Positionspapier

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Vorschläge der BDK für Strukturreformen

Neun Ansatzpunkte, wie die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung wirtschaftlicher wird, ohne Leistungen abzubauen – 1.11.2026

Die Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V. vertritt die leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Wir begrüßen, dass die Strukturkommission zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz Möglichkeiten zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenversicherungsfinanzen identifiziert, und möchten aus der Versorgungspraxis heraus konkrete Vorschläge für Strukturreformen beisteuern.

Aus Sicht der BDK steigen die Kosten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem u. A. wegen ineffizienter Doppelstrukturen, starrer Settinggrenzen und Fehlanreizsystem bei der Vergütung. Hilfe für psychisch schwer Erkrankte kommt oft sehr spät, was zur Chronifizierung führt und damit zur Verteuerung.

Die folgenden Vorschläge setzen genau dort an: Sie sparen nicht durch Leistungsverzicht, sondern durch Umbau. Zu jedem Vorschlag erläutern wir kurz den Hintergrund und benennen den zu erwartenden Effekt (→). Viele dieser Punkte finden sich auch in den Versorgungsempfehlungen der DGPPN aus dem Jahr 2026 wieder; sie sind fachlich konsentiert und zu einem großen Teil kurzfristig umsetzbar.

1. Versorgung regional und settingübergreifend organisieren

- **Gemeinsame, populationsbasierte Planung für Psychiatrie und Psychosomatik – Abbau von Doppelstrukturen**
  Psychiatrie und Psychosomatik werden in den meisten Bundesländern getrennt geplant, obwohl beide Fachrichtungen Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln und sich häufig fachlich weit überschneiden. Die Planung orientiert sich bislang an der Auslastung vorhandener Betten und nicht am Bedarf der Bevölkerung.

  Die BDK schlägt eine gemeinsame regionale Bedarfsplanung vor, die sich an Größe, Alters- und Sozialstruktur der Bevölkerung einer Versorgungsregion ausrichtet und in der beide Fächer eine verbindliche Versorgungsverpflichtung übernehmen – einschließlich Krisen- und Pflichtversorgung.

  → Stopp eines weiteren Bettenaufwuchses, Wegfall doppelter Vorhaltung (Verwaltung, Dienste, Aufnahme), bessere Auslastung vorhandener Kapazitäten und eine verlässliche Zuständigkeit für jede Region.

- **Flexibilisierung der Settinggrenzen – Behandlungsplätze statt Betten**
  Vollstationäre, teilstationäre, stationsäquivalente (StäB) und ambulante Behandlung sind heute abrechnungstechnisch scharf voneinander getrennt. Jeder Wechsel bedeutet einen neuen Fall, eine neue Aufnahme und häufig ein neues Behandlungsteam; die starren Vorgaben zu StäB erschweren eine Ausweitung dieser Behandlungsform trotz sichtbarer Vorteile durch eine patientenorientierte Behandlung in der Lebenswelt der Betroffenen.

  Die BDK plädiert dafür, nicht mehr in Betten, sondern in Behandlungsplätzen zu planen und zu finanzieren: Ein Behandlungsplatz umfasst alle Settings, und die Klinik entscheidet gemeinsam mit dem Patienten, in welcher Intensität und an welchem Ort die Behandlung jeweils erfolgen soll. Der Wechsel zwischen den Settings wird damit zur klinischen, nicht zur administrativen Entscheidung. Hierzu gehört auch die Flexibilisierung von tagesklinischen und stationsäquivalenten Behandlungen hinsichtlich Anzahl der Behandlungstage pro Woche.

  → Kürzere vollstationäre Verweildauern, Vermeidung von Überversorgung und Fehlbelegung; Ressourcen folgen dem Bedarf statt der Abrechnungslogik.

- **Frühe ambulante Behandlung**
  Wartezeiten von mehreren Monaten auf einen fachärztlichen oder psychotherapeutischen Termin sind die Regel. In dieser Zeit verschlechtern sich viele Erkrankungen bis zur stationären Behandlungsbedürftigkeit; Arbeitsunfähigkeit verlängert sich, soziale Bezüge brechen weg.

  Die BDK schlägt vor, den schnellen, niedrigschwelligen Zugang zu fachärztlicher Behandlung systematisch auszubauen – über die Psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen und verbindliche Erstkontakte innerhalb weniger Tage. Die Institutsambulanzen sind hierfür bereits weitgehend flächendeckend vorhanden, bzw. können im Sinne der Transformation ausgebaut werden, und könnten auf dem Boden eines innovativen Vergütungssystems kurzfristig mehr leisten. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist die Finanzierung der Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen ausgesprochen zielführend für die Transformation *ambulant vor stationär*. Neue wohnortnahe, ambulante Behandlungsangebote könnten durch die Förderung einer entsprechenden Infrastruktur umgesetzt werden (z.B. *Psych-mobil*)

  → Krisen werden vor Ort vor der Eskalation abgefangen – weniger Chronifizierung, weniger stationäre Aufnahmen, kürzere Arbeitsunfähigkeit.

- **Aufsuchende psychiatrische Krisendienste rund um die Uhr**
  Psychische Krisen enden heute allzu oft in der Notaufnahme, im Polizeieinsatz oder in einer Unterbringung nach PsychKHG – weil niemand rechtzeitig vor Ort helfen konnte. Flächendeckende, multiprofessionelle Krisendienste, die rund um die Uhr erreichbar sind und aufsuchend arbeiten, können einen großen Teil dieser Eskalationen verhindern; Bayern zeigt mit seinem landesweiten Krisendienst, dass dies auch in der Fläche funktioniert.

