Deutscher Bundestag **Drucksache 21/7853**

21. Wahlperiode 07.09.2026

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Armin Grau, Linda Heitmann, Joahnnes Wagner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Ambulantisierungspotenzial heben – Psychiatrische Versorgung flexibel und patientenorientiert gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen ist in den vergangenen Jahren gestiegen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 21/6258). Parallel dazu hat sich auch die Zahl der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbetten erhöht (ebd.). Zu dieser Entwicklung trägt unter anderem die unzureichende ambulante Versorgung bei. Zahlreiche unbesetzte Vertragsarztsitze in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (ebd.) führen dazu, dass Erkrankungen sich verschlechtern oder chronifizieren. Gleichzeitig fehlen vielerorts ambulante Anschlussangebote nach einem Krankenhausaufenthalt und die Hilfen aus den psychiatrischen Kliniken sind zu unflexibel, was zu Sektorenbrüchen zu Lasten der Patient*innen führt und das Risiko vermeidbarer kostenintensiver Wiederaufnahmen erhöht.

Die daraus resultierende Unter-, Über- und Fehlversorgung hat oftmals nicht nur gravierende Folgen für die Betroffenen, sondern führt auch zu erheblichen vermeidbaren volkswirtschaftlichen Folgekosten: Psychische Erkrankungen waren im Jahr 2024 mit durchschnittlich 28,5 Arbeitsunfähigkeitstagen die Ursache für die längsten Ausfallzeiten (AOK, 2025, online verfügbar unter www.aok.de/pp/gg/update/fehlzeiten-2024). Zudem stellen sie die häufigste Ursache für vorzeitige Verrentungen in Deutschland dar (DRV, 2021, online verfügbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021-_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html).

Gerade bei Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen ist es erforderlich, dass Hilfen aus dem psychiatrischen Krankenhaus flexibilisiert und eine wohnortnahe und regional geplante Versorgung durch Kliniken und Praxen ermöglicht werden. Bereits 2023 hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer Achten Stellungnahme das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung hervorgehoben. Dabei soll die Behandlung flexibel – je nach Bedarf der Patient*innen– zwischen vollstationären, tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Settings wechseln können (online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/-BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf). Die ambulante Komplexversorgung, Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die stati-

onsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) sind darin wichtige Elemente. Das volle Ambulantisierungspotenzial wurde bisher aber nicht gehoben.

Gleichzeitig hat sich die psychiatrische Versorgung seit der Psychiatrie-Enquete zwar erheblich weiterentwickelt, dennoch wird in der psychiatrischen Praxis weiterhin zu häufig auf Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen. Eine ausreichende Personalausstattung ist eine wesentliche Voraussetzung, um Zwang möglichst zu vermeiden und alternative Behandlungsansätze umzusetzen. Auch vor diesem Hintergrund ist die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in der Psychiatrie mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) nicht nachvollziehbar und kritisch. Aufgrund der erforderlichen Weiterentwicklung des Hilfesystems wurden in den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Psychiatriedialogen Empfehlungen erarbeitet, die unter anderem auch eine Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch ein systemisches Zwangsmonitoring beinhalten (APK, 2022, online abrufbar unter www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Informationen_Dialog/230227_Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf).

