ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

11.11.2025

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1 Executive Summary 4

2 Einleitung 5

3 Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Behandlung in der Psychiatrie 6

3.1 Die PPP-Richtlinie: Mindestvorgaben als Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung 7
3.2 Transparenz hinsichtlich der Personalausstattung und Umsetzung der PPP-Richtlinie 10

4 Stationäre psychotherapeutische Versorgung in der Praxis 11

4.1 Psychotherapeutische Personalausstattung als zentrales Strukturmerkmal der Versorgungsqualität 12
4.2 Erfüllung der PPP-Richtlinie 14
4.3 Effektive Behandlungszeit für Patient*innen 16

5 Fazit 21

5.1 Psychotherapeutische Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie 21
5.2 Psychotherapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 21
5.3 Diskrepanz zwischen Struktur- und Prozessqualität in der Versorgung: Mögliche Ursachen 22

6 Handlungsempfehlungen 24

6.1 Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie 24
6.2 Effizienterer Personaleinsatz 25

7 Quellenverzeichnis 28

8 Anhang 31

8.1 Regelaufgaben der PPP-Richtlinie 31
8.2 Minutenwerte in den Behandlungsbereichen 32
8.3 Limitationen der Studie 37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Expertenempfehlungen für eine leitliniengerechte stationäre Behandlung 6

Tabelle 2: Vorgesehener Umfang Einzelpsychotherapie für die häufigsten Behandlungsbereiche in der stationären Erwachsenenpsychiatrie 10

Tabelle 3: Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 der PPP-Richtlinie: Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben, den die Krankenhäuser im jeweiligen Jahr erreichen müssen 11

Tabelle 4: Psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte in den psychiatrischen Fachabteilungen 13

Tabelle 5: Umsetzungsgrade – jährliches Mittel 16

Tabelle 6: Einhaltung der Mindestvorgaben 16

Tabelle 6: Therapiedichte in der Psychiatrie 18

Tabelle 7: Regelaufgaben des psychologisch-psychotherapeutischen Personals gemäß § 5 Absatz 1 PPP-Richtlinie 31

Tabelle 8: Minutenwerttabelle für die Erwachsenenpsychiatrie gemäß Anlage 1 der PPP-Richtlinie 33

Tabelle 9: Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie 33

Tabelle 10: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie 34

Tabelle 11: Minutenwerttabelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß Anlage 1 der PPP-Richtlinie 35

Tabelle 12: Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte in Kinder- und Jugendpsychiatrie 35

Tabelle 13: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie 36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umsetzungsgrade – jährliches Mittel 15

Abbildung 2: Therapiedichte in der voll- und teilstationären Behandlung 17

1 Executive Summary

Ziel der BPtK-Studie ist eine Bestandsaufnahme der psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie auf der Basis öffentlich zur Verfügung stehender Routinedaten. Hierfür wurden die Daten zur psychotherapeutischen Personalausstattung und zu den psychotherapeutischen Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die psychiatrischen Einrichtungen größtenteils über ausreichend psychotherapeutisches Personal verfügen, um die in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) festgelegten Mindestvorgaben zu erfüllen. Der Umsetzungsgrad in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen liegt sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Median bei rund 120 Prozent. Die Mindestvorgaben für Ärzt*innen werden im Median mit rund 100 Prozent erfüllt.

Psychotherapie ist – neben Pharmakotherapie – das zentrale Behandlungsmittel bei allen psychischen Erkrankungen und in allen Krankheitsphasen. Einzelpsychotherapie kommt bei akuten und schweren psychischen Erkrankungen, wie sie stationär behandelt werden, im Zusammenspiel mit ungeplanten Kurzkontakten und anderen Therapien eine besondere Bedeutung zu.

Trotz durchschnittlich hoher Umsetzungsgrade erhalten Patient*innen der Erwachsenenpsychiatrie während einer vollstationären Behandlung deutlich zu wenig Einzelpsychotherapie. Lediglich 25 Minuten Einzelpsychotherapie erhält eine Patient*in pro Woche. Das ist weitaus weniger als in der ambulanten Versorgung und nur die Hälfte der mindestens 50 Minuten pro Woche, die mit der Erstfassung der PPP-Richtlinie angestrebt wurden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich insgesamt eine bessere psychotherapeutische Versorgung. Doch auch hier werden mit durchschnittlich 90 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche die mindestens vorgesehenen 100 Minuten nicht erreicht.

Damit Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie künftig mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie erhalten, hält die BPtK folgende Maßnahmen für zwingend erforderlich:

- Eine Verbesserung der Personalausstattung verbunden mit mehr Transparenz über die psychotherapeutischen Leistungen, die die Patient*innen erhalten.
- Einen deutlichen Bürokratieabbau, damit dem Personal wieder mehr Zeit für die Patientenbehandlung bleibt.
- Eine Investition in intelligente IT-Lösungen, um redundante Dateneingaben und Doppeldokumentationen, die wertvolle Zeit des Personals binden, zu reduzieren.

2 Einleitung

Vor 50 Jahren war die „Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ Gegenstand von Beratungen einer Enquête-Kommission im Deutschen Bundestag. Die sogenannte Psychiatrie-Enquête legte in ihrem Abschlussbericht umfassende Handlungsempfehlungen vor (1).

Vieles hat sich seither verbessert: Aus einer Verwahrpsychiatrie wurde im Laufe der Zeit eine Behandlungspsychiatrie. Es entstanden kleinere, modernere und professionellere psychiatrische Kliniken, die mit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 1991 auch konkrete Vorgaben für eine bessere Personalausstattung erhielten. Das Ziel: eine bessere diagnostische und therapeutische Versorgung, die sich an den Bedarfen der Patient*innen orientiert (2).

In den mehr als 30 Jahren, in denen die Psych-PV ihre Gültigkeit behielt, hat sich der therapeutische Standard insbesondere in der Psychotherapie erheblich weiterentwickelt. Psychotherapie ist wirksam und daher Goldstandard in der Behandlung aller akuten und chronischen psychischen Erkrankungen, einschließlich Psychosen, in allen Krankheitsphasen. Doch die Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken hinkt dem wissenschaftlichen Fortschritt hinterher: Psychotherapie wird nach wie vor nicht in der von Expert*innen als notwendig erachteten Intensität zur Routinebehandlung in der stationären Psychiatrie angeboten (3).

Die Gründe hierfür sind:

- Die Personalvorgaben der Psych-PV wurden mit wenigen Änderungen in die PPP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) übernommen (4). Zwar wurden die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie an den Standard der ambulanten Versorgung angepasst, die seit der Einführung der Psych-PV zu verzeichnende Leistungsverdichtung aufgrund gesunkener Verweildauern bei gleichzeitig gestiegenen Fallzahlen und der damit verbundene erhöhte Aufwand für das Personal wurden hingegen nicht berücksichtigt.
- Die als „Mindestvorgaben“ angelegten Personalvorgaben der PPP-Richtlinie sind für eine leitliniengerechte Psychotherapie zu niedrig.
- Bisher fehlende finanzielle Sanktionen bei Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben des G-BA haben keine Anreize zum Personalaufbau und gegebenenfalls sogar eher Fehlanreize zum Personalabbau gesetzt.

Ziel der vorliegenden Studie ist eine Bestandsaufnahme der psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie. Zu diesem Zweck wurden Daten zur Personalausstattung, zur Umsetzung der PPP-Richtlinie sowie den erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet und die Untersuchungsergebnisse kritisch analysiert, um Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie zu entwickeln. Dabei wurden auch die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen im Gesundheitssystem berücksichtigt.

3 Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Behandlung in der Psychiatrie

Eine stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen ist insbesondere dann indiziert, wenn die ambulante Versorgung nicht ausreicht. Psychiatrische Krankenhäuser sollten ihren Patient*innen nicht nur Schutz bieten, um die Risiken von Selbst- oder Fremdgefährdung zu reduzieren, sondern auch eine intensivere oder spezifischere Behandlung anbieten können, als sie ambulant möglich ist.

Bei allen psychischen Erkrankungen, die in der stationären Psychiatrie behandelt werden, wird nach den evidenzbasierten S3-Leitlinien Psychotherapie als zentrales Behandlungsmittel empfohlen, allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie. Zu diesen Erkrankungen gehören Depressionen, Psychosen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, aber auch schwere Angst- und Zwangsstörungen (5), (6), (7), (8), (9). Neben geplanten psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien sind psychotherapeutische Gespräche unerlässlich zum Beziehungsaufbau und zur Krisenintervention, die häufig Grund für eine stationäre psychiatrische Aufnahme sind. Einzelpsychotherapie kommt aufgrund der Akuität und Schwere der stationär behandelten Erkrankungen im Zusammenspiel mit Gruppenpsychotherapie, ungeplanten Kurzkontakten sowie Ergo- und Bewegungstherapie eine besondere Bedeutung zu (Tabelle 1). Sie ist essenziell für die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsmodells, zur Entwicklung von individuellen Bewältigungsstrategien und zur Umsetzung störungsspezifischer Interventionen wie beispielsweise Expositionsbehandlungen bei Angst- und Zwangsstörungen.

Tabelle 1: Expertenempfehlungen für eine leitliniengerechte stationäre Behandlung

	Einzelpsychotherapie pro Patient*in und Woche
Chronische Depression (Schnell et al., 2016) (16)	**100 Minuten**
Qualifizierter Entzug Alkoholabhängigkeit (Kiefer et al., 2016) (17)	**50 Minuten**
Schizophrenie (Mehl et al., 2016) (18)	**125 Minuten**
Unipolare Depression (Samaan et al., 2025) (19)	**100 Minuten**
Angststörungen (Samaan et al., 2025) (19)	**150 Minuten**

> *Anna M., 32 Jahre, verschiedene stationäre psychiatrische Aufenthalte zur Krisenintervention: „Mir haben psychotherapeutische Gespräche sehr geholfen. Aber diese waren in der Krise in vielen Kliniken nicht verfügbar.“*

3.1 Die PPP-Richtlinie: Mindestvorgaben als Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung

Mit der Einführung eines neuen, pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) im Jahr 2013 verlor die Psych-PV als Vorgabe für die Personalausstattung in der Psychiatrie ihre Gültigkeit (11). Mit dem Ziel sicherzustellen, dass die psychiatrischen Einrichtungen ausreichend therapeutisches Personal vorhalten, wurde der G-BA beauftragt, Mindestvorgaben für die Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit therapeutischem Personal (PPP-Richtlinie) festzulegen, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen (vergleiche § 136a Absatz 2 SGB V).

Im Unterschied zu den Personalvorgaben der Psych-PV, die das gesamte für die Behandlung erforderliche Personal festlegte, wurden die Mindestvorgaben in der PPP-Richtlinie als Personaluntergrenzen ausgestaltet, die nicht unterschritten werden dürfen. Die Mindestvorgaben sind damit im Unterschied zur Psych-PV keine Anhaltszahlen dafür, wie viel Personal eine Klinik insgesamt für leitliniengerechte Behandlung benötigt. Die Krankenhäuser sollen für eine leitliniengerechte Behandlung erforderliches zusätzliches Personal in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen vereinbaren.

Die Psych-PV: Grundstein für die heutige Psychiatrie
Mit der Psych-PV, die am 1. Januar 1991 in Kraft trat, wurden erstmals Maßstäbe für eine Personalausstattung, die sich aus den diagnostischen und therapeutischen Bedarfen der Patient*innen ableitet, für die psychiatrischen Krankenhäusern festgelegt. In der Psych-PV wurde beschrieben, wer welche Tätigkeiten in der Patientenversorgung übernimmt. Dafür wurden „Tätigkeitsprofile“ für alle Berufsgruppen festgelegt, die an der stationären Behandlung beteiligt sind. Außerdem wurden die Patient*innen je nach Behandlungsbedarf verschiedenen „Behandlungsbereichen“ zugeordnet. Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe wurde die Arbeitszeit in Minuten je Patient*in und Woche festgelegt. Die Minutenwerte wurden in Personalstellen umgerechnet.

Die Vorgaben der Psych-PV beruhten auf den Behandlungskonzepten der 1980er Jahre. Psychotherapie spielte zu dieser Zeit noch eine untergeordnete Rolle für die Behandlung in der Psychiatrie, die stärker pflege- und pharmakotherapeutisch ausgerichtet war. Für Psychotherapie durch Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen sah die Psych-PV in der „Regelbehandlung“ 33 Minuten Einzeltherapie pro Woche vor (Tabelle 2). Hinzu kamen noch einmal 180 Minuten Gruppenpsychotherapie bei einer Gruppengröße von neun Patient*innen. Die Einhaltung der Psych-PV wurde in den meisten Bundesländern nicht regelhaft überprüft. Zuletzt (2005) lag der Erfüllungsgrad der Psych-PV in der Hälfte der Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie unter 90 Prozent (10).

Die am 1. Januar 2020 in Kraft getretene PPP-Richtlinie legt für sogenannte Behandlungsbereiche fest, die nach Art und Schweregrad der zu behandelnden Patientengruppe unterscheiden, wie viel Personal aus den verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen vorhanden sein muss. Hierzu wird für jede Berufsgruppe vorgegeben, wie viele Minuten pro Patient*in und Woche mindestens zur Verfügung stehen müssen. Die Minutenwerte unterscheiden sich je nach Behandlungsbereich und Fachabteilung (vergleiche Anhang 8.2).

Berufsgruppe „Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen“ in der PPP-Richtlinie
In der PPP-Richtlinie werden Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen in einer Berufsgruppe zusammengefasst. Zu den Psychotherapeut*innen zählen Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen mit einer Approbation nach dem reformierten Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und die künftigen Fachpsychotherapeut*innen.

Dass Psychotherapeut*innen mit Psycholog*innen zusammengefasst werden, hat vor allem folgende Gründe:

Die Berufsgruppen wurden aus der Psych-PV übernommen, in der es damals noch keine „Psychotherapeut*innen“ gab, sondern nur „klinische Psycholog*innen“ ohne Approbation. Erst mit dem PsychThG 1999 wurde der Beruf der Psychotherapeut*in als eigenständiger Heilberuf eingeführt, dessen Kompetenzprofil sich grundlegend von dem der Psycholog*innen unterscheidet. Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen absolvieren nach einem Studium der Psychologie oder – nur bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen – (Sozial-)Pädagogik eine drei- bis fünfjährige Ausbildung, die sie mit einer staatlichen Approbationsprüfung abschließen. Psychotherapeut*innen werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. In der ambulanten Versorgung haben sie Facharztstatus und übernehmen eigenverantwortlich die Behandlung ihrer Patient*innen.

Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung 2020 wurde die postgraduale Ausbildung durch eine Weiterbildung ersetzt. Die Approbation als Psychotherapeut*in erfolgt nun nach einem fünfjährigen Universitätsstudium. Für den Zugang zur ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine anschließende Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in erforderlich. Mindestens zwei Jahre der Weiterbildung haben im Krankenhaus zu erfolgen.

Bis 2032, in begründeten Einzelfällen auch bis 2035, können Psycholog*innen noch ihre Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in abschließen. Im Rahmen der Ausbildung müssen sie mindestens 1.800 Stunden in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik arbeiten. Viele Psycholog*innen arbeiten im Anschluss in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik weiter, um den ambulanten Teil ihrer Ausbildung, die mit erheblichen Kosten verbunden ist, finanzieren zu können. Auch ohne Approbation erbringen sie unter der Verantwortung und Anleitung einer approbierten Psychotherapeut*in und einer Fachärzt*in Versorgungsleistungen in einem relevanten Umfang.

Die Änderungen in der Berufsgruppe, die sich aus der Reform der Psychotherapeutenausbildung ergeben, sollten 2032 in der PPP-Richtlinie nachvollzogen werden. Psycholog*innen ohne Approbation (Diplom- und Master-Abschluss) sollten ab dann nur noch über die Anrechnungsregelungen der PPP-Richtlinie (siehe § 8 der PPP-Richtlinie) berücksichtigt werden können.

Psychotherapie in der PPP-Richtlinie
Die Minutenwerte der Psych-PV wurden mit wenigen Anpassungen für die PPP-Richtlinie übernommen. In diese Minutenwerte fließen alle Tätigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen – sogenannte Regelaufgaben – ein, die für die Patientenversorgung erforderlich sind.[1] Dazu zählen in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen neben den direkten Behandlungszeiten gegenüber der Patient*in, wie Aufnahmegespräche, Einzel- und Gruppentherapie oder Visiten, auch die pro Patient*in und Woche anfallenden Zeiten für organisatorische Aufgaben, Dokumentation, Berichte sowie anteilig für Teambesprechungen, Supervision und andere Tätigkeiten (siehe Anhang 8.1 für eine Übersicht der Regelaufgaben der PPP-Richtlinie).

Die größten Anpassungen der Minutenwerte gab es in den Berufsgruppen, die psychotherapeutische Leistungen erbringen, also Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, um dem veränderten Stellenwert von Psychotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen seit Inkrafttreten der Psych-PV in der stationären Versorgung Rechnung zu tragen.

Um mehr Psychotherapie zu ermöglichen, wurden die Minutenwerte von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen so erhöht, dass jede Patient*in in der Erwachsenenpsychiatrie – rein rechnerisch[2] – mindestens 50 Minuten und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten kann (Tabelle 2) (12).

> *Romy G., 41 Jahre, mehrere stationäre Aufenthalte wegen einer Ess- und Traumafolgestörung: „Einzelgespräche sind wichtig, elementar und haben Struktur gegeben. Sie bilden die Basis, von der aus geschaut wird, was für die Behandlung wirklich wichtig ist."*

Leistungsverdichtung in der Psychiatrie seit 1990
Nicht angepasst wurde der Zeitaufwand für andere Tätigkeiten, wie organisatorische und administrative Aufgaben, Dokumentation und Berichte. Die dahinterliegende Annahme ist, dass sich der Aufwand hierfür seit Entwicklung der Psych-PV nicht verändert hat.

Seit den 1990er-Jahren hat jedoch eine deutliche Leistungsverdichtung in der Psychiatrie stattgefunden. Die durchschnittliche Verweildauer von Patient*innen hat sich zwischen 1990 und heute von 50,9 Tagen auf 25,1 Tage halbiert (13). Gleichzeitig sind die Fallzahlen in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie gestiegen. Für die 1990er-Jahre liegen keine Fallzahlen vor, aber zwischen 2004 und 2023 erhöhten sie sich von rund 740.000 auf rund 950.000 Fälle pro Jahr (14), (15).

