POSITIONSPAPIER | KERNFORDERUNGEN · OKTOBER 2026

Gesundheit stärken. Versorgung verbessern.

Deutschland braucht die moderne Psychosomatische Medizin

Die moderne Psychosomatische Medizin leistet einen wichtigen Beitrag, die aktuellen gesellschaftlichen und medizinischen Herausforderungen zu meistern. In der heutigen Gesundheitsversorgung muss eine wirksame Therapie konsequenter denn je Psyche, Körper und Lebensumfeld zusammendenken. Die moderne Psychosomatische Medizin bietet dafür spezialisierte Behandlungsprogramme – und ist ein relevanter und essenzieller Teil der Akutversorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Deutschland braucht eine Gesundheitsversorgung, die Menschen mit komplexen Erkrankungen wirksam hilft, ihre Arbeits- und Teilhabefähigkeit stärkt und vermeidbare Folgekosten begrenzt.

Das Anliegen: Dem steigenden Versorgungsbedarf in der Bevölkerung durch leistungsfähige Psychosomatische Versorgungsstrukturen begegnen.

01 Psychische und körperliche Erkrankungen integriert behandeln

Bei etwa **62 % der ambulant psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten** besteht zugleich eine beeinträchtigende chronische körperliche Erkrankung. Notwendig ist eine integrierte, fachärztlich verantwortete Versorgung. [1]

02 Wiederholungsdiagnostik reduzieren und ambulante Versorgung stärken

Bei ausgeprägter Somatisierung fallen jährlich erhebliche **direkte Mehrkosten pro Kopf** an; unnötige und potentiell schädliche CT-Untersuchungen waren in einer Langzeitstudie bis zu 2,01-mal und MRT-Untersuchungen bis zu 1,91-mal so häufig. **Frühzeitige psychosomatische Diagnostik und koordinierte Versorgung im ambulanten Bereich sollen medizinisch nicht indizierte Wiederholungen vermeiden.** [2,3]

03 Arbeitsfähigkeit erhalten und Chronifizierung verhindern

Auf die DRV-Indikationsgruppe „Psychosomatik und Psychotherapie“ entfielen **mehr als 40 % der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente (2024)** – gegenüber 14,1 % Hämatologie/Onkologie und 13,3 % Neurologie. Gefordert sind bedarfsgerechte ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlungsangebote. [4]

Drei Forderungen an Bund und Länder: Die moderne Psychosomatische Medizin ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer leistungsfähigen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Ihr eigenständiger Versorgungsauftrag muss in Planung, Finanzierung und Zugangswegen abgesichert sein.

04 Eigenständige Leistungsbereiche in der Krankenhausplanung sichern

Psychosomatische Medizin kann ihre große Wirksamkeit nur mit eigenem Leistungsbereich, eigener fachärztlicher Kompetenz und fachspezifischen Qualitätsanforderungen realisieren. Das Fach verfügt über 13.060 stationäre Akutbetten (Stand 2024) in 278 psychosomatischen Einrichtungen. Damit ist die **Psychosomatische Medizin bundesweit das zwölftstärkste bettenführende Fach** – mit mehr Betten als Gastroenterologie oder Intensivmedizin. [5]

05 Überregionale Spezialversorgung schützen – auch bei Regionalbudgets

Für schwer und komplex erkrankte Menschen (z.B. **Anorexia nervosa**) sind spezialisierte Behandlungsplätze meist nicht wohnortnah verfügbar. **Bei Einführung von Regionalbudgets müssen überregionale Zuweisungen, gesicherte Finanzierung und spezialisierte Versorgungsaufträge ausdrücklich erhalten bleiben.** Eine verpflichtende regionale Bindung darf den Zugang nicht einschränken. [6]

06 Multimodale Komplexbehandlung und kurative Psychosomatische Medizin sichern

Personalintensive, fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Therapie muss leistungs- und qualitätsgerecht vergütet werden; verbindliche Struktur- und Personalstandards sind zu erhalten. **Studien (z.B. MEPP-Studie) belegen die nachhaltige und kurative Wirksamkeit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandl.** [7,8]

POSITIONSPAPIER | Begründungen · OKTOBER 2026

Gesundheit stärken. Versorgung verbessern.