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen eine niedrigschwellig erreichbare, passgenaue und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung, die als eine zentrale Säule im psychosozialen Versorgungssystem dazu beiträgt, dass ihre psychischen Beschwerden geheilt bzw. gelindert werden und ihre Teilhabe gefördert wird. Aus Sicht der Antragstellenden trägt die Bundesregierung eine besondere Verantwortung, die psychiatrische Versorgung zukunftsfest weiterzuentwickeln und die Patientenversorgung flächendeckend zu sicherzustellen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. die ambulante psychiatrische Versorgung zu stärken, die den sozialpsychiatrischen Ansatz, sektorenübergreifende Versorgungsformen und den Vorrang ambulanter vor stationären Behandlungsangeboten konsequent fördert;
2. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) bedarfsgerecht durch die Weiterentwicklung der finanziellen und organisatorischen Strukturvorgaben zu stärken und flächendeckend weiter auszubauen;
3. das Entlassmanagement und die nahtlose Vermittlung in die ambulante Anschlussversorgung weiterzuentwickeln, um Versorgungsbrüche zwischen den Sektoren bestmöglich zu reduzieren;
4. Modelle nach § 64b SGB V zu stärken und auszubauen, indem Modellvorhaben entfristet werden, eine Überführung in die Regelversorgung geregelt sowie ein Kontrahierungszwang für Krankenkassen eingeführt wird;
5. die rechtlichen, organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) weiterzuentwickeln, um ihre flächendeckende Implementierung und Inanspruchnahme zu fördern;
6. notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) patienten- und leitlinienorientiert weiterzuentwickeln;
7. die vollständige Refinanzierung tariflicher Personalkosten in der Psychiatrie und Psychosomatik wiederherzustellen, indem die mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz erfolgte Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung rückgängig gemacht wird und dauerhaft sichergestellt ist, dass tarifgerechte Bezahlung von Berufsgruppen nicht zulasten der Versorgungsqualität geht;
8. in Zusammenarbeit mit den Ländern und mit dem Ziel der höchstmöglichen Transparenz ein regionales und landesbezogenes Zwangsmonitoring aggregiert auf Bundesebene zusammenzuführen;

9. die Qualifikation und eigenständige Kompetenz in der psychiatrischen Pflege zu stärken, indem der Bund gemeinsam mit den Ländern einheitliche Standards für Fachweiterbildungen in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie bei der Ausgestaltung eines künftigen Gesetzes zu Advanced Practice Nursing entsprechende eigenständige, erweiterte Kompetenzprofile inklusive der rechtlichen Voraussetzungen für die eigenständige Leistungserbringung und Vergütung verankert.

Berlin, den 7. Juli 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Begründung