---

*1 Die PPP-Richtlinie umfasst gemäß § 5 folgende Berufsgruppen: a) Ärzt*innen (einschließlich ärztlicher Psychotherapeut*innen), b) Pflegefachpersonen (inklusive Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), c) Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen) und Psycholog*innen, d) Spezialtherapeut*innen, e) Bewegungstherapeut*innen und Physiotherapeut*innen und f) Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen und Heilpädagog*innen. Den jeweiligen Berufsgruppen werden konkrete Minutenwerte zugeordnet, die in Anlage 1 der PPP-Richtlinie definiert sind (vergleiche Anhang 8.2, Tabelle 9, Tabelle 12).*

*2 Rein rechnerisch deshalb, weil die in den Mindestvorgaben erfassten Minuten pro Patient*in und Woche alle Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppe umfassen. Das heißt, nicht nur die Behandlungszeiten an der Patient*in.*

Kürzere stationäre Behandlungszeiten bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen bedeuten einen höheren „Patientendurchlauf“ und damit einen erheblichen Mehraufwand für Aufnahmen, Entlassungen sowie die damit verbundenen organisatorischen und administrativen Tätigkeiten. Der Anteil der hierfür notwendigen Arbeitszeit im Verhältnis zur direkten Behandlung an beziehungsweise mit der Patient*in ist seit Einführung der Psych-PV deutlich gestiegen. Diese Entwicklung ist in den Minutenwerten der PPP-Richtlinie bislang nicht berücksichtigt worden.

Tabelle 2: Vorgesehener Umfang Einzelpsychotherapie für die häufigsten Behandlungsbereiche in der stationären Erwachsenenpsychiatrie

	Einzelpsychotherapie pro Patient*in und Woche
Psychiatrie-Personalverordnung (Regelbehandlung)	**33 Minuten**
Psychiatrie-Personalverordnung (Intensivbehandlung)	**26 Minuten**
PPP-Richtlinie (Regelbehandlung)	**50 Minuten**
PPP-Richtlinie (Intensivbehandlung)	**50 Minuten**

3.2 Transparenz hinsichtlich der Personalausstattung und Umsetzung der PPP-Richtlinie

Ziel der PPP-Richtlinie ist es auch, über eine erhöhte Nachweis- und Transparenzpflicht sowie über mögliche Sanktionen die Einhaltung der Mindestvorgaben sicherzustellen. Krankenhäuser müssen deswegen die Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nachweisen. Letzteres hat unter anderem die Aufgabe, die Daten der Krankenhäuser zusammenzufassen und auszuwerten. Die Ergebnisse, zum Beispiel zum Umsetzungsgrad in den einzelnen Berufsgruppen, werden in Quartals- und Jahresberichten veröffentlicht.

Die Mindestvorgaben gelten als erfüllt, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben innerhalb eines Quartals in jeder Berufsgruppe im Durchschnitt zu 100 Prozent erfüllt. Kleinere vorübergehende Schwankungen innerhalb eines Quartals, zum Beispiel aufgrund von Urlaub oder Krankheit, die in einer faktisch geringeren Personalausstattung resultieren, können ausgeglichen werden, solange der Erfüllungsgrad im Durchschnitt über das ganze Quartal hinweg 100 Prozent nicht unterschreitet. Übergangsregelungen zufolge mussten Krankenhäuser in den ersten Jahren nach der Einführung der PPP-Richtlinie die Mindestvorgaben nicht umfassend erfüllen. Damit erhielten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Personalausstattung nach und nach an die Anforderungen der PPP-Richtlinie anzupassen. Ab 2029 gilt ein Erfüllungsgrad von 100 Prozent (Tabelle 3).

Tabelle 3: Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 der PPP-Richtlinie: Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben, den die Krankenhäuser im jeweiligen Jahr erreichen müssen

2020	2022	2027	2029
85 Prozent	90 Prozent	95 Prozent	100 Prozent

Um Transparenz hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung, insbesondere auch über die Personalausstattung, herstellen zu können, sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zusätzlich verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortebene zu erstellen. Dieser Bericht enthält neben Informationen zum Leistungsangebot auch Angaben zur Einhaltung der Personalvorgaben gemäß PPP-Richtlinie (vergleiche auch Methodenanhang). Im Juli 2025 wurde ein umfassender Evaluationsbericht zur PPP-Richtlinie veröffentlicht, den das IGES Institut im Auftrag des G-BA erstellt hatte (20). Der Bericht liefert erstmals eine systematische Einschätzung zur Wirksamkeit und Steuerungsfähigkeit der PPP-Richtlinie und stellt eine wichtige Grundlage für ihre Weiterentwicklung dar.

Ungeachtet dessen ist offengeblieben, ob die PPP-Richtlinie ihr Ziel erreicht hat und ein Mindestmaß an psychotherapeutischen Leistungen in den Behandlungsbereichen gewährleistet. Vor diesem Hintergrund untersucht die BPtK in ihrer Studie offene zentrale Fragen zur Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie.

4 Stationäre psychotherapeutische Versorgung in der Praxis

Die BPtK hat im Rahmen der vorliegenden Studie öffentlich verfügbare Routinedaten zur Personalausstattung, zur Umsetzung der PPP-Richtlinie sowie zu den erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in der Erwachsenen- sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet und dafür die Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen für das Berichtsjahr 2023 herangezogen. Insgesamt sind Daten von 253 Krankenhäusern mit 302 kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen sowie von 679 Krankenhäusern mit 896 erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen in die Auswertungen eingeflossen (siehe Methodenanhang für die Datenselektion und -aufbereitung sowie die Beschreibung der Stichprobe).

Darüber hinaus hat die BPtK Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser aus dem InEK-DatenBrowser ausgewertet. Anhand der Angaben aus den Krankenhausinformationssystemen über die erbrachten Leistungen (Operationen- und Prozedurenschlüssel/OPS-Codes) ist eine fundierte Analyse der Häufigkeit verschiedener Leistungen je Patient*in im stationären Bereich möglich. Für das Berichtsjahr 2023 liegen aus dem InEK-DatenBrowser Daten für 63.456 vollstationär und 23.539 teilstationär behandelte Patient*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für 699.345 vollstationär und 143.357 teilstationär behandelte Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie vor (Tabelle 7, siehe Methodenanhang für die Datenselektion und -aufbereitung sowie die Beschreibung der Stichprobe).

4.1 Psychotherapeutische Personalausstattung als zentrales Strukturmerkmal der Versorgungsqualität

Psychotherapie als zentrales Behandlungsverfahren bildet das Fundament einer leitliniengerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Daher ist die stationäre Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen personalintensiv. Für eine qualitativ hochwertige und wirksame Behandlung, wie sie in evidenzbasierten Leitlinien beschrieben wird, ist eine ausreichende Ausstattung mit Psychotherapeut*innen deshalb die Grundvoraussetzung.

Zur Beurteilung der psychotherapeutischen Personalausstattung in den psychiatrischen Fachabteilungen wurden die in Teil B der Qualitätsberichte („Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen“) dokumentierten Personalangaben herangezogen. Innerhalb der Strukturierten Qualitätsberichte wird das psychologische und psychotherapeutische Personal in einer Berufsgruppe zusammengefasst und jeweils einmalig gemäß der höchsten angegebenen Qualifikation zugeordnet (vergleiche Tabelle A1, Methodenanhang). Die Personalangaben in den Qualitätsberichten erfolgen in Vollzeitäquivalenten, basierend auf der tariflichen Wochenarbeitszeit (fortan Vollzeitkräfte; VZK).

In den untersuchten psychiatrischen Fachabteilungen sind insgesamt 7.320 psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte beschäftigt, davon 2.132 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 5.188 in der Erwachsenenpsychiatrie. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung machte das als Diplompsycholog*innen eingruppierte Personal ungefähr die Hälfte des Personals aus (Tabelle 4, Abbildung A5, Ergebnisanhang). Der Anteil approbierter Psychotherapeut*innen (Psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen) lag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei 33,5 Prozent, in der Erwachsenenpsychiatrie bei 26,22 Prozent.

Die Angaben zu den Qualifikationen des Personals in den Qualitätsberichten sind allerdings nur eingeschränkt belastbar. In vielen Berichten fehlen Daten zu bestimmten Qualifikationen vollständig oder es finden sich unplausible Angaben. Die Datenlage weist also erhebliche Lücken auf (Abbildung A7, Tabelle A5, Ergebnisanhang). Folglich bieten die Personalangaben in Teil B der Qualitätsberichte keine verlässliche Grundlage zur Einschätzung der Qualifikation des eingesetzten Krankenhauspersonals, auch wenn sie genau diesen Anspruch erheben.

Tabelle 4: Psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte in den psychiatrischen Fachabteilungen

Qualifikation des eingesetzten Personals	Stationäre Versorgung (VZK)	Ambulante Versorgung (VZK)	*gesamt*
Erwachsenenpsychiatrie			
Diplom-Psycholog*innen	2.240,5 (51,09 %)	395,49 (49,26 %)	**2.635,99 (50,81 %)**
Psychologische Psychotherapeut*innen	1.074,49 (24,50 %)	269,91 (33,62 %)	**1.344,4 (25,91 %)**
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen	11,46 (0,26 %)	4,82 (0,60 %)	**16,28 (0,31 %)**
Psychotherapeut*innen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit	1.046,83 (23,87 %)	129,94 (16,19 %)	**1.176,77 (22,68 %)**
Klinische Neuropsycholog*innen	12,03 (0,27 %)	2,66 (0,33 %)	**14,69 (0,28 %)**
gesamt	**4385,31**	**802,82**	**5188,13**
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Diplom-Psycholog*innen	816,57 (49,8 %)	211,63 (42,9 %)	**1.028,2 (48,2 %)**
Psychologische Psychotherapeut*innen	159,62 (9,7 %)	56,65 (11,5 %)	**216,27 (10,1 %)**
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen	368,39 (22,5 %)	130,31 (26,4 %)	**498,7 (23,4 %)**
Psychotherapeut*innen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit	291,95 (17,8 %)	95,06 (19,3 %)	**387,01 (18,2 %)**
Klinische Neuropsycholog*innen	1,65 (0,1 %)	0,00 (0 %)	**1,65 (0,1 %)**
gesamt	**1.638,18**	**493,65**	**2.131,83**

Anzahl (in VZK) sowie prozentualer Anteil des Personals. VZK: Vollzeitkräfte. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Psychotherapeutische Versorgung durch Psychotherapeut*innen in Ausbildung: Mangelnde Datenqualität und fehlende Angaben

Ein wichtiger Anteil der psychotherapeutischen Versorgung auf psychiatrischen Stationen wird von Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) während ihrer praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des PsychThG erbracht. Die Strukturierten Qualitätsberichte hätten das Potenzial, objektive Aussagen über die Versorgung durch PiA auf psychiatrischen Stationen zu ermöglichen. Unzureichende Datenqualität sowie fehlende oder fehlerhaften Angaben in den Personalangaben der Strukturierten Qualitätsberichte schränken die Aussagekraft der Daten jedoch stark ein.

In den Personalangaben der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser machten PiA während der praktischen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt 18,2 Prozent des psychologisch-psychotherapeutischen Personals aus, in der Erwachsenenpsychiatrie 22,68 Prozent (Tabelle 4). Allerdings variierte dieser Anteil stark zwischen den einzelnen Fachabteilungen und lag in einzelnen Einrichtungen sogar bei 100 Prozent (Abbildung A6, Ergebnisanhang). In lediglich 7,95 Prozent der Fachabteilungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 8,37 Prozent der Fachabteilungen der

Erwachsenenpsychiatrie waren laut Angaben in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser keine PiA während der praktischen Tätigkeit beschäftigt (Abbildung A7, Ergebnisanhang).

Aufgrund der mangelhaften Qualität der Personalangaben in den Strukturierten Qualitätsberichten sind diese Ergebnisse jedoch nur bedingt aussagekräftig. Insbesondere zu PiA werden häufig keine Personalangaben gemacht, was die Interpretation der Daten erheblich erschwert (Tabelle A5, Abbildung A7, Ergebnisanhang). So gibt fast die Hälfte der Fachabteilungen nicht an, ob PiA während ihrer praktischen Tätigkeit beschäftigt werden (Kinder- und Jugendpsychiatrie: 42,38 Prozent; Erwachsenenpsychiatrie: 44,64 Prozent). Zum Vergleich: Bei den Diplompsycholog*innen fehlen die Angaben in weniger als 10 Prozent der Fachabteilungen.

Unklar bleibt auch, ob die fehlenden Werte darauf zurückzuführen sind, dass tatsächlich kein entsprechendes Personal beschäftigt wird, oder ob die Erfassung unvollständig ist. Möglich ist auch eine fehlerhafte Zuordnung zu den einzelnen Kategorien, etwa wenn den Verantwortlichen für die Erstellung des Qualitätsberichts die nötigen Informationen nicht vorliegen. Es ist davon auszugehen, dass in diesem Fall ein wesentlicher Teil der PiA der Gruppe der Diplompsycholog*innen zugeordnet wird. Der hohe Anteil von Diplompsycholog*innen in den Daten stützt diese Vermutung. Eine Überprüfung auf systematische Verzerrungen ergab keine Hinweise darauf, dass das Fehlen von Daten mit der regionalen Verteilung oder den Fallzahlen der psychiatrischen Fachabteilungen zusammenhängt.

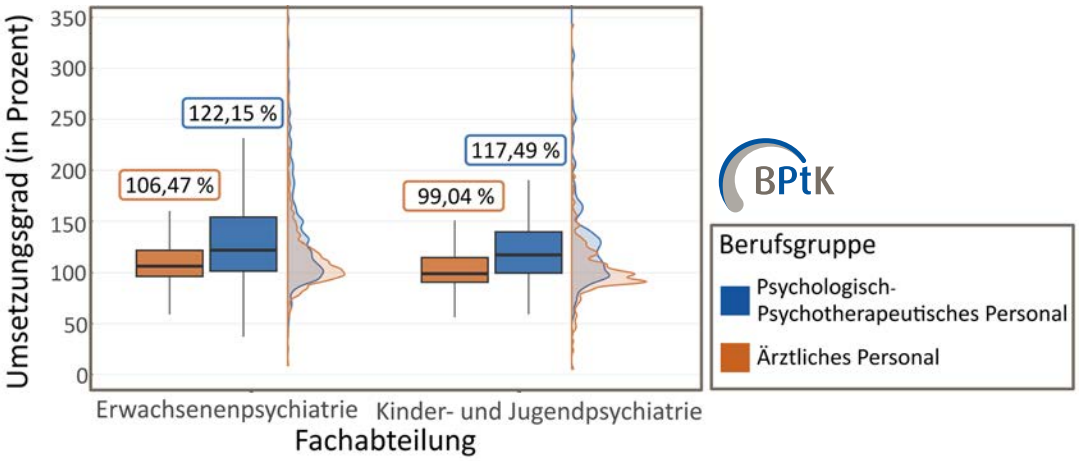
4.2 Erfüllung der PPP-Richtlinie

Zur Beurteilung der Umsetzung der PPP-Richtlinie wurden die quartals- und berufsgruppenbezogenen Angaben aus Teil C-9 der Qualitätsberichte herangezogen (siehe Methodenanhang). Der Umsetzungsgrad der PPP-Richtlinie gibt an, zu wie viel Prozent die einzelnen Fachabteilungen die Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen erfüllen. Entscheidend hierfür ist nicht die absolute Anzahl des Personals, sondern wie viele Personalstunden netto, das heißt nach Abzug von Urlaub und anderen Fehlzeiten, für die Patientenversorgung zur Verfügung standen (zur Berechnung der Umsetzungsgrade siehe Kasten A1, Methodenanhang). Die Auswertungen fokussieren sich auf die Berufsgruppe des psychotherapeutischen und psychologischen sowie des ärztlichen Personals, da diese Berufsgruppen die psychotherapeutische Versorgung auf den Stationen gewährleisten. Insgesamt wurden in den Auswertungen zur Umsetzung der PPP-Richtlinie die Daten für 237 Krankenhäuser mit kinder- und jugendpsychiatrischen sowie für 645 Krankenhäuser mit erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen berücksichtigt.

Bei einem Großteil der untersuchten Einrichtungen zeigte sich ein hoher Umsetzungsgrad bezüglich der Mindestpersonalvorgaben in der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals. Gemittelt über die vier Quartale des Jahres 2023 wurden die Mindestpersonalvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Median zu 117,49 Prozent erfüllt, in der Erwachsenenpsychiatrie zu 122,15 Prozent. Für das ärztliche Personal

lagen die Umsetzungsgrade mit 99,04 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) beziehungsweise 106,47 Prozent (Erwachsenenpsychiatrie) deutlich niedriger (Abbildung 1, Tabelle 5).

Abbildung 1: Umsetzungsgrade – jährliches Mittel



Jährliches Mittel der Umsetzungsgrade (in Prozent) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie, getrennt nach Berufsgruppen. Dargestellt sind die Verteilung und die Streuung der Einzelwerte. Die Boxplots umfassen den Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil) sowie den Median der Verteilung. Höhere Prozentwerte entsprechen einem höheren Umsetzungsgrad, Werte > 100 Prozent bedeuten eine Übererfüllung der Mindestpersonalvorgaben. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Auch wenn ein Großteil der Krankenhäuser in der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals die Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie im Jahr 2023 erfüllte, konnte ein Viertel der psychiatrischen Fachabteilungen nicht das psychotherapeutische Personal vorhalten, das für eine Erfüllung der Mindestvorgaben notwendig gewesen wäre. Die Vorgaben der PPP-Richtlinie gelten für das Berichtsjahr dann als erfüllt, wenn die Krankenhäuser die Mindestvorgaben zu mindestens 90 Prozent erfüllen. Dies war in der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie bei über 90 Prozent der Krankenhäuser der Fall. Eine wirkliche Erfüllung der Mindestvorgaben, das heißt ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent, war jedoch nur in 73,84 Prozent der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen beziehungsweise 77,83 Prozent der Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie gegeben (Tabelle 6).

Über die Quartale des Berichtsjahrs 2023 hinweg zeigte sich zudem insbesondere bei der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals eine deutliche Abnahme der Umsetzungsgrade um mehr als 10 Prozentpunkte. Hier sank der mediane Umsetzungsgrad von 126,61 Prozent im 1. Quartal auf 112,16 Prozent im 4. Quartal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise von 125,62 Prozent auf 113,47 Prozent in der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung A8, Tabelle A6, Ergebnisanhang).

