

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(19)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
16.12.2025



Stellungnahme

Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 21/2512)

15.12.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bewertung	3
2	Zu den Regelungen im Einzelnen	4
2.1	Spezielle Schmerzmedizin.....	4
3	Weiterer Regelungsbedarf.....	5
3.1	Bürokratieabbau in der Psychiatrie	5
3.2	Vollstationäre Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln.....	6
3.3	Finanzierung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung	6

1 Allgemeine Bewertung

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) soll die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachte Krankenhausreform mit dem Ziel einer stärkeren Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung leichter umsetzbar werden. Wenn das KHAG die im KHVVG angelegte Reform praxistauglich machen soll, bietet sich jetzt die Gelegenheit, bislang unzureichend adressierte Versorgungsbereiche gezielt zu stärken.

Dazu gehört insbesondere die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Die Einführung von Leistungsgruppen darf keinesfalls zu neuen Versorgungslücken führen. Deshalb ist es notwendig, die **Spezielle Schmerzmedizin als eigene Leistungsgruppe** zu verankern. Nur so lassen sich die rechtlichen und finanziellen Grundlagen schaffen, um die interdisziplinäre Behandlung von chronischen Schmerzpatient*innen in schmerzmedizinischen Abteilungen dauerhaft zu sichern.

Auch die **stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** erfordert eine klare Weiterentwicklung. Die Versorgungsqualität leidet seit Jahren unter übermäßiger Bürokratie, die wertvolle Fachkräfte bindet und Behandlungszeit reduziert. Ein entschlossener **Abbau der bürokratischen Hürden** ist notwendig, um das **Personal zu entlasten** und die Behandlungskapazitäten zu stärken. Zudem müssen dringend die Rahmenbedingungen für eine stärkere **Flexibilisierung und Ambulantisierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung** geschaffen werden. Nur durch solche strukturellen Anpassungen lässt sich die Versorgung bei einem zunehmenden Fachkräftemangel aufrechterhalten und gleichzeitig eine passgenaue, bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

Um die psychotherapeutische Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen abzusichern, sind zudem verlässliche **finanzielle Rahmenbedingungen für die Umsetzung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung** erforderlich. Ohne eine Finanzierung werden die Einrichtungen nicht in der Lage sein, ausreichend Weiterbildungsplätze bereitzustellen und qualifiziertes psychotherapeutisches Personal für die Versorgung von Patient*innen zu gewinnen.

2 Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1 Spezielle Schmerzmedizin

Wird die Schmerzmedizin fachfremden Leistungsgruppen zugeordnet, gefährdet dies die multimodale, evidenzbasierte Schmerztherapie, da die notwendigen OPS-Voraussetzungen insbesondere für psychotherapeutische Leistungen dort nicht erfüllt werden können. In der Folge droht vielen schmerzmedizinischen Abteilungen die Schließung. Dies würde zu einer weiteren Verschlechterung der bereits jetzt lückenhaften Versorgung von Schmerzpatient*innen in Deutschland führen. Die Spezielle Schmerzmedizin sollte daher als eigene Leistungsgruppe in den Leistungsgruppenkatalog gemäß Anlage 1 aufgenommen werden.

Die Spezielle Schmerzmedizin sichert derzeit die Versorgung von rund 23 Millionen chronischen Schmerzpatient*innen in Deutschland, von denen etwa 4 Millionen besonders beeinträchtigt sind und bspw. nicht mehr am Arbeitsleben teilnehmen können.

Ohne eine eigene Leistungsgruppe werden Schmerzpatient*innen je nach Hauptdiagnose künftig einer der geplanten fachfremden Leistungsgruppen (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie) zugeordnet. Diese bilden jedoch nicht die Erfordernisse der Speziellen Schmerzmedizin ab. Eine evidenzbasierte Behandlung chronischer Schmerzen erfolgt durch die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (wie sie in den OPS-Kodes 8-918, 8-91b, 8-91c oder 1-910 definiert wird). Zu den Mindestvoraussetzungen gehört die Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, von denen eine zwingend eine psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Disziplin sein muss, die in einen festgelegten Behandlungsplan zu integrieren ist.

