

Gutachten
zur Strukturanalyse und Bedarfsermittlung
im Bereich der Psychotherapeutischen
Medizin (Psychosomatik) in Hessen

Band I
- Grundlagen -

Kiel, März 2005

Mitarbeiter

Weidenhammer, Jörg	Dr. med. Geschäftsführender Gesellschafter IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH
Golbach, Ute	Diplom-Volkswirtin Wissenschaftliche Mitarbeiterin IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH
Senf, Wolfgang	Prof. Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Freier Mitarbeiter IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH
Schmidt, Jürgen	Dr. phil., Diplom-Psychologe Freier Mitarbeiter IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH
Kneer-Weidenhammer, Simone	Rechtsanwältin Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Saarbrücken / Kiel
Bahr, Volker	Diplom-Theologe Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Saarbrücken / Kiel
Lück, Katrin	Politologin, M.A. Dokumentation und Recherche, Saarbrücken / Kiel
Kugler, Waltraud	Diplom-Betriebswirtin Dokumentation und Recherche, Saarbrücken / Kiel
Zimmermann, Nadine	Dokumentation und Recherche, Saarbrücken / Kiel

Gliederung des Gutachtens

Band I

Mitarbeiterverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Vorwort

Auftrag

- 1 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
- 2 Gesetzliche Grundlagen und Kriterien der Krankenhausplanung**
- 3 Vorgehensweise des Gutachters zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen**
- 4 Datengrundlage**

Band II

- 5 Analyse der Krankenhausversorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen**
- 6 Analyse der Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen**
- 7 Analyse der ambulanten Versorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen**

Band III

- 8 Einflussfaktoren auf den Bedarf für Krankenhausbehandlung**
- 9 Methodische Möglichkeiten zur Bedarfsermittlung für die Krankenhausplanung**
- 10 Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen**
- 11 Konzept zur Versorgung psychosomatischer Patienten in Hessen**

Abkürzungsverzeichnis

AEP	Appropriateness Evaluation Protocol
AÄGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DMP	Disease Management Programme
DRG	Diagnosis Related Groups
FEH	Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH
FPG	Fallpauschalengesetz
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz
HSM	Hessisches Sozialministerium
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

Abkürzungsverzeichnis, Fortsetzung

KHK	Krankenhauskonferenz
KHNG	Krankenhausneuordnungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKHA	Landeskrankenhausausschuss
LVA	Landesversicherungsanstalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
oGVD	obere Grenzverweildauer
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
VG	Versorgungsgebiet
VGH	Verfassungsgerichtshof
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Vorwort

Die Erstellung des Gutachtens zur Strukturanalyse und Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin durch die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (IGSF GmbH) sollte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber sowie mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe erfolgen. Die Neutralität des Gutachtens wurde damit zu keiner Zeit in Frage gestellt.

Die IGSF GmbH hat unter Wahrung datenschutzrechtlicher Vorschriften alle verwertbaren Daten und Angaben ausgewertet und diese Auswertung zur Grundlage seiner Analyse und Bedarfsermittlung gemacht.

Das Gutachten gliedert sich in drei Bände.

1. In Band I werden die geschichtliche Entwicklung und die Besonderheiten der Psychotherapeutischen Medizin sowie ihre Eingliederung in eine gesamtmedizinische Versorgung geschildert. Darüber hinaus werden die gesetzlichen Grundlagen und die Zielkriterien einer Krankenhausplanung dargestellt sowie die Vorgehensweise der IGSF GmbH bei der Gutachtenerstellung erläutert.
2. Band II beinhaltet die Strukturanalyse der Versorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen. Es handelt sich hierbei um eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation sowohl im Krankenhausbereich als auch im ambulanten und rehabilitativen Bereich.
3. Band III umfasst die Bedarfsermittlung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. In die Bedarfsermittlung gingen u. a. folgende Faktoren ein: Demografische Entwicklung, Stand und mögliche Entwicklung des medizinischen Fortschritts, Morbiditätsentwicklung, nachstationäre Behandlung sowie teilstationäre Versorgung, Grunddaten und Diagnosedaten der Krankenhäuser und komplementäre Versorgungsangebote.

Auftrag

Das Hessische Sozialministerium (HSM) hat in Zusammenarbeit mit der Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH) mit Datum vom 12. November 2003 ein Gutachten zur Strukturanalyse und Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) ausgeschrieben.

Der Auftrag bzw. das Ziel des Gutachtens wurde wie folgt definiert:

„Das Gutachten soll zum einen eine detaillierte Darstellung der derzeitigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Hessen beinhalten, die neben dem akutmedizinischen auch den ambulanten und den rehabilitativen Bereich umfasst.

Über diese Strukturanalyse hinaus ist im Gutachten ein schlüssiges und transparentes analytisches Konzept zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs an voll- und teilstationären Behandlungskapazitäten im Bereich der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V vorzulegen. In diesem analytischen Konzept ist eine Abgrenzung des Bedarfs gegenüber dem Bereich der ambulanten und der rehabilitativen Versorgung sowie gegenüber dem Fachgebiet Psychiatrie vorzunehmen.

Auf der Grundlage des vorgeschlagenen Konzeptes sind planungs- und entscheidungsrelevante Aussagen zu zukünftigen Strukturen, Kapazitäten und Standorten für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung in Hessen zu machen. Orientierungspunkt für die Struktur- und Bedarfsaussagen soll das im Landeskrankenhausausschuss im Dezember 2002 verabschiedete vorläufige Konzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) sein.“

Das „Vorläufige Rahmenkonzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen“ (Stand 7. November 2002) war dem Ausschreibungstext als Anlage beigefügt.

Mit Datum vom 9. Dezember 2003 hat die Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen die Ausschreibungsunterlagen an die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH geschickt.

Die Angebotsfrist endete mit Ablauf des 30. Januar 2004.

Mit Datum vom 30. Januar 2004 hat die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH ein Angebot unter dem Titel

„Gutachten zur Strukturanalyse und Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) in Hessen“

beim Hessischen Sozialministerium eingereicht.

Der Werkvertrag zwischen dem Hessischen Sozialministerium (Auftraggeber) und der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (Auftragnehmer) wurde am 6. April 2004 geschlossen.

Als Datum für die Fertigstellung des Gutachtens wurde ursprünglich der 31. Oktober 2004 vereinbart. Wegen der verzögerten Datenlieferungen (u. a. dauerte es von Juni bis November, bis die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Auswertung vorlagen) war es notwendig, einen neuen Termin zu vereinbaren.

Gemäß der neuen Terminvereinbarung stellt die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH dem Hessischen Sozialministerium das fertig gestellte Gutachten bis zum 09. März 2005 zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis Band I

Mitarbeiterverzeichnis	3
Gliederung des Gutachtens	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Vorwort	7
Auftrag	9
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis Band I	13
1 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ihre Eingliederung in eine gesamtmedizinische Versorgung	15
1.1 Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	17
1.1.1 Psychosomatische Medizin	17
1.1.2 Psychotherapie	20
1.2 Was ist Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?	21
1.2.1 Verankerung in der Ärztlichen Approbationsordnung und in der Ärztlichen Weiterbildungsordnung	22
1.2.2 Zuständigkeiten der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	23
1.3 Wie „funktioniert“ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?	25
1.4 Abgrenzung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Überschneidung mit anderen medizinischen Fachgebieten	28
1.5 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den Bundesländern	29
2 Gesetzliche Grundlagen und Zielkriterien der Krankenhausplanung	37
2.1 Gesetzlich Grundlagen der Krankenhausplanung	37
2.1.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz	37
2.1.2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch	40
2.1.3 Krankenhausplanung in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte	43
2.1.4 Hessisches Krankenhausgesetz	45
2.1.5 Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005	47

2.2	Zielkriterien der Krankenhausplanung	48
2.2.1	Bedarfsgerechtigkeit	49
2.2.2	Leistungsfähigkeit	50
2.2.3	Sozial tragbare Pflegesätze bzw. Vergütungen	51
2.2.4	Wirtschaftlichkeit	51
2.2.5	Trägervielfalt	52
2.2.6	Komplementäre Versorgungsangebote	52
3	Vorgehensweise des Gutachters zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen	53
3.1	Vorbemerkung	53
3.2	Auswahl des Diagnosespektrums des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin	54
3.3	Analyse der Versorgungsstrukturen	61
3.3.1	Stationäre Krankenhausversorgung	61
3.3.2	Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen	62
3.3.3	Ambulante Versorgung	63
3.4	Bedarfsprognose für das Jahr 2010	64
4	Datengrundlage	65
4.1	Datenquellen	65
4.2	Krankenhäuser	65
4.3	Rehabilitationseinrichtungen	66
4.4	Ambulante Versorgung	66
	Literaturverzeichnis Band I	67
Anhang	Stationäre Psychotherapie der Magersucht als Behandlungs-episode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans	

Tabellenverzeichnis Band I

Tabelle 1	Konzepte zur Abbildung des Diagnosespektrums des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin mit Hilfe der Systematik der ICD-10	56
Tabelle 2	Spektrum der in die Auswertung einbezogenen Schwerpunktdiagnosen der Psychotherapeutischen Medizin und Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie	60

Abbildungsverzeichnis Band I

Abbildung 1	Psychosomatisches Krankheits- und Forschungsmodell	20
Abbildung 2	Verankerung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	22
Abbildung 3	Etablierung und Struktur des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23
Abbildung 4	Anorexia nervosa: Gewichtsverlauf während der stationären Behandlung	27
Abbildung 5	Anorexia nervosa: Zerebrale Veränderungen, vor und nach Therapie	27
Abbildung 6	Anorexia nervosa: Knochendichte in Abhängigkeit vom Gewicht	28

1 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ihre Eingliederung in eine gesamtmedizinische Versorgung

Mit dem Erlass der ärztlichen Approbationsordnung von 1970 wurde die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ neben den Fächern „Medizinische Psychologie“ und „Medizinische Soziologie“ ein obligates Pflicht-Fach in der Ausbildung von Medizinstudenten. 1992 wurde die „Psychotherapeutische Medizin“ als Fachgebiet in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt und 2003 in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“¹ umbenannt.

Heute ist die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an allen Universitäten etabliert und nimmt als eigenständiges Fach mit unabhängigen Lehrstühlen und Professuren die Aufgaben in Forschung und Lehre, in Krankenversorgung und Weiterbildung wahr. Im studentischen Unterricht hat das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als eigenständiges Fachgebiet den gleichen Umfang zu erbringen wie das Fachgebiet Psychiatrie. Damit wird in der Approbationsordnung der Notwendigkeit Rechnung getragen, beide Fachgebiete ausdrücklich zu trennen. Mit der Entwicklung des Fachgebietes können wesentliche Aufgaben in der ambulanten wie stationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung erfüllt werden.

Nur durch die Einführung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die Lehre (Approbationsordnung) wurde sichergestellt, dass seither jeder Medizinstudent und jede Medizinstudentin ein *Mindestmaß an Kenntnissen* psychosomatischer und psychotherapeutisch behandelbarer Methoden erwirbt.

Das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin, heute Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wurde 1992 mit deutlichem Votum der verfassten Ärzteschaft als eigenständiges Gebiet in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufgenommen, weil es sich anhand der ätiologischen Konzepte, der nosologischen Kriterien und der unterschiedlichen Behandlungsstrategien deutlich von anderen Fächern unterscheidet, insbesondere von der Psychiatrie. Mit der Einführung des Fachgebietes wurde darüber hinaus der Tatsache Rechnung getragen, dass psychosomatische Störungen von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung sind.

¹ Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 spricht von „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, die Hessische Weiterbildungsordnung von „Psychotherapeutische Medizin“. Im vorliegenden Gutachten wird grundsätzlich die Terminologie der Hessischen Weiterbildungsordnung verwendet. Abweichend hiervon verwendet die IGSF GmbH überall dort, wo das medizinische Fachgebiet in seiner geschichtlichen Entwicklung oder Entwicklungen auf Bundesebene beschrieben werden, den Begriff „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

In nahezu keinem anderen Land sind weder die Psychosomatische Medizin noch die Psychotherapie selbstständige Disziplinen, und sie sind vor allem nicht so eindeutig aufeinander bezogen und zusammengebunden, wie es sich in Deutschland entwickelt hat. Die Psychotherapie wird in anderen Ländern, mit nur wenigen Ausnahmen wie z. B. Holland, von der Psychiatrie oder zunehmend von der Klinischen Psychologie vertreten. Die „Psychologisierung“ der Psychotherapie ist eine für die Medizin eher bedenkliche Entwicklung, da dadurch die psychosoziale Perspektive aus der Medizin verloren gehen könnte. Die psychosomatische Perspektive ist, wenn überhaupt vorhanden, am häufigsten Bestandteil klinischer Fächer wie Innere Medizin, Gynäkologie.

Die „deutsche Besonderheit“ eines eigenen Fachgebietes verführt immer wieder dazu, seine Existenzberechtigung grundsätzlich in Zweifel zu ziehen, so wie es vor allem aus der Psychiatrie heraus stattfindet. Dass es in Deutschland zu dieser besonderen Entwicklung gekommen ist, resultiert historisch gesehen daraus, dass bis in die 90er Jahre die Psychiatrie nicht bereit war, die Psychotherapie als wissenschaftliche Methode zu akzeptieren und zu integrieren. Erst in den letzten Jahren hat sich dies verändert, bewegt durch Psychiater wie Tölle aus Münster schon in früheren Zeiten und später durch Berger aus Freiburg. Allerdings ist die klinische und wissenschaftliche Gleichrangigkeit der Psychotherapie in der Psychiatrie auch heute noch lange keine Selbstverständlichkeit gegenüber der wachsenden Bedeutung der wieder ausschließlich biologisch orientierten Neurowissenschaften. Auf der anderen Seite war die somatische Medizin nicht bereit, mit wenigen Ausnahmen wie z. B. der Gynäkologie, der Psychosomatik mehr als ein eher „kümmerliches“ Dasein am Rande der Medizin einzuräumen, weshalb die so genannte „internistische Psychosomatik“ an den Universitäten - mit Ausnahme von Heidelberg und Berlin - keinen Bestand hatte.