Tabelle 5: Umsetzungsgrade – jährliches Mittel

	Medianer Umsetzungsgrad [25. Perzentil; 75. Perzentil]	
	Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	Ärztliches Personal
Kinder- und Jugendpsychiatrie	117,49 % [99,67; 139,53]	99,04 % [90,71; 114,91]
Erwachsenenpsychiatrie	122,15 % [101,56; 154,01]	106,47 % [96,40; 121,99]

Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Tabelle 6: Einhaltung der Mindestvorgaben

	Einhaltung der Mindestvorgaben (90 %), Anzahl Einrichtungen in %	Einhaltung der Mindestvorgaben (100 %), Anzahl Einrichtungen in %
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Ärztliches Personal	81,26	47,26
Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	91,47	73,84
Erwachsenenpsychiatrie		
Ärztliches Personal	88,64	65,89
Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	91,59	77,83

Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

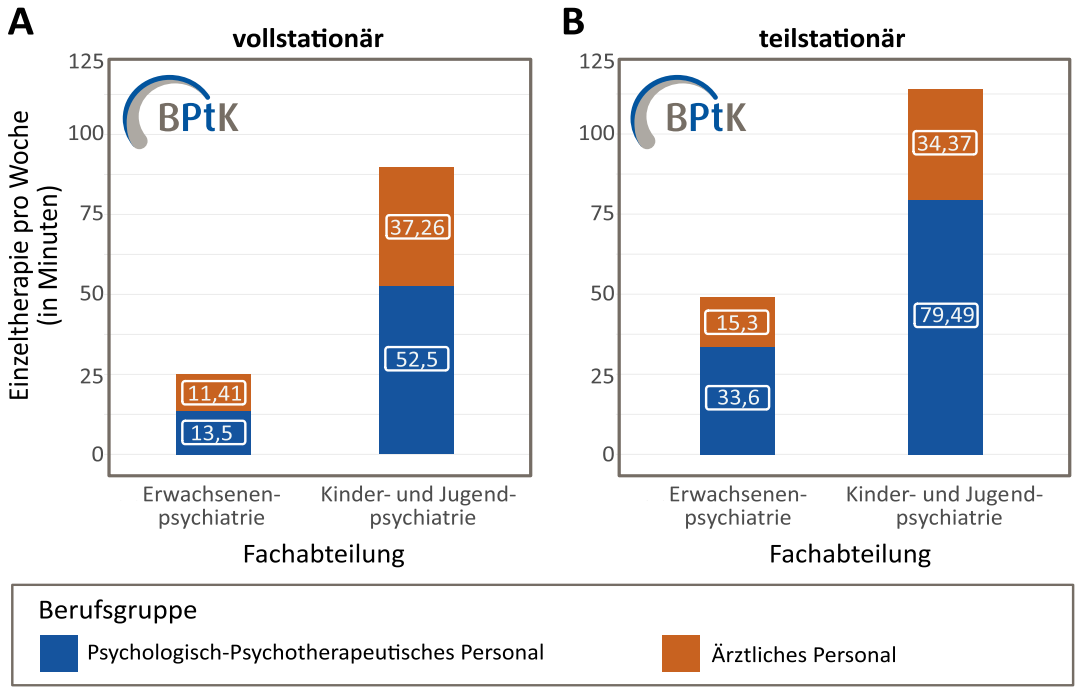
4.3 Effektive Behandlungszeit für Patient*innen

Ausschlaggebend für die psychotherapeutische Versorgung auf den Stationen ist, wie viel Behandlungszeit einer Psychotherapeut*in oder Ärzt*in pro Patient*in für die psychotherapeutische Behandlung tatsächlich zur Verfügung steht. Dies hängt maßgeblich von verschiedenen Faktoren ab: von der Anzahl der belegten Betten, aber auch von krankheitsbedingten Ausfällen und Fehlzeiten des Personals sowie von der Vielzahl weiterer Aufgaben, mit denen Psychotherapeut*innen im Stationsalltag befasst sind. Mit den im Rahmen des Nachweisverfahrens der PPP-Richtlinie gemachten Angaben versucht man, dem gerecht zu werden, indem beispielsweise Ausfallzeiten, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen oder auch Leitungstätigkeiten bei der Berechnung der tatsächlichen Personalausstattung nicht berücksichtigt werden. Hohe Umsetzungsgrade bedeuten jedoch nicht automatisch, dass dem Personal ausreichend Zeit für die Versorgung der Patient*innen zur Verfügung steht oder dass diese tatsächlich eine leitliniengerechte Behandlung erhalten.

Einzelpsychotherapie als zentrales Behandlungselement
Um zu beurteilen, wie viel Einzelpsychotherapie Patient*innen auf psychiatrischen Stationen tatsächlich erhalten haben, wurden die Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser aus dem InEK-DatenBrowser herangezogen. Anhand der OPS-Codes, die einzeltherapeutische Leistungen wochengenau erfassen, ist eine fundierte Analyse von Leistungshäufigkeiten im stationären Bereich möglich. Durch Umrechnung der Leistungshäufigkeiten auf die Gesamtanzahl der voll- beziehungsweise teilstationär behandelten Patient*innen und die Menge der Behandlungstage lässt sich abschätzen, wie viel Einzelpsychotherapie

jede Patient*in im Schnitt pro Behandlungstag, -woche und während des gesamten Klinikaufenthalts erhalten hat. Eine Analyse gruppentherapeutischer Leistungen nach demselben Schema ist nicht möglich, da es sich bei den OPS-Codes um Abrechnungsdaten handelt, die den zeitlichen Leistungsumfang im Sinne von Personalressourcen widerspiegeln. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen werden die erbrachten Therapieeinheiten daher auf die Anzahl der teilnehmenden Patient*innen umgelegt und stellen keinen Schätzwert für die von einer Patient*in erhaltene Therapiezeit dar (siehe Methodenanhang für Details zur Erfassung gruppenpsychotherapeutischer Leistungen).

Abbildung 2: Therapiedichte in der voll- und teilstationären Behandlung



*Einzeltherapie pro Patient*in pro Behandlungswoche (in Minuten) für die Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals (blau) sowie des ärztlichen Personals (orange). Darstellung getrennt für die voll- und teilstationären Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychiatrie. Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.*

25 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche

Die Mindestvorgaben in der PPP-Richtlinie wurden so festgesetzt, dass jede Patient*in der Erwachsenenpsychiatrie mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten kann. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen Patient*innen mindestens 100 Minuten Einzeltherapie pro Woche erhalten (12).

Die Auswertung der OPS-Codes ergab jedoch ein davon drastisch abweichendes Bild:

- Vollstationär behandelte Patient*innen der Erwachsenenpsychiatrie erhielten pro Woche im Schnitt 13,5 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 11,41 Minuten durch ärztliches Personal (Abbildung 2, Tabelle 7). Mit insgesamt rund 25 Minuten pro Woche erhielten vollstationäre Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie demnach nur die

Hälfte des eigentlich vorgesehenen Mindestmaßes an Einzeltherapie. Und selbst dieser Wert bleibt weit hinter einer leitliniengerechten psychotherapeutischen Versorgung zurück (Tabelle 1).

- Für Patient*innen in Tageskliniken konnte dieser Mindestwert von 50 Minuten zumindest annähernd erreicht werden. Teilstationär behandelte Patient*innen erhielten pro Woche 33,6 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 15,3 Minuten durch ärztliches Personal.

Für Kinder und Jugendliche sieht die Situation insgesamt besser aus. Doch auch hier erhalten Patient*innen in der stationären Versorgung nicht ausreichend Einzelpsychotherapie (Abbildung 2, Tabelle 7).

- Kinder und Jugendliche erhielten im Rahmen einer vollstationären Behandlung im Schnitt 52,5 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 37,26 Minuten durch ärztliches Personal. Damit bleiben auch sie hinter dem vorgesehenen Mindestmaß von 100 Minuten zurück.
- Im Rahmen einer teilstationären Behandlung erhielten sie 79,49 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 34,37 Minuten durch ärztliches Personal.

Tabelle 7: Therapiedichte in der Psychiatrie

	vollstationär	teilstationär
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Fallzahlen	63.456	23.539
Mittlere Verweildauer	34,51 Tage	42,76 Tage
Einzeltherapie durch Ärztliches Personal	5,32 min/Tag **37,26 min/Woche** 183,7 min/Fall	4,91 min/Tag **34,37 min/Woche** 209,91 min/Fall
Einzeltherapie durch Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	7,5 min/Tag **52,5 min/Woche** 258,78 Min/Fall	11,35 min/Tag **79,49 min/Woche** 485,53 min/Fall
Erwachsenenpsychiatrie		
Fallzahlen	699.345	143.357
Mittlere Verweildauer	25,25 Tage	28,66 Tage
Einzeltherapie durch Ärztliches Personal	1,63 min/Tag **11,41 min/Woche** 41,13 min/Fall	2,19 min/Tag **15,3 min/Woche** 62,62 min/Fall
Einzeltherapie durch Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	1,93 min/Tag **13,5 min/Woche** 48,67 min/Fall	4,8 min/Tag **33,6 min/Woche** 137,56 min/Fall

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Häufige Therapieausfälle
Neben der oben beschriebenen Therapiedichte lässt sich durch die Angabe des OPS-Codes 9-649.0 beziehungsweise 9-696.0 („keine Therapieeinheit pro Woche“) ermitteln, wie oft Patient*innen in einer Behandlungswoche keine Einzeltherapie durch Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen erhalten haben:

- In der Erwachsenenpsychiatrie fand demnach in 46,75 Prozent der vollstationären Behandlungswochen keine Einzeltherapie statt (Tabelle A13, Ergebnisanhang).
- Insgesamt erhielten 69,16 Prozent der vollstationär behandelten Patient*innen in mindestens einer Behandlungswoche keine Einzeltherapie. Zum Vergleich: Bei den teilstationär behandelten Patient*innen belief sich der Anteil derer, die in mindestens einer Woche keine Einzeltherapie erhalten hatten, auf 40,02 Prozent. In 20 Prozent der teilstationären Behandlungswochen fand keine Einzeltherapie statt.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht das Bild insgesamt positiver aus:

- Der Anteil an vollstationären Behandlungswochen, in denen keine Einzeltherapie stattgefunden hatte, belief sich auf lediglich 6,75 Prozent (8,36 Prozent bei teilstationärer Behandlung; Tabelle A13, Ergebnisanhang).
- Nur ein Viertel der vollstationär behandelten Patient*innen (23,61 Prozent) beziehungsweise 29,85 Prozent der teilstationär behandelten Patient*innen erhielten in mindestens einer Behandlungswoche keine Einzeltherapie.

> *Amira L., 27 Jahre, mit stationären Aufenthalten unterschiedlicher Dauer: „In manchen Kliniken fallen therapeutische Angebote immer wieder aus. Dann bleibt nur der Kontakt zu den Mitpatient*innen. Und deren Stimmungen belasten häufig zusätzlich.“*

Diagnosespezifische Unterschiede in der Therapiedichte
In den Daten zeigt sich zudem: Die Diagnose der Patient*innen hatte einen maßgeblichen Einfluss darauf, ob und wie viel Einzeltherapie Patient*innen erhalten. Patient*innen aus bestimmten Diagnosegruppen erhielten sogar noch weniger Einzeltherapie, als oben beschrieben (Tabelle A15, Ergebnisanhang).

- Vollstationär behandelte Patient*innen der Erwachsenenpsychiatrie mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum F20 - F29 erhielten im Durchschnitt lediglich 5,77 Minuten Einzeltherapie pro Woche durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 8,73 Minuten durch ärztliches Personal. Pro Behandlungstag entsprach dies lediglich zwei Minuten (Tabelle A15, Ergebnisanhang). 80,81 Prozent erhielten in mindestens einer Behandlungswoche keine Einzeltherapie. In über der Hälfte der Behandlungswochen (60,4 Prozent) fand keine Einzeltherapie statt (Tabelle A14, Ergebnisanhang).
- Bei affektiven Störungen (F32 - F39) erhielten Patient*innen immerhin 20,94 Minuten Einzeltherapie pro Woche durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 13,21 Minuten durch ärztliches Personal (Tabel-

le A15, Ergebnisanhang). Deutlich mehr – aber immer noch viel zu wenig für eine leitliniengerechte Behandlung. In 28,96 Prozent der Behandlungswochen fand keine Einzeltherapie statt (Tabelle A14, Ergebnisanhang).

Mit Blick auf die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen – das zeigen die Daten – greift die Argumentation, dass Patient*innen mit bestimmten Diagnosen nicht zugänglich für Psychotherapie sind, nicht. Hier wurden Patient*innen mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum F20 – F29 im Durchschnitt 29,15 Minuten von psychologischem beziehungsweise psychotherapeutischem Personal und 54,48 Minuten von ärztlichem Personal in Einzeltherapie behandelt (Tabelle A15, Ergebnisanhang). Auch die S3-Leitline Schizophrenie ist hier deutlich: Menschen mit einer Schizophrenie soll – unabhängig von der Krankheitsphase – eine Psychotherapie angeboten werden (5).

> *Sasha G., 35 Jahre, mehrfache stationäre Aufnahme zur Krisenintervention auf geschlossenen Stationen: „Ich habe mich auf Station manchmal sehr alleingelassen gefühlt. Außerhalb des Aufnahmegespräches und der Visiten wurde kaum mit mir gesprochen. Dabei hätte selbst auf geschützten Stationen im Prinzip fast jede*r ein Gespräch führen können. Dazu ist es aber leider kaum gekommen.“*

5 Fazit

5.1 Psychotherapeutische Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungen und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie verfügen, gemessen an den Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie, in der Regel über eine ausreichende psychotherapeutische Personalausstattung. Die Vorgaben der PPP-Richtlinie werden im Median zu 122,15 Prozent erfüllt. Dennoch kann fast ein Viertel (22,17 Prozent) der Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie die Mindestvorgaben für psychotherapeutisches Personal nicht vollumfänglich (d.h. zu 100 Prozent) erfüllen – bei Ärzt*innen ist es sogar mehr als ein Drittel der Fachabteilungen (34,11 Prozent). Zudem nahm der Umsetzungsgrad in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen zwischen 2022 und 2023 deutlich ab.[3]

Trotz durchschnittlich hoher Umsetzungsgrade erhalten Patient*innen der Erwachsenenpsychiatrie wenig Einzelpsychotherapie. Lediglich 25 Minuten Einzeltherapie bekommt eine Patient*in pro Woche (13,5 Minuten davon durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal). Der Evaluationsbericht des IGES Instituts bestätigt dieses Ergebnis.[4] Patient*innen bekommen damit nur halb so viel Einzeltherapie, wie eigentlich gemäß den Vorgaben der PPP-Richtlinie gewährleistet werden soll. In fast der Hälfte der Behandlungswochen (46,75 Prozent) fand außerdem gar keine Einzeltherapie statt. Für Patient*innen der Tagesklinik konnte der Mindestwert von 50 Minuten zumindest annähernd erreicht werden.

5.2 Psychotherapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilungen gibt es seit jeher höhere Personalvorgaben. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders zeitintensiv ist: Sie erfordert neben der Arbeit mit den Patient*innen selbst zwingend auch die Einbindung von Eltern, Familien und weiteren Bezugspersonen und -systemen.

---

[3] Auch im Evaluationsbericht des IGES Instituts zeigt sich – zusätzlich zu saisonalen Schwankungen – insbesondere in der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals eine deutliche Abnahme im medianen Umsetzungsgrad in den letzten Jahren. Zudem nahm die Streuung der Umsetzungsgrade in den verschiedenen Fachbereichen und Einrichtungen deutlich ab.

*[4] Im Evaluationsbericht des IGES Instituts lag die Therapiedichte in der Regelbehandlung der Erwachsenenpsychiatrie für das Jahr 2022 bei 2,0 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal pro Behandlungstag (das heißt 14 Minuten pro Woche) sowie 1,7 Minuten pro Behandlungstag durch Ärzt*innen (das heißt 11,9 Minuten pro Woche). In der Regelbehandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag die Therapiedichte bei 8,8 Minuten Einzeltherapie durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal pro Behandlungstag (das heißt 61,6 Minuten pro Woche) sowie 6,1 Minuten pro Behandlungstag durch Ärzt*innen (das heißt 42,7 Minuten pro Woche).*

Gemessen an den Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie verfügen kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen trotz höherer Personalvorgaben in der Regel über eine fast genauso gute psychotherapeutische Personalausstattung wie die Erwachsenenpsychiatrie. Im Median werden die Vorgaben zu 117,49 Prozent erfüllt. Gleichzeitig kann jedoch mehr als ein Viertel (26,16 Prozent) der Fachabteilungen die Mindestvorgaben an psychotherapeutischem Personal nicht vollumfänglich (das heißt zu 100 Prozent) einhalten. Besonders deutlich ist der Mangel bei den Ärzt*innen: Hier verfehlt sogar mehr als die Hälfte der Fachabteilungen (52,74 Prozent) die Vorgaben. Zudem nahm auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Umsetzungsgrad im Bereich der Psychotherapeut*innen zwischen 2022 und 2023 spürbar ab.

Im Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt aber eine bessere psychotherapeutische Versorgung: Kinder und Jugendliche erhielten im Rahmen einer vollstationären Behandlung im Durchschnitt 52,5 Minuten Einzeltherapie pro Woche durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal sowie 37,26 Minuten durch Ärzt*innen – also fast viermal so viel wie Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie. In teilstationären Behandlungen lag der Umfang sogar noch höher: bei durchschnittlich 79,49 Minuten Einzeltherapie pro Woche durch psychologisches beziehungsweise psychotherapeutisches Personal und 34,37 Minuten durch Ärzt*innen. Auffällig ist zudem, dass in nur 6,75 Prozent der vollstationären beziehungsweise 8,36 Prozent der teilstationären Behandlungswochen gar keine Einzeltherapie stattfand. Aber auch wenn die Werte insgesamt höher ausfallen, wird in der vollstationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen der angestrebte Mindestwert von 100 Minuten Einzelpsychotherapie nicht erreicht.

Die Daten lassen keine Rückschlüsse zu, in welchem Umfang Gespräche mit Bezugspersonen und Familientherapie, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig für den Therapieerfolg sind, im vorgesehenen Umfang von 60 Minuten pro Woche und Patient*in umgesetzt werden können (21). Da Bezugspersonengespräche und Familientherapie auch als einzeltherapeutische Therapieeinheiten kodiert werden und demnach Teil der 90 beziehungsweise 114 Minuten Einzeltherapie pro Woche sind, muss auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von einem höheren Minutenbedarf ausgegangen werden.

Dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine deutliche bessere psychotherapeutische Versorgung sicherstellen kann, macht unabhängig davon aber deutlich: Das unzureichende Versorgungsniveau in der Erwachsenenpsychiatrie hängt nicht allein von der Menge verfügbaren Personals allein, sondern auch von anderen Faktoren ab.