Bei Zuordnung der Speziellen Schmerzmedizin zu fachfremden Leistungsgruppen entsteht das Problem, dass diese die in den OPS-Kodes definierten Voraussetzungen für eine multimodale Schmerztherapie nicht erfüllen und keine psychotherapeutischen Leistungen, die essenzieller Bestandteil einer evidenzbasierten multimodalen Schmerzbehandlung sind, erbringen können. Gleichzeitig sind die Qualitätsanforderungen fachfremder Leistungsgruppen, wie bspw. das Vorhalten dreier Vollzeitäquivalente „Innere Medizin“ und der Möglichkeit zur Endoskopie in der Leistungsgruppe „Innere Medizin“ für schmerzmedizinische Abteilungen fachlich nicht zu begründen und häufig nicht erfüllbar.

Eine eigene Leistungsgruppe für die Spezielle Schmerzmedizin mit dazu passenden qualitativen Mindestvoraussetzungen stellt deshalb die sinnvollste, nachhaltigste und am kurzfristigsten zu realisierende Lösung für den Erhalt der Speziellen Schmerztherapie dar.

Die Bundespsychotherapeutenkammer unterstützt daher ausdrücklich den Vorschlag, den die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), die Arbeitsgemeinschaft nicht-operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e.V. (ANOVA) und der Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM) für eine eigene Leistungsgruppe „Spezielle Schmerzmedizin“ bereits in die Beratungen zum KHAG eingebracht haben.

3 Weiterer Regelungsbedarf

3.1 Bürokratieabbau in der Psychiatrie

Auswertungen von Routinedaten zum psychotherapeutischen Leistungsgeschehen in psychiatrischen Einrichtungen weisen darauf hin, dass derzeit nur wenig psychotherapeutische Leistungen bei den Patient*innen ankommen. Und das, obwohl die Personalvorgaben der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) in den Berufsgruppen, die Psychotherapie erbringen, durchschnittlich erfüllt oder sogar übererfüllt werden (vgl. [BpTK-Studie „Psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie“](#), Zugriff am 11.12.2025).

Ursachen hierfür sind unter anderem eine Leistungsverdichtung und gestiegene Anforderungen an Dokumentation und Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Versorgung. Dies führt dazu, dass der Teil der Arbeitszeit, der für patientenferne Tätigkeiten aufgewendet werden muss, immer größer geworden ist und mittlerweile bei bis zu 65 Prozent liegt (<https://www.bag-psychiatrie.de/mehr-zeit-fuer-das-was-zaehlt/>).

Ziel muss es sein, die bestehenden Regelungen so zu vereinfachen, dass Transparenz und Qualität gesichert bleiben – ohne die Versorgung durch Bürokratie zu behindern. Hierzu gehört unter anderem eine Bündelung von Nachweispflichten und digitale Vereinfachungen. 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 Patientenbehandlung fehlt. Darüber hinaus sollte die Qualitätssicherung künftig stärker über Qualitätsindikatoren zur Abbildung von Prozess- und Ergebnisqualität als über Strukturvorgaben erfolgen, da diese (allein) offensichtlich für die Sicherung einer hinreichenden Behandlungsintensität nicht ausreichen.

3.2 Vollstationäre Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kam bereits 2018 in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass 20 bis 30 Prozent der stationären psychiatrischen Behandlungen durch alternative ambulante Behandlungsangebote ersetzbar wären. 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.

Eine Umsteuerung vollstationärer in teilstationäre Behandlungskapazitäten ginge mit Kosteneinsparungen einher und würde einen effizienteren Personaleinsatz ermöglichen. Letzterem kommt aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle zu. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen mit Globalbudgets, wie sie in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V erprobt wurden, dass von einer flexibleren, stärker ambulant orientierten psychiatrischen Krankenhausversorgung auch die Patient*innen profitieren.