Zu 1. Die Angebote der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entwickeln sich kontinuierlich weiter, wobei es deutschlandweit große regionale Unterschiede gibt. Mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Kinder und Jugendliche existiert bereits ein bewährtes Modell für eine multiprofessionelle und ambulante fachärztliche Versorgung (KBV, 2026, online abrufbar unter www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-11-sozialpsychiatrie-vereinbarung/sozialpsychiatrie-vereinbarung.pdf). Ihr zugrunde liegender sozialpsychiatrischer Ansatz betrachtet psychische Erkrankungen nicht isoliert, sondern bezieht das soziale Umfeld, die Lebenssituation und den individuellen Unterstützungsbedarf der Betroffenen in die Behandlung ein. Während dieser Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest verankert ist, spielt er in der Versorgung Erwachsener bislang eine vergleichsweise geringe Rolle. Bestehende Hilfsangebote müssen stärker miteinander verzahnt und vorhandene Ressourcen effizienter genutzt werden. Insbesondere Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen haben einen vielfältigen Hilfebedarf und benötigen abgestimmte, multiprofessionell erbrachte Komplexleistungen von Teams, die auch aufsuchend arbeiten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb im September 2021 die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) und drei Jahre später die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) beschlossen. Sie richtet sich an Personen bei denen ein besonders vielschichtiger psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Bedarf besteht, und die deshalb auf eine eng abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen angewiesen sind. Die konkreten Vorgaben für diese interdisziplinäre, koordinierte und strukturierte Versorgung hat der G-BA in den beiden Richtlinien, jeweils für Erwachsene und Kinder und Jugendliche, festgelegt. Ziel ist es unter anderem, den Zugang zu qualifizierten Behandlungsangeboten zu beschleunigen, die Kontinuität in der ambulanten Betreuung zu verbessern und den Übergang von einer stationären Behandlung in die ambulante Versorgung zu erleichtern. Diese Leistung kommt allerdings noch viel zu wenig bei den Betroffenen an. Dies liegt auch daran, dass die Richtlinie zunächst von erheblichen Hürden geprägt war, die den Aufbau der Netzverbünde unnötig erschwerten. Auch wenn die Anforderungen an die Mindestgröße von Netzverbünden, die Integration von Praxen mit einem reduzierten Versorgungsauftrag sowie die Koordinierungsrolle durch Psychotherapeut*innen auch bei Patient*innen mit somatischen Komorbiditäten erleichtert wurden, wird das Potenzial der ambulanten Komplexversorgung noch nicht vollends gehoben. So wird das Versorgungssystem, werden aber auch die Patient*innen, durch vermeidbare Doppeluntersuchungen belastet. Infolge des BStabG gerät die KSV-RL weiter unter Druck: Zur Umsetzung der koordinierten Versorgung bildet die bisherige extrabudgetäre Vergütung die zentrale Finanzierungsgrundlage, die im Kabinettsentwurf weitestgehend abgeschafft wird. Im Falle der budgetierten Vergütung würde die multiprofessionelle Versorgung im Netzwerkverbund durch mangelnde Vergütung von Vernetzungsarbeit verhindert werden. Diese Hürden müssen – neben einem stärken Ausbau dieser Versorgungsstruktur – beseitigt werden. Denkbar wäre etwa eine Vergütung der Leistungen zum vollen Vergütungswert als Bestandteil von § 87d Absatz 4 sowie die Förderung im Rahmen des Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu 2. Eine zentrale Rolle in der ambulanten psychiatrischen Versorgung nehmen darüber hinaus die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) ein. Sie gewährleisten insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen den Zugang zu einer spezialisierten Behandlung und übernehmen dort Versorgungsaufgaben, wo die vertragsärztlichen Kapazitäten nicht ausreichen. Gemäß §118 SGB V sind psychiatrische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Fachkrankenhäuser und entsprechende Abteilungen berechtigt, ambulante Behandlungen anzubieten, sofern sie an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen. In einigen Regionen sichern sie zudem die Grundversorgung, da es an niedergelassenen Fachärzt*innen fehlt. Angesichts der demografischen Entwicklung im vertragsärztlichen Bereich gewinnt ihre Bedeutung weiter an Gewicht. Dennoch ist es bislang nur wenigen Bundesländern gelungen, PIAs in relevantem Umfang auszubauen. Es sollte sichergestellt werden, dass Vorsorge und Nachsorge sowie die längerfristige Versorgung für alle Patient*innen bedarfsgerecht in der PIA erbracht werden, um so stationäre Aufenthalte und erneute Aufnahmen zu verhindern. Gesetzlich muss sichergestellt werden, dass auch weiterhin eine sinnvolle Beplanung der ambulanten aus der Klinik heraus gesteuerten Angebote erfolgt. Unter anderem in Bayern, Sachsen und Teilen Sachsen-Anhalts wird nach dem Bayrischen Modell bedarfsgerecht vergütet, was einer Einzelleistungsvergütung aufgeschlüsselt nach Berufsgruppe, Zeitaufwand und Setting entspricht. Dies ist eine Dokumentations- und Abrechnungsmöglichkeit, die den Einsatz multiprofessioneller Teams auch aufsuchend ermöglicht. Durch diese Form der Abrechnung und das damit verknüpfte System gemeinsamer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen kommt es zur Kosten- und Leistungstransparenz für die Beteiligten. Um einer ungesteuerten Ausweitung der Leistungsmenge ohne nachweisbaren zusätzlichen Patientennutzen entgegenzuwirken, sollte das Budget der PIAs im Rahmen eines populationsbezogenen Verhandlungsprozesses zwischen den Kliniken und den Krankenkassen festgelegt und begrenzt werden. Die unterschiedlichen Zulassungsregelungen von PIAs in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen sind zudem nicht mehr zeitgemäß. Die Zulassungsregelung in Fachkrankenhäusern verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, indem der Personenkreis der PIAs von dem der niedergelassenen Praxen abgegrenzt wird. Es sollte geprüft werden, ob durch ein einheitliches Verfahren der Ermächtigung durch eine Neufassung des §118 SGB V die bestehenden Versorgungslücken in der ambulanten Behandlung geschlossen werden können.