5.3 Diskrepanz zwischen Struktur- und Prozessqualität in der Versorgung: Mögliche Ursachen

An dieser Stelle stellt sich die Frage nach den Ursachen für die große Diskrepanz zwischen der vorhandenen Strukturqualität und den Leistungen, die die Patient*innen tatsächlich erhalten: Wie kann es sein, dass ein Großteil der psychiatrischen Krankenhäuser die Vorga-

ben der PPP-Richtlinie erfüllt – oder sogar übererfüllt – und Patient*innen dennoch nicht einmal ein Mindestmaß von 50 Minuten Einzeltherapie pro Woche erhalten?

Leistungsverdichtung
Die Minutenvorgaben der PPP-Richtlinie beinhalten nicht nur direkte Therapiekontakte, sondern auch die Zeiten, die unter anderem für Dokumentation, administrative und organisatorische Aufgaben sowie anteilig für Visiten, Teambesprechungen Supervision und Leitungsaufgaben anfallen (siehe Anhang 8.1). Der Anteil der Arbeitszeit, der für diese „patientenfernen" Tätigkeiten benötigt wird, hat aufgrund stark gesunkener Verweildauern, bei gleichzeitig gestiegenen Fallzahlen seit 1990 deutlich zugenommen (22). Ein weiterer Grund sind umfangreichere Anforderungen an die Dokumentation. Aber auch höhere Teilzeitquoten unter den Beschäftigten erhöhen den Anteil der Arbeitszeit, der pro Kopf für Team-Besprechungen, Supervision und Übergaben anfällt und nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung steht. Während nach den Kalkulationszeiten der Psych-PV-Minuten in der Regelbehandlung noch 80 Prozent der Arbeitszeit der psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe auf die unmittelbare Patientenversorgung entfiel, sind dies heute nur noch rund 43 bis 50 Prozent in der Erwachsenenpsychiatrie (20), (22).

Mindestvorgaben werden als Soll-Vorgaben ausgelegt
Die Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie reichen nicht aus, um eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung auf psychiatrischen Stationen umsetzen zu können. Sie werden in den Budgetverhandlungen vor Ort häufig sogar als Soll-Vorgaben ausgelegt, was es den Kliniken erschwert, Personal über die Mindestvorgaben hinaus zu verhandeln und anzustellen. Als einen Grund hierfür nennen Krankenhäuser, aber auch Krankenkassen, dass ihnen in den Verhandlungen Anhaltspunkte dafür fehlen, wie viel mehr Personal über die Mindestvorgaben hinaus für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung erforderlich ist. Fakt ist: Selbst, wenn die Mindestvorgaben erfüllt werden, reichen sie nicht aus, um ein Mindestmaß an Psychotherapie zu gewährleisten.

Lückenhafte Dokumentation unplausibel
Die geringe Therapiedichte allein auf eine unvollständige Dokumentation von Therapieeinheiten zurückzuführen, erscheint unplausibel. Zwar werden Gespräche unter 25 Minuten in der Erwachsenenpsychiatrie nicht über den OPS-Code erfasst, aber die systematischen Unterschiede zwischen Therapieintensitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie, den verschiedenen Diagnosegruppen sowie zwischen voll- und teilstationärer Behandlung weisen eher auf Probleme mit der Prozessqualität als auf Dokumentationsprobleme hin. So erhalten beispielweise Jugendliche mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich mehr Einzeltherapie als Patient*innen mit der gleichen Diagnose in der Erwachsenenpsychiatrie. Auch wenn die Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund der geringeren Aufmerksamkeitsspanne von Kindern und Jugendlichen mit 15 Minuten etwas kürzer sind, zeigen die Ergebnisse, dass auch mit akut psychisch erkrankten Personen psychotherapeutische Gespräche über eine gewisse Dauer möglich sind.

> *Elena E., 23 Jahre, elektiver Aufenthalt aufgrund einer Traumafolgestörung: „Wenn das Fachpersonal auf Station wirklich auf individuelle Bedürfnisse eingehen kann und nicht in Schubladen denkt, macht das einen großen Unterschied. Das ist natürlich auch eine Frage der verfügbaren Zeit. Häufig fehlt es im Klinikalltag genau daran, sodass Gespräche nach Bedarf oft nicht stattfinden können."*

6 Handlungsempfehlungen

Patient*innen in der Psychiatrie haben den gleichen Anspruch auf eine wirksame, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Behandlung wie Patient*innen in der somatischen Medizin. Die psychotherapeutische Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern muss deshalb verbessert werden. Das mit der Verabschiedung der ersten Fassung der PPP-Richtlinie angestrebte Ziel, für erwachsene Patient*innen, die stationär behandelt werden, mindestens 50 und für Kinder und Jugendliche mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche zu ermöglichen, muss endlich erreicht werden. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben muss jedoch von Maßnahmen für einen effizienteren Personaleinsatz begleitet werden, um bei begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen eine bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten.

6.1 Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie

Anpassung der Mindestvorgaben für Psychotherapie
Um die psychotherapeutische Behandlungsintensität zu erhöhen, sollten die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in den verschiedenen Behandlungsbereichen so erhöht werden, dass der im Vergleich zur Psych-PV gestiegene Aufwand für organisatorische und administrative Tätigkeiten einschließlich Dokumentation ausgeglichen wird.[5] Vor dem Hintergrund, dass 50 Prozent der Arbeitszeit für patientenferne Tätigkeiten benötigt wird, müssen die kalkulatorisch fehlenden Minuten für Einzelpsychotherapie verdoppelt werden, um tatsächlich für die psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung zu stehen. Für die Regelbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie bedeutet das, die Minutenwerte von Psychotherapeut*innen um insgesamt 48 Minuten zu erhöhen. In der Regelbehandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss eine Erhöhung der Minutenwerte um neun beziehungsweise zehn Minuten erfolgen (siehe Anhang 8.2, Tabelle 10, Tabelle 13).

Überprüfung des Behandlungsschwerpunkts in der Regelbehandlung
Es sollte geprüft werden, inwieweit die Veränderungen in den therapeutischen Behandlungskonzepten seit Verabschiedung der Psych-PV in der Regelbehandlung (A1, S1, G1) der PPP-Richtlinie adäquat abgebildet sind.

---

[5] *Psychotherapeutische Leistungen werden gemäß PPP-Richtlinie sowohl von der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen als auch der Ärzt*innen erbracht. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen schließt sowohl Psychologische Psychotherapeut*innen als auch ärztliche Psychotherapeut*innen mit ein.*

In den 1980er-Jahren waren milieutherapeutische Interventionen, die im Schwerpunkt von der Pflege geleistet wurden, ein zentraler Baustein der stationären psychiatrischen Behandlung.[6] Die wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen legt heute eine deutliche Verschiebung hin zu einem psychotherapeutischen Behandlungsschwerpunkt in der Regelbehandlung nahe. Während für Patient*innen, die die Merkmale für die Intensivbehandlung erfüllen, zum Beispiel stark gesteigerter oder verringerter Antrieb, akute Selbstgefährdung oder selbstverletzendes Verhalten (A2, S2, G2), ein hoher Anteil pflegerischer Interventionen gewährleistet sein muss, ist dies bei einer Stärkung der Psychotherapie in der Regelbehandlung nicht im jetzigen Umfang erforderlich. Erhöht man also die Minutenwerte für Psychotherapeut*innen in der Regelbehandlung, sollte geprüft werden, ob dies mit einer Verringerung der Minutenwerte in der Pflege einhergehen könnte.

Vorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung entwickeln
Für die Budgetverhandlungen vor Ort benötigen Krankenhäuser und Krankenkassen Anhaltspunkte, wie viel mehr Personal für die Umsetzung einer leitliniengerechten Behandlung erforderlich ist. Der G-BA soll deshalb ein geeignetes Gremium aus Expert*innen damit beauftragen, Qualitätsindikatoren für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung zu entwickeln. Hierzu sollte er den bestehenden Auftrag in § 14 Absatz 4 PPP-Richtlinie anpassen und zeitnah umsetzen.

6.2 Effizienterer Personaleinsatz

Bürokratieabbau
Der bürokratische Aufwand in den psychiatrischen Kliniken sollte weiter reduziert werden, damit das klinische Personal mehr Zeit für die Patientenversorgung hat. Mit der Streichung des monats- und stationsbezogenen Nachweises des Personals in der PPP-Richtlinie ist bereits ein erster Schritt getan, der auch das klinisch tätige Personal zum Beispiel bei der kleinteiligen Erfassung der Arbeitszeit entlasten wird.[7]

Aber auch die Dokumentations- und Nachweispflichten außerhalb der PPP-Richtlinie müssen unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der verschiedenen Beteiligten – Leistungserbringer*innen, Kostenträger*innen und Patient*innen – im Hinblick auf ihren Aufwand im Verhältnis zum Nutzen auf den Prüfstand gestellt werden. Doppeldokumentationen sind zu vermeiden und Routinedaten, wie die OPS-Codes, so weiterzuentwickeln, dass sie gleichermaßen für die Behandlungsdokumentation, die Abrechnung und die Qualitätssicherung nutzbar werden.

---

[6] Unter Milieutherapie wird die Gestaltung einer heilungsfördernden Umgebung verstanden. Im Mittelpunkt stehen Interventionen zur Förderung einer Tages- und Alltagsstruktur, der Patientenautonomie und der sozialen Interaktion untereinander.
*[7] Laut dem Evaluationsbericht des IGES Instituts wendet das an der Patient*in tätige Personal für Tätigkeiten in Zusammenhang mit dem Nachweisverfahren der PPP-Richtlinie – insbesondere für die Arbeitszeitdokumentation und weitere administrative Zwecke – bis zu 10 Prozent seiner Arbeitszeit auf. Laut aktuellem Psychiatrie-Barometer der Deutschen Krankenhausgesellschaft lag der durchschnittliche Dokumentationsaufwand nach PPP-Richtlinie in der Psychiatrie bei 1,6 Vollzeitkräften (23).*

Digitalisierung vorantreiben
Doppelte Dokumentationen können mithilfe von intelligenten IT-Lösungen reduziert beziehungsweise vermieden werden. In den psychiatrischen Krankenhäusern besteht hier noch großer Nachholbedarf. In vielen Kliniken müssen Daten derzeit noch mehrfach und zu unterschiedlichen Zwecken eingegeben werden – beispielsweise zur Dokumentation der Behandlung, zu Abrechnungszwecken und zum Nachweis der Personalausstattung. Das nimmt wertvolle Zeit in Anspruch. Mit einer intelligenten integrierten IT-Infrastruktur, die automatisch relevante Informationen aus verschiedenen Systemen zusammenführt und aktualisiert, entfällt dieser wiederholte Aufwand. Dadurch bleibt mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung und die Qualität der Behandlung steigt, da die medizinischen Fachkräfte sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können.

Arbeitsteilung zwischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen weiterentwickeln
In Bezug auf die Arbeitsteilung zwischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen gibt es Weiterentwicklungspotenzial und Effizienzreserven. Viele Tätigkeiten, die Psychotherapeut*innen im klinischen Alltag aufgrund ihrer Kompetenzen bereits übernehmen, wie beispielsweise die Diagnosestellung oder die Anordnung von Sichtkontrollen bei akuter Suizidalität, müssen aus formalen Gründen noch immer von ärztlicher Seite bestätigt werden. Dies erfordert Zeit, die besser für die Patientenversorgung genutzt werden könnte. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen die Übernahme von mehr Behandlungsverantwortung durch Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie durch die künftigen Fachpsychotherapeut*innen – in Kooperation mit Fachärzt*innen für die Teile der Behandlung, die sie nicht allein verantworten können – grundsätzlich zu. Damit Krankenhäuser hierfür aber Handlungssicherheit erhalten, müssen untergesetzliche Normen wie beispielsweise der Operationen- und Prozedurenschlüssel oder die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) entsprechend angepasst werden.

Vollstationäre Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln
Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kam in seinem Gutachten 2018 zu dem Schluss, dass 20 bis 30 Prozent der stationären psychiatrischen Behandlungen durch alternative ambulante Behandlungsangebote ersetzbar wären (24). Auch die Regierungskommission zur Reform der Krankenhausversorgung sieht trotz des bereits erfolgten Ausbaus teilstationärer Behandlungskapazitäten in der Psychiatrie weiterhin ein relevantes Potenzial, bislang vollstationäre Behandlungen teilstationär oder ambulant zu erbringen (25). Eine Umsteuerung vollstationärer in teilstationäre Behandlungen ginge mit erheblichen Kosteneinsparungen einher. Diese Einsparungen könnten die Ausgaben für eine bessere psychotherapeutische Personalausstattung in den vollstationären Behandlungsbereichen zu großen Teilen kompensieren. Darüber hinaus kann eine Behandlung im teilstationären oder ambulanten Setting je nach Indikation auch für Patient*innen selbst vorteilhaft sein, da sie in ihrem sozialen Umfeld verbleiben, Alltagsstrukturen beibehalten und Therapieinhalte unmittelbar im Lebenskontext erproben können.

Modellrechnung:
Eine tagesklinische Behandlung erfordert nach den Vorgaben der PPP-Richtlinie im Vergleich zur vollstationären Regelbehandlung einen deutlich geringeren Personaleinsatz in den Berufsgruppen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen. Geht man modellhaft davon aus, dass 25 Prozent der im Jahr 2023 erbrachten vollstationären Regelbehandlungen in teilstationäre Behandlungen hätten umgesteuert werden können, wäre dies mit Kostenersparnissen allein für Ärzt*innen und Pflegefachpersonen von gut 120 Millionen Euro einhergegangen, die die durch eine Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapeut*innen in der Regelbehandlung beziehungsweise durch höhere Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in der tagesklinischen Behandlung verausgabten rund 50 Millionen Euro deutlich hätten kompensieren können.

> *Robin H., 43 Jahre, stationäre Aufenthalte aufgrund einer schweren Depression: „Ambulante Angebote haben ein großes Potenzial. Mir hat der Zugang dazu jedoch gefehlt, sodass schließlich eine Krisenintervention notwendig wurde. Eine Mischung aus teilstationären und ambulanten Angeboten wäre für mich deutlich besser gewesen: Man lebt nicht unter einer Käseglocke, die Nachsorge ist einfacher und der Übergang in den Alltag kann besser erprobt werden.“*

7 Quellenverzeichnis

(1) Sachverständigenkommission der Enquête-Kommission (Deutscher Bundestag). (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* (Drucksache 7/4200): https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf.

(2) Bundesregierung. (1990). *Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV)*. BGBl. I, 1990, 2930. aufgehoben zum 1. Januar 2020: https://bundestag.github.io/gesetze/p/psych-pv/.

(3) Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2021). Standpunkt Psychiatrie. Mehr Zeit für Psychotherapie: https://api.bptk.de/uploads/bptk_standpunkt_psychiatrie_9bc0246050.pdf.

(4) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2020). *Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL):* https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3666/PPP-RL_2024-06-20_iK-2025-01-01.pdf.

(5) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie* (AWMF-Register Nr. 038-009): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009.

(6) Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM). (2021). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen* (Registernummer 051-028): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028.

(7) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) & Moderation durch AWMF. (2022). *S3-Behandlungsleitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Registernummer 037-015): https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-015l_S3_Borderline-Persoenlichkeitsstörungen_2022-11.pdf.

(8) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2022). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen: Diagnostik und Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen* (AWMF-Registernummer 038-017): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017.

(9) Nationales VersorgungsLeitlinien-Programm der Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (*NVL – *Version 3.2.* Registernummer NVL-005): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

(10) Aktion Psychisch Kranke e. V. (2007). *Evaluation der Psych-PV: Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*

(vorgelegt am 15.01.2007): https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Evaluation_PschPV_2007.pdf.

(11) GKV-Spitzenverband. (2024). *PEPP 2025 – Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen*: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_entgeltsystem_2025/pepp_3.jsp.

(12) Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Ersterfassung:* https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf.

(13) Schneider, F., Falkai, P., & Maier, W. (2012). *Psychiatrie 2020 plus: Perspektiven, Chancen und Herausforderungen* (2., aktualisierte Auflage). Springer Berlin, Heidelberg: https://doi.org/10.1007/978-3-642-28221-8.

(14) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025). *Basisdaten psychische Erkrankungen* (2025, Februar): https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html.

(15) Statistisches Bundesamt. (2004). *Grunddaten der Krankenhäuser:* https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00008634.

(16) Schnell, K., Hochlehnert, A., Berger, M., Wolff, J., Radtke, M., Schramm, E., Normann, C. & Herpertz, S.C. (2016). Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. *Der Nervenarzt, 87*, 278–285. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0084-2.

(17) Kiefer, F., Koopmann, A., Godemann, F., Wolff, J.; Batra, A. & Mann, K. (2016). Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt, 87*, 295–301. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0053-1.

(18) Mehl, S., Falkai, P., Berger, M., Löhr, M., Rujecu, D., Wolff, J. & Kirchner, T. (2016). Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. *Der Nervenarzt, 87*, 286–294. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0056-y.

(19) Samaan, M., Thoma, L., Groppe, K., Scheidemann, J., Burian, R. & Schade, Christoph. (2025). *Leitliniengerechte Behandlung erfordert mehr Personal*. Deutsches Ärzteblatt, 122(2). https://www.aerzteblatt.de/archiv/stationaere-psychiatrie-leitliniengerechte-behandlung-erfordert-mehr-personal-efbd1732-cd59-4768-98fb-8a421576370d.

(20) IGES Institut. (2025). *Evaluation der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: 1. Abschlussbericht*: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7287/2025-06-18_PPP-RL_Freigabe-Abschlussbericht-IGES Institut.pdf.

(21) Kunze, H., Kaltenbach, L., & Kupfer, K. (Hrsg.). (2010). *Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. (6. aktualisierte und erweiterte Auflage). Kohlhammer: https://doi.org/10.17433/978-3-17-026551-6.

(22) Blume, A., Brückner-Bozetti, P., & Steinert, T. (2018). Tätigkeiten ohne Patientenkontakt: Zeitaufwandsschätzungen aus Telefoninterviews in acht psychiatrischen Kliniken. *Der Nervenarzt, 89*(7), 814-820: https://doi.org/10.1007/s00115-018-0520-6.

(23) Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). (2025). *Psychiatrie Barometer 2024/2025:* https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Psych-Barometer25_final_250717.pdf.

(24) Sachverständigenrat Gesundheit zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018:* https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

(25) Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2023). *Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Psychiatrie, Psychosomatik und Kinderund Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer"): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung:* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf.