Deutschland braucht die moderne Psychosomatische Medizin

1. Die Herausforderung: Komplexe Erkrankungen brauchen passende Antworten

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie anhaltende Belastungsfolgen sind eine große gesundheitliche und gesellschaftliche Herausforderung. Ein wesentlicher Faktor für die Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit ist die wachsende Bedeutung von Stressfolgeerkrankungen und affektiven Störungen, insbesondere Depressionen. Tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen stellen immer höhere Anforderungen an die psychische Anpassungs- und Belastungsfähigkeit der Menschen. Leistungsdruck, prekäre Arbeitsverhältnisse, soziale Vereinzelung, Auflösung familiärer Strukturen, Gewalt- und Migrationserfahrungen und die Nachwirkungen der Corona-Pandemie haben psychische Belastungen verschärft. Hinzu kommen globale Krisen, Klimasorgen und die Folgen der Digitalisierung. Die Psychosomatische Medizin ist die Schnittstelle, an der sich diese gesellschaftlichen Spannungen medizinisch in Form psychischer und körperlicher Erkrankungen manifestieren. In der Folge kommt es zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitigen Erwerbsaustritten. Die Anzahl Fehltage durch psychische Erkrankungen hat seit der Jahrtausendwende um 160% zugenommen [9] und stellt mit 19,6% aller Fehltage die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. 40% der Rentenzugänge mit verminderter Erwerbsfähigkeit sind auf psychische und psychosomatische Erkrankungen zurückzuführen [4]. Das belastet die Betroffenen und ihre Familien, verschärft den Fachkräftemangel und verursacht erhebliche Kosten für Wirtschaft und Sozialversicherung.

Körperliche, psychische und soziale Probleme greifen häufig ineinander, Patientinnen und Patienten demonstrieren im Gesundheitssystem jedoch primär oft somatische Symptome. Menschen leiden etwa unter chronischen Schmerzen, Erschöpfung, Schlafstörungen oder körperlichen Erkrankungen, die von Depressionen und Ängsten begleitet werden mit der Folge eines chronifizierenden Circulus vitiosus. Eine Versorgung, die diese Beschwerden getrennt betrachtet, wird ihrer Lebenswirklichkeit nicht gerecht. Es drohen wiederholte Untersuchungen, unzureichend abgestimmte Therapien und lange Behandlungswege mit hohen vermeidbaren Kosten [2,3]. Gerade für diese Patientengruppen bietet die Psychosomatische Medizin Zugangswege und etablierte, wirksame sowie qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme. Die häufig erst in diesen Programmen festgestellten Diagnosen - affektiven Störungen (F30-F39) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48) - machen in über 90% der Fälle die Ursache für psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeitstage aus. Sie können in psychosomatischen Behandlungsangeboten besonders wirksam behandelt werden (siehe unten).

Eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss deshalb nicht nur fragen, wo und in welchem Umfang Leistungen erbracht werden. Sie muss vor allem sicherstellen, dass Menschen rechtzeitig die Behandlung erhalten, die ihrer Erkrankung und ihrem Bedarf entspricht.

2. Eigenständige (teil-)stationäre Versorgung: intensiv nachgefragt und hoch spezialisiert

Etwas über 108.000 Patienten werden mit ca. 5 Mio. Behandlungstagen derzeit jährlich in psychosomatischen Akutkrankenhäusern komplex versorgt. Hinzu kommen die Fälle in psychosomatischen Ambulanzen. Die moderne Psychosomatische Medizin wird intensiv nachgefragt und gehört mit 13.060 Betten und 3098 teilstationären Behandlungsplätzen im Jahr 2024 zu den zwölf größten bettenführenden Fachgebieten Deutschlands.

Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsprogramme sind kein austauschbares Bettenangebot, sondern werden nur in der Akutpsychosomatik bereitgestellt. Sie richten sich an Menschen mit schweren oder mehreren gleichzeitig bestehenden Erkrankungen.