Zu 3. Der G-BA hat 2026 beschlossen, dass probatorische Sitzungen zur Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie bereits während eines Krankenhausaufenthalts auch in psychotherapeutischen Praxen beziehungsweise per Videobehandlung durchgeführt werden können. Zuvor war die Probatorik nur in den Räumen der Klinik zugelassen oder in der Praxis nur im Rahmen der KSV-RL für schwer und chronisch psychisch Erkrankte möglich. Damit sollen Versorgungsbrüche beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung vermieden und das Risiko von Symptomverschlechterungen, Rückfällen und Wiederaufnahmen nach der Entlassung reduziert werden. Die Neuregelung erleichtert insbesondere die frühzeitige Anbahnung einer ambulanten Weiterbehandlung und stärkt die Kontinuität der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Das Potenzial wird allerdings noch nicht gehoben. Um den Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung wirksam zu verbessern, sollten die Rahmenbedingungen gemeinsam mit den beteiligten Akteuren (wie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer) weiterentwickelt werden. Hierzu gehören insbesondere geeignete Vergütungsanreize und organisatorische Regelungen, die nicht nur die Durchführung der Probatorik, sondern auch die anschließende Übernahme der Patient*innen in eine ambulante Weiterbehandlung fördern, beispielsweise durch eine Erweiterung des Praxisumfangs zu diesem Zweck. Hierfür ist ein gesetzlicher Auftrag an den G-BA notwendig.

Zu 4. § 64b SGB V ermöglicht Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, in denen Krankenhäuser und Krankenkassen sektorenübergreifende Behandlungsformen erproben. Ziel ist eine flexible, am individuellen Bedarf orientierte Behandlung, die stationäre, teilstationäre, ambulante und aufsuchende Leistungen integriert und so Schnittstellenprobleme im Versorgungssystem reduziert. Diese Modelle wurden wissenschaftlich begleitet und überwiegend positiv bewertet: Sie verbessern die Behandlungsqualität, führen zu besseren Ergebnissen, sind kostenneutral und erhöhen die Zufriedenheit der Mitarbeitenden (Neumann et al., 2021). Schon die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur zügigen Überführung der Modellprojekts nach §64 b SGB V in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) aufgefordert (GMK, 2024, online abrufbar unter www.gmkonline.de/beschluesse.html?id=1550&jahr=2024). Dieser Aufforderung sollte die Bundesregierung entsprechend nachkommen. Darüber hinaus sollte geregelt werden, dass derartige Vergütungsmodelle von allen Krankenkassen zwingend abgeschlossen werden müssen, sofern in einer Region durch ein Krankenhaus

und mindestens einer Krankenkasse ein derartiger Vertrag geschlossen wird, dass mindestens 20 % aller Versicherten von dem Vertrag erfasst sind.

Zu 5. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde in § 115d SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) eingeführt. Seit dem 1. Januar 2018 stellt sie eine neue Form der Krankenhausbehandlung dar: eine im häuslichen Umfeld der Patient*innen durchgeführte, ärztlich geleitete und multiprofessionell organisierte Versorgung. In medizinisch geeigneten Fällen kann sie eine vollstationäre Behandlung ersetzen, da sie hinsichtlich des Inhalts, der Flexibilität und Komplexität vergleichbar ist. Aufgrund ihres aufsuchenden Charakters ermöglicht sie eine besonders niedrigschwellige Versorgung. Allerdings ist die Umsetzung der StäB – über die gesetzlichen Grundlagen hinaus – mit konzeptionellen, organisatorischen und ökonomischen Herausforderungen verbunden. Diese erschweren bislang eine flächendeckende Etablierung in Deutschland (G-BA, 2023, online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/966/2025-10-17_AKtiV-Studie_Ergebnisbericht.pdf). Vor diesem Hintergrund ist die Bundesregierung aufgefordert, die bestehenden strukturellen, organisatorischen und finanziellen Hemmnisse bei der Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu identifizieren und durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen die Voraussetzungen für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Etablierung dieses Versorgungsangebots zu schaffen.