Trotz der nahezu durchgängigen Widerstände hat sich die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in Deutschland als relativ starke Disziplin entwickelt und behauptet. Sie hat die Psychotherapie nicht - wie die Psychiatrie - weitgehend der Psychologie überlassen und sie hat sich aus ihrer Randposition in der somatischen Medizin emanzipiert. Eindeutiges Ziel dabei war es, eine deutliche Gegenkraft gegen die starke Zentrierung - auch in der Psychiatrie - auf ausschließlich biologische Krankheitsmodelle zu bilden.

1.1 Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Das Fachgebiet steht als „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in der Approbationsordnung und ärztlichen Weiterbildung, weil beide Bereiche eng aufeinander bezogen sind. Die Psychotherapie war von Beginn an in der Psychosomatik angesiedelt und hier schon immer zentrale Behandlungsmethodik. Deshalb wurde schon mit der Novellierung der Approbationsordnung 1970 die Psychosomatische Medizin mit der Psychotherapie als neues Fachgebiet verknüpft, und eben nicht mit einem anderen Fachgebiet, z. B. der Psychiatrie oder Medizinischen Psychologie kombiniert.

Hier kommt der traditionell biologisch orientierten Psychiatrie, die sich der Psychotherapie und Psychosomatik über Jahrzehnte hinweg bis in die 90er Jahre verweigert hat, eine wesentliche Rolle zu. Die Psychotherapieausbildung war nämlich während dieses Zeitraumes nur außerhalb der Psychiatrie möglich, d. h. im Rahmen der Zusatztitel „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“. Dadurch wurde die Psychotherapieausbildung in die in der Regel nichtuniversitären Institute gedrängt. Alle Ärzte - also auch Psychiater - konnten sich in Psychotherapie bis in die 90er Jahre nur an solchen Instituten auf privatrechtlicher Basis in Psychotherapie ausbilden lassen.

Diese Monopolbildung einer Institutsausbildung wurde erst durch die Entscheidung des Ärztetages 1992, das Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ einzuführen, nachhaltig beendet. Erreicht wurde dies allein durch die jahrelangen Initiativen der Fachvertreter für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ an den medizinischen Fakultäten in Deutschland und nicht, wie das heute gern behauptet wird, durch die Fachvertreter der Psychiatrie, die diese Entwicklung sogar eher zu verhindern suchten.

Der Übersichtlichkeit halber werden die beiden Bereiche Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, obwohl sie zusammen gehören, im Folgenden einzeln erörtert.

1.1.1 Psychosomatische Medizin

Der Begriff psychosomatisch, der sich aus den griechischen Worten *psyche* (Hauch, Atem, Seele) und *soma* (Körper, Leib) zusammensetzt, kennzeichnete zunächst die *leib-seelische Ganzheit* des Menschen. Als Wissenschaft und Heilkunde von den wechselseitigen Beziehungen körperlicher, psychischer und sozialer Vorgänge in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit stellt die Psychosomatische Medizin primär eine *prinzipielle Betrachtungsweise* in allen Disziplinen der Medizin dar, die, so alt wie die Heilkunde selbst, nicht etwa dem Körperlichen weniger, sondern dem Seelischen mehr Beachtung schenkt.

Psychosomatisches Denken in der Medizin

„Krankheiten als solche gibt es nicht, wir kennen nur kranke Menschen.“ Mit dieser Formulierung hat der Heidelberger Internist Ludolf von Krehl das psychosomatische Grundprinzip auf den Punkt gebracht. Psychosomatisches medizinisches Denken bedeutete mit den Worten Viktor von Weizsäcker die „Einführung des Subjektes in die Pathologie“, da das Individuum als Person nicht auf das Körperliche reduzierbar ist. Deshalb wird in Diagnostik und Therapie neben der Analyse und Behandlung der Symptome stärker auf den einzelnen Kranken selbst, seine Erlebnisse, seine Vergangenheit und seine Zukunftserwartung eingegangen.

Diese prinzipielle ärztliche Grundeinstellung hat für alle Bereiche der Medizin Gültigkeit. Deshalb ist die *Psychosomatische Grundversorgung* als eine spezielle Weiter- und Ausbildungsleistung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in vielen fachärztlichen Weiterbildungen integriert. Die Psychosomatische Grundversorgung wird in der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung aus dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vertreten. [Lit. 25, Lit. 4, Lit. 5, Lit. 15]

Psychosomatische Medizin als ein medizinisches Fachgebiet

Erst sekundär bezeichnete der Begriff „Psychosomatische Medizin“ ein *medizinisches Fachgebiet*, so wie es 1970 in der Approbationsordnung für Ärzte zur Ausbildung von Medizinstudenten verankert wurde. Die Konstruktion eines selbstständigen Faches ging, *historisch* gesehen, allerdings zunächst von der stillschweigenden Annahme aus, dass Psychosomatik voll und ausschließlich von der psychologischen Ebene her betrieben werden könnte. Dieser Umstand hat die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie lange Zeit ungünstig beeinflusst.

Es ist eine wissenschaftlich überwundene historische Sichtweise, dass die Psychosomatik vollständig und ausschließlich von der psychologischen Ebene, insbesondere von der Psychoanalyse her betrieben werden könne. Diese Sichtweise ging von dem Konversionsmodell von S. Freud aus, mit dem - allerdings vor mehr als einem Jahrhundert - hysterische körperliche Symptome erstmals psychogenetisch verständlich wurden. Das Konversionsmodell wurde dann aber durch die langwährende Dominanz einer psychoanalytisch orientierten Psychosomatik, die wiederum durch die Monopolstellung der Institutsausbildung bedingt war, auf nahezu alle Krankheiten generalisiert.

Vor diesem Hintergrund wurde dann auch primär organischen Erkrankungen, wie z. B. Krebs, ebenfalls eine Psychogenese als primär ursächlich unterstellt. In der Diskussion um den Zusammenhang zwischen Krebs und Psyche tauchen sogar bis heute noch Vorstellungen auf, *Krebs sei primär psychisch bedingt*, bis hin zur Propagierung einer *Krebspersönlichkeit*,

die schicksalhaft zur Tumorerkrankung führe und den Krankheitsprozess weitertreibe. Wissenschaftlich besteht keinerlei Anhalt für ein persönlichkeitsgebundenes Krebsrisiko (Krebspersönlichkeit). Psychische Überlastungen zeigen zwar eine generelle Koinzidenz mit einer erhöhten allgemeinen Krankheitsanfälligkeit, *aber es besteht keine statistisch signifikante Korrelation mit onkologischen Erkrankungen*. Andererseits lassen sich Verhaltensweisen identifizieren, die sowohl mit der psychischen Verfassung als auch mit einem erhöhten Krebsrisiko einhergehen, z. B. Tabak- und Alkoholabusus. Die Inanspruchnahme präventiver Angebote ist daher auch psychosozial determiniert. [Lit. 16, Lit. 17, Lit. 18, Lit. 28, Lit. 2]

Der psychologische Reduktionismus, der in der Psychosomatischen Medizin bis in die 80er Jahre vorherrschte, ist rückblickend lediglich als eine Reaktion auf den ehemals somatischen Reduktionismus einer ausschließlich biologisch orientierten Medizin - und auch Psychiatrie - zu interpretieren und jetzt als historisch vergangen zu akzeptieren.

Das bio-psycho-soziale Modell der „Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“

Das bis in die 70er Jahre favorisierte Konzept einer reinen Psychogenese, das mit der Annahme verbunden war, dass spezifische seelische Konflikte zu spezifischen Erkrankungen führen („Krankheit als Konflikt“) wurde zugunsten eines bio-psycho-sozialen Krankheits-, Behandlungs- und Forschungsmodells aufgegeben, das folgendermaßen konzeptualisiert ist (siehe Abbildung 1): Genetische Dispositionen und die durch sie beeinflussten organischen Prozesse stehen in einer ständigen Wechselwirkung mit den innerpsychischen Prozessen, den interpersonellen Beziehungserfahrungen und dem bewussten Erleben und Verhalten des Individuums und bedingen in dieser Wechselwirkung die individuelle Krankheits- und Gesundheitsgeschichte.

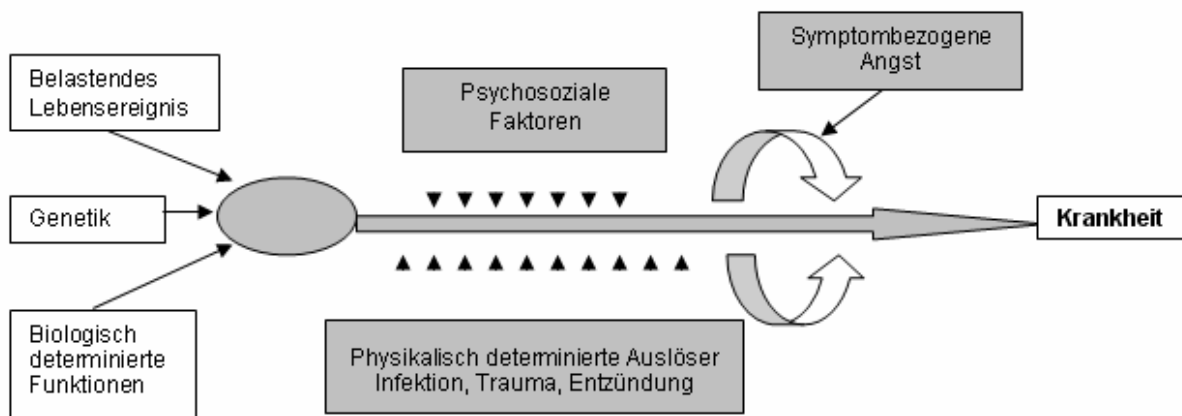
Spätestens das 1977 erschienene Buch *Psychobiology and Human Disease* von Herbert Weiner markierte diese paradigmatische Wende zur heutigen „modernen“ Psychosomatik.

Aus dem bio-psycho-sozialen Modell heraus, das ausschließlich von der „Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ in Krankenversorgung, Forschung und Lehre nachhaltig vertreten wird, besteht eine enge klinische und wissenschaftliche Kooperation mit folgenden Fachdisziplinen: Neurophysiologie, Psychophysiologie, Biochemie, Immunologie, Endokrinologie, Epidemiologie, Genetik und anderen. [Lit. 27]

Heute gilt

Die Psychosomatische Medizin ist mit einem *somato-psycho-sozialen Ansatz* prinzipiell *interdisziplinär* angesiedelt, und die psychosomatische Klinik hat heute *alle* erforderlichen *somato-psycho-sozialen* Methoden kompetent zu repräsentieren. Die klinischen Forschungsperspektiven der Psychosomatischen Medizin sind in Abbildung 1 zusammengefasst. Psychosomatische Forschung stellt sich, gegenüber den anfänglichen empiriefernen ausschließlich psychologischen Theorien, die wie gute Feen an der Wiege des Faches standen, heute als umfangreicher, komplexer und notwendigerweise ebenen- und methodenübergreifender dar.

Abbildung 1 Psychosomatisches Krankheits- und Forschungsmodell



1.1.2 Psychotherapie

Psychotherapie ist, nüchtern betrachtet, nicht mehr und auch nicht weniger als eine medizinische Behandlungsmethode, die unter Anwendung psychologischen Wissens und psychotherapeutischer Behandlungsmethoden auf wissenschaftlicher Grundlage zur Behandlung und Heilung von Krankheit eingesetzt wird. Man könnte die Psychotherapie, wenn man das so sehen will, am ehesten mit dem *Handwerk* des Chirurgen vergleichen, wobei die psychotherapeutischen verbalen oder auch nonverbalen Eingriffe in die Psyche des Kranken zwar „unblutig“ verlaufen, aber auch erhebliche Nebenwirkungen hervorrufen oder sogar zu schädigenden Folgen führen können, wenn das Handwerk „Psychotherapie“ nicht sorgfältig und kompetent ausgeübt wird.

Psychotherapie ist nicht nur eine sehr anspruchsvolle medizinische Behandlungsmethode, sie ist, im Vergleich zu anderen medizinischen Behandlungsmaßnahmen und gemessen an der Schwere der Erkrankungen, äußerst effektiv und erfolgreich, wie die Psychotherapieforschung zeigt. Die Psychotherapieforschung zeigt auch, dass unterschiedliche therapeutische Verfahren - die gerne verschiedenen, sich bekämpfenden „Schulen“ zugeordnet werden - differenziell wirksam sind.

Als *Verfahren zur Krankenbehandlung* ist die Psychotherapie eindeutig definiert (vgl. dazu Lit. 20) und die Effekte von Psychotherapie einschließlich stationärer Psychotherapie sind ausreichend belegt. [Lit. 24, Lit. 12, Lit. 7, Lit. 26]

Entgegen einer „schulen“-orientierten Auffassung mit monomodalen Therapieansätzen setzt sich zunehmend eine „schulen“-übergreifende multimodale Orientierung durch bis hin zu so genannten integrierten Therapieansätzen, wie sie unter anderem von Grawe mit dem Konzept der Neuropsychotherapie vorgelegt worden ist [Lit. 6].

1.2 Was ist Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?

Die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* ist ein interdisziplinäres medizinisches Fachgebiet, das zwischen der somatischen Medizin und der Psychiatrie angesiedelt ist.

Die Etablierung einer eigenständigen Psychosomatik und Psychotherapie in der Medizin in Deutschland stößt auf durchweg positive Resonanz und zunehmendes Interesse der wissenschaftlichen Fachwelt aus dem Ausland, was sich auf der European Conference for Psychosomatic Research in Berlin im Juni 2004 gezeigt hat. Vor allem die Koexistenz der beiden Fächer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychiatrie hat im Gegensatz zu anderen Ländern zu einer vorbildhaften Situation geführt, da hierdurch für das sehr breite Spektrum seelisch bedingter Gesundheitsstörungen ein effizientes Versorgungssystem etabliert werden konnte.

Wichtig ist es, in diesem Zusammenhang auch auf die paradigmatischen Veränderungen in der Entwicklung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hinzuweisen. Deshalb an dieser Stelle noch einmal eine **Zusammenfassung**:

1. Das bis in die 70er Jahre favorisierte Konzept einer reinen Psychogenese wurde in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre zugunsten eines bio-psycho-sozialen Krankheits-, Behandlungs- und Forschungsmodells aufgegeben.
2. Die Monopolbildung einer Institutsausbildung in ärztlicher Psychotherapie wurde durch das Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ nachhaltig zugunsten einer regulären und qualifizierten Weiterbildung in ärztlicher Psychotherapie aufgegeben, womit den

Ärztinnen und Ärzten in diesem Gebiet erstmalig eine berufliche Grundlage geschaffen wurde.