Die Krankheitsschwere ist vergleichbar mit derjenigen der Psychiatrie [10], auch wenn sich die Patienten sowie Behandlungsmethoden und -strukturen stark von der Psychiatrie unterscheiden. Sie verbinden intensive Psychotherapie mit strukturierten Therapieangeboten weiterer Berufsgruppen und – wo erforderlich – somatischer Behandlung körperlicher Beschwerden. Die aktuelle Weiterentwicklung der Behandlungsbereiche in der PPP-RL unterstreicht die Bedeutung einer fachspezifischen Betrachtung von Personalbedarf und Behandlungskonzepten in Psychiatrie und Psychosomatik.

Der Zugang ist bislang regional unterschiedlich, so dass Betroffene häufig auf überregionale Versorgungsangebote zurückgreifen müssen. Aus diesem Grund ist die Aufrechterhaltung eines überregionalen Zugangs zu den spezialisierten Behandlungsprogrammen der Psychosomatischen Medizin weiterhin dringend notwendig.

3. Multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

Kern der (teil-)stationären Behandlung ist eine intensive, fachärztlich geleitete psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit integrierter Mitbehandlung chronischer bzw. akut exazerbierter körperlicher Erkrankungen mit hoher Krankheitslast (intergierte klinisch-psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung). Psychosomatische Medizin bezieht das körperliche Erleben, körperliche Symptome und Körperwahrnehmung in die Behandlung immer mit ein, auch wenn keine zusätzliche körperliche Erkrankung vorliegt.

Wesentlich in der Komplexbehandlung ist die strukturierte und koordinierte Abstimmung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einem intensiven Teamprozess. **Entscheidend für den Behandlungserfolg ist die Integration – nicht das Nebeneinander verschiedener Therapien.** Dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kommt dabei als medizinischer Experte für die Diagnose und psychotherapeutische Behandlung von Erkrankungen, bei denen das Zusammenspiel von Körper, Seele und sozialem Umfeld (biopsychosozial) eine große Bedeutung hat, eine Schlüsselrolle zu. Entsprechend erhält er die umfangreichste psychotherapeutische Weiterbildung im Bereich der Medizin, mit 1.800 Praxisstunden Psychotherapie (Im Vergleich: In der Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sind es 400 Stunden Psychotherapie). Ein weiteres besonderes Merkmal der Facharztweiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie ist die Vermittlung der Kompetenz zur integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung, die intensive Psychotherapie mit somatischer Diagnostik und Behandlung verbindet. Diese spezialisierte Behandlungsform kommt insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern zum Einsatz, etwa bei schwerer Anorexia nervosa mit ausgeprägtem Untergewicht, komplexen Magen-Darm-Beschwerden oder onkologischen Erkrankungen mit erheblicher psychischer Belastung. Die Behandlung erfolgt häufig in enger räumlicher und fachlicher Anbindung an somatische Fachabteilungen, um eine umfassende, interdisziplinär abgestimmte Versorgung sicherzustellen.

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung zeigt eine hohe Wirksamkeit, kurz- und langfristig. Eine multizentrische Untersuchung zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung mit über 2.000 Behandelten dokumentierte zwischen Aufnahme und Entlassung deutliche klinische Verbesserungen, besonders bei schwerer Depression, Angst und Posttraumatischer Belastungsstörungen [7]. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass wesentliche Verbesserungen auch zwölf Monate nach der Behandlung bestehen bleiben [8]. Diese Beobachtungsdaten zeigen relevante Verbesserungen im Versorgungsalltag. Die Programme können je nach Indikation unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere und Kontextfaktoren vollstationär oder tagesklinisch erfolgen.

Ziel ist eine kurative Behandlung: Die psychosomatische Medizin zielt mit ihrer intensiven Behandlung nicht nur auf die Reduktion der Symptome, sondern auf die Stärkung zugrundeliegender psychischer Funktionen und somit auf die psychische Anpassungs- und Belastungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen. Das Finanzierungssystem sollte transparent die intensive therapeutische Arbeit abbilden und muss anders aufgebaut sein als für Versorgungsformen, in denen das Ziel verfolgt wird die Patienten mit geringem Leistungsgeschehen zu stabilisieren. Die Finanzierung muss Leistung ermöglichen.

