



Berlin, 17.12.2025

An den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer
Präsidentin Frau Dr. Andrea Benecke
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Per Mail an info@bptk.de

Nachrichtlich an Frau Karin Maag
Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Per Mail an info@g-ba.de

B-PT-K-Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in der Psychiatrie vom 11.11.2025
Offener Brief und Zurückweisung der unzulässigen Darstellung der Sachverhalte

Sehr geehrte Frau Dr. Benecke, sehr geehrte Damen und Herren,

am 11.11.2025 veröffentlichte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) eine Studie, die einen eklatanten Mangel an psychotherapeutischen Angeboten in der stationären Psychiatrie beschreibt. Wir teilen die grundsätzliche Einschätzung, dass mit der Realisierung der Mindestbesetzung nach den in der PPP-RL angegebenen Minutenwerten eine hochwertige psychiatrische Krankenhausbehandlung nicht ausreichend gewährleistet ist.

Darüber hinaus wollen wir Ihre offenbar interessengeleiteten Ausführungen nicht unkommentiert lassen.

- **Wir sind entsetzt über Ihre durch die selektive Darstellung der Evidenz und die Art der Datenauswertung tendenziöse Darstellung der Sachverhalte.**
- **Wir sind entsetzt über Ihren Angriff auf die Professionalität und die Handlungsmöglichkeiten der Pflege. Der Vorschlag Minutenwerte der Pflege in der Regelbehandlung abzusenken, gefährdet die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität in unverantwortlicher Weise und widerspricht zugleich der von Ihnen genutzten Evidenz.**
- **Wir sind erstaunt über Ihre offensichtliche Unkenntnis der Bedürfnisse psychiatrischer Patienten im Krankenhaus und der Begebenheiten psychiatrischer Krankenhausbehandlung.**

Im Anhang erläutern wir unsere Positionen näher. Im Anhang 1 (Seite 3 dieses Schreibens) gehen wir auf die Begründungen für die Forderung nach einer Verdoppelung der Minutenwerte für Psychotherapeuten ein. Dabei schließen wir uns explizit den Ausführungen der Stellungnahme der DGPPN vom 15.12.2025 an: die Aussage „Lediglich 25 Minuten Einzelpsychotherapie erhält eine Patient*in pro Woche“ (S. 4) ist falsch.

Im Anhang 2 (Seite 4 dieses Schreibens) kommentieren wir Ihre Begründung des Vorschlags, Minutenwerte in der Pflege abzusenken. Wir legen dar inwiefern dieser Vorschlag nicht nur die Patientensicherheit, sondern auch die Therapieerfolge gefährdet.

Zusammenfassend wollen wir betonen, dass sich psychiatrische Arbeit als professionelles Hilfeangebot an wissenschaftlichen und ethischen Grundsätzen orientieren muss. Die BPtK beschädigt ihre Glaubwürdigkeit bezüglich ihrer wissenschaftlichen Kompetenz, da sie Sachverhalte sinnverfälschend dekontextualisiert, daraus Schlüsse ableitet und dies als „Studie“ deklariert.

Psychiatrische Krankenhausbehandlung ist anspruchsvoll und komplex, rund um die Uhr. Dazu scheint es in der BPtK wenig Kenntnis zu geben. Sie sollte nicht gefragt werden, wenn es außerhalb der Psychotherapiegespräche für ausgewählte Patienten um eine Einschätzung und Darstellung der Vorgänge während der Krankenhausbehandlung geht.

Psychiatrische Arbeit ist Teamarbeit. Die Vielfalt und Mehrdimensionalität der Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen psychischer Krankheit erfordern interprofessionelle Zusammenarbeit. Wer sich auf Kosten anderer profiliert, handelt teamschädigend und beeinträchtigt Teamergebnisse und damit die Versorgungsqualität. Die BPtK empfiehlt sich nicht als Partnerin für interprofessionelle Absprachen.

Die DFPP, die BFLK und die BAP-PED bitten alle in die Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung eingebundenen Personen um sehr kritische Prüfung der BPtK-Studie. Im Interesse der Patientenversorgung bitten wir darum, bei Qualitäts- oder Leistungserfassungen psychiatrischer Kliniken auch das Leistungsgeschehen außerhalb der klassischen Therapiezeiten näher zu prüfen.