3.3 Finanzierung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) hat der Deutsche Bundestag am 6. November 2025 einen weiteren wichtigen Baustein zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung beschlossen. Damit hat die Bundesregierung eine notwendige Voraussetzung geschaffen, damit Weiterbildungsambulanzen ihre Arbeit aufnehmen und Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen aufnehmen können. Für die ambulante Weiterbildung in Psychotherapiepraxen wurde im Rahmen einer Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ermöglicht, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in Praxen angestellt werden und in dem erforderlichen Umfang eigene Versorgungsleistungen erbringen können.

Neben der ambulanten ist auch die stationäre Weiterbildung obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in. Die dafür erforderlichen Weiterbildungsstellen sind grundsätzlich ab Anfang der 2030er Jahre verfügbar, wenn die postgraduale Ausbildung, das heißt das „alte“ Ausbildungssystem, endet. Doch schon in diesem Jahr sind die meisten Absolvent*innen des neuen Psychotherapiestudiengangs im Rahmen der Fachgebietsweiterbildung auf eine Weiterbildungsstelle in einer Klinik angewiesen.

Für die laufende Übergangsphase vom alten Ausbildungs- zum neuen Weiterbildungssystem fehlt deshalb eine Regelung, die Kliniken eine Finanzierung von Weiterbildungsstellen sichert, solange Planstellen für Teilnehmer*innen der postgradualen Ausbildung genutzt werden.

Es besteht also für einen begrenzten Zeitraum Förderbedarf, weil Planstellen erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Wenn Planstellen frei sind, können diese bereits heute als Weiterbildungsstelle angeboten werden. In diesen Fällen ist durch das Gesetz auch abgesichert, dass die Gehälter von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung grundsätzlich zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen in den Budgetverhandlungen der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden, inklusive Personalkostensteigerungen.

Auch auf die Patientenversorgung in den Einrichtungen wirkt sich der Übergang vom alten Ausbildungs- zum neuen Weiterbildungssystem aus, wenn für den Übergangszeitraum keine Förderung von Weiterbildungsstellen erzielt wird. Bis zum Ende der Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wird es sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung zusätzlich zu bestehenden Planstellen, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Wenn die ausschleichenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, ist zu erwarten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann.

Die BPTK empfiehlt folgende Ergänzung in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV):

§ 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert:

„(...) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

(...)

7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat,

8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.

*Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, ~~oder 7~~ **oder 8** dies erfordern oder (...)“*

Begründung:

Mit § 3 Absatz 3 Nummer 7 Bundespflegesatzverordnung werden die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Ohne eine vergleichbare Regelung für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in der BPfIV besteht die Gefahr, dass in der Übergangsphase von Aus- und Weiterbildungssystem keine Stellen für die Weiterbildung geschaffen werden.

Kostensteigerungen durch zusätzlich benötigte Personalstellen können in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zwar grundsätzlich berücksichtigt werden, ohne explizite gesetzliche Vorgaben sind diese jedoch faktisch kaum durchzusetzen. Zudem ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt. Sofern der Veränderungswert bereits durch andere Tatbestände ausgeschöpft wird, ist eine Refinanzierung zusätzlicher Stellen nicht möglich. Es zeigt sich bereits heute, dass die Krankenhäuser allein wegen dieses Tatbestands die Schiedsstelle nicht anrufen und stattdessen die Nutzung von Stellen für die Weiterbildung vermieden wird.

Dem wirkt die Änderung in § 3 Absatz 3 BPfIV entgegen, indem über die Kosten der Vergütung von „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ hinaus auch die Personalkosten von „Psychotherapeut*innen in Weiterbildung“ zu berücksichtigen sind, auch wenn diese nicht auf einer bereits existierenden Planstelle beschäftigt werden.