8 Anhang

8.1 Regelaufgaben der PPP-Richtlinie

Tabelle 8: Regelaufgaben des psychologisch-psychotherapeutischen Personals gemäß § 5 Absatz 1 PPP-Richtlinie

1. Grundversorgung
- Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente *[KJP: unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge],* Fremdanamnese - Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie) - Verlaufskontrollen - Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen - Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie) - Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite
2. Einzelfallbezogene Behandlung
- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen *[KJP: neuropsychologische Behandlung, einschließlich therapiebegleitender Diagnostik und Modifikation der Therapiemaßnahmen]* - Krisenintervention - Familiengespräche/Familientherapie *[KJP: Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen]* - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
3. Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren) - Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, zum Beispiel Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung - Teilnahme an Stationsversammlungen - Angehörigengruppen auf der Station
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals - Teilnahme an Therapiekonferenzen - Einzelfallsupervision/Teamsupervision - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/IFA-Gruppen - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeut*innen oder Fachpsychotherapeut*innen) - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

KJP: Kinder – und Jugendpsychiatrie.

8.2 Minutenwerte in den Behandlungsbereichen

BPtK-Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte
Der BPtK-Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte basiert auf einer systematischen Auswertung der tatsächlichen Therapiedichte (gemessen als Minuten Einzeltherapie pro Behandlungswoche) in den verschiedenen Behandlungsbereichen. Grundlage hierfür sind die im InEK-DatenBrowser veröffentlichten Abrechnungsdaten auf Basis der OPS-Codes, welche die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen differenziert nach Berufsgruppen (psychologisch-psychotherapeutisch und ärztlich) ausweisen (vergleiche Methodenanhang). Die Differenz zwischen dem ermittelten Ist-Zustand und dem angestrebten Mindestwert von 50 Minuten in der Erwachsenenpsychiatrie beziehungsweise 100 Minuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde gleichmäßig auf psychologisch-psychotherapeutisches und ärztliches Personal aufgeteilt. Zusätzlich wurde der gestiegene administrative Aufwand berücksichtigt, der laut Studien bis zu 50 Prozent der tatsächlichen Arbeitszeit betragen kann (20), (22). Diese Zusatzbelastung wurde mit einem pauschalen Zuschlag auf die direkte Therapiezeit von weiteren 100 Prozent berücksichtigt.

Beispiel: *In der Regelbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (A1) ergab die Auswertung eine durchschnittliche Therapiedichte von insgesamt 26,36 Minuten Einzeltherapie pro Woche, davon 15,43 Minuten durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal und 10,93 Minuten durch ärztliches Personal. Um den angestrebten Mindestwert von 50 Minuten Einzeltherapie pro Woche zu erreichen, fehlen demnach 23,64 Minuten. Diese Differenz wird gleichmäßig auf beide Berufsgruppen verteilt. Zur Kompensation des erhöhten Dokumentations- und Verwaltungsaufwands wird dieser Betrag verdoppelt. Daraus ergibt sich ein vorgeschlagener Zuschlag von insgesamt 47,28 Minuten, gerundet 48 Minuten pro Woche, die zusätzlich über die Personalbemessung abgebildet werden müssen.*

Erwachsenenpsychiatrie

Tabelle 9: Minutenwerttabelle für die Erwachsenenpsychiatrie gemäß Anlage 1 der PPP-Richtlinie

	Ärzt*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen	Pflegefachpersonen	Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen), Psycholog*innen	Spezialtherapeut*innen	Bewegungstherapeut*innen, Physiotherapeut*innen	Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Heilpädagog*innen
Behandlungsbereiche						
A1	207	856	49	122	28	76
A2	257	1536	35	117	29	74
A6	114	329	107	176	17	67
A7	265	509	132	102	50	49
A8	265	201	132	102	50	49
A9	-	-	-	-	-	-
S1	226	835	61	72	35	109
S2	256	1562	68	51	34	153
S6	115	318	105	154	16	101
S9	-	-	-	-	-	-
G1	183	1270	56	102	35	75
G2	211	1645	37	78	40	51
G6	115	372	107	167	26	68
G9	-	-	-	-	-	-

Tabelle 10: Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie

	Ärzt*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen		Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen), Psycholog*innen	
	Minutenwerte	BPtK-Vorschlag	Minutenwerte	BPtK-Vorschlag
A1	207	**+ 24 Minuten**	49	**+ 24 Minuten**
A2	257	**+ 31 Minuten**	35	**+ 31 Minuten**
A6	114	*+ 1 Minute*	107	*+ 1 Minute*
A7	265		132	
A8	265		132	
A9	-		-	
S1	226	**+ 31 Minuten**	61	**+ 31 Minuten**
S2	256	**+ 31 Minuten**	68	**+ 31 Minuten**
S6	115	**+ 12 Minuten**	105	**+ 12 Minuten**
S9	-		-	
G1	183	**+ 32 Minuten**	56	**+ 32 Minuten**
G2	211	**+ 38 Minuten**	37	**+ 38 Minuten**
G6	115	**+ 14 Minuten**	107	**+ 14 Minuten**
G9	-		-	

Tabelle 11: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie

Eingruppierung	Kriterien für die Datenextraktion	Einzeltherapie durch ärztliches Personal	Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	gesamt
A. Allgemeine Psychiatrie				
A1 Regelbehandlung	OPS-Code 9-607; vollstationär; 18 - 64 Jahre	10,93 Minuten	15,43 Minuten	**26,36**
A2 Intensivbehandlung	OPS-Code 9-61; vollstationär; 18 - 64 Jahre	9,4 Minuten	9,14 Minuten	**18,54**
A6 Tagesklinik	teilstationär; 18 - 64 Jahre	14,38 Minuten	34,49 Minuten	**48,87**
A7 Komplexbehandlung	OPS-Code 9-626 oder 9-63; vollstationär; 18 - 64 Jahre	21,63 Minuten	39,6 Minuten	**61,23**
A8 Komplexbehandlung teilstationär	OPS-Code 9-626 oder 9-63; teilstationär; 18 - 64 Jahre	20,19 Minuten	46,77 Minuten	**66,96**
S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit				
S1 Regelbehandlung	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; OPS-Code 9-607; vollstationär; 18 - 64 Jahre	10,58 Minuten	8,00 Minuten	**18,58**
S2 Intensivbehandlung	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; OPS-Code 9-61; vollstationär; 18 - 64 Jahre	9,14 Minuten	9,96 Minuten	**19,1**
S6 Tagesklinik	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; teilstationär; 18 - 64 Jahre	12,52 Minuten	25,97 Minuten	**38,49**
G. Gerontopsychiatrie				
G1 Regelbehandlung	Alter ≥ 65 Jahre; OPS-Code 9-607; vollstationär	8,89 Minuten	9,23 Minuten	**18,12**
G2 Intensivbehandlung	Alter ≥ 65 Jahre; OPS-Kode 9-61; vollstationär	7,33 Minuten	4,56 Minuten	**11,89**
G6 Tagesklinische Behandlung	Alter ≥ 65 Jahre; teilstationär	12,9 Minuten	23,56 Minuten	**36,46**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tabelle 12: Minutenwerttabelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß Anlage 1 der PPP-Richtlinie

	Ärzt*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen), Psycholog*innen	Spezialtherapeut*innen	Bewegungstherapeut*innen, Physiotherapeut*innen	Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Heilpädagog*innen
Behandlungsbereiche						
KJ1	270	2.015	193	179	86	165
KJ2	264	1.874	190	182	78	128
KJ3	337	2.495	173	62	22	77
KJ6	277	845	209	142	80	155
KJ7	259	799	196	161	66	140
KJ9	-	-	-	-	-	-

Tabelle 13: Vorschlag zur Anhebung der Minutenwerte in Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Ärzt*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen		Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen), Psycholog*innen	
	Minutenwerte	BPtK-Vorschlag	Minutenwerte	BPtK-Vorschlag
KJ1	207	**+ 10 Minuten**	49	**+ 10 Minuten**
KJ2	257	**+ 9 Minuten**	35	**+ 9 Minuten**
KJ3	114		107	
KJ6	265	**+ 11 Minuten**	132	**+ 11 Minuten**
KJ7	265		132	

Tabelle 14: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eingruppierung	Kriterien für die Datenextraktion	Einzeltherapie durch ärztliches Personal	Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	gesamt
KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)	OPS-Code 9-656 oder 9-672; vollstationär; Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr*	37,02 Minuten	53,00 Minuten	**90,02**
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	OPS-Code 9-656; vollstationär; Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr*	37,46 Minuten	53,76 Minuten	**91,22**
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	OPS-Code 9-672; vollstationär; Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr*	49,83 Minuten	50,88 Minuten	**100,71**
KJ6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	OPS-Code 9-686; vollstationär	30,78 Minuten	58,67 Minuten	**89,45**
KJ7 Tagesklinische Behandlung	teilstationär	34,37 Minuten	79,49 Minuten	**113,86**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023

**Hinweis: Im InEK-DatenBrowser sind die Altersgruppen nicht passgenau kodiert. Die Altersgruppe „10 - 15 Jahre“ wurde daher sowohl der Gruppe der Schulkinder als auch der Gruppe der Heranwachsenden und Jugendlichen zugeordnet.*

8.3 Limitationen der Studie

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende Untersuchung auf der Auswertung öffentlich zugänglicher Routinedaten beruht. Diese Daten bieten zwar einen grundlegenden Überblick über die psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie, sind jedoch methodisch und inhaltlich limitiert. So können bestimmte Aspekte der Versorgung nur eingeschränkt oder indirekt abgebildet werden und die Aussagekraft ist in Teilen durch Struktur und Qualität der zugrundeliegenden Daten begrenzt.

Mangelende Qualität und Validität der Daten in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser
Zentrale Datenquelle zur Beurteilung der psychotherapeutischen Personalausstattung und Umsetzung der PPP-Richtlinie waren die Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2023. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung aller Krankenhäuser, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen, handelt es sich hierbei um die größte verfügbare Datenbasis zu Strukturmerkmalen psychiatrischer Einrichtungen in Deutschland. In die Auswertungen der Studie sind die Daten von über 1.000 psychiatrischen Fachabteilungen eingeflossen. Bei der Auswertung der Qualitätsberichte haben sich jedoch einige grundlegende Probleme herauskristallisiert, die die Validität der Daten teilweise infrage stellen. Auch wenn die Annahmestelle des G-BA die Daten der Berichtsteile A und B auf Vollständigkeit und, soweit möglich, auf Plausibilität prüfen, handelt es es sich bei den Angaben um Selbstauskünfte der Krankenhäuser. Vor allem bei den Angaben zur Qualifikation des Personals zeigen sich sowohl Ungenauigkeiten als auch Inkonsistenzen. Die Vielzahl fehlender Werte weist zudem auf eine deutlich eingeschränkte Datenvalidität hin. Auch der Evaluationsbericht des IGES Instituts hebt hervor, dass in den Qualitätsberichten gehäuft Inkonsistenzen und fehlende Angaben auftreten, welche die Interpretierbarkeit und Validität der Daten erheblich beeinträchtigen, da die Ursachen dieser Unstimmigkeiten weder abschließend geklärt noch korrigiert werden können.[8]

Fokus auf Einzeltherapie als Kernelement der psychotherapeutischen Behandlung
Der Kern der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie ist das psychotherapeutische Einzelgespräch. Hinzu müssen durchschnittlich 180 Minuten Gruppenpsychotherapie pro Patient*in und Woche kommen. Dazu gehören zum Beispiel psychoedukative Gruppen, in denen über Psychosen oder die Wirkung von Medikamenten gesprochen wird. Im Mittelpunkt steht aber auch der Austausch mit Mitpatient*innen über störungsspezifische Themen oder das gemeinsame Einüben relevanter Fähigkeiten, sozialer Kompetenzen oder das Verhalten in Krisensituationen.

In der BPtK-Studie wurde die Therapiedichte auf psychiatrischen Stationen anhand abgerechneter einzeltherapeutischer Leistungen untersucht. Eine vergleichbare Auswertung gruppentherapeutischer Leistungen ist nicht möglich, da die OPS-Codes in erster Linie den

[8] *Laut Evaluationsbericht des IGES Instituts ist bei etwa jeder vierten Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie und etwa jeder achten Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den einzelnen Quartalen des Jahres 2023 aufgrund nicht vorliegender oder inkonsistenter Angaben nicht klar, ob die Mindestvorgaben an die Personalausstattung erfüllt werden oder nicht.*

zeitlichen Leistungsumfang im Sinne von Personalressourcen abbilden und somit keine direkte Quantifizierung gruppentherapeutischer Angebote erlauben. Gruppentherapien stellen jedoch ein wichtiges Element der psychotherapeutischen Behandlung im stationären Setting dar, da sie den Austausch mit Patient*innen, die von ähnlichen Erkrankungen betroffen sind, sowie gegenseitige Unterstützung ermöglichen und dadurch eine zusätzliche positive Wirkung entfalten. Sie können einzeltherapeutische Gespräche jedoch weder ersetzen noch deren Wegfall kompensieren. Der drastische Mangel an einzeltherapeutischen Gesprächen, wie er in der BPtK-Studie beschrieben wird, bleibt somit unabhängig von den auf den Stationen angebotenen Gruppenpsychotherapien unzumutbar.

Eingeschränkte Aussagekraft von Abrechnungsdaten
Da die Daten direkt aus den Krankenhausinformationssystemen stammen, gelten sie als besonders umfassend und valide. Allerdings liegen die im InEK-Browser verfügbaren Daten ausschließlich in aggregierter Form vor, sodass Auswertungen auf Patientenebene nicht möglich sind. Die Therapiedichte lässt sich daher nur als Mittelwert approximieren. In die Berechnungen sind sowohl die Leistungsdaten von Patient*innen eingeflossen, die nur wenige Tage zur Krisenintervention stationär behandelt wurden, als auch von Patient*innen mit länger geplanten, mehrwöchigen elektiven Aufenthalten.

Zudem sind Analysen zur Therapiedichte auf Basis des PEPP-Datenbestands mit den generellen Limitationen von Abrechnungsdaten verbunden, die primär zu Abrechnungszwecken erstellt wurden und von systematischen Fehlanreizen beeinflusst sein können, beispielsweise wenn Diagnosen oder Leistungen kodiert werden, um den bestmöglichen Abrechnungseffekt zu erzielen. Darüber hinaus erfassen die Daten ausschließlich abrechnungsfähige Leistungen, sodass Leistungen ohne Einfluss auf die Entgelthöhe unter Umständen unvollständig oder gar nicht dokumentiert wurden. Beispielsweise können in der Erwachsenenpsychiatrie nur Therapieeinheiten ab 25 Minuten Gesprächsdauer kodiert werden. Kürzere einzeltherapeutische Gespräche bleiben in der OPS-Systematik unbeachtet und undokumentiert.

Aufgrund der großen Fallzahlen ist jedoch davon auszugehen, dass die Auswertungsergebnisse die Versorgungsrealität zumindest annähernd widerspiegeln. Die konsistenten Unterschiede zwischen Fachabteilungen und Diagnosen deuten darauf hin, dass es sich bei den berichteten Abweichungen nicht um systematische Verzerrungen, sondern um tatsächliche Unterschiede in der Patientenversorgung handelt.

Studie

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG IN DER PSYCHIATRIE

ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

Methoden- und Ergebnisanhang

11.11.2025

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1 Methodenanhang 4
1.1 Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser 4
1.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel: InEK-DatenBrowser 9
2 Ergebnisanhang: Abbildungen und Tabellen 11
2.1 Beschreibung der Stichprobe: Psychiatrische Fachabteilungen 11
2.2 Psychotherapeutische Personalausstattung 15
2.3 Erfüllung der PPP-Richtlinie 17
2.4 Beschreibung der Stichprobe: OPS-Codes 20
2.5 Therapiedichte 22

Tabellenverzeichnis

Tabelle A1: Angaben zur Qualifikation des psychotherapeutischen und psychologischen Personals in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser 5
Tabelle A2: Anzahl der berücksichtigten psychiatrischen Einrichtungen 11
Tabelle A3: Stationsgrößen – Einhaltung des empfohlenen Richtwerts 13
Tabelle A4: Behandlungsbetten und -fälle auf den psychiatrischen Stationen und in den Fachabteilungen 13
Tabelle A5: Anzahl der Fachabteilungen mit fehlenden Personalangaben 16
Tabelle A6: Umsetzungsgrade – Zeitlicher Verlauf 17
Tabelle A7: Zusammenhangsmaße der Mindestpersonalausstattung gemäß PPP-Richtlinie 18
Tabelle A8: Personalausstattung pro Patient*in und Behandlungswoche 19
Tabelle A9: Hauptdiagnosen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie 20
Tabelle A10: Hauptdiagnosen in der teilstationären Erwachsenenpsychiatrie 20
Tabelle A11: Hauptdiagnosen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie 21
Tabelle A12: Hauptdiagnosen in der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie 21
Tabelle A13: Behandlungswochen ohne Einzeltherapie 22
Tabelle A14: Behandlungswochen ohne Einzeltherapie – Ausgewählte Hauptdiagnosen 22
Tabelle A15: Therapiedichte in der vollstationären Behandlung – Ausgewählte Hauptdiagnosen 23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung A1: Datenbereinigung und Stichprobe – Strukturierte Qualitätsberichte..... 8

Abbildung A2: Gesamtfallzahlen in den psychiatrischen Fachabteilungen 11

Abbildung A3: Fallzahlen innerhalb der psychiatrischen Fachabteilungen..... 12

Abbildung A4: Trägerschaft der psychiatrischen Einrichtungen 14

Abbildung A5: Psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte in den psychiatrischen Fachabteilungen 15

Abbildung A6: Anteil der Psychotherapeut*innen in Ausbildung in den psychiatrischen Fachabteilungen 15

Abbildung A7: Psychotherapeut*innen in Ausbildung in den psychiatrischen Fachabteilungen 16

Abbildung A8: Umsetzungsgrade – Zeitlicher Verlauf..... 17

Abbildung A9: Zusammenhang zwischen der Mindestpersonalausstattung und der tatsächlichen Personalausstattung..... 18

Abbildung A10: Zusammenhang zwischen der Anzahl des psychologisch-psychotherapeutischen Personals (in VZK) und der tatsächlichen Personalausstattung 19

Abbildung A11: Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie 24

1 Methodenanhang

Die vorliegende Studie basiert auf der Auswertung von Sekundärdaten aus zwei zentralen Quellen: den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie dem DatenBrowser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

1.1 Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser

1.1.1 Beschreibung der Daten

Krankenhäuser in Deutschland sind seit dem Jahr 2005 gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gesetzlich verpflichtet, über ihre Arbeit und Struktur in Qualitätsberichten zu informieren. Seit 2013 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser dazu verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortebene zu erstellen.