  Die BDK schlägt vor, solche Dienste in Kooperation von Klinik und Kommune bundesweit aufzubauen und mit der derzeit im Auftrag des BMG konzipierten bundesweiten Krisendienst-Rufnummer zu verzahnen.

  → Weniger Not- und Zwangseinweisungen sowie Polizei- und Rettungsdiensteinsätze; Krisen werden zu Hause gelöst.

2. Finanzierung und Ordnungsrahmen flexibilisieren

- **Regional- und Globalbudgets**
  Mit den Modellvorhaben nach § 64b SGB V liegen seit über zehn Jahren Erfahrungen mit Globalbudgets in der Psychiatrie vor. Die Kliniken erhalten ein festes Budget für die Versorgung ihrer Region und sind frei, es settingübergreifend einzusetzen. Die Begleitforschung zeigt, dass diese Kliniken mit deutlich weniger vollstationären Behandlungstagen auskommen, ohne dass die Versorgungsqualität leidet.

  Die BDK schlägt vor, das Globalbudget als reguläre Option in die Bundespflegesatzverordnung zu überführen und perspektivisch vertragsärztliche Leistungen in regionale Budgets einzubeziehen – ein Stufenweg, den auch die DGPPN empfiehlt.

  → Wegfall von Mengen- und Belegungsanreizen; die Modellkliniken zeigen bereits eine geringere stationäre Inanspruchnahme.

- **Weiterentwicklung und Flexibilisierung der ambulanten Vergütungsstruktur**
  Die Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgt in den meisten Ländern über pauschale Quartalsbeträge, die weder die Behandlungsintensität noch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams abbilden. Intensive ambulante Behandlung, die eine stationäre Aufnahme vermeiden könnte, ist damit für die Klinik kaum darstellbar.

  Die BDK schlägt vor, für Kliniken ohne Globalbudget bundesweit eine Einzelleistungsvergütung in der PIA einzuführen, wie sie sich in Bayern und seit über zwei Jahren in Baden-Württemberg bewährt hat, oder Intensivambulanzpauschalen. So werden ärztliche, psychologische, pflegerische, sozialarbeiterische und spezialtherapeutische Leistungen abbildbar, und die Behandlung kann am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet und gesteuert werden.

  → Ambulante Intensivbehandlung wird in der Fläche umsetzbar – die günstigere Versorgungsform wird nicht länger benachteiligt.

3. Personal effizient einsetzen und Arbeitsfähigkeit erhalten

- **Community Mental Health Nurses (CMHN)**
  International ist die akademisierte, eigenständig tätige Pflege (Advanced Practice Nurse, Community Health Nurse) eine tragende Säule der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In Deutschland fehlte bislang der ordnungspolitische Rahmen. Das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) schafft nun erstmals die Grundlage für die eigenverantwortliche Übernahme heilkundlicher Aufgaben in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

  Die BDK schlägt vor, hieran anzuknüpfen und Mental Health Community Nurses als aufsuchende, koordinierende Fachkräfte an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu etablieren.

  → Entlastung des ärztlichen Dienstes, Kontinuität für schwer erkrankte Menschen, Vermeidung stationärer Aufnahmen.

- **Teilkrankschreibung und ressourcenorientiertes Arbeiten**
  Arbeitsunfähigkeit ist in Deutschland ein Alles-oder-nichts-Prinzip: Wer krankgeschrieben ist, ist es zu hundert Prozent. Gerade bei psychischen Erkrankungen widerspricht das dem therapeutischen Wissen – Tagesstruktur, soziale Einbindung und das Erleben eigener Wirksamkeit sind Teil der Genesung, und der Erhalt des Arbeitsplatzes ist ein Behandlungsziel. Die skandinavischen Länder kennen die Teilkrankschreibung seit Jahren.

  Die BDK schlägt vor, eine stufenweise Arbeitsfähigkeit während der Behandlung auch in Deutschland zu ermöglichen und die Behandlung konsequent ressourcenorientiert auszurichten.

  → Geringere AU-Zeiten, weniger Krankengeld und Frühberentung – Entlastung von GKV und Rentenversicherung.

- **Bürokratieabbau und Einsatz von KI**
  Die immer stärker werdende bürokratische Bürde und juristische Hinterfragung der Erfassung von therapeutischen Tätigkeiten und Leistungen führt zu einer Orientierung an Dokumentations- und Rechts-Regularien anstatt den tatsächlichen Bedarfen einer guten Patientenbehandlung.

  KI-gestützte Dokumentation, digitale Ersteinschätzung und Terminsteuerung, Videobehandlung sowie digitale Gesundheitsanwendungen als Ergänzung der Therapie können diese Last spürbar senken. Voraussetzungen sind hierfür jedoch einerseits eine verlässliche und nachhaltige Refinanzierung der getätigten Investitionen inklusive aller Folgekosten der Digitalisierung und andererseits Datenschutzregelungen, die ihren Einsatz ermöglichen, statt ihn zu verhindern.

  → Zeitgewinn für Behandlung statt Verwaltung; Bürokratieabbau, der sich unmittelbar in Personalkapazität übersetzt.

Fazit

Die BDK erkennt die dringende Notwendigkeit einer Strukturreform im Gesundheitswesen, die es ermöglich, zeitnah und qualitätsgesichert Menschen mit psychischen Erkrankungen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe anzubieten, sowohl im Hinblick auf die Notfallversorgung als auch bei planbaren Regelbehandlungen. Als ärztliche VertreterInnen psychiatrischer Kliniken verfügen wir über die entsprechende Erfahrung und Expertise, weshalb wir der Strukturkommission gerne für eine vertiefte Erläuterung und Diskussion einzelner Vorschläge zur Verfügung stehen.



Prof. Dr. Thomas Kraus
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.