In einer hochspezialisierten Medizin kann die Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu einem Fachgebiet nicht allein anhand ihrer Diagnose erfolgen. Erst das Zusammenspiel von Diagnose, Erkrankungsschwere, körperlicher und psychischer Komorbidität sowie Art und Intensität des Behandlungsbedarfs bestimmt, welche fachlichen Kompetenzen und Behandlungsstrukturen erforderlich sind. **Deshalb können Menschen mit derselben psychischen Diagnose sehr unterschiedliche Behandlungen benötigen,** für die jeweils die Psychiatrie oder die Psychosomatische Medizin besonders qualifiziert sind. Diese Fachgebiete verfügen über unterschiedliche, sich ergänzende Kompetenzen und spezialisierte Behandlungskonzepte. Eine bedarfsgerechte Versorgung und Krankenhausplanung muss diese Differenzierung berücksichtigen und sich an fachlicher Expertise, Behandlungsqualität und nachgewiesener Wirksamkeit orientieren – nicht an starren Diagnosezuordnungen.

4. Ambulante und sektorenübergreifende psychosomatische Versorgung stärken – frühzeitig behandeln und Chronifizierung vermeiden

Ein großes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung liegt in der Stärkung ambulanter und sektorenübergreifender psychosomatischer Behandlungsangebote. Die meisten betroffenen Patientinnen und Patienten benötigen eine spezialisierte Behandlung, ohne dass eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Wichtig in diesem Zusammenhang sind niedrigschwellige und zeitnahe Zugänge zu spezialisierter psychosomatischer Diagnostik, Krisenintervention und Behandlung. Zugleich müssen Übergänge zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter Versorgung optimiert werden, um Behandlungserfolge langfristig zu sichern.

Psychosomatische Institutsambulanzen sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können bei komplexen Verläufen koordinierende Aufgaben übernehmen. Psychosomatische Institutsambulanzen schließen Versorgungslücken für komplex erkrankte Menschen durch spezialisierte, multiprofessionelle Behandlungsangebote. Dafür sind ein bedarfsgerechter Ausbau und eine angemessene Finanzierung erforderlich. Zugleich muss die ambulante fachärztliche Versorgung flexibler und stärker am individuellen Behandlungsbedarf ausgerichtet werden. Nicht alle Patientinnen und Patienten benötigen eine längerfristige Richtlinienpsychotherapie. Häufig sind gezielte therapeutische Gespräche, kurzfristige Kriseninterventionen oder eine kontinuierliche, niederfrequente psychosomatische Begleitung medizinisch sinnvoll und ausreichend. Um diese differenzierten Versorgungsangebote zu ermöglichen, müssen die bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten weiterentwickelt und insbesondere auch zeitlich begrenzte sowie niederfrequente fachärztlich-psychosomatische Behandlungen angemessen vergütet werden.

Eine gestärkte ambulante Psychosomatik ermöglicht frühzeitige Hilfe, entlastet Hausärzte, kann Chronifizierung verhindern und vermeidbare stationäre Behandlungen reduzieren [1]. Die ES-RiP-Studie bestätigt, dass Hausärzte sich eine intensivere Zusammenarbeit mit der Psychosomatik von komplex psychisch und körperlich Erkrankten wünschen [1]. Die ambulante Psychosomatik ist damit ein wichtiger Baustein für eine patientenorientierte und wirtschaftlich tragfähige Gesundheitsversorgung.

Das Fachgebiet der Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weist ein funktionierendes abgestuftes Versorgungssystem mit besonderer Beachtung der Schnittstelle zur somatischen Medizin auf. Gegenwärtig haben ca. 80.000 somatische Fachärztinnen und Fachärzte (insbesondere Hausärzt:innen und Frauenärzt:innen) die Psychosomatische Grundversorgung erworben. Des Weiteren weisen 11.061 berufstätige Ärztinnen und Ärzte eine Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie auf und es arbeiten derzeit insgesamt 3.996 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung.

5. Gesellschaftliche Nutzen: Gesundheit, Teilhabe und bessere Ressourcennutzung

Eine frühzeitige und qualitätsgesicherte Behandlung hat das Potenzial, Krankheitsverläufe zu stabilisieren, Lebensqualität zu verbessern und die Rückkehr in Beruf und gesellschaftliche Teilhabe zu erleichtern. Die Bedeutung ist erheblich: Im Jahr 2024 entfielen 40,4 % aller neuen Erwerbsminderungsrenten auf die DRV-Indikationsgruppe „Psychosomatik und Psychotherapie“ [4].

Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht ist eine bedarfsgerechte Versorgung bedeutsam. Ein systematisches Review berichtete je nach Studie zusätzliche direkte Gesundheitskosten von 432 bis 5.353 US-Dollar pro betroffene Person und Jahr [2]. Eine 15-jährige Routinedatenanalyse fand bei funktionellen somatischen Syndromen erhöhte Raten apparativer Diagnostik, darunter CT-Untersuchungen bis zum Faktor 2,01 und MRT-Untersuchungen bis zum Faktor 1,91 gegenüber Vergleichspersonen [3].

Eine gut erreichbare psychosomatische Behandlung kann helfen, unnötige Wiederholungsuntersuchungen, wenig zielführende Behandlungswechsel und vermeidbare Chronifizierungen zu reduzieren. Sie schafft zudem spezialisierte Anlaufstellen für Hausärztinnen und Hausärzte, die viele dieser Patientinnen und Patienten über Jahre begleiten. Damit ist psychosomatische Versorgung keine zusätzliche Leistung am Rand des Systems. Sie ist ein verbindendes Element zwischen hausärztlicher, somatischer und psychiatrischer Versorgung.

Schlussfolgerung: Reformen am Nutzen für die Menschen messen

Eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung braucht spezialisierte Fachgebiete, die sich ergänzen statt austauschbar zu werden. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie muss daher in der Krankenhausplanung als eigenständiges Fachgebiet mit definierten Leistungsbereichen berücksichtigt, in ihrer multimodalen Strukturqualität angemessen finanziert und überregional zugänglich bleiben. Gleichzeitig sind ambulante und sektorenübergreifende Versorgungswege weiterzuentwickeln.

Maßstab jeder Reform ist, ob Menschen mit komplexen Erkrankungen rechtzeitig die fachlich geeignete, wirksame und qualitätsgesicherte Behandlung erhalten – unabhängig von ihrem Wohnort und über Sektorengrenzen hinweg.

Literatur

[1] Kruse J, Kampling H, Hartmann M, Zara S, Borchers M, Filali Bouami S, et al. (2023). Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP): Ergebnis-bericht. Gefördert durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Förderken-nzeichen: 01VSF19004. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/450/2023-10-16_ES-RiP_Ergebnisbericht.pdf

[2] Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, Kaufmann C, Luppa M, Herzog W, et al. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2012;81(5):265-275. doi: 10.1159/000337349

[3] Schneider A, Donnachie E, Zipfel S, Enck P. Patients with somatoform disorders are prone to expensive and potentially harmful medical procedures—results of a retrospective cohort study over 15 years. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(25):425-431. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0135

[4] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2025). Rentenversicherung in Zeitreihen 2025. DRV-Schriften, Band 22, Berlin, Oktober 2025, S. 104–105, Tabelle „Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosegruppen – Anteile in %“.

[5] Destatis, Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2024. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611247005.html

[6] GMK-Beschluss 13.06.2024, TOP 3.7; § 64b SGB V: Vereinbarungen über Modellvorhaben mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung

[7] Doering S, Herpertz S, Pape M, Hofmann T, Rose M, Imbierowicz K, et al. The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. Front Psychiatry. 2023;14:1155582. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1155582.

[8] Kessler H, Doering S, Kehyayan A, Pape M, Hofmann T, Rose M, et al. Long-term effectiveness of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. Front Psychiatry. 2025;16:1531504. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1531504

[9] Grobe TG, Bessel S (2025). Gesundheitsreport 2025, S. 22 und 56 – Arbeitsunfähigkeiten. Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen.

[10] Kösters, M., Friederich, H.-C., Wild, B., Blum, K., & Siewert, S. (2025). Ergebnisbericht zum Projekt: EPPIK – Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Gefördert durch den Innovationsausschuss beim gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Förderkennzeichen: 01VSF20030. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss- dokumente/886/2025-06-20_EPPIK_Ergebnisbericht.pdf