Die Anforderungen an Aufbau und Inhalt der Qualitätsberichte werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Auftrag des Gesetzgebers geregelt. Die Berichte enthalten unter anderem detaillierte Informationen zur Personalausstattung, den vorhandenen Fachabteilungen, Fallzahlen, behandelten Diagnosen sowie zum diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungsspektrum der Einrichtungen. Seit dem Berichtsjahr 2022 werden im Abschnitt C der Qualitätsberichte zudem differenzierte Angaben zur Umsetzung der Personalvorgaben gemäß der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) gemacht.

Der jährliche Qualitätsbericht eines Krankenhauses wird über die Website des G-BA als PDF-File zur Verfügung gestellt. Der G-BA stellt die Strukturierten Qualitätsberichte außerdem in maschinenverwertbarer Form als XML-Files zur Verfügung. Der Zugriff auf die XML-Daten im Downloadportal des G-BA ist antragsbasiert möglich. Die Datenfiles der einzelnen Krankenhäuser wurden der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) von der empira Software GmbH in Form einer ACCESS-Datenbank zur Verfügung gestellt.

Angaben zum psychologisch-psychotherapeutischen Personal
Für die Analyse des psychologischen und psychotherapeutischen Personals wurden die in Teil B der Qualitätsberichte („Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen“) dokumentierten Personalangaben herangezogen.

Die Personalangaben in den Qualitätsberichten erfolgen als Anzahl an Vollzeitkräften (VZK), basierend auf der tariflichen Wochenarbeitszeit. Sofern möglich, wird das Personal differenziert nach stationärer und ambulanter Versorgung erfasst. Die Angaben erfolgen getrennt nach den Berufsgruppen Ärzt*innen, Pflegepersonal und therapeutisches Personal. Für die einzelnen Berufsgruppen liegen darüber hinaus Informationen zum jeweiligen Qualifikationsniveau des eingesetzten Personals vor (Tabelle A1). Innerhalb der Strukturierten Qualitätsberichte wird das psychologische und psychotherapeutische Personal in einer Berufsgruppe zusammengefasst und jeweils einmalig gemäß der höchsten angegebenen Qualifikation zugeordnet.

Tabelle A1: Angaben zur Qualifikation des psychotherapeutischen und psychologischen Personals in den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Qualifikation des eingesetzten Personals	Zugeordnete Berufsgruppe
Diplom-Psycholog*innen	Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen
Psychologische Psychotherapeut*innen	Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen	Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen
Psychotherapeut*innen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)	Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen
Klinische Neuropsycholog*innen	Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen

Angaben zur Umsetzung der PPP-Richtlinie

Für die Auswertung zur Umsetzung der PPP-Richtlinie wurden die quartals- und berufsgruppenbezogenen Angaben aus Teil C-9 der Qualitätsberichte herangezogen. Dieser Abschnitt enthält auf Einrichtungsebene Informationen zur Umsetzung der Personalausstattung gemäß der PPP-Richtlinie, einschließlich der berufsgruppenbezogenen Mindestvorgaben, der tatsächlichen berufsgruppenbezogenen Personalausstattung sowie des Umsetzungsgrads der PPP-Richtlinie (Details siehe Kasten A1)[1,2]. Teil C-9 der Qualitätsberichte enthält darüber hinaus relevante Strukturdaten, wie die Anzahl der Planbetten in der vollstationären Versorgung beziehungsweise die Anzahl der Planplätze in der teilstationären Versorgung (jeweils auf Stationsebene) sowie die Anzahl der Behandlungstage (nach Behandlungsbereich).

*1 Die PPP-Richtlinie umfasst gemäß § 5 folgende Berufsgruppen: a) Ärzt*innen (einschließlich ärztlicher Psychotherapeut*innen), b) Pflegefachpersonen (inklusive Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), c) Psychotherapeut*innen (ohne ärztliche Psychotherapeut*innen) und Psycholog*innen, d) Spezialtherapeut*innen, e) Bewegungstherapeut*innen und Physiotherapeut*innen und f) Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen und Heilpädagog*innen. Den jeweiligen Berufsgruppen werden konkrete Minutenwerte zugeordnet, die in Anlage 1 der PPP-Richtlinie definiert sind (vergleiche Anhang 8.2, Tabelle 9, Tabelle 12, Hauptstudie).*

*2 In der PPP-Richtlinie werden Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen in einer Berufsgruppe zusammengefasst (fortan „psychologisch-psychotherapeutisches Personal“). Gemäß § 5 Absatz 1 beziehungsweise Absatz 2 der PPP-Richtlinie gehören zu dieser Berufsgruppe: Psycholog*innen (dazu zählen Diplom-Psycholog*innen, Master in Psychologie), Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene beziehungsweise für Kinder und Jugendliche sowie (Sozial-)Pädagog*innen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in.*

Kasten A1. PPP-Richtlinie: Berechnung der Umsetzungsgrade

Die PPP-Richtlinie legt für definierte Versorgungseinheiten (zum Beispiel Stationen oder Fachbereiche) verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal einer bestimmten Berufsgruppe für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung fest. Gemäß § 1 Absatz 1 PPP-Richtlinie sind die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung und nicht gleichzusetzen mit leitliniengerechter Behandlung.

Die Berechnung der Umsetzungsgrade erfolgt in mehreren Schritten:

1. **Zuordnung von Patient*innen zu Behandlungsbereichen:**
   Patient*innen werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach Behandlungszielen und -mitteln verschiedenen Behandlungsbereichen zugeordnet (Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 der PPP-Richtlinie).
2. **Ermittlung der Soll-Personalstunden (Mindestvorgaben):**
   Für jede Berufsgruppe ist in der PPP-Richtlinie eine Mindestanzahl an Minuten pro Belegungswoche pro Behandlungsbereich vorgegeben. Diese Minutenwerte werden mit der Anzahl der vollstationären Belegungstage multipliziert, um den Gesamtbedarf an Minuten pro Berufsgruppe im Erhebungszeitraum zu erhalten. Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS-Mind) werden die ermittelten Werte durch 60 geteilt und damit in Stunden umgerechnet.
3. **Ermittlung der Ist-Personalausstattung (tatsächliche Personalausstattung):**
   Die Ist-Personalausstattung ist differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und gegliedert nach den Berufsgruppen; Vorgaben zur Anrechnung gemäß § 8 PPP-Richtlinie sind zu berücksichtigen.[3] Enthalten sind die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden für alle Tätigkeiten des Regeldienstes gemäß § 2 Absatz 3 PPP-Richtlinie. Personal, das auch Leitungstätigkeiten übernimmt, ist in dem Umfang zu berücksichtigen, in dem es Regelaufgaben nach Anlage 4 erbringt (vergleiche Tabelle 8, Hauptstudie). Nicht berücksichtigt sind beispielsweise Ausfallzeiten, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat oder Betriebsrat.
4. **Vergleich Soll- und Ist-Zustand (Berechnung des Umsetzungsgrades):**
   Der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe je Quartal ergibt sich gemäß § 7 Absatz 2 PPP-Richtlinie aus dem Quotienten aus den tatsächlichen Vollkraftstunden (VKS-Ist) und den Mindestvorgaben für den Tagdienst (VKS-Mind). Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 Prozent. Unter besonderen Voraussetzungen können Krankenhäuser von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen und einen Ausnahmetatbestand geltend machen (vergleiche § 10 der PPP-Richtlinie).

[3] *Die PPP-Richtlinie erlaubt die Anrechnung anderer Fach- oder Hilfskräfte bei der tatsächlichen Personalausstattung, sofern deren Tätigkeiten den Vorgaben der Richtlinie entsprechen und ein entsprechender Qualifikationsnachweis vorliegt. Des Weiteren können Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis angerechnet werden, soweit sie die definierten Regelaufgaben erbringen. Für die Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals gilt eine Anrechnungshöchstgrenze von zehn Prozent der Mindestvorgaben.*

1.1.2 Datenaufbereitung und Stichprobe

Selektion der Fachabteilungen
Für die Analyse wurden ausschließlich Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt. Psychosomatische Fachabteilungen (Fachabteilungsschlüssel 31xx) wurden nicht in die Auswertung einbezogen, da für sie im Berichtsjahr 2023 keine Angaben zur Umsetzung der PPP-Richtlinie in den Qualitätsberichten vorliegen. Eingeschlossen wurden alle Organisationseinheiten beziehungsweise Fachabteilungen, die mindestens eine Untereinheit mit einem Fachabteilungsschlüssel der Erwachsenenpsychiatrie (29xx) und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30xx) aufweisen. Der Fachabteilungsschlüssel 2930 (Allgemeine Psychiatrie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie) wurde abweichend der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet.

Datenaufbereitung und -bereinigung (Teil A und B)
Im Rahmen der Aufbereitung der Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser (Teil A) und der Fachabteilungen (Teil B) wurde eine Bereinigung in mehreren Schritten durchgeführt, um die Vergleichbarkeit und Zuverlässigkeit der Daten sicherzustellen (Abbildung A1).

In einem ersten Schritt wurde überprüft, ob alle Fachabteilungen eindeutig einer Einrichtungsart, das heißt entweder der Erwachsenen- oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet werden können. Dies war bei allen Fachabteilungen möglich.

In einigen Fällen wurden die Daten nicht getrennt für einzelne Unterabteilungen ausgewiesen, sondern zusammengefasst auf Ebene der gesamten Fachabteilung beziehungsweise Organisationseinheit. Um eine einheitliche Grundlage für die Analyse zu schaffen, wurden daher in einem zweiten Schritt alle Untereinheiten pro Fachabteilung auf Standortebene zusammengefasst und aggregierte Fallzahlen gebildet. Standortbezogene Zusatzinformationen wurden entsprechend zugeordnet.

Im nächsten Bereinigungsschritt wurden Fachabteilungen ausgeschlossen, für die im Jahr 2023 weder voll- noch teilstationäre Behandlungsfälle dokumentiert worden waren. Dies betraf insgesamt 27 Fachabteilungen.

Bei 16 Fachabteilungen in acht Krankenhäusern wurden identische Personalangaben zum psychologisch-psychotherapeutischen Personal in allen Fachabteilungen desselben Krankenhauses festgestellt. Da unklar ist, ob es sich dabei um fehlerhafte Angaben handelt, wurden diese Fachabteilungen von der Analyse ausgeschlossen.

Nach Abschluss der Bereinigung umfasste der finale Datensatz 253 Krankenhäuser mit 302 kinder- und jugendpsychiatrischen sowie 679 Krankenhäuser mit 896 erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen. Insgesamt wurden somit 820 Krankenhäuser in den Auswertungen berücksichtigt.

Datenaufbereitung und -bereinigung (Teil C-9)
Die wie oben beschrieben aufbereiteten Strukturdaten der Krankenhäuser und Fachabteilungen wurden den Angaben zur Umsetzung der PPP-Richtlinie sowie den Strukturdaten

aus Teil C-9 der Qualitätsberichte auf Einrichtungsebene zugeordnet. Fachabteilungsspezifische Personalangaben wurden getrennt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Erwachsenenpsychiatrie auf Einrichtungsebene aggregiert. Angaben auf Stationsebene wurden auf Einrichtungsebene innerhalb der Fachbereiche aggregiert.

Bei fünf Krankenhäusern lagen die Angaben zur Umsetzung der PPP-Richtlinie nicht für alle vier Quartale des Berichtsjahres vor. Diese Einrichtungen wurden daher von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Vollständige Daten aus Teil A, B und C der Krankenhäuser lagen für 237 Krankenhäuser mit kinder- und jugendpsychiatrischen sowie für 645 Krankenhäuser mit erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen vor. Insgesamt wurden die Daten von 779 Krankenhäusern in den Auswertungen zur Umsetzung der PPP-Richtlinie berücksichtigt.

Abbildung A1: Datenbereinigung und Stichprobe – Strukturierte Qualitätsberichte

Ausgangspunkt
Gesamtanzahl der Einrichtungen mit psychiatrischen Fachabteilungen
Kinder- und Jugendpsychiatrie: 259 Einrichtungen (313 Fachabteilungen)
Erwachsenenpsychiatrie: 684 Einrichtungen (925 Fachabteilungen)

- Ausschluss von Fachabteilungen, die nicht eindeutig der Erwachsenen- beziehungsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet werden können
- Datenaggregation auf Fachabteilungsebene
- Ausschluss von Fachabteilungen, für die im Jahr 2023 weder voll- noch teilstationäre Behandlungsfälle dokumentiert wurden

Kinder- und Jugendpsychiatrie: 254 Einrichtungen (306 Fachabteilungen)
Erwachsenenpsychiatrie: 681 Einrichtungen (905 Fachabteilungen)

- Ausschluss von Fachabteilungen mit identischen Personalangaben in allen Fachabteilungen desselben Krankenhauses

Finale Stichprobe: Struktur- und Leistungsdaten
Kinder- und Jugendpsychiatrie: 253 Einrichtungen (302 Fachabteilungen)
Erwachsenenpsychiatrie: 679 Einrichtungen (896 Fachabteilungen)

- Datenaggregation auf Einrichtungsebene
- Ausschluss von Einrichtungen mit fehlenden Quartalsangaben
- Ausschluss von unvollständigen Datensätzen

Finale Stichprobe: Umsetzung der PPP-Richtlinie
Kinder- und Jugendpsychiatrie: 237 Einrichtungen
Erwachsenenpsychiatrie: 645 Einrichtungen

1.1.3 Methodik der Datenanalyse

Die Daten der Strukturierten Qualitätsberichte wurden zunächst mithilfe der ACCESS-Datenbank in Excel-Files konvertiert. Anschließend erfolgte die Auswertung mit der Statistiksoftware R.

Die Analyse basiert auf deskriptivstatistischen Verfahren. Metrisch skalierte Merkmale wurden anhand von Lage- und Streuungsmaßen beschrieben, insbesondere durch Angabe des Medians sowie des 25. und 75. Perzentils. Da für die untersuchten Variablen keine Normalverteilung angenommen werden konnte, wurde Spearmans Rangkorrelationskoeffizient (ρ) als Zusammenhangsmaß berechnet.

Der Fokus der Auswertung liegt auf den Berufsgruppen des psychologisch-psychotherapeutischen Personals sowie der Ärzt*innen, die die psychotherapeutische Versorgung auf den Stationen gewährleisten. Bei sämtlichen Analysen wurde zwischen Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie differenziert, um fachabteilungsspezifische Unterschiede adäquat abzubilden.

1.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel: InEK-Daten-Browser

1.2.1 Beschreibung der Daten

Ergänzend wurden für einen Teil der Analyse Daten aus dem InEK-DatenBrowser herangezogen. Der DatenBrowser stellt die Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser bereit, die gemäß § 21 Absatz 3b Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) von den Krankenhäusern verpflichtend an die Datenstelle des InEK gemeldet werden. Die Daten stammen direkt aus den Krankenhausinformationssystemen und gelten daher als besonders valide.

Der DatenBrowser erlaubt die gezielte Auswahl nach verschiedenen Selektionskriterien und gibt unter anderem Auskunft über die abgerechneten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Codes), deren Häufigkeit sowie den Anteil der Krankenhausfälle, bei denen bestimmte Prozeduren durchgeführt wurden. Damit bietet er eine fundierte Grundlage zur Analyse von Leistungshäufigkeiten im stationären Bereich.

1.2.2 Datenaufbereitung und -auswertung

Im Fokus der Auswertungen standen insbesondere einzelpsychotherapeutische Leistungen, die anhand spezifischer OPS-Codes wochengenau dokumentiert sind. Als erste Behandlungswoche wird der Zeitraum vom Tag der Aufnahme bis einschließlich des siebten Tages des stationären Aufenthaltes definiert. Für die Erwachsenenpsychiatrie wurden Einzeltherapien durch Ärzt*innen (OPS 9-649.1) sowie durch Psychotherapeut*innen und/oder Psycholog*innen (OPS 9-649.3) berücksichtigt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden analog Einzeltherapien durch Ärzt*innen (OPS 9-696.1) sowie durch Psychotherapeut*innen und/oder Psycholog*innen (OPS 9-696.3) ausgewertet.

Da die OPS-Codes jeweils einen festen Leistungsumfang pro Woche abbilden, wurden die dokumentierten Therapieeinheiten zur besseren Vergleichbarkeit in Minutenwerte umgerechnet. Grundlage hierfür war die OPS-Systematik: Eine Therapieeinheit (TE) entspricht bei Erwachsenen mindestens 25 Minuten zusammenhängender Therapie, bei Kindern und Jugendlichen mindestens 15 Minuten. Anhand des OPS-Codes 9-649.0 beziehungsweise 9-696.0 („keine Therapieeinheit pro Woche“) lässt sich zudem ermitteln, wie oft Patient*innen in einer Behandlungswoche keine Einzeltherapie durch Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen erhalten haben.

Eine Analyse gruppentherapeutischer Leistungen nach demselben Schema ist nicht möglich, da es sich bei den OPS-Codes um Abrechnungsdaten handelt, die den zeitlichen Leistungsumfang im Sinne von Personalressourcen widerspiegeln. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen werden die erbrachten Therapieeinheiten daher auf die Anzahl der teilnehmenden Patient*innen umgelegt. Eine Schätzung für die von einer Patient*in erhaltene Therapiezeit ist somit nicht möglich.

***Beispiel**: Erhält eine Patient*in in der Erwachsenenpsychiatrie in der Woche 50 Minuten Einzelpsychotherapie von ihrer Bezugstherapeut*in, wird dies für diese Patient*in als zwei Therapieeinheiten (à 25 Minuten) kodiert. Bei einer fünfzigminütigen Gruppenpsychotherapie, die von einer einzelnen Psychotherapeut*in gehalten wird, wird der Ressourcenaufwand auf alle teilnehmenden Patient*innen umgelegt. Bei zehn Teilnehmer*innen würden für jede Patient*in demnach nur fünf Minuten beziehungsweise 0,2 Therapieeinheiten kodiert werden.*

1.2.3 Methodik der Datenanalyse

Die Daten wurden aus dem InEK-DatenBrowser in Excel-Files extrahiert. Die weitere Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware R.

Die Analyse basiert auf deskriptivstatistischen Verfahren. Dabei wurde systematisch zwischen den Fachabteilungen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie differenziert sowie zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung unterschieden, um fachabteilungsspezifische Unterschiede abbilden zu können. Zusätzlich wurde die Therapiedichte getrennt nach Patientengruppen mit spezifischen Hauptdiagnosen analysiert.