3. Die einseitigen, „schulen“-orientierten monomodalen Therapieansätze weichen zunehmend den integrierten multimodalen Therapieansätzen, da nur diese den oben genannten komplexen Aufgabenstellungen gerecht werden können. Hier hat die Psychotherapie im Krankenhaus eine Modellfunktion für notwendige Reformen in der ambulanten Versorgung (vgl. Lit. 21).

1.2.1 Verankerung in der Ärztlichen Approbationsordnung und in der Ärztlichen Weiterbildungsordnung

Strukturell ist das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowohl in der ärztlichen Approbationsordnung - und damit in Lehre und Forschung - als auch in der ärztlichen Weiterbildungsordnung - und damit in der klinischen Versorgung - im Prinzip gut verankert (Abbildung 2).

Abbildung 2 Verankerung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Approbationsordnung 1970	
Vorklinik:	Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie
Klinik:	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Weiterbildungsordnung 1992	
	Psychotherapeutische Medizin
Ärztliche Weiterbildungsordnung 2003	
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Während sich die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* als Fachgebiet an den Universitäten behauptet und gut entwickelt und damit die 1970 eingeleitete Entwicklung einen konsequenten Abschluss gefunden hat (Abbildung 3), ist die Medizinische Psychologie an den meisten Universitäten in einem eher bescheidenen Umfang und die Medizinische Soziologie nur wenig vertreten.

Abbildung 3 Etablierung und Struktur des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

	1990 (Häfner)	2002 (Senf)
Abteilungen	26	34
C4	19	23
C3	20	30
C2	5	12

Quelle: Senf, W.: Entwicklungslinien der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Vortrag, Düsseldorf 2002

Forschung hat in beträchtlichem Umfang im Bereich der *Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie* stattgefunden mit Förderungen durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), aber auch durch andere Drittmittelgeber. Dies zeigt die Bestandsaufnahme der Forschungskommission des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM).

Die *Lehranforderungen* an die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind mit der erneuten Novellierung der Approbationsordnung deutlich gestiegen [vgl. Lit. 8].

1.2.2 Zuständigkeiten der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Da das Fachgebiet *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* interdisziplinär ausgelegt ist, gehören psychosomatische und somatopsychische Störungen, Syndrome und Symptome aus *allen* anderen medizinischen Fachgebieten (einschließlich Psychiatrie) in das Versorgungsspektrum. Entsprechend ist das therapeutische Methodenspektrum, das über somatisch-medizinische Behandlungsmaßnahmen und Pharmakotherapie hinaus schwerpunktmäßig in dem Fachgebiet zur Anwendung kommt, breit gefasst (siehe unten). Schon deshalb greift jeder Versuch, das Diagnosespektrum des Fachgebietes ausschließlich über die ICD-10-Systematik abbilden zu wollen, zu kurz. Psychosomatische Erkrankungen im

engeren Sinn und somatopsychische Störungen sind im Kapitel V der ICD-10 nicht ausreichend differenziert vorgesehen, eine Erfassung erfolgt undifferenziert über die Gruppe F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“. Zudem sind auch die zum Teil gesetzlich vorgesehenen Versorgungsbereiche wie z. B. die psychosomatische Evaluation und Versorgung im Rahmen der Transplantationsmedizin und die Psychoonkologie im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) nicht abgebildet.

Eine Abgrenzung der Versorgungsaufgaben erscheint vor allem der Psychiatrie gegenüber problematisch. Dazu ist grundsätzlich festzuhalten, dass die Psychiatrie in den letzten Jahren zunehmend Versorgungsbereiche für sich reklamiert hat, die in der bisherigen Entwicklung (siehe oben) von dem Fachgebiet *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* in der Krankenversorgung sowie in Lehre und Forschung vertreten worden sind. Da das Fachgebiet interdisziplinär angelegt ist, gibt es natürlich Überschneidungen, naturgemäß besonders mit der Psychiatrie. Aus diesem Grund wird gerade im Verhältnis zur Psychiatrie unterschieden zwischen *Kernbereichen* der Versorgung mit *Schwerpunktdiagnosen* der *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* und *Überschneidungsbereichen* mit *Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie*.

Bei den *Kernbereichen* der Versorgung mit *Schwerpunktdiagnosen*, die über die ICD-10-Klassifikation erfasst sind, handelt es sich um die Störungen F41 bis F45, F48, F50 bis 52, F54, F55 und F59.

Psychosomatische Symptome, Syndrome und Störungen in anderen medizinischen Fachgebieten einschließlich der Psychiatrie, bei denen psychosomatische diagnostische und therapeutische Kompetenzen - z. B. bei Compliancestörungen, somatopsychischen Störungen, Anpassungsstörungen, beim Krisenmanagement - gefragt sind, sind in der ICD-10-Klassifikation nicht zufrieden stellend abgebildet.

Den *Grenzbereich zur Psychiatrie* betreffen die die Diagnosen F32 bis F34, F60 und - je nach Rahmenbedingungen und Komorbiditäten - auch die Diagnosen F40 bis F42.

Zur Erfüllung der klinischen Aufgaben verfügt die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* neben den somatischen Therapien über ein breites psychotherapeutisches und psycho-soziales Methodenspektrum in Diagnostik und Therapie:

- *Psychotherapie*
Professionelles, wissenschaftlich fundiertes und empirisch überprüftes therapeutisches Handeln, das mit psychotherapeutischen Mitteln und Methoden im Erleben und Verhalten zum Zwecke der Behandlung von seelisch bedingter Krankheit oder deren Vorbeugung einsetzt

- *Psychosoziales Management*
Coping, Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität, Compliance und Prävention
- *Psychoedukation*
Patientenorientierte Information, Krankheitsaufklärung, Patient ist Experte für die eigene Erkrankung
- *Psychosoziale Beratung*
Lebenswelt- und alltagsbezogenes psychosoziales Hilfsangebot
- *Rehabilitation.*

1.3 Wie „funktioniert“ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie „funktioniert“, wie oben ausgeführt, aus einer interdisziplinären, klinischen und wissenschaftlichen Zusammenführung der somato-psychosozialen Perspektiven heraus. Die Behandlung in dem Fachgebiet erfolgt aufgrund eines integrativen multimodalen Therapieansatzes, damit die psychosozialen, psychischen, sozialen und biologischen Zusammenhänge auf ganz verschiedenen Ebenen berücksichtigt werden und damit verschiedene psychotherapeutische Perspektiven und Behandlungstechniken im Rahmen von Gesamtbehandlungsplänen integriert und koordiniert werden können. Als Beispiel aus der Praxis wird auf das Behandlungskonzept der Magersucht verwiesen da die Behandlungsgeschichte dieser Erkrankung den oben beschriebenen Paradigmenwechsel in der Psychosomatischen Medizin am besten verdeutlicht (Lit. 19; siehe Anhang).

In der langen Tradition stationärer psychotherapeutischer Behandlungen der Anorexia nervosa haben sich die Therapieansätze kontinuierlich verändert.

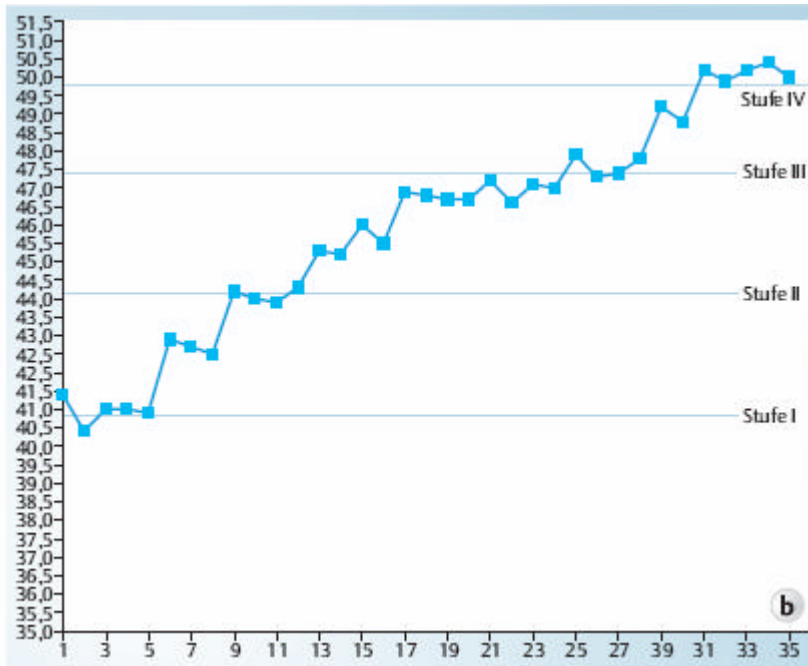
Ganz am Anfang standen die psychoanalytischen Behandlungen in weitgehender Abstinenz der körperlichen Situation gegenüber und es erfolgte eine Fokussierung auf die innerpsychische Konflikte; stark magersüchtige Patientinnen wurden auf der Couch behandelt. Die Anfang der 80er Jahre erweckten Hoffnungen in den verhaltenstherapeutischen Kliniken, die Magersucht besser behandeln zu können durch die stärkere Aufmerksamkeit dem Essverhalten gegenüber, erfüllten sich nur sehr bedingt; es konnte auch nur ein kleiner Anteil der Patientinnen effektiv behandelt werden. Als sich dann Mitte der 80er Jahre die Familientherapeuten mit spektakulären Erfolgsmeldungen meldeten, war leider dennoch bald klar: *keiner der Therapieansätze war und ist für sich alleine genommen ausreichend erfolgreich bei der Behandlung der Anorexia nervosa.* Erst der multimodale Therapieansatz im Rahmen von integrierten Gesamtbehandlungsplänen hat auch bei der Magersucht deutlich bessere therapeutische Möglichkeiten und Behandlungschancen gebracht. Heute besteht

Konsens über allgemeine Grundprinzipien für die klinische Behandlung der Magersucht, auch wenn in den einzelnen Kliniken die institutionellen Rahmenbedingungen und die theoretischen und klinischen Standorte der Therapeuten zum Tragen kommen.

Dabei haben sich in der Behandlung der Anorexia nervosa nicht nur die Therapieansätze kontinuierlich von ausschließlich schulenorientierten Ansätzen hin zu multimodalen integrierten Behandlungsansätzen verändert, wobei die stationäre und ggf. teilstationäre Psychotherapie bei Magersucht „lediglich“ eine wichtige Episode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zu begreifen ist. Für das übergeordnete Hauptziel einer stationären Intervention, überhaupt erst einmal ausreichende körperliche und mentale Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen, ist es wesentlich, dass ebenso den biologischen Vorgängen verstärkt Aufmerksamkeit gegeben wird, was z. B. die körperlichen Folgen der Starvation betrifft. Das betrifft nicht nur den Ernährungszustand, sondern ebenso die Folgen der hormonellen Situation, z. B. von Leptin auf das Essverhalten oder die Auswirkungen der Störungen der Hormonachse bezüglich des Risikos für Osteoporose bzw. die neurobiologisch fassbaren Auswirkungen des Hungerszustandes. Dabei kommt auch dem Verlauf der Gewichtskurve in einem strukturierten Essprogramm eine große Bedeutung zu. (vgl. Abbildung 4, Abbildung 5 und Abbildung 6) ²

² Einige dieser Aspekte, die die Besonderheit „psychosomatischer Therapie“ ausmachen, sind im Anhang dargelegt. Manuskript zur stationären Psychotherapie bei Anorexia nervosa. Stationäre Psychotherapie der Magersucht heißt immer Behandlung im Team. Das Behandlungsteam einer Station für Essstörungen stellt gemeinsam das Behandlungskonzept vor, wobei vor allem auch die Pflege bei der Behandlung magersüchtiger Patienten im Vordergrund steht.

Abbildung 4 Anorexia nervosa: Gewichtsverlauf während der stationären Behandlung



Größe: 168 cm; Gewicht: 42,4 kg; BMI: 14,9; Zielgewicht: 52,3 kg (BMI: 18,4)

Wesentlich sind hierbei biologische Vorgänge wie z. B. zerebrale Veränderungen im Verlauf der Behandlung von Anorexia nervosa oder die Knochendichte in Abhängigkeit vom Gewicht bzw. der Einfluss hormoneller Faktoren wie z.B. Leptin, auch im Hinblick darauf, wie diese in der Steuerung der therapeutischen Prozesse eingesetzt werden können. Diese Aspekte gehen sehr weit über die ursprüngliche traditionelle ausschließlich psychogenetische Betrachtungsweise hinaus, die angesichts solcher Befunde sogar obsolet ist.