Im Interesse der Patientenversorgung wünschen wir auch mit der BPtK zukünftig eine konstruktive Zusammenarbeit. Wir freuen uns über Ihre Vorschläge dazu.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
Dorothea Sauter, Präsidentin

Für den Vorstand der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie
Ulrike Dogue, 2. Vorsitzende

Für den Vorstand der BAG-PED
Thomas Linnemann, Vorsitzender; Jutta Dörscheln, stellv. Vorsitzende

In Zusammenarbeit mit
Jaqueline Fröhlich, Martin Holzke, Prof. Dr. Michael Löhr und Frank Vilsmeier

Anhang 1: zur Forderung nach Verdoppelung der Minutenwerte für die Psychotherapeuten

Die Studie der BPtK beschreibt den Mangel an psychotherapeutischen Angeboten und verweist auf Leitlinienempfehlungen. Dabei bleiben zwei Sachverhalte unerwähnt:

- Leitlinienempfehlungen zur Psychotherapie beziehen sich in aller Regel weder auf hochakute Krisen und komplexe Situationen noch auf Multimorbidität, zudem machen sie selten Angaben zum zeitlichen Umfang. Leitlinienempfehlungen zu Diagnostik und Interventionen psychischer Störungen beziehen sich – sofern nicht explizit anders ausgewiesen – auf den gesamten Behandlungsverlauf (ambulant, teilstationär und stationär).
- Psychotherapeutische Leistungen werden von allen in der klinischen Versorgung tätigen Berufsgruppen erbracht (HORATIO 2012, Wabnitz et al., 2017, 2019). Für konkrete einzelne Verfahren werden teilweise definierte Qualifizierungen empfohlen, die Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen erwerben könnten. Nur Richtlinienpsychotherapie ist ausgebildeten Psychotherapeuten vorbehalten.

Entsprechend sind Zeitangaben in den Studien in Tabelle 1 (S. 6) der BPtK-Studie kritisch zu werten, da tendenziös dargestellt. Beispielsweise wird die Studie von Mehl et al. 2016 genannt, in der 125 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche pro Patient gefordert werden. Verschwiegen wird dabei, dass in derselben Publikation 200 Minuten Einzeltherapie durch Pflegende gefordert werden. Als Interventionen werden beispielhaft kognitiv-verhaltenstherapeutische Kotherapien sowie Einzeltherapie in der Bezugspflege genannt. Nehmen wir die Gruppentherapien hinzu, so empfehlen Mehl et al. 225 Minuten Therapieleistungen pro Woche pro Patient durch Psychotherapeuten und 450 Minuten pflegegeleitete Therapien pro Woche pro Patient. Betrachtet man die Publikation von Kiefer et al. (2016) zum Qualifizierten Entzug bei Alkoholabhängigkeit so werden 50 Minuten Einzeltherapie durch Psychotherapeuten und 100 Minuten Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen pro Woche empfohlen.

In Tabelle 2 (S. 10) der BPtK-Studie werden die in der „PPP-RL“ vorgesehenen Minutenwerte für Einzelpsychotherapie durch Psychotherapeuten vorgestellt. Diesen Angaben werden diejenigen Zeiten für Einzelpsychotherapie von Ärzten oder Psychotherapeuten gegenübergestellt, die als OPS-Codes abgerechnet wurden. Gruppenpsychotherapie, Therapieeinheiten von unter 25 Minuten, von Psychotherapeuten in Ausbildung und alle von Angehörigen anderer Berufsgruppen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen werden *nicht* gezählt.

In den Kliniken kommt eine sehr breite Vielfalt von psychodynamischen, übenden, konfrontierenden, klarenden, exponierenden, edukativen, supportiven, stabilisierenden, aufdeckenden, körperorientierten, erfahrungsbetonten, entspannenden und weiteren Verfahren zur Anwendung. Psychotherapeutischen Interventionen erbringen alle Berufsgruppen, sofern sie für das jeweilige Verfahren qualifiziert sind. Den Therapietransfer begleiten meist die Pflegefachpersonen (wenn sie beispielsweise nachts den Patienten mit Schlafstörung an die Grübelstopptechniken erinnern oder abends nach einer Auseinandersetzung zum abendlichen Fernsehprogramm das Emotionsmanagement besprechen).