Zur Ableitung konkreter Vorschläge zur Anhebung der Minutenwerte in den einzelnen Behandlungsbereichen wurde in einer gesonderten Analyse die Therapiedichte innerhalb der verschiedenen Behandlungsbereiche der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie berechnet (vergleiche Anhang 8.2, Tabelle 11, Tabelle 14, Hauptstudie).

2 Ergebnisanhang: Abbildungen und Tabellen

2.1 Beschreibung der Stichprobe: Psychiatrische Fachabteilungen

Datengrundlage: Daten von 253 Krankenhäusern mit 302 kinder- und jugendpsychiatrischen sowie 679 Krankenhäusern mit 896 erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen. Insgesamt wurden 820 Krankenhäuser in den Auswertungen berücksichtigt.

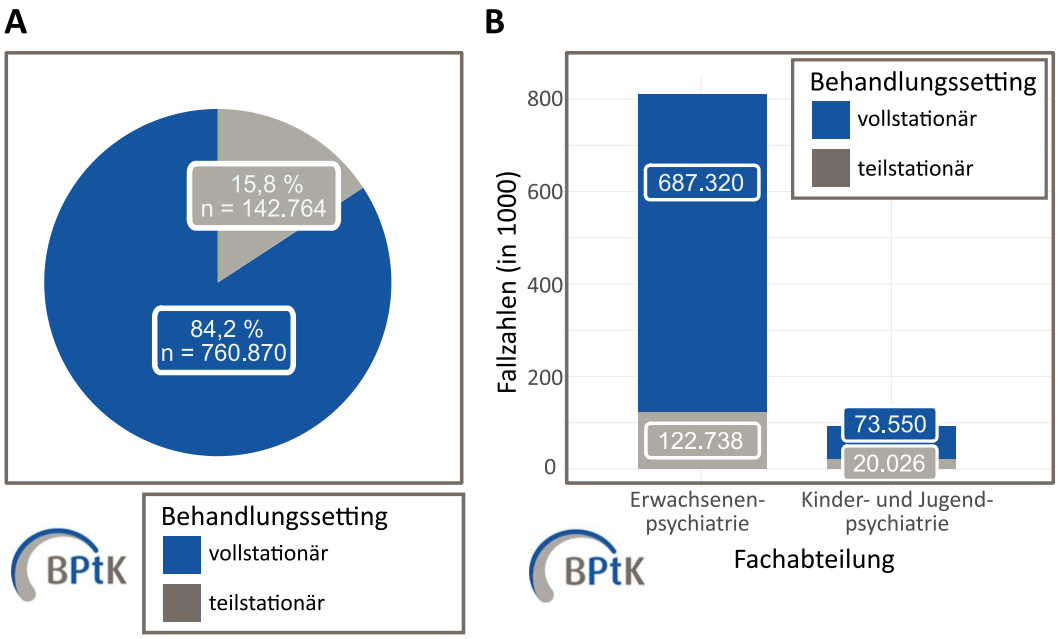
Fallzahlen in den psychiatrischen Fachabteilungen

Tabelle A2: Anzahl der berücksichtigten psychiatrischen Einrichtungen

	Nur vollstationäre Fälle	Nur teilstationäre Fälle	Voll- und teilstationäre Fälle	*gesamt*
Kinder- und Jugendpsychiatrie	20	96	137	**253**
Erwachsenenpsychiatrie	74	238	367	**679**

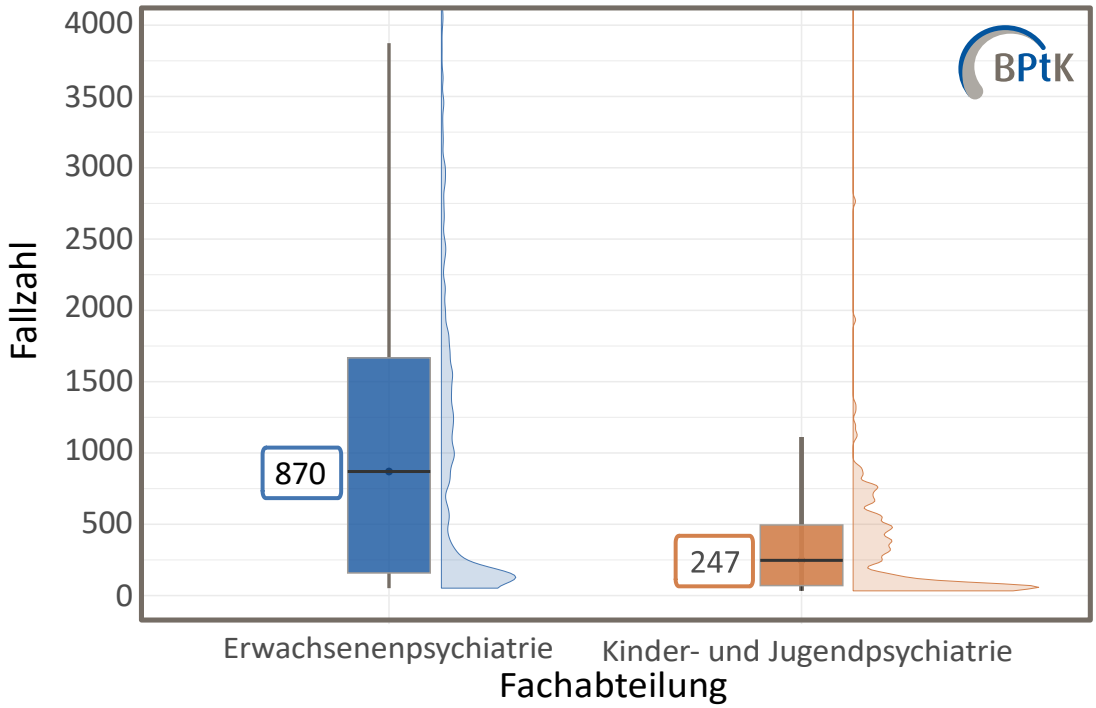
Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Abbildung A2: Gesamtfallzahlen in den psychiatrischen Fachabteilungen



Voll- und teilstationäre Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie. (A) Darstellung der absoluten Fallzahlen und prozentualen Anteile voll- und teilstationärer Behandlungen insgesamt. (B) Darstellung der voll- und teilstationären Fallzahlen getrennt nach Fachabteilungen. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Abbildung A3: Fallzahlen innerhalb der psychiatrischen Fachabteilungen



Verteilung der Fallzahlen innerhalb der psychiatrischen Fachabteilungen. Dargestellt sind die Verteilung und Streuung der Fallzahlen je Fachabteilung. Die Boxplots umfassen den Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil) sowie den Median der Verteilung. Innerhalb der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie beliefen sich die jährlichen Fallzahlen im teilstationären und vollstationären Bereich im Median auf 247 [70; 369,87], in der Erwachsenenpsychiatrie auf 870 [158,5; 1193,02]. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Behandlungsbetten

Hinweis zur Datenqualität
In zehn Einrichtungen sind trotz vorhandener vollstationärer Planbetten keine vollstationären Fallzahlen zu verzeichnen, bei 36 Einrichtungen sind trotz vorhandener teilstationärer Planplätze keine teilstationären Fallzahlen zu verzeichnen. Bei 23 Einrichtungen fehlen die Angaben zur Bettenzahl trotz vorhandener vollstationärer Fallzahlen, bei 51 Einrichtungen fehlen die Angaben zu teilstationären Planplätzen trotz vorhandener teilstationärer Fallzahlen.

Tabelle A3: Stationsgrößen – Einhaltung des empfohlenen Richtwerts[4]

	Kinder- und Jugendpsychiatrie	*Erwachsenenpsychiatrie*
Einhaltung des empfohlenen Richtwerts (Anteil der Stationen)	72,76 %	33,01 %

Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Tabelle A4: Behandlungsbetten und -fälle auf den psychiatrischen Stationen und in den Fachabteilungen

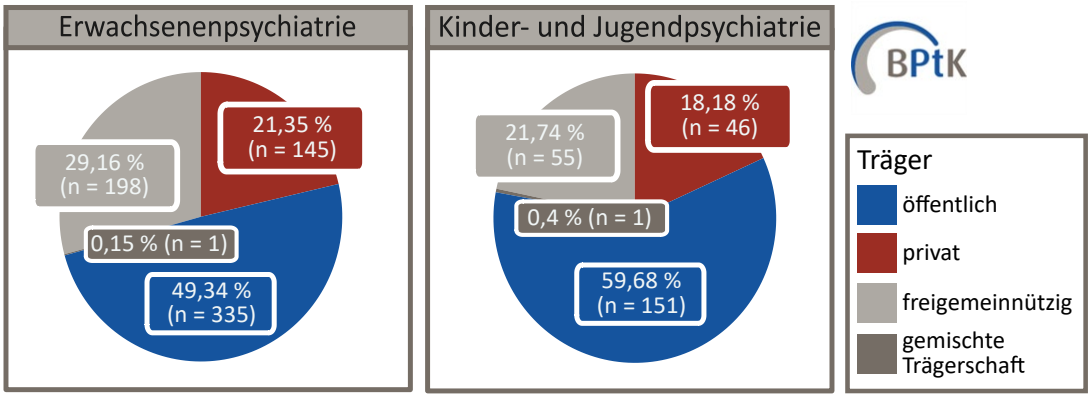
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	*Erwachsenenpsychiatrie*
Vollstationäre Planbetten (pro Station)	11 [10; 13]	20 [18; 24]
Vollstationäre Planbetten (pro Einrichtung)	44 [28,25; 53]	100 [67; 156]
Teilstationäre Planplätze (pro Station)	10 [8; 14]	15 [8; 20]
Teilstationäre Planplätze (pro Einrichtung)	14 [11; 18]	20 [16; 30]
Jährliche Fallzahlen (pro Einrichtung)	247 [70; 369,87]	870 [158,5; 1193,02]
Teilstationäre Fälle pro Planplatz (pro Einrichtung pro Jahr)	4,71 [3,54; 5,83]	6,65 [4,39; 8,72]
Vollstationäre Fälle pro Planbett (pro Einrichtung pro Jahr)	7,48 [4,82; 9,51]	9,76 [6,53; 13,04]
Behandlungsumfang pro Fall (voll- und teilstationäre Versorgung)	42,82 Tage [32,15; 58,31]	31,65 Tage [32,15; 43,71]
Planbetten pro psychologisch-psychotherapeutische Vollzeitkraft	4,78 Betten [3,5; 6,94]	13,93 Betten [9,73; 20,37]

Dargestellt sind der jeweilige Median sowie das 25. und 75. Perzentil. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

[4] *Gemäß § 9 Absatz 1 der PPP-Richtlinie wird empfohlen, eine Stationsgröße in der Erwachsenenpsychiatrie von 18 Behandlungsplätzen sowie zwölf Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zu überschreiten. Erklärt wird dies mit dem Stationsmilieu, etwa dem steigenden Vorkommen von Aggressionen und Gewalt auf größeren Stationen, sowie der Qualität der Behandlung.*

Krankenhausträger

Abbildung A4: Trägerschaft der psychiatrischen Einrichtungen

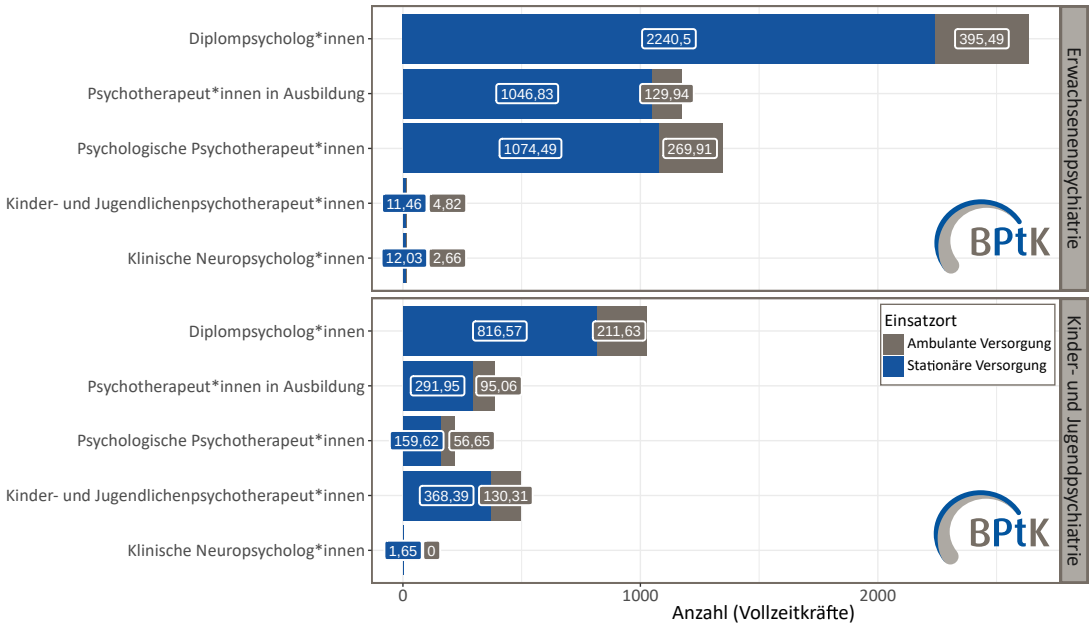


Krankenhausträger der Einrichtungen mit psychiatrischen Fachabteilungen. Dargestellt sind der prozentuale Anteil sowie die absolute Anzahl an Einrichtungen (in Klammern). Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

2.2 Psychotherapeutische Personalausstattung

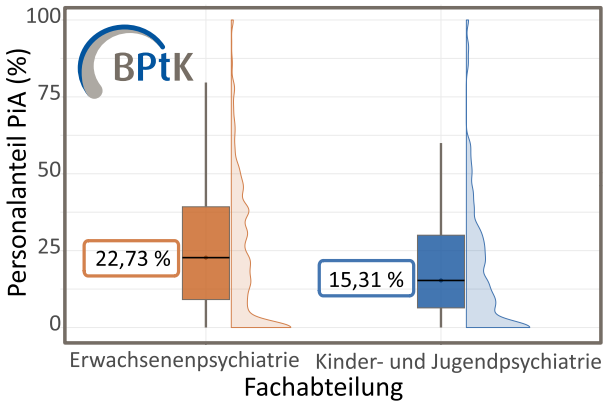
Datengrundlage: Daten von 253 Krankenhäusern mit 302 kinder- und jugendpsychiatrischen sowie 679 Krankenhäusern mit 896 erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen. Insgesamt wurden 820 Krankenhäuser in den Auswertungen berücksichtigt.

Abbildung A5: Psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte in den psychiatrischen Fachabteilungen



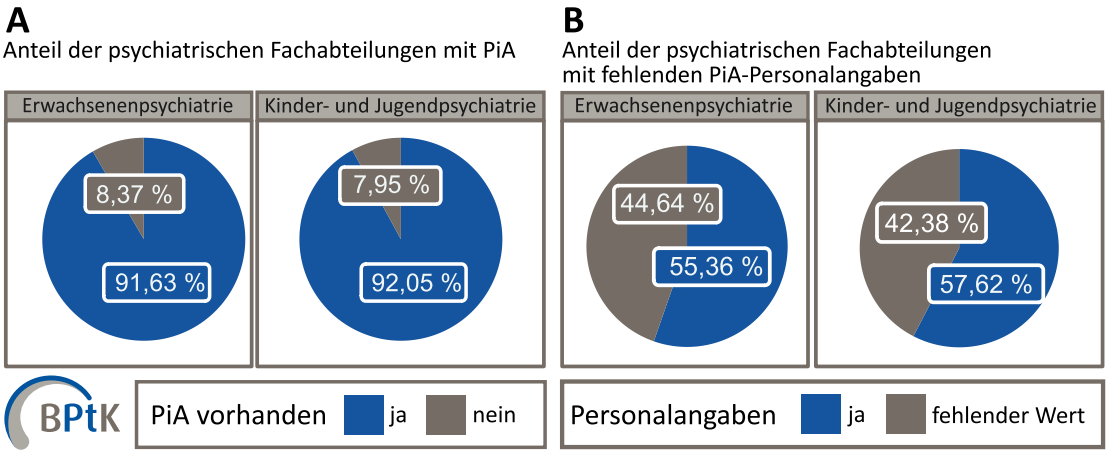
Psychologische und psychotherapeutische Vollzeitkräfte in der voll- und teilstationären Versorgung der psychiatrischen Fachabteilungen. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Abbildung A6: Anteil der Psychotherapeut*innen in Ausbildung in den psychiatrischen Fachabteilungen



*Prozentualer Anteil der Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) am psychologisch-psychotherapeutischen Personal innerhalb der psychiatrischen Fachabteilungen. Dargestellt sind die Verteilung und Streuung je Fachabteilung. Die Boxplots umfassen den Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil) sowie den Median der Verteilung. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.*

Abbildung A7: Psychotherapeut*innen in Ausbildung in den psychiatrischen Fachabteilungen



*Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) in den psychiatrischen Fachabteilungen. (A) Anteil der Fachabteilungen ohne PiA. (B) Anteil der Fachabteilungen mit fehlenden PiA-Personalangaben. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.*

Tabelle A5: Anzahl der Fachabteilungen mit fehlenden Personalangaben

	Qualifikation des Personals			
	Dipl.-Psychologen*innen	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen	Psychologische Psychotherapeut*innen	Psychotherapeut*innen in Ausbildung
Erwachsenenpsychiatrie	71 (7,92 %)	754 (84,15 %)	258 (28,8 %)	400 (44,64 %)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	29 (9,6 %)	91 (30,13 %)	146 (48,34 %)	128 (42,38 %)

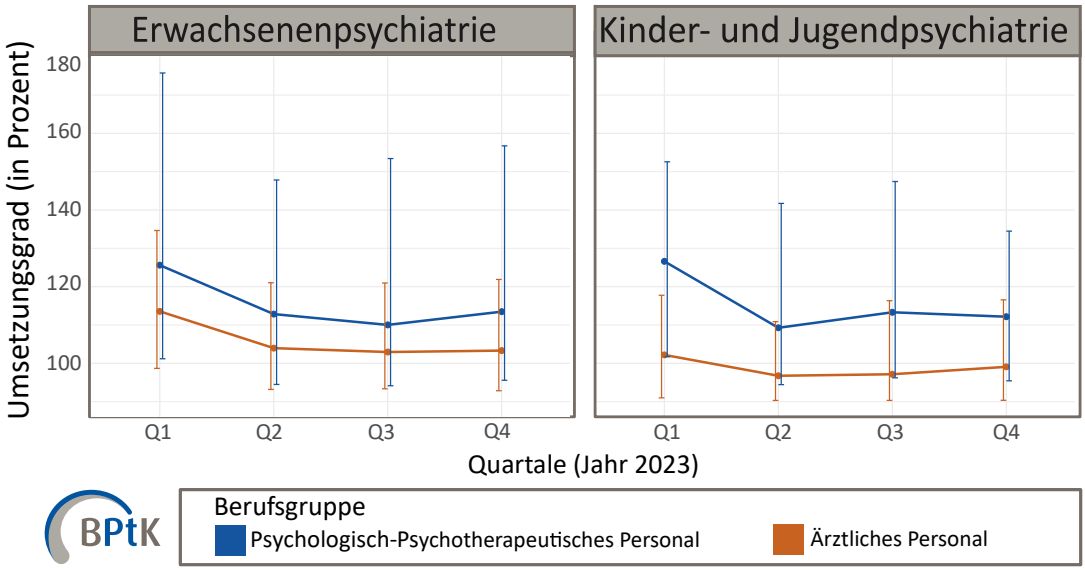
Anzahl sowie prozentualer Anteil der Fachabteilungen mit fehlenden Angaben. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

2.3 Erfüllung der PPP-Richtlinie

Datengrundlage: Daten von 237 Krankenhäusern mit kinder- und jugendpsychiatrischen sowie 645 Krankenhäusern mit erwachsenenpsychiatrischen Fachabteilungen. Insgesamt wurden 779 Krankenhäuser in den Auswertungen berücksichtigt.