Abbildung 5 Anorexia nervosa: Zerebrale Veränderungen, vor und nach Therapie

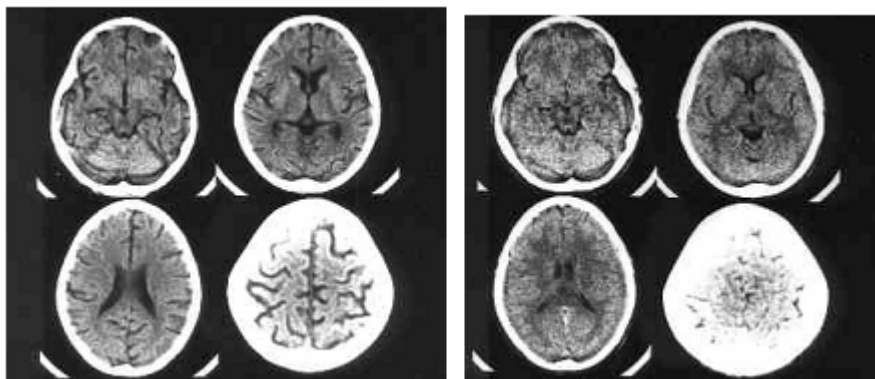
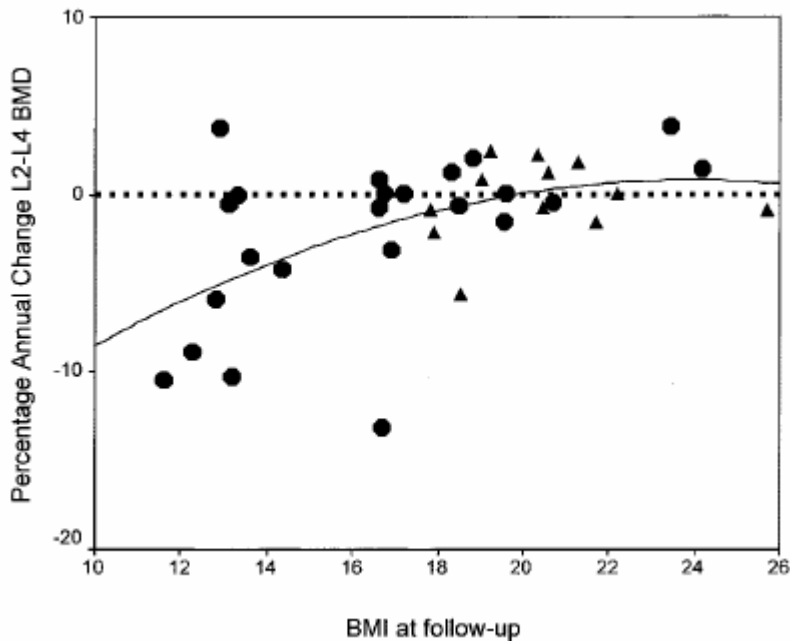


Abbildung 6 Anorexia nervosa: Knochendichte in Abhängigkeit vom Gewicht



Quelle: Lit. 29

1.4 Abgrenzung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Überschneidung mit anderen medizinischen Fachgebieten

Das Fachgebiet *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* ist in der Weiterbildungsordnung dahingehend definiert, dass es die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen umfasst, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Auch wenn für die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* klare Zuständigkeiten festzustellen sind, gibt es, wie überall in der Medizin, Überschneidungen.

Mit der Psychiatrie bestehen vor allem Überschneidungen bei psychischen Störungen, wie z. B. Depression oder Persönlichkeitsstörungen, wobei hier für die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* diese als komorbide Störungen zur Behandlung stehen, nicht als primäre und ausschließliche Erkrankungen.

Mit den somatischen Fächern bestehen je nach Problemstellung deutliche Überschneidungen in dem Sinne, dass die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* bei der Vielzahl so

genannter funktioneller Erkrankungen, in der Schmerztherapie, in der Onkologie (Psychoonkologie) oder in der Transplantationsmedizin usw. Teilaufgaben übernimmt.

Hierbei kommt zum Tragen, dass die Psychotherapie in der *Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie* in ganzer Breite vertreten ist und psychotherapeutische Kompetenz als Service-Leistung den anderen Fachgebieten zur Verfügung stellt, vergleichbar mit der Anästhesie, die ebenfalls Service-Leistungen für verschiedene Fachgebiete anbietet.

1.5 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den Bundesländern

Grundlage der Beschreibung der Versorgungsleistungen in der *Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie* in den Bundesländern sind sowohl die jeweiligen Krankenhausplanungen als auch die in einzelnen Bundesländern erstellten Arbeitspapiere zur Thematik (z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin).

In jedem Bundesland ist die Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin in der *Weiterbildungsordnung* etabliert. In Hessen ist das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) seit Beginn des Jahres 1995 Teil der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

In den *Krankenhausplänen* der Bundesländer wird zum Teil gar nicht bzw. in sehr unterschiedlichem Umfang auf das Fachgebiet Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin eingegangen bzw. eine Bettenplanung für dieses Gebiet vorgenommen.

Hessen

Alle bettenführenden Fachgebiete werden gemäß der Übereinkunft im Landeskrankenhausausschuss (LKHA) 1995 im Krankenhausplan des Landes Hessen ausgewiesen. Am 11. Dezember 2002 wurde ein von Experten in Zusammenarbeit mit den wesentlichen Beteiligten unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums erarbeitetes vorläufiges Rahmenkonzept dem LKHA zur Beratung vorgelegt. In dem Rahmenkonzept wurden neben inhaltlichen Aussagen die zentralen Eckpunkte für die Mindestanforderungen an eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung mit Leistungen der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) dargestellt.

Bedingt durch das Urteil des VGH Baden-Württemberg, welches die Planung präzisiert, wurde es erforderlich, auch in Hessen im Vorfeld der Auswahlentscheidung, welche Krankenhäuser bedarfsgerecht sind und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung bieten, zunächst eine konkrete Bedarfsanalyse durchzuführen. Die Ermittlung des Bedarfs sollte im Rahmen eines externen Gutachtens erfolgen.

Die Fragestellungen des Gutachtens sollten sich an den grundlegenden Aussagen des vorläufigen Rahmenkonzeptes orientieren und von der FEH erarbeitet werden. Die Erstellung des Gutachtens sollte unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums durch eine Arbeitsgruppe, die bereits an der Erarbeitung des vorläufigen Rahmenkonzeptes beteiligt war, begleitet werden.

Um eine weitere Verzögerung beim Aufbau einer stationären Versorgung in der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) zu verhindern, hat sich der LKHA dazu entschlossen, Krankenhäuser der Maximalversorgung, unter dem Vorbehalt der endgültigen Auswahlentscheidung nach Abschluss des Planungsverfahrens, zur Antragstellung aufzufordern.

Schleswig-Holstein

Im Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein wird der Bereich Psychosomatik/psychotherapeutische Medizin erstmals ausgewiesen. Basierend auf zwei verschiedenen Gutachten und unter Bezug auf den Krankenhausplan Baden-Württemberg wird eine Zahl von etwa 300 stationären Betten im Bereich Psychosomatik/psychotherapeutische Medizin für das Land Schleswig-Holstein als bedarfsgerecht angesehen. Hierbei wurden als Ausgangswert für 2001 eine durchschnittliche Verweildauer von 43 Tagen sowie eine Bettenauslastung von 90 Prozent zugrunde gelegt. Die Prognose der Verweildauer für 2005 beträgt 37,5 Tage.

Der Bedarf soll in einer Kombination von zentralen und dezentralen Angeboten gedeckt werden, und zwar von den bestehenden psychosomatischen Kliniken, den Krankenhäusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung sowie den Krankenhäusern, die für somatische Häuser der Umgebung verbindlich Konsiliar- und Liaisondienste wahrnehmen.

Hamburg

In der Anpassung des Krankenhausplans 2005 der Freien und Hansestadt Hamburg [Lit. 1] wurde im Fachgebiet Psychosomatik die im Krankenhausplan 2005 genannte Zahl von 79 Betten auf 71 Betten korrigiert. Diese 71 Betten werden von einem Krankenhaus mit einer Fachabteilung Psychosomatik vorgehalten. Darüber hinaus gibt es zwei Krankenhäuser mit dem Schwerpunkt Psychosomatik in der Fachabteilung Innere Medizin.

Niedersachsen

Im Niedersächsischen Krankenhausplan³ sind für acht Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin insgesamt 221 vollstationäre Betten ausgewiesen. In einer Einrichtung werden 12 teilstationäre Plätze im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin vorgehalten.

Bremen

Im Rahmenplan 2002 - 2005 für die Krankenversorgung in Bremen und Bremerhaven⁴ wird für das Jahr 2005 ein Bettenbedarf von 18 Betten prognostiziert. Dies entspricht dem derzeitigen Bestand. Die Betten werden in einem Krankenhaus in Bremen vorgehalten. Die Fallzahl im Jahr 2000 betrug 88 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 64,6 Tagen. Die Auslastung lag bei 86,3 Prozent (geplant: 90 Prozent).

Es muss berücksichtigt werden, dass bei der stationären Versorgung eine abgestimmte Arbeitsteilung zwischen dem Land Bremen und dem Land Niedersachsen besteht.

Nordrhein-Westfalen

Im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen - Rahmenvorgaben - wurde kein Bettenbedarf für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik ermittelt. Dies wird damit begründet, dass aufgrund der großen Bandbreite in der Angebotsstruktur die Unsicherheit, welche Werte für die Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer angesetzt werden sollen, sowohl bei der Planungsbehörde als auch bei den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sehr groß war. Der Begriff *Psychosomatik* mache deutlich, dass es sich um eine Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Somatik handelt. Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen würden große stationäre Kapazitäten vorgehalten und nahezu jedes psychiatrische Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie würde psychosomatische Behandlungen anbieten. Vor diesem Hintergrund wurde es nicht als sinnvoll erachtet, für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin einen eigenständigen stationären Bettenmehrbedarf festzulegen.

³ Stand: 1. Januar 2004 (19. Fortschreibung)

⁴ Stufe I des Planungsverfahrens (25. April 2002)

Rheinland-Pfalz

Der Landeskrankenhausplan 2003 des Landes Rheinland-Pfalz weist für die Psychosomatik und Psychotherapie keine gesonderten Betten aus. Es gibt allerdings eine relativ große Zahl von Krankenhäusern, die einen Schwerpunkt Psychosomatik in anderen Fachabteilungen oder eine bettenführende psychosomatische Abteilung ausweisen.

Laut Krankenhausplan ist das langfristige Ziel, psychosomatischen und psychotherapeutischen Sachverstand an allen Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung zu stellen, so dass alle Patienten eine komorbiditätsgerechte psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung erfahren können. Um die Therapie nach der stationären Behandlung fortführen zu können, wird darüber hinaus eine Vernetzung mit psychosozialen Diensten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses im Sinne einer integrierten Versorgung angestrebt. Es sollen vorhandene Ressourcen in psychiatrischen Abteilungen, die grundsätzlich auch psychotherapeutisch arbeiten, genutzt werden. Ebenso soll der Sachverstand psychosomatischer Fachkliniken, die nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wurden, von benachbarten Akutkrankenhäusern genutzt werden. Dies gilt auch für ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten. Der Aufbau von Konsiliar- und Liaisondiensten soll die Nutzung dieser Ressourcen ermöglichen. Eine Ausweitung der bettenführenden psychosomatischen Abteilungen ist für den Prognosezeitraum des Landeskrankenhausplanes nicht vorgesehen.

Baden-Württemberg

Im Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg [Lit. 22] wird in Kapitel 10 „Fachplanung für Psychiatrie und Psychotherapie“ darauf hingewiesen, dass der durch die Etablierung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bewirkten Neuordnung im Rahmen der Fortschreibung des Krankenhausplanes Rechnung getragen werden muss.

Bisher wurden zur psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung genutzte Akutbetten im Krankenhausplan meistens dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, zum Teil auch den somatischen Fachgebieten zugeordnet und nur in Ausnahmefällen in eigenen bettenführenden Fachabteilungen ausgewiesen. Bei der Einrichtung eines eigenständigen Fachbereiches sollen die Betten aus den jeweiligen betroffenen Fachgebieten umgewidmet werden.

Weiterhin soll berücksichtigt werden, dass die Vermittlung psychosomatisch/psychotherapeutischen Fachwissens zukünftig stärker in den Weiterbildungsrichtlinien der somatischen Fächer verankert wird und eine Versorgung in den somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser durch einen konsiliar- und liaisonärztlichen Dienst erwünscht ist. Es soll ein

gestuftes Versorgungssystem mit den Bausteinen „in die Organmedizin integrierte Psychotherapie“, „Konsiliar- und Liaison-Dienste“ sowie „Fachabteilung für Psychotherapeutische Medizin“ geschaffen werden.

Verwiesen wird auf die im Jahr 1998 verabschiedete Rahmenkonzeption zur stationären Versorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin [Lit. 23]. Diese sieht etwa 1 000 Betten an Allgemeinkrankenhäusern (0,1 Betten je 1 000 Einwohner) bei einer Verweildauer von durchschnittlich 43 Tagen und einer Bettenauslastung von 90 Prozent vor.

Der Krankenhausplan 2000 weist 112 Betten im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin bei einem planerischen Richtwert für die Verweildauer von 52,5 Tagen und einer Bettennutzung von 90 Prozent.

Bayern

Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen-Verbände in Bayern hat eine hierfür eingerichtete Projektgruppe einen Ergebnisbericht „Akutstationäre Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen“ in Bayern erarbeitet und im Dezember 1999 vorgelegt. Die Projektgruppe geht von einer Krankenhaushäufigkeit von 1,3 aus. Die Verweildauer wird mit mindestens 50 Tagen angesetzt, die Bettennutzung mit 90 Prozent. Daraus resultiert ein Bettenbedarf für Bayern von 2 453 Betten.

Im Krankenhausplan des Freistaates Bayern⁵ sind nur für eine Hochschulklinik gesondert Betten der Fachabteilung Psychosomatik und Psychotherapie ausgewiesen (16 Betten). Bei den anderen in den Krankenhausplan aufgenommenen geförderten Krankenhäusern sind die psychosomatischen Betten in den Bettenzahlen der Fachabteilungen Innere Medizin sowie Kinderheilkunde enthalten (etwa 463 Betten). Darüber hinaus gibt es Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag, bei denen in der Bettenzahl der Fachabteilung Innere Medizin psychosomatische Betten enthalten sind bzw. ausschließlich psychosomatisch genutzt werden. Letzteres umfasst etwa 105 Betten. Inwieweit Betten des Fachbereiches Psychosomatik und Psychotherapie in den Bettenzahlen der Psychiatrie und Psychotherapie enthalten sind, lässt sich aus dem Krankenhausplan nicht ersehen.

⁵ Stand: 1. Januar 2004 (29. Fortschreibung)

Saarland

Der Krankenhausplan 2001-2004 für das Saarland weist für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin keine Betten separat aus. Dies wird ausführlich wie folgt begründet: „Das Gebiet ‚Psychotherapeutische Medizin‘ wurde geschaffen, um ergänzend zur Psychiatrie und in Zusammenarbeit mit dieser und mit anderen medizinischen Disziplinen sowie mit der klinischen Psychologie psychische, psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen zu erforschen und mit psychotherapeutischen Maßnahmen angemessen zu versorgen.“ Es wird darauf hingewiesen, dass die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Patienten, die einer psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Behandlung bedürfen, leisten. Eine exakte Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche von *Psychiatrie und Psychotherapie* einerseits und *Psychotherapeutischer Medizin* andererseits sei nicht möglich. Darüber hinaus verfüge das Saarland über ein überdurchschnittliches psychosomatisch/psychotherapeutisches Angebot in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Versorgung von Patienten mit psychosomatisch/psychotherapeutischen Erkrankungen sei eine „Querschnittsaufgabe“, die nicht auf eigene bettenführende Abteilungen angewiesen sei. Daher soll die psychosomatische Diagnostik und Behandlung in die somatische Diagnostik und Behandlung in den anderen Fachabteilungen integriert werden. Der Versorgungsbedarf könne durch Konsiliar- und Liaisondienste sowie durch integrierte psychosomatische Versorgung gedeckt werden.