Zu 6. Seit Inkrafttreten der PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) im Jahr 2020 haben viele psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser weiterhin Schwierigkeiten, die Mindestvorgaben zu erfüllen. Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklungen der Richtlinie durch den G-BA bestehen erhebliche Bedenken, dass die Vorgaben eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte stationäre Versorgung beeinträchtigen könnten (DKG, 2025, online abrufbar unter www.dkgev.de/fileadmin/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8._Psychiatrie-Pyschosomatik/2.3.8.5._Positionen_der_DKG_zur_psychiatrischen__und_psychosomatischen_Versorgung__fuer_die_20._Legislaturperiode_des__Deutschen_Bundestages/DKG-Positionen_Psychiatrie_und_Psychosomatik_der_21._Legislaturperiode_2026.pdf). Regulatorische Vorgaben wie die PPP-RL beeinflussen maßgeblich die Umsetzung innovativer Versorgungsformen. Die festgelegten Personaluntergrenzen werden vielfach als bürokratisch und nicht ausreichend an die Komplexität des klinischen Alltags angepasst kritisiert. Insbesondere der starre Bezug auf stationäre Strukturen benachteiligt flexible und sektorübergreifende Modelle wie die nach § 64b SGB V. Nachdem Sanktionen bei Unterschreitung der Mindestvorgaben mehrfach ausgesetzt wurden, werden diese seit Januar 2026 nun finanziell wirksam (Deutsches Ärzteblatt, 2026, online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/news/mehr-flexibilitat-beim-personaleinsatz-in-der-psychiatrie-ab-1-januar-aber-auch-sanktionen-d8a20a9a-e57b-4829-a037-1a542e2a9b18). Zusätzlich beinhaltet das BStabG Rückzahlungspflichten bei unbesetzten Personalstellen an die Kostenträger (Finanzkommission Gesundheit, 2026, online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf). Diese Empfehlungen könnten die Umsetzung innovativer und flexibler Versorgungsstrukturen weiter erschweren, sofern sie bei zukünftigen Reformen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Bürokratische Hürden, vermeidbare Doppeluntersuchungen und Berichtspflichten sollten abgebaut werden, um dem Personal mehr Zeit für die Behandlung bereitzustellen. Die Digitalisierung in den psychiatrischen Kliniken sollte entsprechend vorangetrieben werden. In vielen Kliniken müssen Daten derzeit noch mehrfach eingegeben werden – beispielsweise zur Dokumentation der Behandlung und zum Nachweis der Personalausstattung. Gleichzeitig sollte der G-BA die PPP-RL kontinuierlich weiterentwickeln und die Mindestvorgaben auf Basis einer am Patientenbedarf orientierten Systematik mit ausreichender Flexibilität festlegen.

Zu 7. Die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung mit dem BStabG treffen die Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik überproportional, denn 80 % der Gesamtkosten dieser Kliniken sind Personalkosten. In den somatischen Fächern sind es etwa 60 %. Die psychiatrische Versorgung ist auf qualifiziertes Personal angewiesen, das unter oft hohen psychischen und physischen Belastungen arbeitet. Eine tarifgerechte Bezahlung ist Voraussetzung, um qualifiziertes Personal zu gewinnen, zu halten und ihnen angemessene Arbeitsbedingungen zu bieten; sie ist damit unmittelbar mit Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Zwangsvermeidung verknüpft. Mit der Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung im Rahmen des BStabG werden Kliniken faktisch gezwungen, tarifliche Lohnerhöhungen aus anderen Mitteln zu kompensieren – mit dem Risiko, dass dies zulasten von Personalstellen oder therapeutischen Angeboten. Vor diesem Hintergrund ist die Wiederherstellung der vollständigen Tarifrefinanzierung notwendig, um sicherzustellen, dass gute Löhne nicht gegen gute Versorgung ausgespielt werden, sondern integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen, menschenwürdigen psychiatrischen Behandlung sind.