Umsetzungsgrade

Abbildung A8: Umsetzungsgrade – Zeitlicher Verlauf



Zeitlicher Verlauf der Umsetzungsgrade (in Prozent) in den Berufsgruppen und Fachabteilungen. Dargestellt sind der Median sowie der Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil) für die einzelnen Quartale Q1 bis Q4. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Tabelle A6: Umsetzungsgrade – Zeitlicher Verlauf

	Medianer Umsetzungsgrad [25. Perzentil; 75. Perzentil]	
	Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	Ärztliches Personal
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Quartal 1	126,61 % [101,70; 152,58]	102,19 % [90,99; 117,75]
Quartal 2	109,26 % [94,43; 141,73]	96,74 % [90,31; 110,87]
Quartal 3	113,31 % [96,2; 147,44]	97,14 % [90,32; 116,34]
Quartal 4	112,16 % [95,42; 134,49]	99,08 % [90,34; 116,56]
Erwachsenenpsychiatrie		
Quartal 1	125,62 % [101,18; 175,76]	113,55 % [98,67; 134,65]
Quartal 2	112,84 % [94,48; 147,84]	103,96 % [93,18; 121,02]
Quartal 3	110,02 % [94,14; 153,43]	102,94 % [93,34; 120,95]
Quartal 4	113,47 % [95,57; 156,75]	103,31 % [92,84; 121,88]

Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

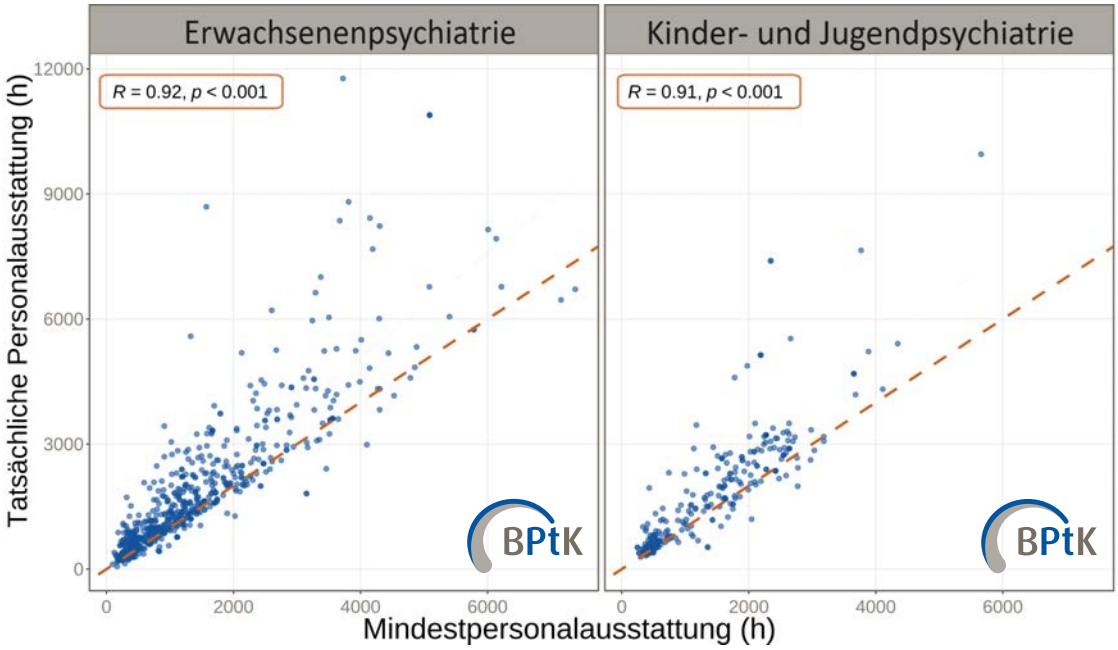
Zusammenhangsmaße

Tabelle A7: Zusammenhangsmaße der Mindestpersonalausstattung gemäß PPP-Richtlinie

	Kinder- und Jugendpsychiatrie	*Erwachsenenpsychiatrie*
Voll- und teilstationäre Fallzahlen	Spearmans ρ = 0,84, p < 0,001	Spearmans ρ = 0,88, p < 0,001
Voll- und teilstationäre Planbetten	Spearmans ρ = 0,96, p < 0,001	Spearmans ρ = 0,95, p < 0,001
Behandlungstage	Spearmans ρ = 0,99, p < 0,001	Spearmans ρ = 0,97, p < 0,001

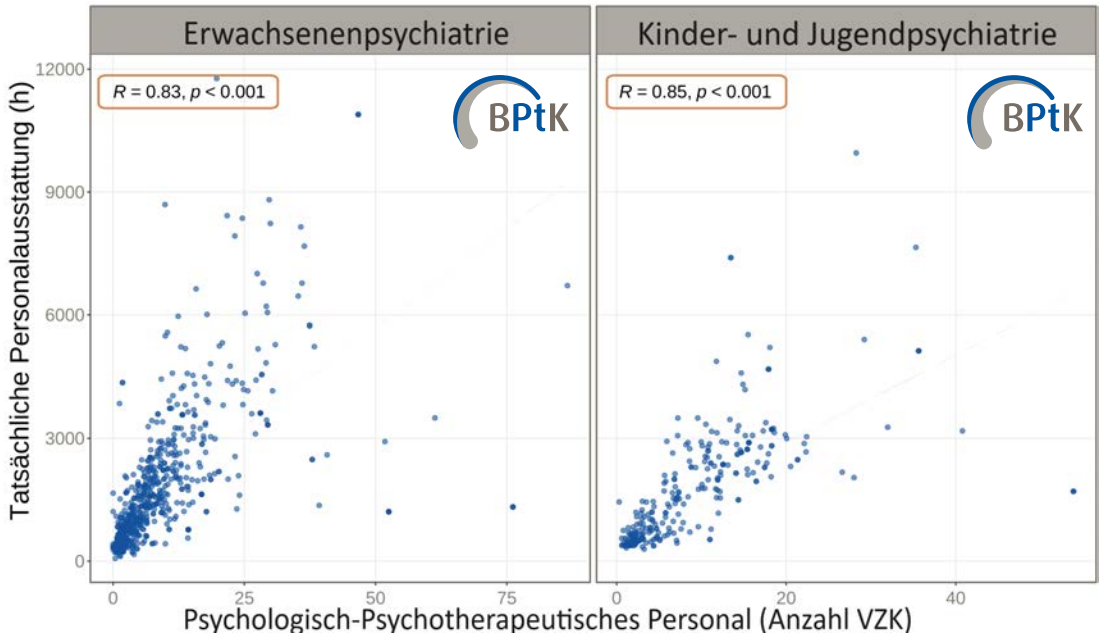
Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Abbildung A9: Zusammenhang zwischen der Mindestpersonalausstattung und der tatsächlichen Personalausstattung



Zusammenhang zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß PPP-Richtlinie und der tatsächlichen Personalausstattung (im Sinne von Arbeitsstunden, die für die Verrichtung von Regelaufgaben gemäß PPP-Richtlinie aufgewendet werden) in der Berufsgruppe des psychologisch-psychotherapeutischen Personals. Dargestellt ist Spearmans Rangkorrelationskoeffizient als Zusammenhangsmaß. In Fachabteilungen, die auf der orangefarbenen Linie liegen, entspricht die tatsächliche Personalausstattung den Mindestvorgaben. In Fachabteilungen, die unterhalb der orangefarbenen Linie liegen, ist nicht ausreichend Personal verfügbar, um die Mindestvorgaben zu erfüllen. Fachabteilungen, die oberhalb der orangefarbenen Linie liegen, halten zusätzliches Personal vor. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Abbildung A10: Zusammenhang zwischen der Anzahl des psychologisch-psychotherapeutischen Personals (in VZK) und der tatsächlichen Personalausstattung



Zusammenhang zwischen der Anzahl des psychologisch-psychotherapeutischen Personals (in VZK) und der tatsächlichen Personalausstattung in Arbeitsstunden (im Sinne von Arbeitsstunden, die für die Verrichtung von Regelaufgaben gemäß PPP-Richtlinie aufgewendet werden). Dargestellt ist Spearmans Rangkorrelationskoeffizient als Zusammenhangsmaß. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

Tabelle A8: Personalausstattung pro Patient*in und Behandlungswoche

	Psychologisch-Psychotherapeutisches Personal	Ärztliches Personal
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Mindestpersonalausstattung (pro Patient*in pro Woche)	216,44 min [199,1; 231,52]	304,66 min [286,56; 362,58]
Tatsächliche Personalausstattung (pro Patient*in pro Woche)	269,14 min [227,9; 305,18]	324,45 min [276,68; 330,80]
Erwachsenenpsychiatrie		
Mindestpersonalausstattung (pro Patient*in und Woche)	72,1 min [61,07; 102,88]	201,39 min [159,95; 210,79]
Tatsächliche Personalausstattung (pro Patient*in und Woche)	101,12 min [70,00; 137;08]	213,68 min [179,14; 246,91]

Dargestellt sind der jeweilige Median sowie das 25. und 75. Perzentil. Datenquelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser, 2023.

2.4 Beschreibung der Stichprobe: OPS-Codes

Tabelle A9: Hauptdiagnosen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie

Diagnose	Fälle	Prozent
--	420	0,06
F00 - F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	51.451	7,36
F10 - F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	231.362	33,08
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	116.470	16,65
F30 - F39: Affektive Störungen	194.108	27,76
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	50.521	7,22
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	892	0,13
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	31.820	4,55
F70 - F79: Intelligenzminderung	5.927	0,85
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	1.116	0,16
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	899	0,13
Sonstige Diagnosen (nicht F)	14.359	2,05
gesamt	**699.345**	**100,00**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Tabelle A10: Hauptdiagnosen in der teilstationären Erwachsenenpsychiatrie

Diagnose	Fälle	Prozent
--	245	0,17
F00 - F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1539	1,07
F10 - F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	9165	6,39
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	10.433	7,28
F30 - F39: Affektive Störungen	98.972	69,04
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15.215	10,61
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	229	0,16
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6.121	4,27
F70 - F79: Intelligenzminderung	113	0,08
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	106	0,07
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	428	0,30
Sonstige Diagnosen (nicht F)	791	0,56
gesamt	**143.357**	**100,00**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Tabelle A11: Hauptdiagnosen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Diagnose	Fälle	Prozent
--	241	0,38
F00 - F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5	0,01
F10 - F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2190	3,45
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.124	1,77
F30 - F39: Affektive Störungen	23.128	36,45
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11.377	17,93
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3462	5,46
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.586	2,50
F70 - F79: Intelligenzminderung	534	0,84
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	1.233	1,94
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	18.502	29,16
Sonstige Diagnosen (nicht F)	74	0,11
gesamt	**63.456**	**100,00**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Tabelle A12: Hauptdiagnosen in der teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Diagnose	Fälle	Prozent
--	205	0,87
F00 - F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	7	0,03
F10 - F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	43	0,18
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	217	0,92
F30 - F39: Affektive Störungen	5.893	25,04
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.289	18,22
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.092	4,64
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	316	1,34
F70 - F79: Intelligenzminderung	82	0,35
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	985	4,18
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10.388	44,13
Sonstige Diagnosen (nicht F)	22	0,1
gesamt	**23.539**	**100,00**

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

2.5 Therapiedichte

Behandlungswochen ohne Einzeltherapie

Tabelle A13: Behandlungswochen ohne Einzeltherapie

	vollstationär	teilstationär
Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Behandlungswochen ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungswochen in %)	6,75 %	8,36 %
Behandlungsfälle mit mindestens einer Behandlungswoche ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungsfällen in %)	23,61 %	29,85 %
Erwachsenenpsychiatrie		
Behandlungswochen ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungswochen in %)	46,75 %	20,2 %
Behandlungsfälle mit mindestens einer Behandlungswoche ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungsfällen in %)	69,16 %	40,02 %

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Tabelle A14: Behandlungswochen ohne Einzeltherapie – Ausgewählte Hauptdiagnosen

	F20 - 29	*F32 - F39*	*F40 - 42*	*F60.3*
Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Behandlungswochen ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungswochen in %)	8,27 %	6,59 %	4,97 %	7,96 %
Behandlungsfälle mit mindestens einer Behandlungswoche ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungsfällen in %)	28,94 %	21,47 %	24,09 %	26,08 %
Erwachsenenpsychiatrie				
Behandlungswochen ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungswochen in %)	60,4 %	28,96 %	28,85 %	36,91 %
Behandlungsfälle mit mindestens einer Behandlungswoche ohne Einzeltherapie (Anteil an allen Behandlungsfällen in %)	80,81 %	62,51 %	59,87 %	63,75 %

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Einzeltherapie pro Woche

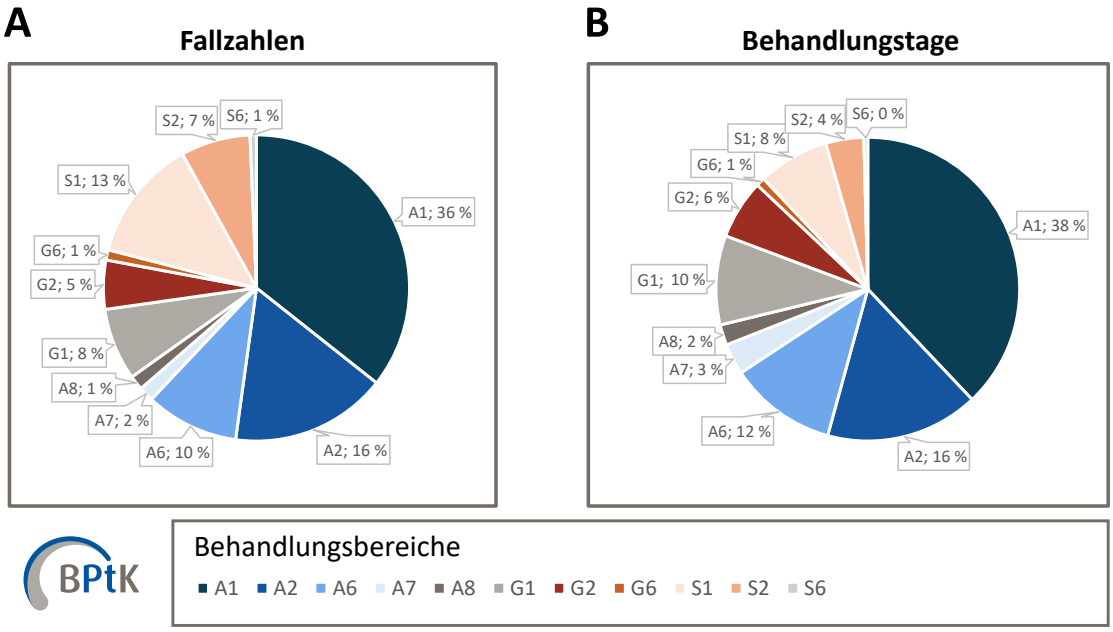
Tabelle A15: Therapiedichte in der vollstationären Behandlung – Ausgewählte Hauptdiagnosen

	F20 - 29	*F32 - F39*	*F40 - 42*	*F60.3*
Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Fallzahlen	1.137	22.971	3.396	1.246
Mittlere Verweildauer	45,64 Tage	30,12 Tage	52,17 Tage	32,74 Tage
Einzeltherapie durch ärztliches Personal	7,78 min/Tag **54,48 min/Woche** 355,2 min/Fall	5,86 min/Tag **41,03 min/Woche** 176,56 min/Fall	4,82 min/Tag **33,72 min/Woche** 251,32 min/Fall	6,86 min/Tag **48,04 min/Woche** 224,72 min/Fall
Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	4,16 min/Tag **29,15 min/Woche** 190,04 min/Fall	7,78 min/Tag **54,48 min/Woche** 234,43 min/Fall	8,05 min/Tag **56,34 min/Woche** 419,96 min/Fall	7,49 min/Tag **52,43 min/Woche** 245,26 min/Fall
Erwachsenenpsychiatrie				
Fallzahlen	116.470	172.498	11.015	26.624
Mittlere Verweildauer	34,44 Tage	35,53 Tage	30,51 Tage	24,02 Tage
Einzeltherapie durch ärztliches Personal	1,25 min/Tag **8,73 min/Woche** 42,96 min/Fall	1,89 min/Tag **13,21 min/Woche** 67,06 min/Fall	1,88 min/Tag **13,14 min/Woche** 57,29 min/Fall	2,02 min/Tag **14,17 min/Woche** 48,62 min/Fall
Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	0,82 min/Tag **5,77 min/Woche** 28,36 min/Fall	2,99 min/Tag **20,94 min/Woche** 106,28 min/Fall	3,63 min/Tag **25,39 min/Woche** 110,69 min/Fall	3,4 min/Tag **23,76 min/Woche** 81,54 min/Fall

Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.

Behandlungsbereiche

Abbildung A11: Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie



Verteilung der Fallzahlen und Behandlungstage auf die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie. (A) Prozentualer Anteil der Fallzahlen in den verschiedenen Behandlungsbereichen. (B) Prozentualer Anteil der Behandlungstage in den verschiedenen Behandlungsbereichen. Datenquelle: InEK-DatenBrowser, Berichtsjahr 2023.