Der Krankenhausbericht der Regierung des Saarlandes für die Jahre 1999 - 2004 [Lit. 10] weist für zwei Krankenhäuser einen Funktionsbereich Psychosomatik und für ein Krankenhaus zwei tagesklinische Plätze Psychosomatik aus.

Berlin

Die Fortschreibung des Krankenhausplans 1999 vom Juni 2003 stellt die verbindliche Planungsgrundlage bis zum Jahr 2005 dar.

In die Fortschreibung des Krankenhausplans wurde im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik das Bettenangebot zunächst so aufgenommen, wie es bisher bestanden hat. Es werden insgesamt 208 Betten in fünf Fachabteilungen vorgehalten. Die Leistungserbringung dieser fünf Einrichtungen soll in den nächsten Jahren wissenschaftlich evaluiert werden. Eine erneute Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit soll nach einem Zeitraum von drei bis vier Jahren erfolgen.

Für das Jahr 2005 wird eine durchschnittliche Verweildauer von 32,0 bis 34,1 Tagen für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik prognostiziert. Eine Bettenauslastung von 90 Prozent dient als Orientierungswert.

Brandenburg

Im Krankenhausplan des Landes Brandenburg⁶ ist das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik nicht gesondert ausgewiesen. Es besteht jedoch eine Übereinkunft zwischen der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, die Krankenhausplanung in der Gesamtregion Berlin/Brandenburg abzustimmen, die Ergebnisse der Abstimmung in Zeitabständen zu überprüfen und bei der Erarbeitung und Fortschreibung der jeweiligen Krankenhauspläne eng zusammenzuarbeiten. Die beiden Bundesländer beziehen sich nicht nur auf eine Eigenversorgung der Wohnbevölkerung, sondern berücksichtigen die wechselseitigen Patientenwanderungen.

Mecklenburg-Vorpommern

Im Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern sind keine Betten für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin separat ausgewiesen. Dies wird wohl auch in den nächsten Jahren aus fachpolitischen Gründen nicht durchsetzbar sein. Allerdings sind an zwei Standorten Betten der Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie als psychosomatische Betten ausgewiesen und zwar in Rostock 15 Betten und in Schwerin 40 Betten.

Sachsen

Im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen⁷ sind für zwei Krankenhäuser der Regelversorgung insgesamt 84 vollstationäre Betten im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin ausgewiesen und für zwei Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung insgesamt 45 vollstationäre Betten.⁸ In fünf Einrichtungen werden insgesamt 71 teilstationäre Plätze im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin vorgehalten.

Ein neuer Krankenhausplan 2005/2005 befindet sich in Vorbereitung.

⁶ Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg, Erste Fortschreibung, Januar 2003

⁷ 6. Fortschreibung vom 20. November 2001

⁸ Stand: 31. Dezember 2004

Sachsen-Anhalt

Der Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Er weist für 10 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin insgesamt 195 vollstationäre Betten aus. Außerdem werden an vier Standorten insgesamt 60 teilstationäre Plätze vorgehalten.

Thüringen

Im Vierten Thüringer Krankenhausplan, der am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, werden weder Aussagen zum Fachgebiet Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin getroffen, noch Betten für dieses Fachgebiet ausgewiesen.

2 Gesetzliche Grundlagen und Zielkriterien der Krankenhausplanung

2.1 Gesetzlich Grundlagen der Krankenhausplanung

2.1.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die bundesrechtlichen Regelungen zur Krankenhausplanung finden sich im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 38 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S.2304).

Mit Inkrafttreten des KHG am 1. Januar 1972 wurde in der Bundesrepublik die monistische Finanzierung durch das duale Finanzierungsprinzip abgelöst, d. h. die Investitionskosten wurden von der öffentlichen Hand übernommen, während die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten über die Pflegesätze finanziert wurden. Die Finanzierung der Investitionskosten wurde in Form einer Mischfinanzierung durch Bund und Länder vorgenommen. Mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) vom 20. Dezember 1984 wurde die Mischfinanzierung der Investitionen aufgehoben und in die alleinige Zuständigkeit der Länder überführt. Das Bundesrecht beschränkt sich seitdem auf einige wenige Rahmenvorschriften zur Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder erfuhren eine wesentliche Erweiterung.

In § 1 KHG werden grundsätzliche Ausführungen zum Zweck des Gesetzes gemacht.

§ 1 Grundsatz

(1) ¹Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) ¹Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. ²Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. ³Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

Aus § 1 KHG kann abgeleitet werden [Lit. 3]:

1. Aufgabe des Krankenhauses ist die ausreichende Versorgung des Patienten; hierzu muss es leistungsfähig sein.
2. Die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses setzt voraus, dass die erforderlichen sächlichen und personellen Mittel zur Verfügung stehen, dass also das Krankenhaus wirtschaftlich gesichert ist.
3. Die wirtschaftliche Sicherung ist nicht Selbstzweck, sondern erforderlich, um ausreichende Leistungen erbringen zu können.
4. Die wirtschaftliche Sicherung aller Krankenhäuser erfordert einen hohen finanziellen Einsatz. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenhausversorgung finanzierbar bleibt.
5. Um die Krankenhausversorgung und mit ihr die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses finanzierbar zu halten, müssen die Kosten der Krankenhausversorgung und damit die finanzielle Belastung der Kostenträger auf das Notwendige begrenzt werden. Hauptinstrumente hierfür sind die Krankenhausplanung (bedarfsgerechte Versorgung), die Investitionsförderung und die Begrenzung der wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauses auf die den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechenden Kosten.

„... Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist es, die notwendigen Krankenhausleistungen zu möglichst geringen Kosten zu gewährleisten“ [Lit. 3].

§ 6 Abs. 1 KHG regelt, dass die Länder zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne aufstellen, bei denen auch die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen sind.

In § 7 Abs. 1 KHG wird gefordert, dass die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten bei der Durchführung dieses Gesetzes eng zusammenarbeiten. Mit den unmittelbar Beteiligten sollen bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen angestrebt werden. In § 7 Abs. 2 KHG wird die nähere Ausgestaltung den Ländern übertragen.

Voraussetzung für eine Inanspruchnahme der Förderung ist, dass das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes bzw. in das Investitionsprogramm aufgenommen ist. Über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan ergeht ein Bescheid, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist (§ 8 Abs. 1 KHG).

Es besteht kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm. Die zuständige Landesbehörde hat die Möglichkeit, bei notwendiger

Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 KHG).

§ 17 KHG enthält die Grundsätze für die Pflegesatzregelung. Die Änderungen dieses Paragraphen sowie die Einfügung der §§ 17 a, 17 und 17 c KHG und deren Änderungen sind von großer Bedeutung, da sie nach und nach das bisherige System der Krankenhausvergütung aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten und Krankenhausbudgets auf eine leistungsorientierte Vergütung, die auf Diagnosis Related Groups basiert, umstellen.

Durch Art. 17 Nr. 3 des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 wurde § 17 a KHG eingefügt, in dem der Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus gefordert wird.

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) wurde die Entscheidung getroffen, zum 1. Januar 2003 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen. Der eingefügte § 17 b KHG beauftragt die Selbstverwaltungspartner mit der Einführung und Weiterentwicklung eines solchen pauschalierenden Entgeltsystems. In § 17 b Abs. 1 wird festgelegt, dass dies nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen gilt.

Mit dem Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben. Mit Artikel 2 FPG wurden die §§ 17 und 17 b KHG geändert und es wurde § 17 c (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen) eingefügt. Der § 17 b Abs. 1 wurde dahingehend ergänzt, dass auch für Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin kein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt wird.

Aufgrund erster Erfahrungen wurden mit dem Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG) vom 17. Juli 2003 einige Anpassungen vorgenommen (Artikel 1 FPÄndG: Änderung der §§ 17 a und 17 b KHG). Diese Anpassungen sollen der Weiterentwicklung des gesetzlichen Rahmens der DRG-Einführung sowie der Verbesserung der Entscheidungsfindung der Selbstverwaltungspartner und der Ersatzvornahmemöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) dienen.

Mittlerweile liegt der Kabinettentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (2. Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG) vor, der eine Weiterentwicklung des bisherigen gesetzlichen Rahmens vorsieht (Änderungen der §§ 17, 17 a und 17 b KHG).

2.1.2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch

Durch das Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in der Fassung vom 20. Dezember 1988, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791), kam es zu grundlegenden Neuerungen für das Krankenhauswesen.

Im fünften Abschnitt des SGB V werden die Leistungen bei Krankheit geregelt. § 39 regelt die Leistungen bei Krankenhausbehandlung, §40 die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

§ 39 Abs. 1 lautet wie folgt:

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

In § 40 Abs. 1 heißt es:

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitations-einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 [Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen] besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit

medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

Mit den §§ 39 und 40 SGB V hat der Gesetzgeber eine Vorgabe gemacht, die im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie aus den Regelungen für die Einweisungsverfahren bestehen. §39 Abs. 1 regelt die akute Behandlung per Überweisung ins Krankenhaus. §40 Abs. 1 leitet zur Behandlung ein Antragsverfahren ein bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), den Landesversicherungsanstalten (LVA) oder anderen Kostenträgern. Die Behandlung ist erst dann zulässig, wenn der Antrag fachlich geprüft und genehmigt wurde. Dies dauert in der Regel vier bis sechs Wochen und ist damit für Akutbehandlungen ungeeignet.

Nicht zuletzt aufgrund fehlender akutstationärer Behandlungskapazitäten haben Rehabilitationseinrichtungen in allseitigem Einverständnis über einen längeren Zeitraum akutstationäre Leistungen in der Psychotherapeutischen Medizin angeboten und eine Kostenerstattung dafür erhalten. In der Vergangenheit durften Rehabilitationseinrichtungen auch so genannte „Krankenhausbehandlung ersetzende Leistungen“ abrechnen. Im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurde die Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation insbesondere in Bezug auf die institutionelle Abgrenzung und die Leistungsfinanzierung neu definiert. Aufgrund des geänderten § 40 SGB V dürfen Krankenkassen nunmehr nicht mehr die Vorhaltung von Kapazitäten zur Krankenhausbehandlung in Rehabilitationseinrichtungen finanzieren. Hinzu kommt, dass durch die Änderung des SGB IX zum 1. Juli 2001 die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.

Die daraus resultierende Problematik für die Rehabilitationseinrichtungen, die der Krankenhausbehandlung zuzuordnende psychotherapeutisch-medizinische Leistungen anbieten wollen, besteht in der fehlenden rechtlichen Grundlage für Leistungserbringung und Kostenerstattung.

Die Begriffe „Krankenhaus“ und „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ werden in § 107 SGB V definiert. Sie bilden die Grundlage eines differenzierten Zulassungs- und Vertragssystems für die als Krankenhäuser bzw. als Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Gesetzes einzustufenden Einrichtungen.

Nach § 108 SGB V dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes.

2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser).
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 109 SGB V regelt für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Letzteren ist seit 1992 eine direkte Gestaltungsmöglichkeit gegeben. Durch individuelle Vereinbarungen mit dem Krankenhausträger und im Einvernehmen mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden kann eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl - auch befristet - vereinbart werden, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird. Enthält der Krankenhausplan keine (abschließende) Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird. (§ 109 Abs. 2 SGB V).

Die Auswahl findet zwischen geeigneten Krankenhäusern statt. Dass ein Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich ist, heißt nicht, dass es Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan hat oder dass Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht. Das Krankenhaus hat nur Anspruch auf eine Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen. Das Krankenhaus muss im Vergleich zu anderen Wettbewerbern den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten entsprechen.

§ 110 SGB V regelt die Modalitäten der Kündigung des Versorgungsvertrages. Die Kündigung wird erst mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Speziell für Plankrankenhäuser wird festgelegt, dass die Genehmigung der Kündigung nur versagt werden kann, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.

Im Rahmen der Reformgesetze zur gesetzlichen Krankenversicherung und durch verschiedene andere Änderungsgesetze wurde das SGB V auch in mehreren, den Krankenhaus-

bereich betreffenden Bestimmungen geändert. Insbesondere durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I 1993, S. 2266) wurde es den Krankenhäusern ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V) sowie ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe (§ 115b SGB V) durchzuführen. Weitere wichtige Änderungen für den Krankenhausbereich brachte das Fallpauschalengesetz. So ist in § 137 SGB V geregelt, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Mindestmengen für bestimmte planbare Leistungen vorgeben können, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Werden diese Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus nicht erreicht, dürfen die entsprechenden Leistungen ab dem Jahr 2004 nicht mehr erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann hierzu Ausnahmen bestimmen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre.

2.1.3 Krankenhausplanung in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte⁹

Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts hat der Krankenhausplan keine unmittelbare Rechtswirkung nach außen, also auch und insbesondere nicht gegenüber dem betreffenden Krankenhausträger. Der Krankenhausplan hat somit nicht den Charakter eines Verwaltungsaktes. Allerdings ist ihm eine mittelbare Außenwirkung insofern zuzurechnen, als die Landesbehörde in der Regel den Inhalt des Krankenhausplanes ihren Feststellungsbescheiden nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG zugrunde legen wird.

Unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit gegenüber dem betreffenden Krankenhausträger löst allein der Feststellungsbescheid (Planbettenbescheid) über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses oder einer Krankenhausabteilung in den Krankenhausplan aus. Gegen diesen Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Dem Krankenhausplan kommt insofern im Hinblick auf den Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG eine vorbereitende Funktion zu. Die Aussagen des Krankenhausplans sind mithin Absichtserklärungen im Hinblick auf Vorhaben, deren Verwirklichung für die kommenden Jahre des Planungszeitraums in Aussicht genommen ist. Auf der einen Seite begründen positive Aussagen des Krankenhausplans gegenüber dem Krankenhausträger keine Rechtsposition des betreffenden Krankenhauses, wie andererseits durch negative Aussagen des Planes - z. B. über die Herausnahme eines Krankenhauses oder einer Krankenhausabteilung aus dem Krankenhausplan - dessen Rechtsposition ebenfalls nicht unmittelbar beeinträchtigt wird.