Die Patienten psychiatrischer Kliniken befinden sich in aller Regel in einer krisenhaften Situation, denn sonst wäre ambulante Behandlung möglich und sinnvoll. Die Patienten brauchen und bekommen in den Kliniken vielseitige, interprofessionell abgestimmte Angebote. Psychotherapeutische Angebote sind dabei ein fester Bestandteil und oft auf Stabilisierung, Klärung, Krisenbewältigung oder Entlastung ausgerichtet. Aufgrund

der Akuität des Geschehens und der Bedürfnisse und Möglichkeiten der Patienten sind oft kürzere Gespräche in hoher Frequenz sinnvoll. Diese lassen sich nicht als 25-minütige Therapieeinheit darstellen.

Zusammenfassend ist die Aussage „Lediglich 25 Minuten Einzelpsychotherapie erhält eine Patient*in pro Woche“ (S. 4) falsch und dreist.

- Falsch, weil die analysierten Abrechnungsdaten das Leistungsgeschehen nicht angemessen spiegeln und u.a. die niedrigschwellingen und kürzeren Kontakte wie auch die psychotherapeutischen Angebote der anderen Berufsgruppen nicht darstellen.
- Dreist, weil diese Aussage impliziert, dass nur die Psychotherapeuten Psychotherapie anbieten. Dieser unzulässige Schluss wird auf S. 9 der BPtK-Studie sogar expliziert: „Die größten Anpassungen der Minutenwerte gab es in den Berufsgruppen, die psychotherapeutische Leistungen erbringen, also Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen ...“

Anhang 2: zum Vorschlag Minutenwerte in der Pflege abzusenken

In der BPtK-Studie werden 50 statt 25 Min. Einzelpsychotherapie durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten in der Erwachsenenpsychiatrie gefordert. Vorgeschlagen wird zu prüfen, ob die Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapeuten in der Regelbehandlung mit einer Verringerung der Minutenwerte in der Pflege einhergehen könnte (S. 25). Begründet wird dies damit, dass früher zur Anrechnung gebrachte milieutherapeutische Leistungen der Pflege heute weniger erforderlich seien. Bei einer Zunahme psychotherapeutischer Angebote seien die pflegerischen Interventionen nicht weiter im aktuell in der PPP-RL hinterlegtem Umfang erforderlich.

Der Vorschlag der Absenkung von Pflegeminuten ist ein Angriff auf die Patientensicherheit angesichts der Tatsache, dass die Stellenzuweisung für die Psychiatrische Pflege in der PPP-RL bereits heute sehr niedrig ist – die Nurse-to-Patient-Ratio ist in deutschen Kliniken deutlich niedriger als in vergleichbaren Ländern (für die Psychiatrie z.B. Nienaber et al., 2018). Treffend beschrieben wird, dass die Patienten psychiatrischer Kliniken mit Absenkung der Verweildauern immer akuter werden. Dieser Sachverhalt erfordert vor allem mehr Personal für diejenigen Akteure, welche 24/7 präsent und therapeutisch tätig sind, und welche die hochvulnerablen Situationen und akuten Krisen begleiten.

Die naive Vorstellung, dass „mehr Therapie“ über „weniger Pflege“ realisierbar sei, geht davon aus, dass einzelne Pflegehandlungen oder pflegerische Präsenzzeiten weder erforderlich noch therapeutisch wirksam seien. Diese Annahme ignoriert die Aufgabenvielfalt der Pflege (Verbändedialog, 2024). Durch möglicherweise erforderliche Unterstützungsleistungen für die Befriedigung von Bedürfnissen oder die Ausführung von Alltagsaktivitäten wird Therapiefähigkeit hergestellt. Durch die befähigende Unterstützung von Alltags- oder Krisenbewältigung wie auch von Symptom- und Krankheitsmanagement werden Recoveryprozesse gefördert.