Zu 8. Freiheitsentziehende Maßnahmen und ärztliche Zwangsmaßnahmen sind mit weitgehenden Eingriffen in die im Grundgesetz und dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verankerten Menschenrecht verbunden und sind nur als Ultima Ratio und auf gesetzlicher Grundlage legitimiert. Erst kürzlich wurde durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ein Gesetzesentwurf zur Änderung der Regelung über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht erforderlich, der die bisherige Beschränkung von Zwangsmaßnahmen auf den Kontext einer vollstationären Krankenhausbehandlung aufheben soll (BMJV, 2026, online abrufbar unter www.bmjv.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2026/0527_Aerztliche_Zwangsmassnahmen.html). Diese Regelung hat potenziell eine Ausweitung von Zwang zur Folge. Sofern solche Maßnahmen nach Ausschöpfung aller milderer Mittel unvermeidbar sind, sind Transparenz und Kontrolle ethisch und rechtlich unabdingbar. Durch Dokumentation von Art, Umfang und Begründung von Zwangsmaßnahmen ist die Umsetzung transparent und überprüfbar. Ein Teil der Länder hält bereits ein Monitoring auf Landesebene vor, jedoch vorrangig in Bezug auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung. Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat in den abschließenden Bemerkungen des Staatenprüfverfahrens für Deutschland eindringlich die mangelnde Datenlage angemahnt. Regionale und landesbezogene Monitorings sind aggregiert auf Bundesebene zusammenzuführen, mit dem Ziel der höchstmöglichen Transparenz in Verantwortung von Bund und Ländern und der Rückkopplung auf landesrechtliche und bundesrechtliche Regelungen (Bürgerliches Gesetzbuch, Verfahrensrecht). Laut der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) sollten Informationen darüber zusammengeführt werden, welche Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kamen, über welchen Zeitraum sie angewandt wurden und wer davon betroffen war (insbesondere auch Geschlecht, Krankheitshintergrund und Altersgruppe). Außerdem sollte dokumentiert werden, welche milderen Mittel im Vorfeld zum Einsatz kamen und wie die Maßnahme begründet war. Das Monitoring ermöglicht damit Rückschlüsse auf Möglichkeiten der Zwangsvermeidung bzw. -reduzierung in fachlichen Alltag und die ggf. erforderliche Weiterentwicklung rechtlicher Vorgaben (APK, online abrufbar unter www.apk-ev.de/projekte/fortfuehrung-psychiatriedialog?fsize=3&cHash=8731f4b05278300cbe8342e4ad95c418). Das Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) könnte hierbei als Sammelstelle dienen, in der die Daten aggregiert zusammengeführt werden.

Zu 9. Hochqualifizierte Pflegefachpersonen sind für eine zukunftsfest gestaltete psychiatrische Versorgung essenziell. Einheitliche Standards für Fachweiterbildungen in Psychiatrie und Psychosomatik sind notwendig, um bundesweit vergleichbare Kompetenzniveaus sicherzustellen, Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu erhöhen und pflegesensitive Ziele wie Beziehungsarbeit, Deeskalation und Zwangsvermeidung verlässlich zu erreichen. Zugleich werden mit der Einführung von Advanced Practice Nursing (APN) neue, erweiterte Rollen in der Pflege etabliert, die für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besonders relevant sind. Es ist daher zwingend, dass die spezifischen Qualifikationen in der psychiatrischen Pflege bei einem künftigen APN-Gesetz ausdrücklich mitgedacht und als eigenständige, erweiterte Kompetenzprofile verankert werden, um diese Expertise nicht zu marginalisieren, sondern gezielt in die sektorenübergreifende, gemeindenahe Versorgung zu integrieren. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege und weitere eigenständige ambulante Leistungen psychiatrischer Pflege sind ein zentrales Instrument, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, stationäre Verweildauern zu verkürzen und Rückfälle sowie Wiederaufnahmen zu reduzieren. Sie ermöglichen eine kontinuierliche, beziehungsorientierte Begleitung im häuslichen Umfeld, unterstützen die Strukturierung des Alltags, stärken die Selbstmanagementkompetenzen der Betroffenen und beziehen Angehörige systematisch ein. In der Praxis scheitert der Auf- und Ausbau entsprechender Angebote jedoch häufig an unzureichenden, regional stark unterschiedlichen Vergütungen, die weder die hohe fachliche Qualifikation der Pflegefachpersonen noch den besonderen Aufwand für aufsuchende Tätigkeit, Krisenintervention, Netzwerkarbeit und Angehörigenberatung abbilden. Dies gefährdet die Sicherstellung der Versorgung, erschwert die Gewinnung und Bindung qualifizierter Fachkräfte und führt zu Versorgungsbrüchen zulasten der Patient*innen. Eine leistungsgerechte, kostendeckende und tariforientierte Vergütung ambulanter psychiatrischer Pflegeleistungen ist daher Voraussetzung dafür, dass diese Leistungen flächendeckend angeboten, in ausreichendem Umfang in Anspruch genommen und als gleichwertiger Bestandteil einer sektorenübergreifenden, gemeindenahen Versorgung verankert werden können.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0722-8333