⁹ Aufgrund der thematischen Bedeutung und der anschaulichen Darstellung zitiert die IGSF GmbH das gesamte Kapitel 2.1.3 aus dem Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 [Lit. 9].

Der für die Rechtsposition des Krankenhauses maßgebende Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG entfaltet seine rechtliche Bindungswirkung in dem Umfang, in dem der Bescheid konkrete Feststellungen trifft, z. B. zur Bettenanzahl des Krankenhauses oder zu Art und Zahl der Fachgebiete.

Der Bescheid begründet im Umfang seiner konkreten Feststellungen nicht nur rechtliche Verbindlichkeit gegenüber dem betreffenden Krankenhausträger, sondern nach Bekanntgabe auch gegenüber den Krankenkassen. Dies folgt eindeutig aus § 108 Nr. 2 i. V. mit § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Krankenhaus einen Feststellungsbescheid nach § 8 KHG erhalten kann, ist zu beachten, dass nach § 8 Abs. 2 KHG kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Bestimmung unter Rückgriff auf den Zweck des Gesetzes (§ 1 Abs. 1 KHG) dahin ausgelegt, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan dann besteht, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (*Erste Entscheidungsstufe*). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (*Zweite Entscheidungsstufe*). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht gebilligt (BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/96 -, BVerfGE 82, 209).

Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses ist auf beiden Entscheidungsstufen, dass das Krankenhaus bedarfsgerecht, also geeignet ist, einen vorhandenen Bedarf zu befriedigen. Das lässt sich nur auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse beurteilen.

Hierzu hat der Verfassungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg in seiner Entscheidung vom 16. April 2002, Az.: 9 S 1586/01 Folgendes festgestellt: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender

erwünschter Bedarf zu verstehen. Dem Land ist nicht erlaubt, bei der Ermittlung des zu versorgenden Bedarfs seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen, und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen. Die Bedarfsanalyse als solche ist kein Planungsinstrument."

2.1.4 Hessisches Krankenhausgesetz

Von der durch das Hessische Krankenhausgesetz zugewiesenen Kompetenz zur landesrechtlichen Regelung und Ausgestaltung der Krankenhausplanung hat der Hessische Landtag mit dem Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 1989 - HKHG) vom 18. Dezember 1989 (GVBl. I S. 452) und dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 - HKHG) vom 6. November 2002 (GVBl. I S. 662) Gebrauch gemacht.

Mit dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Hessisches Krankenhausgesetz 2002 (HKHG) wurde die Krankenhausplanung des Landes Hessen auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt.

Ziel des HKHG ist es, in Hessen „(1) ... eine patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen und zu sozial tragbaren Vergütungen beizutragen. (2) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu geben, soweit sie dazu auf Dauer bereit und in der Lage sind.“ (§ 1 HKHG)

In den §§ 17 bis 20 HKHG ist die Krankenhausplanung geregelt. Gemäß § 17 Abs. 3 besteht der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan aus allgemeinen Rahmenbedingungen, Anforderungen an die Notfallversorgung, Bestimmungen über die Wahrnehmung von Schwerpunktaufgaben nach Abs. 5, regionalen Versorgungskonzepten sowie Entscheidungen zur Aufnahme und Nichtaufnahme von Krankenhäusern. Abs. 5 legt fest, dass der Krankenhausplan zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung „für spezielle medizinische Fachgebiete eine versorgungsgebietsübergreifende, landesweite Aufgabenwahrnehmung der Krankenhäuser oder die Zusammenarbeit und eine Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern festlegen sowie einzelnen Krankenhäusern mit Zustimmung des Krankenhausträgers besondere Aufgaben zuordnen“ kann. Nach § 18 HKHG beschränkt sich die Krankenhausplanung des Landes nur noch auf eine Rahmenplanung. Die allgemeinen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans enthalten vor allem die Planungsgrundsätze und Planungsziele, die Bestimmung von Leistungen nach

§ 137 Abs. 1 SGB V sowie die Bestimmungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode. Die regionalen Krankenhauskonferenzen haben die Aufgabe, unter Beachtung der allgemeinen Rahmenvorgaben regionale Planungskonzepte zu entwickeln, die für das jeweilige Versorgungsgebiet die Versorgungsstrukturen und die zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen stationären und teilstationären Kapazitäten festlegen. Die regionalen Planungskonzepte stimmen dabei das Versorgungsangebot der Krankenhäuser untereinander ab und enthalten Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere zu Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen. Die regionalen Planungskonzepte werden durch die Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium wirksam und damit Bestandteil des Krankenhausplanes.

Um eine Zusammenarbeit aller an der Krankenhausversorgung Beteiligten zu gewährleisten, schreibt § 21 HKHG die Bildung eines Landeskrankenhauseausschusses (LKHA) unter Vorsitz des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums vor. Der Ausschuss behandelt die folgenden Angelegenheiten: Grundsätze der Krankenhausplanung, Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes, Inhalte einer Rechtsverordnung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle, Aufstellung und Fortschreibung der Krankenhausinvestitionsprogramme und der Krankenhausbauprogramme und Förderung von Forschungsvorhaben.

Darüber hinaus wird in § 22 HKHG die Bildung einer Krankenhauskonferenz (KHK) in jedem Versorgungsgebiet vorgeschrieben. Diese ist zuständig für die Entwicklung und Fortschreibung regionaler Planungskonzepte, die Erarbeitung von Vorschlägen für die Durchführung und Entwicklung des Krankenhausplans und die Beratung bei Krankenhausinvestitions- und Krankenhausbauprogrammen.

2.1.5 Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005

Die Erstellung des Krankenhausrahmenplanes 2005 erfolgte als Reaktion der Hessischen Landesregierung auf das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Hessische Krankenhausgesetz 2002 (HKHG), das zu veränderten Rahmenbedingungen geführt hatte. Die Gestaltungsspielräume der Krankenhausträger und der Krankenkassen wurden im Bezug auf die Krankenhausplanung auf regionaler Ebene erweitert. Die Krankenhausplanung des Landes beschränkt sich auf eine strukturierende Rahmenplanung, die eine einheitliche Entwicklung in den Versorgungsgebieten und die Gleichmäßigkeit und Qualität der stationären Versorgung in Hessen sicherstellen soll. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Versorgungsgebieten erfolgte durch die sechs hessischen regionalen Krankenhauskonferenzen.

Im Rahmen der strukturierenden Rahmenplanung legt das Land - unter Beteiligung des LKHA - die Planungsgrundsätze und -ziele festgelegt. Die regionalen Krankenhauskonferenzen (KHK) haben die Aufgabe, unter Berücksichtigung dieser allgemeinen Vorgaben regionale Planungskonzepte zu entwerfen bzw. weiterzuentwickeln und das Versorgungsangebot untereinander abzustimmen.

Das Land ermittelt den Planbettenbedarf nur noch auf der Ebene der Versorgungsgebiete. Die Aufteilung des ermittelten Gesamtbedarfs für das jeweilige Versorgungsgebiet nach Klinik und Fachabteilung wird nach Verhandlung und Entscheidung in der jeweiligen Krankenhauskonferenz in einem regionalen Planungskonzept zusammengefasst, das dem Land zur Genehmigung vorgelegt wird. Die genehmigten Planungskonzepte sind die Grundlage für die Planaufnahmebescheide. In den Planaufnahmebescheiden des Landes wird lediglich die Gesamtbettenzahl, die Fachabteilungsstruktur, eine mögliche Teilnahme an der Notfallversorgung sowie ggf. die Zuweisung besonderer Aufgaben ausgewiesen.

Der Hessische Krankenhausrahmenplan 2005 besteht aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil. Ersterer beschreibt allgemeine und spezielle Planungsziele, Anforderungen an die wohnortnahe Notfallversorgung, Festlegung überregionaler Aufgaben, Mindestanforderungen an fachgebietsbezogene Strukturkriterien und eine regionalisierte Bedarfsprognose nach Fachgebiet. Es handelt sich hierbei um Vorgaben, die den Krankenhauskonferenzen zur Entwicklung der regionalen Planungskonzepte zur Verfügung gestellt werden. Im besonderen Teil werden die genehmigten Planungskonzepte der Krankenhauskonferenzen den Bestandszahlen des Jahres 2001 gegenübergestellt. Darüber hinaus wird auf die Ausbildungsstätten und die Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag oder einer Erlaubnis nach § 30 der Gewerbeordnung hingewiesen.

In zeitlicher Parallele zur Umsetzung der hessischen Regionalplanung verläuft die bundesweite Umstellung auf das G-DRG-System, das mit einem nicht unerheblichen Wandel der Leistungsprozesse in den Kliniken verbunden ist. Die Entwicklung der medizinischen wie betriebswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in den Krankenhäusern sowie die Zunahme der Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenhäusern soll von den regionalen Krankenhauskonferenzen sorgfältig beobachtet und die Erkenntnisse in die regionalen Planungskonzepte eingebaut werden.

Als allgemeine Ziele der Krankenhausplanung werden genannt:¹⁰

- Bedarfsgerechtigkeit
- Leistungsfähigkeit / Qualität
- Wirtschaftlichkeit
- Finanzierbarkeit
- Trägervielfalt
- Patientengerechtigkeit.

Neben diesen allgemeinen Zielen werden im Krankenhausrahmenplan weitere spezielle Strukturziele formuliert, um die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen und damit die Versorgungsqualität zu einem aktuellen Stand sicherzustellen und Änderungen im Sozialgesetzbuch und der ärztlichen Weiterbildungsordnung umsetzen zu können. Neben der Weiterentwicklung der geriatrischen und neurologischen Versorgung sowie der Eigenständigkeit der Kinderchirurgie und Plastischen Chirurgie wurde auch die Eigenständigkeit der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik) als spezielles Strukturziel hervorgehoben.

2.2 Zielkriterien der Krankenhausplanung

Das primäre Ziel der Krankenhausplanung ist in §1 KHG und § 1 HKHG festgelegt: Die Krankenhausplanung soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes System (qualitativ) leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäusern gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen (Vergütungen) beitragen. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern ist zu entscheiden, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht

¹⁰ Zu den allgemeinen Zielkriterien siehe Kapitel 2.2.

wird. Dabei sind die öffentlichen Interessen und die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen.

Die Auswahlentscheidung des SGB V (§ 109 Abs. 2) stellt darauf ab, welches Krankenhaus unter Berücksichtigung des öffentlichen Interesses und der Vielfalt der Krankenhausträger den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

2.2.1 Bedarfsgerechtigkeit

Aufgabe der Krankenhausplanung ist es, dafür Sorge zu tragen, dass die bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist. Bedarfsgerechte Versorgung wird einerseits festgelegt durch eine Deckung der (subjektiven) Nachfrage nach Krankenhausleistungen, andererseits aber auch durch eine objektive Feststellung einer Krankheit oder Behinderung und die Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sowie das Vorhandensein geeigneter Behandlungsmöglichkeiten. Bedarfsgerechte Versorgung bedeutet, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. [Lit. 14].

Grundsätzlich sind Krankenhäuser bedarfsgerecht, wenn sie geeignet sind, einen Bedarf zu decken. [Lit. 13]

Zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit werden also sowohl qualitative als auch quantitative und geografische Kriterien herangezogen.

- Leistungsspektrum / überregionale Aufgaben der Krankenhäuser
- Verhältnis zwischen dem Bedarf an Krankenhäusern in den einzelnen Fachrichtungen und dem Bettenangebot der zur Verfügung stehenden Krankenhäuser in einer Planungsregion
- Lage der betreffenden Krankenhäuser im Hinblick auf den räumlichen Bereich, in dem ein Bettenbedarf besteht.

Das Verhältnis Bettenbedarf zu Bettenangebot gibt Auskunft darüber, ob Planungsregionen gut oder schlecht mit Krankenhäusern versorgt sind.

Aufgrund des in den Städten bzw. im Einzugsbereich der Städte gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehrsnetzes können fast alle Krankenhäuser in Städten oder in den Randzonen der Städte in angemessener Zeit erreicht werden. Für die Behandlung in spezialisierten Fachgebieten ist eine längere Fahrzeit in Kauf zu nehmen. In ländlich strukturierten Gebieten kann die räumliche Lage eines Krankenhauses von Bedeutung sein.

2.2.2 Leistungsfähigkeit

Krankenhäuser sind leistungsfähig, wenn sie über die nach dem Stand der Wissenschaft und dem zugewiesenen Versorgungsauftrag erforderliche Personal- und Sachmittelausstattung verfügen. Die Leistungsfähigkeit muss umfassend beurteilt werden.

Zahl und Qualifikation der im Krankenhaus tätigen Ärzte sind für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Hierbei spielt vor allem die Erfüllung des Facharztstandards eine Rolle. Auch und gerade im Krankenhaus hat der Patient Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Stand eines erfahrenen Facharztes entspricht (BGH, NJW 1996, 779; 1987, 1479; 1984, 655).

In den letzten Jahren sind die gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der von Krankenhäusern erbrachten Leistungen erheblich ausgeweitet worden. §135a SGB V verpflichtet allgemein die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten Leistungen, zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. §137 SGB V regelt die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern. Gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 können Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus für einen Katalog planbarer Leistungen bestimmt werden, wenn die Qualität des

Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge abhängig ist. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat jedoch die Möglichkeit, bestimmte Leistungen aus diesem Katalog herauszunehmen, wenn die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung ansonsten gefährdet würde. (§ 137 Abs. 1 Satz 5).

In Hessen wurde in diesem Zusammenhang die Vorschrift des § 8 neu in das HKHG aufgenommen, um mögliche Ausnahmetatbestände vom Landesgesetzgeber im Verordnungswege und damit allgemeingültig bestimmen zu können.

2.2.3 Sozial tragbare Pflegesätze bzw. Vergütungen

Sowohl KHG als auch HKHG formulieren in § 1 Abs. 1 als ein weiteres Ziel, dass die Krankenhausplanung zu sozial vertretbare Pflegesätzen bzw. Vergütungen beitragen soll. § 6 KHG weist im Zusammenhang mit der Aufstellung der Krankenhauspläne und Investitionsprogramme darauf hin, dass Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen sind.