Psychiatrische Krankenhauspatienten sind Menschen, die neben einer psychiatrischen Diagnose einen aktuellen stationären Behandlungsbedarf aufweisen. Aufnahmeanlässe sind hohe Symptomlast und/oder akute Gefährdungen und/oder erhebliche Funktionseinbußen sowie Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und/oder ähnliche Probleme und/oder aktuell unlösbare belastende psychosoziale Krisen. Die stationäre Behandlung endet, wenn der Patient ambulant weiterbehandelt werden kann. Daher

stehen in der Klinik oft Krisenmanagement, Entaktualisierung, Stabilisierung sowie die Befähigung für Alltags- und Krankheitsbewältigung im Vordergrund. Krankenhauspatienten brauchen Unterstützung außerhalb der klassischen Therapiezeiten (Mo-Fr, 9-16), sonst wäre ambulante oder tagesklinische Versorgung möglich. Psychotherapeuten sind zu den klassischen Therapiezeiten vor Ort. Unfassbar scheint uns, dass die BPtK davon ausgeht, dass in den weiteren ca. 120 Stunden pro Woche nicht therapeutisch gearbeitet werden soll. Krisenbewältigung, Umgang mit akuten Symptomen, Stabilisierung, Supportives Handeln, Übungen, Therapietransfer und weitere Prozesse erfordern rund um die Uhr fachlich anspruchsvolle Unterstützung.

Recht intensive Hilfen können erforderlich sein, wenn Menschen beispielsweise stark verwirrt oder wahnhaft, sehr expansiv oder sehr passiv, unkontrolliert oder gefährdend oder kognitiv stark beeinträchtigt sind. In solchen Phasen kann die verbale Kommunikation oder schon allein die Erreichbarkeit eingeschränkt oder nicht gegeben sein. Genauso in diesen Situationen ziehen sich viele Psychotherapeuten zurück. Diejenigen, die 24/7 vor Ort sind, müssen die Kunst beherrschen, in diesen Situationen mit den Betroffenen Kontakt herzustellen und Beziehung und Vertrauen aufzubauen. Sie müssen neben dem erforderlichen Schützen, Begleiten und Entlasten zeitgleich auch Autonomie ermöglichen, Selbstwahrnehmung und Lernprozesse fördern und gemeinsam tragbare Strategien für die krisenhafte Phase aushandeln. Das erfordert höchste therapeutische Kompetenzen.

Zusammengefasst gefährdet der Vorschlag in der Pflege die Minutenwerte zu reduzieren nicht nur die Patientensicherheit, sondern auch die Therapieerfolge. Der BPtK könnte die Einschätzungskompetenz zu den genannten Sachverhalten deshalb fehlen, weil Psychotherapeuten nur zu den Kernarbeitszeiten in der Klinik sind und viele von ihnen bevorzugt sprechstundenbasiert für sprachlich und kognitiv gut erreichbare Patienten ihre Therapieangebote machen.

Quellen:

BPtK, Bundespsychotherapeutenkammer, 11.11.2025: Psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie – zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Im Internet, Aufruf am 20.11.2025: [B_Pt_K_Studie_Psychotherapeutische_Versorgung_in_der_Psychiatrie_60af0c23ae.pdf](#)

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., 15.12.2025: Keine Mangelware: Psychotherapie und psychosoziale Therapien in der Psychiatrie. Im Internet, Aufruf am 15.12.2025: <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/keine-mangelware-psychotherapie-und-psychosoziale-therapien-in-der-psychiatrie.html>

HORATIO (2012) Psychiatric/Mental Health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio: European Psychiatric Nurses. Im Internet, Aufruf am 13.12.2025: https://www.horatio-eu.com/files/ugd/6e82ff_8df8315614e848018e566a3287063d0d.pdf

Nienaber, A.; Heinz, A.; Rapp, M. A.; Bermpohl, F.; Schulz, M.; Behrens, J.; Löhr, M. (2018): Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. In: *Der Nervenarzt* 89 (7), S. 821-827. DOI: 10.1007/s00115-018-0521-5.

Verbändedialog psychiatrische Pflege (2024): Pflegetätigkeiten in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie. Im Internet, Aufruf am 13.12.2023: https://dfpp.de/wp-content/uploads/2024/04/Verbaendedialog_SN_Pflegetaetigkeiten_8.Maerz2024x.pdf

Wabnitz, P., Löhr, M., Nienaber, A., Hemkendreis, B., Kronmüller, K. T., & Schulz, M. (2017). Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT)-Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 67(08), 362-368.

Wabnitz, P., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A., Oppermann, G., Sauter, D., ... & Pollmächer, T. (2019). Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung. Psychiatrische Praxis, 46(03), 156-161.