2.2.4 Wirtschaftlichkeit

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V verlangt in Abs. 1, dass die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Krankenhäuser nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit verlangt, dass Leistungen und Kosten eines Krankenhauses in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Eine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses setzt eine kritische Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Krankenhaus voraus, wie dies z. B. in Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgt. Im Rahmen eines Gutachtens ist es jedoch nicht möglich, eine solche Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen. Aus diesem Grund müssen andere Kriterien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden. Dies können z. B. sein:

- Fallzahl pro aufgestelltem Bett nach Fachabteilung
- Zahl Ärzte nach Fachgebiet und Teilgebiet
- Verhältnis zwischen Ärzten mit und ohne Weiterbildung.

Das durch das Fallpauschalengesetz ab 2004 verbindlich eingeführte neue Vergütungssystem wird sicherlich dazu beitragen, dass die Krankenhäuser sich immer mehr zu wirtschaftlich arbeitenden Unternehmen weiterentwickeln.

2.2.5 Trägervielfalt

Ein weiteres Zielkriterium der Krankenhausplanung ist, dass bei einer notwendigen Auswahl die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechtes insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten (§ 1 Abs. 2 KHG und HKHG).

Das Ziel der Trägervielfalt steht allerdings unter dem Vorbehalt der Ziele des § 1 Abs. 1. Das heißt, dass die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit und der Leistungsfähigkeit dem Grundsatz der Trägervielfalt vorgehen.

2.2.6 Komplementäre Versorgungsangebote

Bei der Auswahlentscheidung werden komplementäre Versorgungsangebote, d. h. die Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt. Dies gilt auch für die sektorenübergreifende Versorgung.

3 Vorgehensweise des Gutachters zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen

3.1 Vorbemerkung

Es gibt derzeit kein Standardverfahren, mit dessen Hilfe sich der Versorgungsbedarf der Bevölkerung für den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin bestimmen lässt. Wie in Kapitel 1 ausführlich dargestellt, handelt es sich bei der Psychotherapeutischen Medizin um ein Fachgebiet, das sich deutlich von anderen medizinischen Fachgebieten, wie z. B. Chirurgie oder Innerer Medizin, unterscheidet. Zum Versorgungsspektrum der Psychotherapeutischen Medizin gehören psychosomatische und somatopsychische Störungen sowie Syndrome und Symptome aus allen anderen Fachgebieten der Medizin, einschließlich der Psychiatrie. Hinzu kommt, dass für die Darstellung der Versorgungssituation und für die Ermittlung des zukünftigen Versorgungsbedarfs die Daten aus drei verschiedenen Bereichen - ambulante Praxis, Akutkrankenhausbereich und Rehabilitationsbereich - herangezogen werden müssen. Die Daten der drei Versorgungsbereiche haben eine unterschiedliche Struktur und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit.

Die Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin wird also durch folgende Probleme erschwert:

4. Diagnostische Abgrenzung gegenüber der Psychiatrie
5. Berücksichtigung von Überschneidungen mit somatischen Diagnosen, d. h. verdeckter Bedarf
6. Zum Teil unzureichende Datenlage.

Diese Probleme bei der Bedarfsermittlung stehen in Zielkonflikt mit den planungsrechtlichen Anforderungen, den Versorgungsbedarf für den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin zu ermitteln. Um diesem Zielkonflikt zu begegnen, haben die Gutachter folgenden Weg gewählt:

Zunächst wurde eine Abgrenzung der Diagnosen der Psychotherapeutischen Medizin gegenüber den Diagnosen der Psychiatrie vorgenommen (siehe Kapitel 3.2). Wie groß der verdeckte Bedarf, d. h. psychosomatische Diagnosen, die sich hinter somatischen Diagnosen verbergen, ist, lässt sich nur vermuten. Ermittelt wurde daher als Bedarfsbasis der tatsächliche, empirisch gesicherte Bedarf durch eine Auswertung der Diagnosestatistik aller Krankenhäuser in Hessen im Hinblick auf das vorher definierte Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin. Der so ermittelte Bedarf sollte in einer ersten Stufe planerisch umgesetzt werden. Im Hinblick auf die Entwicklung von sektorenübergreifenden

Konzepten zur Integrierten Versorgung, die im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin seit mittlerweile mehr als einem Jahr verstärkt in der Erarbeitung und auch schon in der Beantragung bei den Krankenkassen sind¹¹, wurden ergänzend die ambulante Versorgung und die Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen betrachtet. Die Entwicklung des Versorgungsbedarfs im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin sollte weiter beobachtet und gegebenenfalls Bedarfsanpassungen vorgenommen werden.

3.2 Auswahl des Diagnosespektrums des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin

Die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definiert Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wie folgt:

Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Die Hessische Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte gibt folgende Definition für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin:

Die Psychotherapeutische Medizin umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale Faktoren, deren subjektive Verarbeitung und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Jeder Versuch, das Diagnosespektrum des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin mit Hilfe der Ziffern der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) abzubilden, ist mit verschiedenen Problemen behaftet. Dies gilt insbesondere für die Psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, deren Klassifizierung im Kapitel V der ICD-10 nicht vorgesehen ist. Eine Erfassung erfolgt undifferenziert über die Gruppe F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten

¹¹ Ein Beispiel sind Anträge für die integrierte Behandlung von Essstörungen in Aalen, Erlangen, Essen, Freiburg und anderen Standorten. Im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) besteht eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung integrierter Versorgungskonzepte für das Fachgebiet. Diese Konzepte werden aus verständlichen Gründen solange nur vertraulich veröffentlicht, bis sie mit der Krankenkasse vertraglich vereinbart sind. Unter anderem wird auf der 3. Pid-(Psychotherapie im Dialog) Tagung das Thema Integrierte Versorgung in so genannten Laboratorien ausführlich diskutiert werden.

Krankheiten“. Gemäß ICD-10 sollte diese Kategorie verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Manifestation somatischer Erkrankungen spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Diese psychischen Störungen sind meist leicht, aber oft lang anhaltend und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V. Beispiele für den Gebrauch dieser Kategorie sind:

- Asthma F54 und J45.–
- Magenerkrankung F54 und K25.–
- Colitis ulcerosa F54 und K51.–
- Colitis mucosa F54 und K58.–
- Dermatitis und Ekzem F54 und L23–L25
- Urticaria F54 und L50.–

Die meisten Versuche, das Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin darzustellen, beschränken sich auf das Kapitel V der ICD-10.

In Tabelle 1 sind vier verschiedene Konzepte zur Abbildung des Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin im Kapitel V der ICD-10-Systematik gegenüber gestellt. Bei den verglichenen Konzepten handelt es sich um das vorläufige Rahmenkonzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen¹², die Aufstellung von Janssen „Zum Diagnosekatalog nach ICD-10 GM 2004 des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, vormals Psychotherapeutische Medizin“¹³, die Abgrenzung der Arbeitsgruppen „Versorgungskonzept“ und „Evaluierung“ der stationären psychosomatischen Medizin und Psychotherapie Berlin¹⁴ und die Stellungnahme der Verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe Krankenhaus zum stationären Versorgungsbedarf im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen¹⁵.

Die vier Konzepte sind grundsätzlich recht ähnlich und in sich durchaus schlüssig. Umstritten ist das „umfassendste“ Systematisierungskonzept von Janssen, der als Einziger Diagnosen der Kategorien F10 bis F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Sub-

¹² Anlage 1, Stand: 09.09.2002

¹³ Anlage 3 des Schreibens der DGPM vom 23.04.2004 an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

¹⁴ Anlage 2 aus: Ergebnispapier der Arbeitsgruppen „Versorgungskonzept“ und „Evaluierung“ der stationären psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, Berlin 2004

¹⁵ Anlage 2 des Schreibens der DGPM vom 23.04.2004 an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

stanzen“ einbezieht, allerdings in sehr enger Auslegung (nur für einen „schädlichen Gebrauch“ und nicht für Süchte).

Im vorläufigen Rahmenkonzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen wird unterschieden zwischen Hauptbehandlungsschwerpunkten der Psychotherapeutischen Medizin und Grenzbereichen zur Psychiatrie. Stoffliche Suchterkrankungen werden aus dem Diagnosespektrum ausgeschlossen.

Tabelle 1 Konzepte zur Abbildung des Diagnosespektrums des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin mit Hilfe der Systematik der ICD-10

Code ICD 10	Text ICD 10	AG Hessen	Janssen	AG Berlin	Stellungnahme NRW
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F18.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch		⊗		
F32	Depressive Episode	⊗ ¹	⊗	⊗	⊗
F33	Rezidivierende depressive Störung	⊗ ¹	⊗	⊗	⊗
F34	Anhaltende affektive Störungen	⊗ ¹	⊗	⊗	⊗

Tabelle 1, Fortsetzung

Code ICD 10	Text ICD 10	AG Hessen	Janssen	AG Berlin	Stellungnahme NRW
F38	Andere affektive Störungen		⊗		
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung		⊗		
F40	Phobische Störungen	⊗	⊗	⊗	⊗
F41	Andere Angststörungen	⊗	⊗	⊗	⊗
F42	Zwangsstörung	⊗	⊗	⊗	⊗
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	⊗	⊗	⊗	⊗
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	⊗	⊗	⊗	⊗
F45	Somatoforme Störungen	⊗	⊗	⊗	⊗
F48	Andere neurotische Störungen	⊗	⊗		
F50	Essstörungen	⊗	⊗	⊗	⊗
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	⊗	⊗	⊗	
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	⊗	⊗	⊗	⊗
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	⊗	⊗	⊗	⊗
F55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	⊗			
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	⊗	⊗		
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	⊗ ¹	⊗	⊗	⊗
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen		⊗	⊗	⊗
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns		⊗		
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle		⊗	⊗	⊗
F64	Störungen der Geschlechtsidentität		⊗	⊗	⊗
F65	Störungen der Sexualpräferenz		⊗		
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung		⊗		
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		⊗	⊗	⊗
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung		⊗		

¹ Grenzbereich zur Psychiatrie

Die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Konzept zur Abbildung des Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin unterliegt den verschiedensten Einflüssen. Nach eingehender Diskussion mit Fachexperten hat die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (IGSF GmbH) für die Auswertung der Diagnosestatistiken das im hessischen Rahmenkonzept definierte Diagnosespektrum zugrunde gelegt (siehe Tabelle 2).

Die nur im hessischen Konzept vorgenommene Einteilung der Diagnosen in Schwerpunktdiagnosen der Psychotherapeutischen Medizin und Grenzbereiche zur Psychiatrie halten die Gutachter für ausgesprochen sinnvoll, da sie die Überschneidung dieser beiden Fachgebiete deutlich zum Ausdruck bringt. Dies gilt auch für den Ausschluss von Suchterkrankungen, die nach allgemeiner Auffassung nicht in den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin gehören. Auch der Begrenzung der Diagnosen aus dem Grenzbereich der Psychiatrie auf die vier Diagnosen, die typischerweise auch in psychosomatisch ausgerichteten Fachabteilungen zu finden sind und die sich häufig vom psychodynamischen Geschehen her schwer von der Psychiatrie abgrenzen lassen, konnte die IGSF GmbH folgen.

Die Diagnosen F61, F63, F64 und F68, die in den anderen dargestellten Konzepten zum Diagnosespektrum des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin gezählt werden, wurden - wie im hessischen Konzept - nicht in das Diagnosespektrum und damit nicht in die Auswertung einbezogen, da der Schwerpunkt bei der Behandlung dieser Diagnosen im Bereich der Psychiatrie liegt.

F61 (Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen) taucht schon einmal als komorbides Problem auf, ist jedoch keine Störung mit einer primären Indikation für eine stationäre Behandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Darüber hinaus handelt es sich um eine seltene Diagnose.

Bei den Diagnosen F63 (Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle), F64 (Störungen der Geschlechtsidentität) und F65 (Störungen der Sexualpräferenz) handelt es sich um Störungen, für die grundsätzlich zunächst keine Indikation für eine stationäre Behandlung besteht. Mit anderen Worten: Diese Störungen werden ambulant behandelt. Besteht zusätzlich eine andere oder komorbide Symptomatik oder Störung, kann - in Abhängigkeit von der Art der zusätzlichen Störung - eine Behandlungsindikation sowohl für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin als auch für das Fachgebiet Psychiatrie bestehen. Die Diagnose F68.1 (Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]) wird zwar auch im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin behandelt, aber mit einer sehr starken Überschneidung zum Fachgebiet Psychiatrie.

Die Diagnosen F55 und F59, die in den anderen dargestellten Konzepten nicht bzw. nur in einem Konzept zum Diagnosespektrum des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin gezählt werden, wurden - wie im hessischen Konzept - in das Diagnosespektrum und damit in die Auswertung einbezogen.

F55 (Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen): Der Missbrauch von Analgetika ist bei Schmerzpatienten sehr häufig (somatoforme Störungen) und kann gerade das Indikationskriterium für die stationäre Behandlung eines Schmerzpatienten sein. Missbrauch von Laxantien spielt bei Essstörungen eine große Rolle und kann z. B. bei Bulimie ein wesentliches Kriterium für die stationäre Behandlung sein.

F59 (Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren): Hierbei handelt es sich um eine klassische psychosomatische Aufgabenstellung, z.B. die Frage der Krankheitsverarbeitung bei Transplantation, Krebserkrankungen usw. F59 tritt jedoch als diagnostische Kategorie kaum in Erscheinung.

Tabelle 2 Spektrum der in die Auswertung einbezogenen Schwerpunktdiagnosen der Psychotherapeutischen Medizin und Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie

ICD 10	
Schwerpunktdiagnosen	
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen
F50	Essstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörungen
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie	
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen

3.3 Analyse der Versorgungsstrukturen

Um die Versorgung der hessischen Bevölkerung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin umfassend darstellen zu können, war es erforderlich, alle Versorgungsbereiche zu betrachten:

1. Stationäre Krankenhausversorgung
2. Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen
3. Ambulante ärztliche Versorgung.

3.3.1 Stationäre Krankenhausversorgung

Die Grunddaten und Diagnosedaten der Krankenhäuser wurden vom Hessischen Statistischen Landesamt bezogen. Ausgewertet wurden die Daten aller Krankenhäuser in Hessen, nicht nur die der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser. Die Auswertung erfolgte unabhängig davon, ob ein Krankenhaus über eine Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und / oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügte oder ob es sich um ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters handelte.

Die Grunddaten der einzelnen Krankenhäuser wurden im Hinblick auf die Zahl der aufgestellten Betten und teilstationären Plätze nach Fachabteilung ausgewertet.

Für alle Krankenhäuser wurde die Diagnosestatistik bezüglich des in Abschnitt 3.2 definierten Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin analysiert. Die Fallzahl nach Altersgruppe und gesamt sowie der Anteil der entsprechenden Diagnose an der Gesamtfallzahl des Krankenhauses wurde für jede Diagnose aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin berechnet. Für die Schwerpunktdiagnosen der Psychotherapeutischen Medizin sowie für die Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie wurde jeweils eine Zwischensumme gebildet. Beide Bereiche wurden dann in einer Gesamtsumme ausgewiesen.

Bei Krankenhäusern, die über Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und / oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügten und bei Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, erfolgte eine Auswertung der Einzugsgebietsstatistik dieser Fachabteilungen für das Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin. Dieses Vorgehen diente der Feststellung, welcher Anteil der versorgten Patienten

einen Wohnort im eigenen Kreis, im eigenen Versorgungsgebiet, in Hessen bzw. außerhalb Hessens hatte.

Die Zahl der aufgestellten Betten und teilstationären Plätze sowie die Fallzahlen aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin der einzelnen Krankenhäuser wurden auf Kreisebene, auf Ebene der Versorgungsgebiete und für Hessen gesamt aggregiert.

Aus den aggregierten Diagnosedaten wurde die Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10 000 Einwohner) im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe als Basis für die spätere Bedarfsprognose ermittelt.

3.3.2 Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen

Da für den Rehabilitationsbereich keine entsprechenden Daten für das Jahr 2002 beim Hessischen Statistischen Landesamt vorlagen, hat die IGSF GmbH nach vorheriger Abstimmung mit dem Hessischen Sozialministerium bei den Rehabilitationseinrichtungen eine schriftliche Datenerhebung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Datenerhebung bilden die Grundlage für die Beschreibung der rehabilitativen Versorgung.

In Abstimmung mit dem Hessischen Sozialministerium wurden für die Datenerhebung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin 35 Rehabilitationseinrichtungen ausgewählt. Diese wurden vom Hessischen Sozialministerium angeschrieben und um ihre Unterstützung bei der Datenerhebung gebeten. Dem Schreiben waren die von der IGSF GmbH entwickelten Erhebungsbogen beigefügt.

Erhoben wurden:

- Zahl der aufgestellten Betten nach Fachabteilung
- Zahl der Fälle für jede Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Fachabteilung (Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, sonstige Fachabteilungen)
- Zahl der Fälle für jede Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe (unter 15 Jahre, 15 bis unter 45 Jahre, 45 bis unter 65 Jahre, älter als 65 Jahre) und durchschnittliche Verweildauer
- Zahl der Fälle für jede Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Wohnort des Patienten.

13 der 35 angeschriebenen Rehabilitationskliniken haben die angeforderten Daten vollständig an das Hessische Sozialministerium bzw. direkt an die IGSF GmbH geschickt. Sieben Rehabilitationskliniken konnten die Daten nur zum Teil zur Verfügung stellen, wobei vor allem die Zahl der Fälle nach Wohnort des Patienten Schwierigkeiten bereitet hat. Acht Kliniken teilten mit, dass sie im Jahr 2002 keine Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin behandelt haben. Von weiteren fünf Kliniken konnten keine Daten zur Verfügung gestellt werden, da sie mittlerweile geschlossen sind (drei Kliniken) bzw. ein Trägerwechsel stattgefunden hat (zwei Kliniken). Zwei Kliniken haben - auch nach zusätzlicher Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon - keine Daten übermittelt.

3.3.3 Ambulante Versorgung

Grundlage der Beschreibung der ambulanten Versorgung war die Auswertung einer schriftlichen Datenerhebung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Erhoben wurden:

- Zahl der niedergelassenen
 - Psychotherapeutisch tätigen Ärzte (Ärztliche Psychotherapeuten)
 - Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 - Ärzte für Psychotherapeutische Medizin
 - Psychologische Psychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Zahl der Diagnosen aus dem definierten Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin wie im Gutachten ausgeführt - F32, F33, F34, F40 bis 48, F50, F51, F52, F54, F55, F59, F60 - nach den oben aufgeführten Gruppen.

3.4 Bedarfsprognose für das Jahr 2010

Die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen erfolgte in einem ersten Schritt isoliert auf Grundlage der demografischen Entwicklung in den einzelnen Altersgruppen bei angenommener konstanter Krankenhaushäufigkeit, da die Veränderung der Bevölkerungsstruktur infolge steigender oder abnehmender Geburtenzahlen, verlängerter Lebenserwartung und positiver oder negativer Wanderungssalden eine der Grundlagen für die Prognose eines zukünftigen Versorgungsbedarfs ist. Für die Krankenhaushäufigkeit wurden die in Kapitel 5 ermittelten Werte auf Ebene der Versorgungsgebiete und für Hessen gesamt zugrunde gelegt.

Ausgehend von der in Schritt 1 prognostizierten Fallzahl hat die IGSF GmbH in einem zweiten Schritt - in enger Zusammenarbeit mit Fachexperten - Annahmen bezüglich anderer, die Bedarfsentwicklung beeinflussender Faktoren, formuliert.

In einem dritten Schritt wurde dann die Auswirkung aller Einflussfaktoren auf den zukünftigen Versorgungsbedarf bei Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin untersucht.

Die Bedarfsprognose ist auf das Jahr 2010 ausgerichtet. Ein weiter in der Zukunft liegender Zeithorizont birgt die Gefahr der Spekulation, da bestimmte Veränderungen in gesellschaftlichen, rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen aktuell nicht kalkulierbar sind. Ein näher an der Gegenwart liegender Zeithorizont würde einerseits sicherlich die Validität der Bedarfsprognose weiter erhöhen. Andererseits birgt dies aber die Gefahr, dass aufgrund der erforderlichen Vorlaufzeit, die Krankenhausträger, Kostenträger und Planungs- und Genehmigungsbehörden für möglicherweise notwendige Veränderungen im Versorgungsgeschehen benötigen, im Gutachten getroffene Aussagen bereits zum Zeitpunkt der Veröffentlichung irrelevant sind, da sie im geplanten Zeitrahmen nicht mehr umgesetzt werden können.

4 Datengrundlage

Grundlage der Beschreibung der Krankenhausversorgung und komplementärer Versorgungsstrukturen waren hauptsächlich die vom Hessischen Sozialministerium (HSM), von der Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH), vom Hessischen Statistischen Landesamt, von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) und von den Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung gestellten Daten und Veröffentlichungen.

4.1 Datenquellen

Als Datenquellen dienten im Wesentlichen die vom Hessischen Statistischen Landesamt - bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung gemäß §16 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesstatistikgesetzes - der IGSF GmbH überlassenen Krankenhausdaten, die von der IGSF GmbH mittels schriftlicher Befragung erhobenen Daten der Rehabilitationseinrichtungen und die von der Kassenärztlichen Vereinigung der IGSF GmbH übermittelten Daten zur Versorgung im ambulanten Bereich. Darüber hinaus wurden das Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Hessen sowie der Hessische Krankenhausrahmenplan 2005 als Datenquellen herangezogen.

Der Bestandsbeschreibung liegen die Daten aller Krankenhäuser in Hessen, die mit einer Einwilligungserklärung gemäß §16 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesstatistikgesetzes einer Überlassung krankenhausbbezogener Daten durch das Hessische Statistische Landesamt zugestimmt haben, zugrunde, sodass die Struktur und die Leistungserbringung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in Hessen für das Jahr 2002 nahezu vollständig dargestellt werden kann.

4.2 Krankenhäuser

Es wurden alle Krankenhäuser in Hessen mit Angabe der Zahl der aufgestellten Betten bzw. teilstationären Plätze nach Fachabteilung auf Ebene der Kreise, auf Versorgungsgebietsebene sowie für Hessen gesamt erfasst. Die Diagnosestatistik der Krankenhäuser wurde im Hinblick auf das in Kapitel 3 definierte Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin ausgewertet und wiederum auf Ebene der Kreise, auf Versorgungsgebietsebene sowie für Hessen gesamt aggregiert. Diese Auswertung diente einer ersten Beurteilung der Krankenhaushäufigkeit im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin.

Für die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin erfolgte - soweit möglich - eine Auswertung des Diagnosespektrums dieser Abteilung.

Für die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und / oder Psychotherapeutische Medizin sowie für die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie und die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters erfolgte eine Analyse der Einzugsgebietsstatistik nach Fachabteilung für die Diagnosen aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin.

4.3 Rehabilitationseinrichtungen

Die IGSF GmbH hat eine schriftliche Befragung der Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, um diesen Versorgungsbereich in ähnlicher Form analysieren zu können wie den Krankenhausbereich. Erhoben wurden Daten zur Zahl der aufgestellten Betten und teilstationären Plätze sowie zu Fallzahlen aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Fachabteilung, nach Altersgruppe und nach Wohnort des Patienten.

4.4 Ambulante Versorgung

Datengrundlage für die Beschreibung der ambulanten Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin war die Auswertung einer schriftlichen Datenerhebung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Erhoben wurde zum einen die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ärzten für Psychotherapeutische Medizin sowie die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zum anderen wurde die Zahl der Diagnosen aus dem definierten Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin für die genannten Gruppen ermittelt.

Literaturverzeichnis Band I

- Lit. 1 Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (Hrsg.): Anpassung des Krankenhausplans 2005 der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg, Juni 2004
- Lit. 2 Brähler, E.; O. Decker: Veränderungen der Publikationspraxis der psychosomatischen/psychotherapeutischen und der medizinpsychologischen Lehrstuhlinhaber. PPM Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 12 (2003)
- Lit. 3 Dietz, O.; W. Bofinger: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht. Kommentare. Loseblatt-Ausg. Lfg. 23, Stand: September 1997. Kommunal- und Schul-Verlag K. G. A. Heinig, Wiesbaden 1976.
- Lit. 4 Fritzsche, K.; H. Sandholzer; J. Werner; U. Brucks; M. Cierpka et al.: Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung. PPM Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 6 (2000)
- Lit. 5 Fritzsche, K.: Psychosomatische Grundversorgung in der Facharztweiterbildung. Balint-Gruppe als Pflichtveranstaltung? Balint Journal 4 (2001)
- Lit. 6 Grawe, K.: Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 2004
- Lit. 7 Hartmann, S.; S. Zepf: Effectiveness of Psychotherapy in Germany: A Replication of the Consumer-Report-Study. Psychotherapy Research 13(2003), 235-242.
- Lit. 8 HeiCuMed-Modul Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg, Medizinische Fakultät
- Lit. 9 Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005, Wiesbaden 2003
- Lit. 10 Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Krankenhausbericht der Regierung des Saarlandes für die Jahre 1999 - 2004 (12. Legislaturperiode). Stand: 31. Oktober 2003
- Lit. 11 Niesel, K. (Hrsg.): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht. Band 1. 45. Ergänzungslieferung Dezember 2004.
- Lit. 12 Puschner, B.; H. Kordy: Die TRANS-OP Studie der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart. www.psyres-stuttgart.de
- Lit. 13 Quaas, M.: Abschluß und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen - Ein Leitfaden für die Praxis - . Deutsche Krankenhausgesellschaft Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 1991
- Lit. 14 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001
- Lit. 15 Sandholzer, H.; M. Cierpka; K. Fritzsche; M. Härter; R. Richter et al.: Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung - Entwicklung einer „narrativ-basierten“ Leitlinie zur Diagnoseeröffnung in der Allgemeinpraxis. psychoneuro 5 (2003)

- Lit. 16 Schwarz, R.: Die „Krebspersönlichkeit“ - Mythen und Forschungsergebnisse. *psychoneuro* 4 (2004)
- Lit. 17 Schwarz, R.: Die Krebspersönlichkeit - Mythos und klinische Realität. Schattauer, Stuttgart New York 1994
- Lit. 18 Schwarz, R.: Bedarf an psychosozialer Betreuung von Krebskranken und Anforderungen an die psychosoziale Personalfortbildung. In: U. Koch, F. Potreck-Rose (Hrsg.): *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer, Berlin 1990, 124 - 133
- Lit. 19 Senf, W. et al.: Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. *Psychotherapie im Dialog* 1 (2005) 5, S. 1-12
- Lit. 20 Senf, W.; M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Thieme, Stuttgart 2005
- Lit. 21 Senf, W.; M. Broda: Denkanstöße. *PiD* 1 (2003), 100 - 101 und *PiD* 4 (2003), 420 - 421
- Lit. 22 Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): *Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg - Rahmenplanung - Teil 1: Grundlagen - Verfahren - Ergebnisse. Medizinische Fachplanungen*. Stuttgart, April 2000
- Lit. 23 Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): *Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin - Rahmenkonzeption - Reihe Gesundheitspolitik Nr. 44*, Stuttgart, Februar 1999
- Lit. 24 Strauss, B.; W. W. Wittmann: *Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse*. In: W. Senf; M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Thieme, Stuttgart 2005
- Lit. 25 Tress, W.; J. Ott; J. Kruse (Hrsg.): *Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin*, Schattauer, Stuttgart New York 2003
- Lit. 26 Tritt, K.; F. von Heymann; T. H. Loew; B. Benker; F. Bleichner et al.: Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung. *Psychother Psych Med* 44 (2003), 108 - 114
- Lit. 27 Weiner, H.: Die Geschichte der Psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin. *Psychother Psychol Med* 36 (1986), 361 - 391
- Lit. 28 Weis, J.; A. Sellschopp-Rüppell: *Psychotherapie mit Krebspatienten*. In: W. Senf; M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Thieme, Stuttgart 2005
- Lit. 29 Zipfel, S.; M. J. Seibel; B. Löwe, P. J. Beumont; C. Kasperk; W. Herzog: Osteoporosis in Eating Disorders: A Follow-Up Study of Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 86 (2001), 5227 - 5233